

Sintomatología y género en la esquizofrenia

USALL, J.; OCHOA, S.; ARAYA, S.; GOST, A.; BUSQUETS, E. y GRUPO NEDES*

Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona. * Grupo de Investigación Evaluativa en Esquizofrenia.

Symptomatology and gender in schizophrenia

Resumen

Objetivo: Estudiar las posibles diferencias sintomatológicas entre mujeres y hombres en una muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia.

Método: A 239 pacientes con esquizofrenia (criterios DSM-IV) se les administró un cuestionario sociodemográfico y la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Los síntomas de la escala PANSS se agruparon según el modelo de cinco factores propuesto por Kay.

Resultados: La distribución mujer/hombre era de 1/2. Las mujeres tenían una edad de inicio más tardía que los hombres. Las mujeres estaban casadas, vivían de forma independiente y estaban laboralmente activas, con más frecuencia que los hombres. No hallamos diferencias en el subtipo de esquizofrenia. Al comparar los resultados de la PANSS no se encontraron diferencias de género: ni en la escala total, ni con ninguna de las agrupaciones de síntomas realizadas.

Conclusión: No se encontraron diferencias sintomatológicas significativas entre mujeres y hombres con esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia. Diferencias de género. Sintomatología. PANSS.

Summary

Objective: To study the possible symptomatological gender differences in a sample of schizophrenic outpatients.

Method: A sample of 239 schizophrenic patients (DSM-IV criteria) was administered a demographic questionnaire and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The PANSS symptoms were grouped in accordance with Kay's five factors model.

Results: The ratio women/men was 1/2. Women had a later age at onset. Women were more likely to be married and to live independently, as well to be occupationally active. Both groups were similar in subtype of schizophrenia. No differences were found in PANSS' results; in global or grouped scores.

Conclusion: No symptomatological differences were found between women and men with schizophrenia.

Key words: Schizophrenia. Gender differences. Symptomatology. PANSS.

El estudio de las diferencias de género en la esquizofrenia ha adquirido relevancia en las dos últimas décadas. El hallazgo más replicado es el de la existencia de una edad de inicio más temprana en hombres (1, 2). Además, estudios recientes han encontrado que la incidencia y la prevalencia de la enfermedad son mayores en hombres que en mujeres (3-5). Otras diferencias de género halladas en diversos estudios son que las mujeres presentan un mejor funcionamiento premórbido (6), una mejor respuesta al tratamiento farmacológico y psicosocial (7, 8), un curso más favorable, con menos ingresos psiquiátricos y estancias más cortas (9), y un mejor pronóstico general de la enfermedad (10). Los resultados sobre diferencias sintomatológicas son más controvertidos y, aunque los primeros estudios apuntaban a la existencia de diferencias sintomatológicas entre hombres y mujeres (11, 12), estudios más recientes obtienen resultados más contradictorios (13, 14). Esta discordancia puede ser de-

bida, en parte, a la heterogeneidad de las muestras estudiadas y a la utilización de diferentes escalas para medir la gravedad de los síntomas.

En la actualidad, una de las escalas más utilizadas para evaluar la sintomatología psicótica es la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (15).

La PANSS fue desarrollada por Kay et al (15) como un intento de mejorar los problemas de validez de otras escalas y, de esta forma, estudiar más adecuadamente el constructo positivo/negativo. Existe también una versión de la PANSS validada al español por Peralta y Cuesta (16).

Los mismos autores que desarrollaron la escala PANSS (17) realizaron un análisis de sus componentes principales para describir las relaciones entre síndromes y subgrupos. Como resultado de este análisis emergieron cinco factores principales, que agrupaban los diferentes ítems de la PANSS: negativo, positivo, excitado, depresivo y cognitivo.

La mayoría de los estudios que han utilizado la PANSS para estudiar las diferencias de género sintomatológicas han tenido en cuenta solamente las subescalas positiva y negativa.

Para estudiar de forma más detallada las posibles diferencias sintomatológicas entre hombres y mujeres decidimos utilizar, además, la agrupación en cinco factores propuesta por Kay (17).

Nuestro estudio evalúa diferencias clínicas de género, con especial atención en las sintomatológicas, en una amplia muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia.

MÉTODO

Pacientes

Se seleccionaron de forma randomizada 239 pacientes ambulatorios afectos de esquizofrenia (criterios de DSM-IV) entre los pacientes que habían recibido tratamiento psiquiátrico durante al menos los seis meses previos al inicio del estudio, en cinco centros de Salud Mental.

Los cinco centros pertenecen a Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, y están ubicados en diversas poblaciones del área metropolitana de Barcelona. La población total que atienden es de 439.316 habitantes.

Se obtuvo el consentimiento de los pacientes y/o familiares.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) Diagnóstico principal de esquizofrenia según criterios DSM-IV 2) Edad entre 18 y 65 años 3) No diagnóstico principal de abuso de alcohol o tóxicos 4) No diagnóstico principal de Retraso Mental 5) No antecedentes de enfermedad neurológica o traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia prolongada.

Cada paciente fue evaluado por su psiquiatra habitual que hizo el diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-IV, y el diagnóstico fue confirmado por otro psiquiatra en caso de duda.

Cuestionarios

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la versión española de la PANSS (16).

La información sobre datos demográficos (edad, sexo, estado civil, empleo y tipo de convivencia); la edad de inicio, definida como la edad en que aparecieron los primeros síntomas psicóticos, y el diagnóstico del subtipo de esquizofrenia según DSM-IV fueron obtenidos en la entrevista con el paciente y la familia, y a través de la historia clínica.

Finalmente, se administró la PANSS a 220 pacientes del total de 239.

Se compararon los resultados de la PANSS total, de sus tres subescalas, de los síntomas por separado y de los cin-

TABLA I Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia

	Hombres	Mujeres
N	153 (64%)	86 (36%)
Estado civil:		
Soltero	127 (82%)	35 (41%)
Casado	17 (11%)	32 (37%)****
Divorciado	9 (7%)	19 (22%)
Tipo de convivencia:		
Vida independiente	43 (28%)	47 (54,6%)****
No vida independiente	110 (72%)	39 (45,4%)
Situación laboral:		
Activo/a	32 (20,9%)	33 (38,4%)***
Pensionista	121 (79,1%)	53 (61,6%)
Edad	36 (sd 12,3)	44 (sd 13)****
Edad inicio enfermedad	23 (sd 10)	26 (sd 10)*
Años de evolución	15 (sd 9)	20 (sd 10)***
Subtipo diagnóstico		
Paranoide	73 (47,7%)	46 (53,5%)
No paranoide	80 (52,3%)	40 (46,5%)

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$.

co factores descritos por Kay, entre el subgrupo de mujeres y hombres.

Análisis estadístico

En la comparación entre el subgrupo de mujeres y hombres de nuestra muestra se empleó la prueba chi-cuadrado para las comparaciones de variables categoriales y la *t* de Student para las continuas. El mínimo nivel de significación exigido fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Del total de 239 pacientes, 86 eran mujeres y 153 hombres. La ratio mujer/hombre fue de 1/2.

Las características demográficas y clínicas de nuestra muestra aparecen resumidas en la tabla I. La edad media de las mujeres era superior a la de los hombres (44 años las mujeres y 36 los hombres, $p < 0,001$). Las mujeres estaban casadas y vivían de forma independiente con más frecuencia que los hombres. El porcentaje de hombres que percibían la invalidez era mucho mayor que el de mujeres.

La edad de inicio de la enfermedad era más temprana en hombres (23 años; SD 10) que en mujeres (26 años; SD 10) ($p < 0,05$).

Los años de evolución eran superiores en las mujeres (20 años) que en los hombres (15 años) ($p < 0,005$).

No se encontraron diferencias en el subtipo de esquizofrenia.

En la tabla II aparecen los resultados de la evaluación utilizando la PANSS. No se hallaron diferencias significativas ni en la puntuación de la PANSS total, ni en las pun-

TABLA II Puntuaciones de la escala PANSS de los pacientes con esquizofrenia

	Hombres		Mujeres	
	Media	DE	Media	DE
PANSS				
<i>Componente negativo</i>	32,06	11	32,21	12,3
Embotamiento afectivo (N1)	3,64	1,5	3,84	1,6
Retraimiento emocional (N2)	3,85	1,4	3,63	1,7
Contacto pobre (N3)	3,64	1,6	3,68	1,6
Retraimiento social (N4)	4,37	1,5	4,33	1,7
Ausencia de espontaneidad (N6)	3,36	1,7	3,46	1,7
Manierismos y posturas (G5)	1,81	1,2	1,96	1,0
Retardo motor (G7)	2,16	1,2	2,38	1,4
Atención deficiente (G11)	2,32	1,2	2,50	1,3
Trastorno de la volición (G13)	3,10	1,6	3,00	1,5
Evitación social activa (G16)	3,75	1,6	3,56	1,9
<i>Componente positivo</i>	12,7	5,5	12,6	5,4
Delirios (P1)	2,84	1,6	2,93	1,6
Comportamiento alucinatorio (P3)	2,38	1,5	2,38	1,7
Grandiosidad (P5)	1,60	1,1	1,34	0,7 *
Inusuales contenidos del pensamiento (G9)	2,45	1,4	2,42	1,4
Ausencia de juicio (G12)	3,49	1,7	3,68	1,7
<i>Componente excitación</i>	10,2	4,6	10,4	4,3
Excitación (P4)	1,97	1,1	1,96	1,0
Control deficiente de impulsos (G14)	2,09	1,4	2,12	1,2
Hostilidad (P7)	1,86	1,1	1,88	1,2
Falta de colaboración (G8)	2,06	1,2	2,20	1,5
Tensión motora (G4)	2,23	1,1	2,24	1,2
<i>Componente depresivo</i>	11,5	4,4	11,7	4,2
Ansiedad (G2)	2,93	1,3	2,96	1,2
Sentimientos de culpa (G3)	1,43	0,8	1,61	1,0
Depresión (G6)	2,33	1,4	2,39	1,2
Preocupaciones somáticas (G1)	2,21	1,5	2,11	1,3
Preocupación (G15)	2,67	1,4	2,76	1,2
<i>Componente cognitivo</i>	14	5,3	15	5
Dificultad en el pensamiento abstracto (N5)	3,80	2,0	4,18	1,8
Desorganización conceptual (P2)	2,79	1,4	2,87	1,4
Pensamiento estereotipado (N7)	3,25	1,5	3,41	1,3
Susplicia/ Perjuicio (P6)	2,83	1,3	3,07	1,4
Desorientación (G10)	1,33	0,8	1,45	0,8
<i>PANSS total:</i>	80,6	24,1	82,8	23,9
Positiva	16,2	6,5	16,6	6,1
Negativa	25,9	9,7	26,6	10
General	38,2	11	39,5	11

* $p < 0,05$.

tuaciones diferenciadas por las tres subescalas. Tampoco se hallaron diferencias significativas al comparar los resultados de la agrupación en cinco factores propuesta por Kay (17). Cuando se compararon los síntomas de forma aislada, solamente el ítem «grandiosidad» puntuó más alto de forma significativa ($p < 0,05$) en hombres que en mujeres.

DISCUSIÓN

La distribución de nuestra muestra, con el doble de hombres que de mujeres, coincide con la encontrada en muchos estudios sobre diferencias de género en esquizofrenia (18). Aunque históricamente se aceptaba que no

existían diferencias en la incidencia y prevalencia de la enfermedad por sexos, estudios más recientes han encontrado una incidencia mayor en hombres (19). El Roscommon Family Study, un estudio epidemiológico familiar, halló también una mayor prevalencia de esquizofrenia durante la vida en hombres (20). Por tanto, la distribución por género de nuestra muestra parece ser representativa de la de la población general con esquizofrenia.

El hallazgo de un inicio de la enfermedad más temprano en hombres coincide con la mayoría de estudios previos (1, 21).

En nuestro estudio hallamos que las mujeres estaban casadas, vivían de forma independiente y eran laboralmente activas, con más frecuencia que los hombres; es-

tos resultados coinciden con los descritos por otros autores (14, 22). Este hecho apunta a que las mujeres esquizofrénicas de nuestra muestra tenían un mejor funcionamiento social que los hombres esquizofrénicos.

No hemos hallado diferencias en el subtipo de esquizofrenia entre hombres y mujeres. Este resultado contrasta con una mayor proporción de pacientes mujeres diagnosticadas de esquizofrenia paranoide encontrado por Andia (14), pero coincide con los resultados obtenidos en el estudio de seguimiento realizado a 187 pacientes en el estudio de Chestnut Lodge (23).

Nuestros resultados apuntan a que no parecen existir diferencias sintomatológicas significativas entre hombres y mujeres. No hemos encontrado diferencias ni en la PANSS total ni en ninguna de las agrupaciones de síntomas de la PANSS.

Nuestros resultados contrastan con estudios anteriores que, utilizando otras escalas como la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS), la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) y/o la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), sí encontraron algunas diferencias sintomatológicas. Shtasel (13), en una muestra de pacientes no medicados, encontró que los hombres presentaban síntomas negativos más graves, pero no encontró diferencias en síntomas positivos. Cowell (24) encontró resultados parecidos. Szymansky (25) estudió pacientes con un primer episodio, y también halló diferencias en algunos síntomas específicos explorados con la SANS.

La discrepancias entre nuestros resultados y los de estos trabajos pueden ser atribuidas tanto a las diferencias en las escalas de medida como a la diferente composición de las muestras. El hecho de que la edad media de los pacientes de nuestra muestra sea mayor, y de que las mujeres sean mayores que los hombres y tengan un tiempo de evolución de la enfermedad más prolongado, puede haber atenuado las diferencias sintomatológicas.

Nuestros resultados sí coinciden con otros estudios que han utilizado la PANSS para evaluar los síntomas esquizofrénicos. Lindström (26), en una muestra de 140 pacientes no medicados con una proporción mayor de hombres (102/38), pero que tenía una edad media y años de evolución parecidos a la nuestra, no encontró diferencias clínicas. Esta autora también evaluó la sintomatología utilizando la agrupación sintomatológica basada en el modelo de cinco factores.

Addington (27) evaluó los síntomas en el momento de la recaída y en el de la remisión, en una muestra de pacientes crónicos ingresados por una reagudización esquizofrénica (con una edad media de la muestra y una proporción hombre/mujer parecidas a las de nuestro estudio), y no encontró diferencias. Sin embargo, su estudio sólo incluyó pacientes que habían recaído.

Nuestros resultados también coinciden con los encontrados por Andia (14) que utilizó la SANS y la SAPS para evaluar la gravedad de los síntomas esquizofrénicos.

Comparada con estos estudios, nuestra muestra aporta las ventajas de ser de pacientes ambulatorios, más amplia y no estar restringida a enfermos que recaen.

Estudios realizados en la década de los ochenta apuntaban hacia la presencia de más síntomas depresivos en mujeres que en hombres con esquizofrenia (11, 28). Evaluando específicamente estos síntomas a través del factor depresivo propuesto por Kay (que consta de los síntomas ansiedad, sentimientos de culpa, depresión, preocupaciones/ideas delirante somáticas y preocupación) tampoco hemos encontrado diferencias.

Respecto a la comparación de síntomas aislados, sólo el ítem «grandiosidad» resultó ser más grave en hombres de forma significativa. Este resultado no ha sido encontrado en estudios previos, es difícil de interpretar y debe ser valorado con precaución.

En conclusión, nuestro estudio, realizado en una amplia muestra de pacientes, no parece confirmar la hipótesis de la existencia de diferencias sintomatológicas entre hombres y mujeres con esquizofrenia.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido realizado gracias a la ayuda de una beca concedida por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) n.º 97/1257.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angermeyer MC, Kühn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988;237:351-64.
2. Goldstein JM, Tsuang MT, Faraone SV. Gender and schizophrenia: implications for understanding the nature of the disorder. *Psychiatry Res* 1989;28:243-53.
3. Iacono WG, Beiser M. Are males more likely than females to develop schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1992;149:1070-4.
4. Castle DJ, Wessely S, Murray RM. Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency and associations with premorbid variables. *Br J Psychiatry* 1993; 162:658-64.
5. Waddington JL, Youssef HA. Evidence for a gender decline in the rate of schizophrenia in rural Ireland over a 50-year period. *Br J Psychiatry* 1994;164: 171-6.
6. Childers SE, Harding C. Gender, premorbid social functioning and long term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:309-16.
7. Seeman MV. Neuroleptic prescriptions for men and women. *Soc Pharmacol* 1989;3:219-36.
8. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB. Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophr Bull* 1990;16:277-92.
9. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988;145:684-9.
10. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 1990;16:293-307.

11. Lewine RRJ. Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes? *Psychol Bull* 1981;90:432-44.
12. Walker E, Bettes BA, Kain EL, Harvey P. Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *J Abnorm Psychol* 1985;94:42-50.
13. Shtasel DL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur RC. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res* 1992;7:225-31.
14. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, Moranville J, Braff DL. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:522-8.
15. Kay SR, Fiszben A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
16. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22:171-7.
17. Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:537-44.
18. Murphy BM, Burke JG, Bray JC, Walsh D, Kendler KS. An analysis of the clinical features of familial schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:421-7.
19. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psych Med* 1986;16:909-28.
20. Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia. Results of an Epidemiologically-based Family Study. *Br J Psychiatry* 1995;167:184-92.
21. Castle D, Sham P, Murray R. Differences in distribution of ages at onset in males and females with schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;33:179-83.
22. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr Bull* 1990;16:331-44.
23. Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic and undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:969-77.
24. Cowell PE, Kostianovsky DJ, Gur RC, Turetsky BI, Gur RE. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:6:799-805.
25. Szymansky S, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D, Loebel A, Geisler S, et al. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indexes in first episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995;152:698-703.
26. Lindström E, Von Knorring L. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:274-8.
27. Addington D, Addington J, Patten S. Gender and affect in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996;41:265-8.
28. Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. *J Psychiatry Res* 1988;2:141-55.

Correspondencia:
Judith Usall i Rodié
Dos de Maig, 290, Esol 3ª
08025 Barcelona