

Estudio comparativo de las necesidades de pacientes con esquizofrenia en función del género

OCHOA, S.; USALL, J.; HARO, J. M.; ARAYA, S.; AUTONELL, J.; BUSQUETS, E.; GOST, A. y GRUPO NEDES.

Unidad de Formación y Docencia. San Juan de Dios-SSM. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Comparative study of the needs of patients with schizophrenia by gender

Resumen

Objetivos: Evaluar las diferencias de género en las necesidades que presentan las personas con esquizofrenia que viven en la comunidad.

Método: Se seleccionaron aleatoriamente 231 pacientes con esquizofrenia que se visitaban en uno de los cinco Centros de Salud Mental participantes. Se les administraron un cuestionario sociodemográfico, la Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) y el Camberwell Assessment of Needs (CAN). El CAN evalúa 22 necesidades, que se pueden agrupar en cinco subescalas: de servicio, básicas, de funcionamiento, de salud y sociales, que son valoradas por el usuario y por el profesional de manera independiente.

Resultados: El profesional valoró más necesidades en los hombres que en las mujeres, mientras en la visión de los usuarios no encontramos esta diferencia. Tanto los usuarios como los profesionales evaluaron más necesidad en el subgrupo de servicio ($p < 0,005$) para las mujeres, mientras que en el subgrupo de básicas puntuaron más los hombres ($p < 0,01-0,005$). Por otro lado, sólo en la visión del profesional se encontraron diferencias en las necesidades de funcionamiento, mostrando más problemática los hombres ($p < 0,05$).

Conclusiones: El profesional valora más necesidades que el usuario y evalúa al hombre con más problemática que a la mujer. Por otro lado, las mujeres necesitan menos ayuda en necesidades relacionadas con la alimentación, el cuidado personal, el cuidado del hogar y las actividades diarias, entre otras. Las diferencias halladas plantean la posibilidad de realizar un abordaje terapéutico que tenga en cuenta el género.

Palabras clave: Esquizofrenia. Necesidades. Diferencias de género.

Summary

Objectives: To evaluate the gender differences in the needs of the people with schizophrenia who live in the community.

Method: We randomly selected 231 patients with schizophrenia who were receiving treatment in one of the five mental health care centres that participated in the study. Patients were evaluated with a socio-demographic questionnaire, the Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS) and Camberwell Assessment of Need (CAN) questionnaire. The CAN evaluate 22 needs, that we could be grouped into five subscales: service needs, basic needs, functioning need, health needs and social needs. All needs were evaluated by the professional and the user independently.

Results: Professionals detected more needs in men than in women, but users did not report such difference. Both professionals and users detected more service needs for women ($p < 0.005$) and more basic needs for men ($p < 0.01-0.005$). Only professionals detected more functioning needs in men ($p < 0.05$).

Conclusions: Professionals detect more needs than users and detect more needs for men than for women. Women have less needs in food, personal care, home care, and daily activities. These gender differences should be taken into account when designing treatment programs for schizophrenia.

Key words: Schizophrenia. Gender differences. Needs assessment.

La desinstitucionalización de los pacientes con esquizofrenia planteó la necesidad de valorar aspectos psicosociales que son importantes para la inserción de estas personas en la sociedad. Durante los años en que los pacientes residían en las instituciones muchas de sus necesidades, tanto básicas como sanitarias, estaban cubiertas por los servicios hospitalarios. Con el inicio de la psi-

quiatria comunitaria, lo cual supone una previsible mejora de la calidad de vida de los pacientes, es necesario evaluar sus necesidades, su satisfacción con los servicios y qué atención socio-sanitaria reciben (1).

La definición del concepto de necesidad ha planteado dificultades, habiéndose clasificado en necesidades normativas, sentidas, expresadas y comparativas según la

perspectiva del estudio (2). En la actualidad las necesidades se consideran multiaxiales, dinámicas y se valora tanto la percepción de los pacientes como la de los familiares (3).

Las necesidades individuales se han evaluado con diferentes instrumentos, tales como el Needs for Care Assessment Schedule (NFCAS) (4), el Cardinal Needs Schedule (5) y el Camberwell Assessment of Need (CAN) (6), siendo este último el desarrollado más recientemente y más utilizado en la actualidad.

Entre los estudios que utilizan el CAN para evaluar las necesidades, encontramos uno realizado en Dinamarca que evalúa pacientes con esquizofrenia de larga evolución (15-17 años), de los cuales solamente el 20% no presenta ninguna necesidad (7). Dos estudios realizados en Londres obtienen un número medio de necesidades que oscila aproximadamente entre seis y siete en función de las muestras (8, 9). Otro estudio compara las necesidades de una muestra de pacientes de Berlín y otra de Londres y encuentra que los pacientes de Berlín presentan menos necesidades que los de Londres (10).

Un aspecto a destacar del CAN es que permite comparar la visión del profesional y del usuario. La mayoría de los estudios encuentran que el paciente detecta más necesidades que el profesional (9, 11), aunque también hay estudios que van en la dirección contraria (8). En este último estudio los autores encuentran que existe mayor acuerdo entre la visión del profesional y del usuario en aquellas necesidades en las que existen servicios específicos de intervención.

La esquizofrenia es una enfermedad que tiene una presentación muy heterogénea y estas diferencias también se reflejan en el género (12, 13). La mayoría de los estudios más recientes encuentran una mayor prevalencia e incidencia en hombres que en mujeres (14, 15). La diferencia de género más frecuentemente replicada es un inicio de la enfermedad más precoz en hombres (16-20). Posiblemente en relación a este punto encontramos que la mayoría de los estudios describen un mejor ajuste premórbido (21-23), una mejor evolución del curso de la enfermedad (24-26) y una mejor adaptación social en las mujeres que en los hombres con esquizofrenia (27, 28). Sin embargo, no existe una clara evidencia de diferencias de género en psicopatología (29, 30), aunque algunos estudios encuentran más sintomatología negativa en hombres (31) y afectiva en mujeres (32). Pocos estudios han analizado las diferencias de género en la respuesta a tratamientos psicosociales (33, 34).

A pesar de que la existencia de un mejor funcionamiento social en las mujeres es un hallazgo bien contrastado, los estudios de necesidades no describen diferencias en función del género en pacientes con esquizofrenia. El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias en función del género que presentan las personas que padecen esquizofrenia, partiendo de la hipótesis que las mujeres, al tener un mejor funcionamiento social, presentarán menos necesidades que los hombres. Evaluar estas diferencias puede ser útil para una mejor adecuación de los servicios de salud mental.

METODOLOGÍA

Pacientes

Se seleccionaron de manera aleatoria 231 pacientes con esquizofrenia (según criterios DSM-IV) entre los pacientes que habían recibido tratamiento psiquiátrico ambulatorio durante los seis meses previos al inicio del estudio en uno de los cinco Centros de Salud Mental participantes. Los cinco centros están ubicados en diversas poblaciones del área metropolitana de Barcelona y atienden una población de 439.316 habitantes.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) Diagnóstico primario de esquizofrenia según criterios DSM-IV; 2) edad entre 18 y 65 años; 3) sin un diagnóstico de retraso mental; y 4) sin antecedentes de enfermedad neurológica o traumatismo craneo-encefálico con pérdida de conciencia prolongada.

Todos los psiquiatras que atendían a los pacientes incluidos revisaron el diagnóstico. En caso de dudas o discrepancias, el caso fue evaluado por dos psiquiatras a fin de incluir o excluir al paciente en el estudio. Todos los pacientes y familiares dieron su consentimiento informado a participar.

Cuestionarios

Todos los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos:

- Un cuestionario sociodemográfico.
- Un cuestionario de características clínicas.
- La versión española de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (35).
- La versión española del Cuestionario de Evaluación de las Necesidades de Camberwell (CAN) (36).

El CAN es un instrumento clínico que evalúa la presencia de necesidades en 22 áreas: alojamiento, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información, angustia, seguridad para sí mismo, seguridad en los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales. De cada una de estas áreas se valora la presencia de necesidad, y si ésta existe, la ayuda informal y formal que recibe la persona y si la ayuda formal recibida es la adecuada. El cuestionario son en realidad dos escalas independientes, puesto que tanto profesional como usuario valoran todas las áreas (37).

Los autores del cuestionario proponen agrupar las necesidades en cinco subescalas: salud (salud física, síntomas psicóticos, drogas, alcohol, seguridad en sí mismo, seguridad en los otros y angustia), básicas (alojamiento, alimentación y actividades diarias), sociales (sexualidad, compañía, relaciones de pareja), servicios (información, teléfono, transporte, ayudas sociales) y funcionamiento (educación, dinero, cuidado de los hijos, cuidado personal y cuidado del hogar) (11).

TABLA I Personas (%) que presentan necesidad en esa área en función del género y del evaluador

	Valoración usuario		Valoración profesional	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alojamiento	8 (6,4)	9 (14,1)*	8 (6,2)	10 (15,4)*
Alimentación	72 (57,2)	18 (28,1)****	79 (60,8)	22 (33,8)****
Cuidado del hogar	78 (61,9)	20 (31,3)****	88 (67,6)	24 (36,9)****
Cuidado personal	24 (19,1)	5 (7,8)*	43 (33,4)	11 (16,9)*
Actividades diarias	53 (42,1)	17 (26,6)*	86 (66,2)	21 (32,3)****
Salud física	33 (26,2)	22 (34,4)	29 (22,3)	17 (26,1)
Síntomas psicóticos	87 (69)	46 (71,9)	126 (96,9)	62 (95,4)
Información	50 (40,4)	32 (50)	57 (44,9)	34 (54)
Angustia	40 (32)	25 (39,1)	38 (29,5)	24 (36,9)
Seguridad en sí mismo	11 (8,8)	7 (10,9)	16 (12,5)	10 (15,4)
Seguridad en los otros	9 (7,2)	1 (1,6)	10 (7,8)	2 (3)
Alcohol	14 (11,1)	2 (3)	28 (22)	4 (6,1)**
Drogas	5 (4)	0 (0)	19 (14,8)	0 (0)***
Compañía	50 (40)	27 (42,2)	79 (64,3)	35 (54,7)
Relaciones de pareja	34 (29,3)	12 (19,1)	37 (33,3)	14 (23)
Sexualidad	22 (22)	6 (11,5)	23 (27,4)	6 (13,3)
Cuidado de los hijos	0 (0)	9 (14,1)****	7 (5,6)	8 (12,3)
Educación básica	23 (19,4)	16 (25)	27 (21,1)	17 (26,6)
Teléfono	5 (3,9)	2 (3,1)	5 (3,9)	4 (6,2)
Transporte	15 (11,9)	21 (32,8)****	18 (13,8)	19 (29,2)**
Dinero	52 (42,3)	21 (33,4)	54 (43,6)	22 (34,9)
Ayudas sociales	22 (18,1)	21 (33,9)*	24 (19,3)	16 (26,3)

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

Análisis estadístico

El análisis se centrará primero en describir la presencia o ausencia de necesidades en cada área esta en función del género y del evaluador. Para la comparación entre la presencia o ausencia de necesidades entre mujeres y hombres se empleó la prueba chi cuadrado. Para analizar el género en relación a las variables continuas se utilizó la prueba de t-Student, y en aquellos casos en que el número de pacientes en cada grupo fue inferior a treinta se utilizó la prueba de U Mann-Whitney para datos no paramétricos. Con el fin de controlar la edad de inicio y los años de evolución en las diferencias de género se realizó una regresión lineal múltiple. El mínimo nivel de significación exigido fue de p< 0,05.

RESULTADOS

El total de pacientes incluidos en el estudio fue de 231, de los cuales el 63,6% eran hombres. De los pacientes seleccionados se completó la evaluación de las necesidades para el usuario y profesional en 195 de ellos, lo que supone un 85,3% del total de la muestra. Los motivos por los que no se completó el cuestionario fueron: en dos (0,9%) personas porque no querían contestar al cuestionario, en 22 (9,5%) porque habían dejado de visitarse en el centro de referencia y en 10 (4,3%) por otros motivos varios. No encontramos diferencias significativas en

referencia a variables sociodemográficas en la comparación entre las personas que respondieron al cuestionario y las que no lo hicieron.

Respecto las características sociodemográficas de los pacientes cabe señalar que la media de edad era superior en las mujeres (44; de 12) que en los hombres (37; de 11; p< 0,001) y que las mujeres estaban casadas más frecuentemente (p< 0,001) y vivían de forma independiente (p< 0,001). Por otro lado, el número de hombres que percibía una pensión de invalidez era mayor que el de mujeres (p< 0,005).

A nivel clínico encontramos diferencias en la edad de inicio, siendo más temprana en hombres (media 22; de 6) que en mujeres (media 24; de 9) (p< 0,05). Por otro lado, el tiempo de evolución era más prolongado en las mujeres (20 años; de 10) que en hombres (15 años; de 9) de nuestro estudio (p< 0,005). No encontramos diferencias significativas de género en la psicopatología (PANSS) ni en el subtipo de esquizofrenia.

La media de necesidades valoradas por los usuarios fue de 5,2 (de 2,7) en las mujeres y 5,4 (de 2,6) en los hombres. Por otro lado, en la valoración del profesional la media de necesidades fue de 5,8 (de 3,4) para el grupo de mujeres y 6,9 (de 2,9) para el grupo de hombres (p< 0,05).

La tabla I muestra la presencia de cada una de las necesidades en función del género y la persona que realiza la valoración (usuario o del profesional). Podemos observar que el profesional y del usuario suelen puntuar diferencias de género en las mismas necesidades.

TABLA II Media (de) de subgrupos de necesidades en función del género y del evaluador

	Valoración usuario		Valoración profesional	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Necesidades de servicio (información, teléfono, transporte, ayudas sociales)	0,69 (0,85)	1,17 (0,74)****	0,79 (0,82)	1,12 (0,80)**
Necesidades básicas (alojamiento, alimentación, actividades diarias)	1,01 (0,78)	0,68 (0,79)**	1,31 (0,77)	0,82 (0,88)****
Necesidades de funcionamiento (educación, dinero, cuidado de los hijos, cuidado personal, cuidado hogar)	1,34 (1,04)	1,09 (1,04)	1,66 (1,18)	1,26 (1,25)*
Necesidades de salud (salud física, síntomas psicóticos, drogas, alcohol, seguridad en sí mismo, seguridad en los otros, angustia)	1,50 (1,19)	1,58 (1,04)	2,02 (1,30)	1,83 (1,02)
Necesidades sociales (sexualidad, compañía, relaciones de pareja).	0,80 (0,94)	0,69 (0,85)	1,05 (0,89)	0,85 (0,87)

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

La tabla II muestra la media de necesidades en las cinco subescalas para los hombres respecto las mujeres. Podemos observar que el profesional y el usuario coinciden, encontrando diferencias de género en la subescala de necesidades de servicio ($p < 0,01$ y $p < 0,001$, respectivamente) y necesidades básicas ($p < 0,001$ y $p < 0,01$, respectivamente). Por otro lado, solamente el profesional valora la existencia de diferencias de género en la subescala de necesidades de funcionamiento ($p < 0,05$).

La influencia de la edad de inicio y los años de evolución en la relación entre necesidades y género se ha estudiado a través de análisis exploratorio y de regresión lineal múltiple. Las relaciones entre género y número de necesidades no están influenciadas por la edad de inicio ni el tiempo de evolución de la enfermedad. La única diferencia se presenta en la subescala de necesidades sociales valoradas por el profesional. Encontramos que las mujeres con menos años de evolución presentan una media de necesidades menor a los hombre de tiempo de evolución similar (0,51 vs 0,97), mientras que las mujeres y los hombres con más tiempo de evolución tienen el mismo número de necesidades. Estas diferencias se confirmaron en la regresión múltiple en la que se incluyó una interacción entre género y tiempo de evolución.

CONCLUSIONES

Los hombres tienen más necesidades básicas y de funcionamiento, mientras que las mujeres tienen más necesidades de servicios. Estas diferencias se mantienen cuando se tiene en cuenta las diferencias entre edad de inicio y tiempo de evolución entre los hombres y las mujeres de la muestra.

Las necesidades básicas comprenden el alojamiento, la alimentación y las actividades diarias. Por lo que se refiere a las áreas de alimentación y actividades diarias hay más porcentaje de hombres con presencia de necesidad.

Sin embargo, las mujeres presentan más problemas en el alojamiento.

Respecto las necesidades de funcionamiento, según la evaluación hecha por el profesional, los hombres tienen más necesidades. En el único ítem en que esto es a la inversa es en el cuidado de los hijos, donde el usuario valora más necesidades en el caso de las mujeres, mientras el profesional no encuentra diferencia. Este aspecto está relacionado con el rol de la mujer como madre, con la mayor frecuencia de mujeres que tienen hijos a su cargo y con una adecuada conciencia de las dificultades para criarlos. En limpieza, tanto a nivel personal como del hogar, las mujeres presentan menos necesidades que los hombres, diferencia que es más marcada en la evaluación que hace el profesional que en la del usuario. Estos resultados coinciden con los estudios que nos indican que las mujeres presentan mejor adaptación social (18, 27, 28) y en un porcentaje superior a los hombres están casadas y viven en familia propia o de forma independiente. Por otro lado, de una mujer se espera que sea capaz de llevar una casa, mientras que las expectativas puestas en los hombres no están relacionadas con que puedan desenvolverse correctamente en la vida cotidiana. En este sentido, se debería reeducar a las mujeres que presenten esta necesidad para que reaprendan a desenvolverse en estas áreas, mientras que a la mayoría de los hombres se debería educar por primera vez, puesto que es posible que no hayan adquirido los conocimientos suficientes (38).

En el subgrupo de las necesidades de servicio las mujeres presentan más problemática que los hombres: las necesidades en las que existen diferencias son en las ayudas sociales y en el transporte. Los pacientes de la muestra son de larga evolución y la mayoría de los hombres cobran pensiones (generalmente pensión no contributiva), en el caso de las mujeres de la muestra, bien porque no presentan un grado de deterioro tan marcado o porque dependen económicamente del marido, únicamente la mitad de la muestra reciben ayudas sociales.

Por lo que se refiere al subgrupo de necesidades de salud, no se encuentran diferencias de género en la presencia o ausencia de necesidad en síntomas psicóticos según la visión del usuario ni del profesional. Este dato coincide con los resultados obtenidos previamente en nuestro estudio en el que no se encuentra relación entre la psicopatología y el género (39). En este subgrupo también están incluidos el alcohol y las drogas, en las que el profesional valora más existencia de necesidad en hombres que en mujeres. Se ha descrito más consumo de drogas y alcohol en hombres, con lo que estos resultados coinciden con los resultados de otros estudios (40-42). Cuando la evaluación es realizada por el usuario no se hallan diferencias de género, posiblemente porque los usuarios no reconocen en ellos mismos estos problemas. No hemos encontrado diferencias respecto a las necesidades de seguridad en sí mismo o seguridad en los otros en ninguna de las dos visiones, contrariamente a lo que algunos trabajos comentan que los hombres presentan más agresividad hacia los otros (43) y las mujeres más agresividad hacia ellas mismas (44).

En el subgrupo de necesidades sociales, solamente existe en el caso de hombres y mujeres con pocos años de evolución de la enfermedad: las mujeres presentan una media de necesidades inferior que los hombres. No se encuentran diferencias sociales cuando las mujeres y los hombres presentan una larga evolución de la enfermedad. Detallando cada una de las necesidades tampoco encontramos diferencias ni en compañía, ni en sexualidad ni en relaciones de pareja.

La media global de necesidades en nuestra población es ligeramente inferior a la encontrada en los estudios realizados en Londres (9, 45). Por otro lado, Hanson et al (46) en Suecia estudian una muestra de pacientes psiquiátricos y encuentran una media de necesidades similar a la nuestra, aunque en su estudio únicamente la mitad de los pacientes incluidos tenían un diagnóstico de esquizofrenia. Por el contrario, en una muestra de pacientes que acuden a un centro de salud mental de Verona (Italia), encontraron una media de necesidades en el subgrupo de pacientes psicóticos inferior a la hallada en los anteriores estudios (3,64 puntuación usuario y 4,50 en la visión del profesional) (47). El hecho de que esta media de necesidades sea tan inferior a las otras puede ser debido a la variabilidad del diagnóstico, ya que incluye tanto pacientes con esquizofrenia como con psicosis afectivas.

La valoración del profesional y del usuario difiere en cuanto a la evaluación de las necesidades, siendo el profesional el que valora más, coincidiendo con los resultados encontrados por Slade (8). Por otro lado, el profesional también valora más necesidades en hombres que en mujeres, mientras que en la visión de los usuarios no se encuentran diferencias de género. Algunos estudios previos ya sugieren que el rol social de la mujer y del hombre y las actitudes del profesional pueden influir sus juicios clínicos (48, 49).

En conclusión, podemos decir las necesidades que presentan los hombres y las mujeres de nuestra muestra

son diferentes. Los hombres presentan más necesidades en aspectos relacionados con la vida cotidiana, mostrando una mejor adaptación social de la mujer en este sentido. Estos resultados sugieren la necesidad de seguir analizando este tema y de adaptar la planificación de los servicios de tratamiento y rehabilitación con el fin de adecuar al máximo éstos a las necesidades del usuario.

AGRADECIMIENTOS:

A las personas que forman el grupo NEDES: Araya, S; Asensio, P; Autonell, J; Benito, A; Busquets, E; Carmona, C; Casacuberta, P; Castro, M; Díaz, N; Dolz, M; Foix, A; Giralt, JM; Gost, A; Haro, JM; Márquez, M; Martínez, F; Miguel, J; Negredo, MC; Ochoa, S; Osorio, Y; Paniego, E; Pantinat, L; Pendàs, A; Pujol, C; Quilez, J; Ramón, J; Rodríguez, MJ; Sánchez, B; Soler, A; Teba, F; Tous, N; Usall, J; Valdelomar, M; Vaquer, J; Vicens, E; Zamora, M.

Al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) por la Beca 97/1275 y a Eli Lilly and Co. (ESQ00196).

BIBLIOGRAFÍA

1. Denker SJ, Denker K. Does community reduce the need for psychiatric care: an introduction to the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med* 1994; 18:443-6.
2. Bradshaw. A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care. London: Oxford University Press; 1972.
3. Brewin C. Measuring individual needs for care and services. In *Measuring Mental Health Needs*. London: Royal College of Psychiatrist; 1992.
4. Brewin CR, Wing JK. Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill: the Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987;17: 971-81.
5. Marshall M. How should we measured need? *Philosophy, Psychiatry Psychol* 1994;1:27-36.
6. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Molloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167:589-95.
7. Wiersma D, Neinhuis FJ, Giel R, Slooff CJ. Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15 and 17 year follow up from first onset in psychosis, and comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:49-56.
8. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severity mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:109-13.
9. Slade M, Phelan M, Thornicroft G. A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically

- representative sample of patients with psychosis. *Psychol Med* 1998;28:543-50.
10. Heinze M, Taylor RE, Priebe S, Thornicroft G. The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:292-7.
 11. Slade M, Leese M, Taylor R, Thornicroft G. The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:149-57.
 12. Usall J, Busquets E, Araya S, Ochoa S, Gost A. Diferencias de género en la esquizofrenia. Una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:178-85.
 13. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:3-38.
 14. 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. *Psychol Med* 1986;16:909-28.
 15. Iacono WG, Beiser M. Are males more likely than females to develop schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1992;149:1070-4.
 16. Hafner H, Maurer K, Lofter W, Riecher-Rossler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:80-6.
 17. Angermeyer MC, Kuhn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1998;237:351-64.
 18. Goldstein JM, Tsuang MT, Faraone SV. Gender and schizophrenia: implications for understanding the nature of the disorder. *Psychiatry Res* 1989;28:243-53.
 19. Sumasky 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.
 20. 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.
 21. Cannon-Spoor HE, Potkins SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982;8:470-84.
 22. Childers SE, Harding C. Gender, premorbid social functioning and long term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophrenia. Schizophr Bull* 1990;16:309-16.
 23. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Vibe-Hansen L. First episode schizophrenia: II Premorbid patterns by gender. *Schizophr Bull* 1996;22:257-69.
 24. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr Bull* 1990;16:331-44.
 25. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988;145:684-9.
 26. Angermeyer MC, Goldstein JM, Kuhn L. Gender differences in schizophrenia: Rehospitalitation and community survival. *Psychol Med* 1989;19:365-82.
 27. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Márquez M. Grupo NEDES. Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compreh Psychiatry* (en prensa).
 28. Mc Glashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1990;16:319-29.
 29. Limstrom E, Von Knorring L. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalisations. *Acta Psiquiatr Scand* 1994;89:274-8.
 30. Addington D, Addington J, Patten S. Gender and affect in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996;41:265-8.
 31. Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia: Results of an epidemiologically-based family study. *Br J Psychiatry* 1995;167:184-92.
 32. Addington D, Addington J, Patten S. Gender and affect in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996;41:265-8.
 33. Schaub A, Behrendt B, Brenner HD, Mueser KT, Liberman RP. Training schizophrenic patients to manage their symptoms: predictors of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. *Schizophr Res* 1998;31:121-30.
 34. Seeman MV. Schizophrenia treatment for women. *CPA Bull* October 1997:142-5.
 35. Peralta V, Cuesta JM. Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22:171-7.
 36. Grupo Granada Sur. Validación del CAN en castellano.
 37. Andrews G, Henderson S. *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
 38. Seeman M. *Gender and psychopathology*. Washington DC. American Psychiatr Press; 1995.
 39. Usall J, Ochoa S, Araya S, Gost A, Busquets E. Grupo NEDES. Sintomatología y género en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:219-23.
 40. Arndt S, Tyrrell G, Flaum M, Andreasen NC. Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychol Med* 1992;22:379-88.
 41. Pulver AE, Wolyniec PS, Wagner MG, Moorman CC, McGrath A. An epidemiological investigation of alcohol-dependent schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:603-12.
 42. De Quardo JR, Carpenter CF, Tandon R. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. *J Psychiatr Res* 1994;28:267-75.
 43. Haas GL, Glick ID, Clarkin JE, Spencer JH, Lewis AB. Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophr Bull* 1990;16:277-92.
 44. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 1993;163:183-9.

45. Slade M, Beck A, Bindman J, Thornicroft G, Wright S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HONOS. *Br J Psychiatry* 1999;174:404-8.
46. Hanson L, Bjorkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92: 285-93.
47. Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:366-75.
48. Pekarik G, Finney-Owen K. Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Ment Health J* 1987;23:120-30.
49. Hintikka J, Saarinen P, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Viinamaki H. Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:226-31.

Correspondencia:

Susana Ochoa Güerre

Unidad de Formación y Docencia

Sant Joan de Déu-SSM

Dr. Pujades, 40

08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona)

E-mail: susana.ocho@lettera.net