

Esquizofrenia y género

Rosa JIMÉNEZ GARCÍA-BÓVEDA
Antonio J. VÁZQUEZ MOREJÓN
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Las investigaciones sobre género y esquizofrenia han experimentado un creciente desarrollo en las últimas décadas, originando un elevado volumen de datos que confirman el interés de esta variable para el estudio de la etiología, diagnóstico, curso y provisión de servicios de la esquizofrenia. El presente estudio trata de revisar las aportaciones más relevantes en este ámbito, presentando los resultados de mayor consenso y analizando las limitaciones conceptuales y metodológicas observadas en estas investigaciones. Se destaca que la mayoría de estas investigaciones muestran una limitada integración de los conceptos elaborados desde la perspectiva de género, predominando hallazgos empíricos explorados e interpretados desde un análisis diferencialista y/o psicométrico que, con frecuencia, tiende a ignorar los condicionantes psicosociales de los roles de género como elementos explicativos de los fenómenos implicados en la relación género/esquizofrenia.

Palabras clave: género, esquizofrenia, trastorno mental severo.

Abstract

During the last past few decades, the study of gender has become a widely studied variable among schizophrenia researchers. This, in turn, gave rise to a large number of studies confirming its importance in the study of etiology, diagnostics, course, and delivery services in schizophrenia. The present study systematically reviews gender effects on schizophrenia by showing the most consistent findings as well as examining conceptual and methodological shortcomings observed in individual studies. The results of this analysis show that most of the research in this area insufficiently integrates gender issues in schizophrenia. Moreover, these studies are interpreted from a psychometric point of view, which often ignores the important role of psychosocial determinants that help explaining the impact of gender issues in schizophrenia research.

Key words: Gender, Schizophrenia, Severe Mental Illness.

Ya en los albores del siglo XX Kraepelin describió la *Demencia Precoz* como un *trastorno de hombres jóvenes* (Goldstein & Tsuang, 1990), observando que la esquizofrenia presentaba peculiaridades asociadas al sexo en el curso clínico de los sujetos (Haas & Garrat, 1998). Diferencias como la distinta edad de inicio en mujeres y hombres con esquizofrenia eran aceptadas ya en su tiempo, aunque estas diferencias señaladas no fueron explicadas (Lewis, 1992).

El inicio de los estudios de género y esquizofrenia puede situarse en los años sesenta del pasado siglo, periodo en que se realizaron algunas aportaciones de carácter teórico, con un desarrollo incipiente de modelos psicológicos explicativos de las diferencias por género observadas en la esquizofrenia en el ámbito clínico. Entre los modelos teóricos más conocidos en esa etapa se encuentran la teoría del *Desarrollo de la Identificación en*

los Roles de Género, de la psicoanalista feminista Nancy Chodorow (1978) y el modelo de *Diátesis-Género-Estrés* de LaTorre (1976, 1984; LaTorre & Piper, 1979). Estos trabajos se enmarcan en las corrientes de estudio de género dentro de la psicología en los años 60 y 70: el desarrollo de los roles sexuales (1954-1966) y las nuevas teorías sobre la identidad sexual y el aprendizaje de la conducta sexualmente diferenciada (1966-1974) (Matud Aznar, Rodríguez Wangüemert, Marrero Quevedo & Carballeira Abella, 2002).

La literatura existente en esta etapa resulta más interesante por los modelos teóricos aportados que por la investigación aplicada, que presenta importantes limitaciones ya que los estudios se realizaron mayoritariamente a partir de muestras muy selectivas de población masculina y hospitalizada. Con estos problemas metodológicos, sus conclusiones, no bien sustentadas empíricamente, resultaron

sólo tentativas de difícil generalización (Nasser, Walders & Jenkins, 2002).

A partir de los años ochenta, los estudios de género en la esquizofrenia experimentan un notable auge, coincidiendo con el creciente interés general por el estudio de este constructo en el ámbito de la psicología. Es en estos años cuando el concepto *género* es introducido en la psicología desde la Psicología Feminista, que plantea una revisión crítica y una ruptura de los planteamientos androcéntricos de esta ciencia (Caro Gabalda, 2001), incorporándose este constructo en las Ciencias de la Conducta (Barberá Heredia, 1998).

No existe una definición clara y consensuada del concepto *género* (Fernández, 1996). Se le ha definido como un término psicológico y un artefacto cultural que se refiere a los significados que las sociedades adscriben a las categorías de hombre y mujer (Eagly, 1995). Se ha definido también como etiqueta social por la que se distinguen dos grupos de personas (Unger, 1979) ó una invención social mediada por otra construcción social, la biológica (Turner, 1984). Resulta ser un concepto dinámico, complejo y multifactorial, constituido, entre otros, por factores como *identidad de género*, *roles de género*, (tradicionales o igualitarios), *asimetría de género*, *estereotipos de género* y *perspectiva de género*, factores que hacen referencia a variables cognitivas, emocionales y conductuales y a herramientas de análisis acerca de los papeles sociales de mujeres y hombres.

Varias han sido las aproximaciones al constructo género en su evolución teórica dentro de la psicología, aspecto éste que conviene clarificar para poner en perspectiva las investigaciones relativas a este concepto en el ámbito de la esquizofrenia:

1. *La aproximación diferencialista-esencialista*, propia de la visión tradicional androcéntrica de la Psicología Diferencial y la Psiquiatría clásicas, centraba su atención en el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres, considerando que correspondían a características *naturales*, *esenciales* de las personas, lo que las situaba entre lo biológico y los rasgos estables de personalidad. Esta perspectiva sólo se limitó a señalar las diferencias y *contribuyó* desde las cátedras y los libros de texto *durante décadas a mantenerlas*, en forma de *estereotipos prescriptivos de conducta*. No cuestionó la *asimetría*-desigualdad de estatus social y de poder entre mujeres y hombres, y la influencia que éstas tienen en la diferente manifestación conductual y sintomatológica. Sus aportaciones presentaron múltiples sesgos androcéntricos tanto teóricos como metodológicos (Hyde, 1995). Este posicionamiento ideológico recibió críticas importantes desde la Psicología Feminista cuyas investigaciones y *corpus* teórico contribuyeron, desde mediados del siglo XIX y durante el siglo XX, a demostrar la inadecuación y la falta de rigor científico de la psicología tradicional, con supuestos hacía

las mujeres basados en prejuicios y creencias misóginas (García Dauder, 2005), favoreciendo la superación del sesgo androcéntrico en los estudios de la psicología diferencial. (West & Zimmerman, 1991; Unger, 1979; Hyde & Plant, 1995; Eagly, 1995). Los posteriores esquemas interpretativos del Género se corresponden, en gran medida, con los múltiples paradigmas existentes en la Psicología.

2. *Aproximación diferencialista*, distinguiéndose:

- a) Una primera línea de estudios, centrada en las *descripciones psicométricas* de las diferencias (Maccoby & Jacklin, 1974; Eagly, 1987; Hyde, 1986, 1990), en la que se podrían encuadrar muchos de los estudios de género en la esquizofrenia.
- b) Una segunda línea orientada al análisis de los constructos de feminidad, masculinidad y androginia. Ambas orientaciones tienen en común la consideración del concepto género como *rasgo*, como *variable sujeto*. Se trataría de una perspectiva *comparativa* (Parson & Bales, 1955; Bem, 1974; Hyde & Frost, 1993; Barberá Heredia, 1998).

3. *Una aproximación psicosocial* que considera el género como *categoría de clasificación social*. El género sería un elemento estimular en sí mismo que condiciona la conducta de las demás personas. Esta estrategia de investigación, muy extendida en el ámbito de la Psicología Social, considera el *género como variable-estímulo* (Unger, 1979; Barberá Heredia, 1998).

4. *Aproximación desde la Psicología Feminista*, que considera que esta clasificación social por género conlleva *relaciones de poder-sumisión* entre mujeres y hombres (West & Zimmerman, 1991; Matud Aznar & cols., 2002). Relaciones que están estructuradas, en las sociedades patriarcales, en *asimetrías de poder* (por ejemplo, distinto poder de definición de la realidad personal, familiar, laboral y social), con diferencias marcadas en estatus social y en equidad en el acceso a los recursos, en perjuicio de las mujeres (Saltzman, 1989), por lo que plantea que el uso de la *perspectiva de género* resulta clave para visibilizar la violencia e inequidad en los análisis de salud y ajuste social de las personas. Este desarrollo teórico y empírico de la Psicología Feminista ha resultado muy prolífico, tanto en el campo interno de la psicología como en el ámbito sanitario, educativo, político y social. Tanto organismos internacionales como nacionales, aconsejan cambiar las desigualdades de género, y han considerado la *Perspectiva de Género* como una herramienta clave para la equidad en la salud y las relaciones humanas (Organización de Naciones Unidas, 1979; III Plan Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003), motivo por el cual, desde los años noventa, se ha ido integrando esta perspectiva en la mayoría de los proyectos

de investigación y docencia de la psicología en España (Ruiz-Tagle, 2004).

5. *Aproximación desde el paradigma cognitivo de la psicología*: la variable género se explica como un *proceso psicológico*, como un *esquema cognitivo* dentro del auto-concepto del sujeto. Incorpora varias perspectivas teóricas, derivadas de los postulados genético-evolutivos y del procesamiento de la información. Es un área de investigación importante en la actualidad. Esta perspectiva, sin embargo, no considera el entorno social en que se producen las relaciones de género, quedando el sujeto de análisis aislado y descontextualizado (Barberá Heredia, 1998).

6. *Aproximación constructivista*: considera el concepto de género como un *proceso de interacción psicológica y social*, que contribuye a construir la realidad social y personal de mujeres y hombres (Deaux & Major, 1987; Geis, 1993; Caro Gabalda, 2001).

Estas perspectivas de análisis han desplazado la visión tradicional, patriarcal y misógina de la psicología sobre la especie humana, superándose la visión esencialista androcéntrica de la psicología y psiquiatría clásicas, dando lugar a un ámbito académico denominado *Psicología del Género*, área con especificidad suficiente como para abarcar un campo independiente dentro de la investigación en psicología (Barberá Heredia, 1998). Constituye actualmente una de las áreas de estudio más dinámicas en el ámbito universitario, siendo la psicología la disciplina académica con mayor número de publicaciones, cursos y proyectos de investigación sobre género (Ruiz-Tagle, 2004; Barberá & Martínez Benlloch, 2004).

Este creciente interés por el género también se observa en el campo específico de la Psicología Clínica y la Salud Mental (Blechman & Brownell, 1988; Mas Hesse & Tesoro Amate, Rodríguez Calvín, Marín, Martos, Peñín & Famoso, 1993; García Campayo, 2006), con un progresivo aumento de la atención científica sobre la posible influencia de esta variable en diversas patologías, incluidas patologías crónicas de gran importancia clínica y psicosocial como es el caso de la esquizofrenia (por ejemplo, Bachrach & Nadelson, 1988; Goldstein & Tsuang, 1990; Perkins & Rowland, 1991; Castle, McGrath & Kulkarni, 2000; Leung & Chue, 2000; Usall, Araya, Ochoa, Busquets, Gost & Márquez, 2001, De la Gándara, 2002).

La investigación sobre género en la esquizofrenia ha ido cobrando importancia en diversos contextos sanitarios de la práctica de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, motivado principalmente por:

a) La observación clínica de la *heterogeneidad* de la esquizofrenia y el consiguiente interés por investigar áreas que faciliten la comprensión de los procesos implicados

en esta diversidad, a fin de lograr descripciones, tratamientos y claves más precisas acerca de la enfermedad (Lewis, 1992; Scott & Lehman, 1998).

b) La preocupación ante una notable negligencia y desconocimiento de los problemas y necesidades específicas de la población femenina con trastorno mental severo (Bachrach & Nadelson, 1988; Perkins y Rowland, 1991; Wahl & Hunter, 1992; Goering, Wasylenyk, Onge, Paduchak & Lancee, 1992; Mas Hesse, Tesoro Amate, Rodríguez Calvín, Marín, Martos, Peñín & Famoso, 1993; Kulkarni, 1997; Zolese, 2000), y la consiguiente ausencia de una provisión de servicios e intervenciones ajustadas y sensibles al género entre estas poblaciones (Bachrach & cols., 1988; Mowbray, 2003).

c) La constatación de una insuficiente investigación de carácter socio-cultural en esta patología, en comparación con las publicaciones biomédicas, muy abundantes, en especial durante la llamada *década del cerebro*.

d) El interés originado en otros ámbitos clínicos sobre la importancia del género en diversas patologías.

Estos diversos factores han ido contribuyendo al desarrollo de un abundante cuerpo de investigación y publicaciones en estos pasados veinte años sobre género y esquizofrenia, cuyos resultados más relevantes podríamos resumir en los siguientes apartados.

El hecho de que estas investigaciones se hayan desarrollado en ámbitos clínicos alejados de los contextos académicos de la Psicología del Género y de la Psicología Feminista, podría estar en la base de la escasa integración de las aportaciones conceptuales y metodológicas de estas disciplinas, observándose una mínima inclusión del análisis de género como constructo cultural en la literatura que examina el diagnóstico, manejo y resultados en esquizofrenia (Nasser *et al.*, 2002).

Áreas investigadas

Por razones de orden práctico, en esta revisión se han excluido investigaciones relativas a diferencias cerebrales, neurofisiológicas y genéticas, áreas de gran importancia que exigirían una revisión específica.

Epidemiología: incidencia y prevalencia

Tradicionalmente se ha venido manteniendo en la mayoría de los estudios, la ausencia de diferencias en la incidencia y prevalencia entre mujeres y hombres (Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Gruenberg, Burke & Regier, 1984; Jablensky, Sarorius, Enberg, Ander, Korten, Cooper *et al.* 1992; Flor-Henry, 1985; Wyatt, Alexander,

Egan & Kirch, 1988). No obstante, algunos estudios indican una mayor incidencia en los segundos: Nínullain, O'Hare & Walsh (1987) encontró una relación de 1.5:1 y Nicole, Ledage & Lalonde (1992) encontró una relación de 2.5:1. Por su parte, Iacono & Breiser (1992) confirman esta mayor incidencia incluso al utilizar distintos criterios diagnósticos.

Las diferencias de resultados en estos estudios pueden reflejar las dificultades metodológicas de estas investigaciones, de modo muy particular los criterios diagnósticos utilizados, que pueden dar lugar a una mayor inclusión en el grupo de uno u otro sexo. Así Lewine, Burbach & Meltzer (1984), por ejemplo, señalaron que la utilización de criterios diagnósticos más restrictivos excluían a un mayor número de mujeres, incrementando el riesgo relativo de los hombres.

En este sentido, caben destacar dos aspectos: la consideración de la sintomatología afectiva (más presente en el caso de las mujeres), que podría dar lugar a una mayor tendencia a clasificar a las mujeres en las psicosis afectivas excluyéndolas del diagnóstico de esquizofrenia (Wattie & Kedward, 1985), y la restricción de la edad por encima de los 44 años (según los criterios DSM III), que podría excluir a un mayor número de mujeres, al presentar éstas un segundo pico de inicio de la enfermedad con posterioridad a esta edad (Lewis, 1992).

Se ha señalado, en general, que los estudios de prevalencia muestran una menor ratio hombre/mujer que los estudios de incidencia.

Edad de inicio

Las diferencias en este aspecto ya fueron señaladas por Kraepelin respecto a la demencia precoz, refiriendo un inicio más tardío de la enfermedad en las mujeres. Se trata de una de las diferencias más frecuentemente señaladas, siendo muy numerosas las investigaciones que muestran un inicio más temprano en el hombre (Lewine, 1980; Seeman, 1982; Loranger, 1984; McGlashan & Bardenstein, 1990; Riecher, Maurer, Löffler, Fatkenheuer, Heiden, Munk-Jorgensen, Stömgren & Häfner, 1991; Jablensky, Sartorius, Ernberg, Ander, Korten, Cooper, Day & Bertelsen, 1992; Häfner, Maurer, Löffler & Riecher-Rössler, 1993; Gorwood, Leboyer, Jay, Payan & Feingold, 1995; Vázquez-Barquero, Cuesta & De la Varga, 1995), hallazgo que se ha repetido tanto con criterios diagnósticos flexibles como con criterios estrictos, así como en diferentes culturas (Hambrecht, Maurer & Häfner, 1992).

La distribución de edad para el hombre es de 15 a 25 años, con un pico hacia la mitad de la veintena, mientras que en la mujer es de 15 a 30 años, con un pico algo más tardío y un pico adicional entre los 45 y 49 años (Häfner, Maurer, Löffler, An Der Heiden, Pank-Jorgensen, Hambrecht *et al.*, 1998), siendo el riesgo de un inicio tardío de 2 a 3 veces mayor en mujeres (Häfner,

And Der Heidan, Behrans, Gattaz, Hambrecht, Löffler *et al.*, 1998). Castle & Murria (1993), por su parte, obtienen resultados similares aunque añaden un tercer pico en la mujeres en edades más tardías.

En algunos estudios, el inicio de la enfermedad se realiza tomando como referencia la primera hospitalización, encontrándose igualmente que la edad de la primera hospitalización era una media de 4 o 5 años antes en el caso de los hombres (Angermeyer & Kühn, 1988).

Aunque se puede citar algún estudio que no encuentran esta diferencia (por ejemplo, Salokangas, 1983), existe un consenso generalizado respecto a este inicio más tardío en las mujeres, ya que la inmensa mayoría de los estudios, con diversas metodologías, vienen a coincidir en esta diferencia por género.

Seeman (1988) ofrece un interesante análisis de esta diferencia por género, poniéndola en relación con las diversas conceptualizaciones de la esquizofrenia (enfermedad dopaminérgica, lateralizada, relacionada con traumas cerebrales, con infecciones virales, precipitada por consumo de tóxicos, relacionada con el apoyo social como factor protector). La Torre (1984) recoge por su parte diversas hipótesis:

1. La mayor carga genética en los hombres.
2. Mayor vulnerabilidad de los hombres a las enfermedades.
3. Mayor susceptibilidad de los hombres al estrés.
4. La mayor presencia de estresores psicosociales en los hombres en las etapas evolutivas en que aparece la esquizofrenia, observándose en todas estas hipótesis importantes limitaciones y contradicciones.

Algunos estudios indican que, cuando sólo se incluyen pacientes con historia familiar de esquizofrenia, las diferencias desaparecen, sugiriendo que hombres y mujeres con una fuerte carga genética, tienen una edad de inicio similar (Albus, Scherer, Hueber, Lechleuthner, Graus, Zausinger *et al.* cols., 1994; Gureje & Bamidele, 1998).

Historia de riesgo familiar

Rosanoff, Handy, Plesset y Brush (1933) ya encontró que en gemelas monocigóticas existía una más baja concordancia que en gemelos monocigóticos. Suvisaari, Haukka, Tanskanen y Lonnqvist (1998), aunque no encuentran relación entre género y carga genética familiar, observan en su estudio que la distribución bimodal de la edad de inicio en la mujeres vienen a apoyar la hipótesis de que la esquizofrenia de inicio más tardío tiene una más baja carga genética familiar, particularmente en las mujeres.

Asimismo diversos autores señalan que el riesgo de desarrollar esquizofrenia es significativamente mayor en familiares de mujeres con esquizofrenia

(Bellodi, Busoleni, Scorza-Smeraldi, Grassi, Zacchetti & Smeraldi, 1986), con un 5.2% frente a 2.2% en familiares de hombres con esquizofrenia (Goldstein, Faraone, Chen, Tolomiczenko & Tsuang, 1990). Estos autores, no obstante, señalan que al incluir en los análisis todo el espectro de trastornos esquizofrénicos, las diferencias por género quedan atenuadas, observándose en los familiares de hombres con esquizofrenia un mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad esquizotípicos, y en los familiares de mujeres con esquizofrenia un riesgo más elevado de desarrollar formas más severas del espectro (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y esquizoafectivo).

Complicaciones perinatales

Existe una notable evidencia de la asociación entre las complicaciones obstétricas en el nacimiento y alteraciones cerebrales en pacientes con esquizofrenia, postulándose que estas complicaciones se presentan con mayor frecuencia en pacientes hombres con un inicio más temprano de la esquizofrenia (O'Callaghan, Gibson, Colohan, Buckley, Walshe, Larkin & Waddington, 1992). Esta relación no se observa en pacientes mujeres, en pacientes con un inicio más tardío y en pacientes con un inicio más agudo (O'Callaghan, Sham, Takei, Glover & Murria, 1991; Owen, Lewis & Murria, 1988).

Mientras que en las mujeres el cerebro muestra una más rápida mielinización, y una más rápida distribución bilateral de las funciones cerebrales (Seeman & Lang, 1990), en los hombres se produce una más lenta maduración del sistema nervioso, lo que podría hacerles más vulnerables a las complicaciones obstétricas (Lewis, 1992).

Gureje y Bamidele (1998) por su parte encuentran mayor probabilidad de complicaciones obstétricas en mujeres con inicio de esquizofrenia más temprano que en aquellas con inicio más tardío, mientras que en los hombres no se observa esta diferencia, presentando una misma frecuencia de complicaciones.

Verdoux, Geddes, Takei, Lawrie, Bovet, Eagles y cols. (1997) en un meta-análisis encuentran una correlación entre edad de inicio y complicaciones obstétricas, con mayores complicaciones en edades de inicio más temprana, pero sin embargo no detectan una relación significativa entre sexo y complicación obstétrica.

Funcionamiento cognitivo

Los datos disponibles en este ámbito son inconsistentes, sugiriendo algunos autores/as que diversas limitaciones metodológicas pueden estar condicionando estos resultados, particularmente la selección de las muestras (Goldstein, 1993; Seidman, Goldstein, Goodman, Koren, Turner, Faraone y cols. 1997). Por

su parte Hoff, Wieneke, Faustman, Horon, Sakuma, Blankfeld y cols. (1998) hacen notar que las diferencias en el funcionamiento cognitivo pueden provenir de las diferencias por género en cuanto a edad de inicio y a severidad, por lo que si, al seleccionar las muestras, se controlan estas variables, las diferencias en el funcionamiento cognitivo pueden quedar ocultas. No obstante, existe una mayor número de estudios cuyos resultados muestran evidencias de un mayor deterioro cognitivo en hombres, particularmente en: procesamiento verbal (Haas, Sweeney, Hien, Goldman, & Deck, 1991; Goldstein, Seidman, Santangelo, Knapp & Tsuang, 1994; y Goldstein, Seidman, Goodman, Koren, Lee, Weintraub & Tsuang, 1998), en función ejecutiva, evaluada mediante el *Test de Ordenación de Tarjetas de Wisconsin* (Seidman, Goldstein, Goodman, Koren *et al.*, 1997), y en identificación olfatoria (Kopola, Clark & Hurwitz, 1989).

Dos estudios muestran por el contrario un mayor deterioro cognitivo en las mujeres (Perlick, Mattis, Stastny & Teresi, 1992; Goldberg, Gold, Torrey y Weinberger, 1995). Sin embargo, en ambos estudios podrían existir ciertos sesgos al incluir un mayor número de mujeres con edad de inicio más temprana. Por su parte, Andia, Zissok, Heaton, Hesselink, Jeringan, Kuck y cols. (1995) no encuentran diferencias por género.

Los resultados llevan a Hoff, Riordan, O'Donnell, Stritzke, Neale, Boccio y cols. (1992) a concluir que las diferencias en funcionamiento cognitivo pueden ser simplemente un reflejo de las diferencias de género en cuanto a edad de inicio y severidad de los síntomas.

Funcionamiento social

Estado civil

Aunque con importantes limitaciones, el estado marital se ha utilizado como medida aproximativa del ajuste social, entendiéndose como un posible indicador de la habilidad para establecer relaciones sociales. Un hallazgo repetidamente encontrado por diversos autores/as, de forma consistente tanto en el tiempo como en distintas culturas, es la mayor probabilidad de estar casadas las mujeres con esquizofrenia en comparación con los hombres que padecen esta enfermedad (Farina, Garnezy & Barry, 1963; Turner, Dopkeen & Labreche, 1970; Gibbons, Horn, Powell & Gibbons, 1984; Wattie & Kedward, 1985; Walker, Bettes, Kain & Harvey, 1985; McGlashan & Bardenstein, 1990; Test, Burke, & Wallisch, 1990 entre otros). De la misma forma, los estudios sobre evolución de la esquizofrenia muestran que es más probable que las mujeres se casen o se impliquen en relaciones de pareja (Salokangas, 1983; Wattie & Kedward, 1985; Seeman, 1986; Goldstein, Tsuang & Faraone, 1989; Salokangas & Stengard, 1990; Riecher-Rössler, Fätkenheuer, Löffler,

Maurer & Häfner, 1992;) y tengan hijos/as (Salokangas & Stengard, 1990; McGlashan & Bardenstein, 1990).

Algunos estudios concretan el periodo en que se establecen las relaciones de pareja, coincidiendo igualmente en que las mujeres logran establecer este tipo de relaciones con mayor frecuencia que los hombres antes del inicio de la enfermedad (Raskin & Golob, 1966; Goldstein, Tsuang & Faraone, 1989; Salokangas & Stengard, 1990), observándose que las mujeres tienen 3.6 veces más probabilidades de estar casadas que los hombres en el momento del primer ingreso hospitalario (Riecher-Rössler *et al.*, 1992).

Una posible explicación de este hecho podría encontrarse en la confluencia de dos factores: la asignación por el rol de género, que ha condicionado en el pasado una edad más temprana de casamiento para la mujer, y el inicio más tardío de la enfermedad en las mujeres. Ambos factores condicionarían un periodo más prolongado en la mujer para establecer relaciones de pareja antes del inicio de la esquizofrenia

Una cuestión de interés en este ámbito es la planteada por Haas & Garratt (1998): *¿las diferencias en estado civil se originan exclusivamente en este periodo anterior al inicio de la enfermedad o, por el contrario, se producen en distintos periodos de su vida y, por tanto, pueden reflejar un mayor funcionamiento social de las mujeres?* Aunque no existen estudios que aborden directamente esta cuestión, la comparación entre datos de estado marital para casos de primeros episodios (Goldstein *et al.*, 1989) y datos correspondientes a estado marital a lo largo de toda la vida (Wattie & Kedward, 1985), sugieren que las mujeres tienen más probabilidades de casarse *incluso después del inicio de la fase activa de la esquizofrenia* (Haas & Garratt, 1998). Se acepta, no obstante, que el impacto más negativo de la esquizofrenia sobre la probabilidad de contraer matrimonio se produce en hombres con inicio temprano.

Otros factores culturales se han considerado igualmente de interés al explicar la diferencia en estado civil por género, siendo particularmente interesante la que hace relación con los roles tradicionales de género. La atribución de un papel más activo del hombre en el establecimiento de las relaciones de pareja, podría entrar en contradicción con algunos de los síntomas de la esquizofrenia (por ejemplo, anhedonia social y aislamiento), siendo el impacto de estos síntomas más negativo en el caso de los hombres con vistas a iniciar relaciones.

Funcionamiento social premórbido

Diversos estudios han puesto de manifiesto diferencias por género en funcionamiento social premórbido, con un mayor predominio en los hombres de un patrón premórbido de deterioro del funcionamiento social, con inicio insidioso y periodos prolongados de síntomas prodrómicos

(Allon, 1971; Haas & Sweeney, 1992; Larsen, McGlashan, Johannessen & VibeHansen, 1996), mientras que en las mujeres se observa con mayor frecuencia un patrón caracterizado por un inicio agudo y un curso episódico (Tsuang, Dempsey & Rauscher, 1976).

En general, los resultados obtenidos apuntan a un mejor ajuste social premórbido en las mujeres (McGlashan & Bardenstein, 1990; Childers & Harding, 1990). El más pobre ajuste premórbido de los hombres con esquizofrenia se ha puesto en relación con un mayor predominio en los mismos de un subtipo de esquizofrenia marcada por complicaciones obstétricas y perinatales y por un déficit en el neurodesarrollo (Foerster, Lewis, Owen & Murray, 1991).

Funcionamiento social tras inicio

Las diferencias en el funcionamiento social global se mantienen con posterioridad en el curso de la enfermedad (Watt, Katz & Shepherd, 1983; Salokangas, 1983; McGlashan & Bardenstein, 1990; Test, Burke & Wallisch, 1990; Usall, Araya, Ochoa, Busquets *et al.*, 2001). Wattie & Kedward (1985) obtienen resultados que confirman diferencias por género en indicadores de funcionamiento, siendo significativamente superior en la mujer en todos los índices, a excepción de la actividad física. Asimismo, otros estudios muestran un más alto nivel de funcionamiento en varias dimensiones específicas del funcionamiento social, como por ejemplo, en la integración social, autonomía-ejecución (mas concretamente en las habilidades de autonomía en el hogar) y en el empleo (Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón & Waissman, 2000). En este sentido, algunos estudios que examinan las diferencias entre línea base y la evolución posterior, sugieren entre los hombres una mayor tendencia al deterioro del funcionamiento social (McGlashan & Bardenstein, 1990).

En definitiva, la relación entre funcionamiento social y género ha sido enfatizada por Hass y Garrat (1998), quienes consideran que el género es uno de los más destacados y robustos predictores del ajuste y de funcionamiento social en la esquizofrenia.

Situación laboral

Salokangas (1983), al final de su estudio de seguimiento de ocho años, encuentra en los hombres un funcionamiento laboral marcadamente más pobre y un mayor número de ellos con incapacidad laboral. Asimismo, Hambrecht, Maurer y Häfner (1992) obtienen diferencias significativas en cuanto a deterioro en el desempeño laboral, con un 77.6% de los hombres, frente a un 48% de las mujeres.

Estudios como el de Gibbons, Horn, Powell y Gibbons (1984) ponen de manifiesto la dificultad de comparar el estado ocupacional de hombres y mujeres, ya que la inclusión o no del trabajo en el hogar (más frecuente en la

mujer) así como la diferencias que puedan existir en cuanto a oportunidades laborales para uno y otro sexo, pueden dar lugar a resultados muy distintos, como señala Seeman (1986), quien llega a afirmar que si se excluye el funcionamiento doméstico, las mujeres no presentan ventajas sobre los hombres en el ámbito laboral. No obstante, esta conclusión parece prematura. Los resultados obtenidos en otros estudios más recientes (Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón & Waismann, 2000) sugieren que, aunque de gran importancia, el rol de trabajo doméstico tradicional no remunerado, no parece ser el único factor explicativo de las diferencias en empleo, si se tiene en cuenta que un 17.1% de las mujeres puntúan en la categoría de trabajo remunerado a tiempo completo, mientras que sólo un 5.7% de los hombres se encuentran en esa situación. Los resultados apuntan, más bien, a un mayor logro en el área laboral de las pacientes esquizofrénicas. Otros autores han encontrado igualmente una frecuencia mayor de mujeres esquizofrénicas con empleo remunerado (Andia *et al.*, 1995).

Habilidades sociales

La mayor parte de los estudios en este ámbito se han focalizado en las habilidades expresivas, siendo muy escasos los relativos a las habilidades receptivas (Haas & Garrat, 1998). No se observan diferencias por género en cuanto a reconocimiento de emociones (Muzekari & Bates, 1977; Walker, Marwit & Emory, 1980; Heimberg, Gur, Erwin, Shtasel & Gur, 1992) ni en sensibilidad a indicios interpersonales (Corrigan & Green, 1993).

En cuanto a las habilidades expresivas, Mueser, Bellack, Morrison y Wade (1990), en interacciones simuladas obtienen diferencias significativas en la evaluación del rango de expresiones afectivas, con mejores puntuaciones en las mujeres. Esta misma investigación encuentra asimismo que en evaluaciones globales de las habilidades de comunicación, tanto verbales como no verbales, las mujeres con esquizofrenia muestran habilidades significativamente mejores que los hombres, diferencias que podrían ser específicas de la esquizofrenia, ya que no se observaron en otros grupos diagnósticos (Mueser, Bellack, Morrison & Wade, 1990; Mueser, Bellack, Morrison & Wixted, 1990).

Por su parte, Cirici, Bel, Guarch, Araúxo y Obiols (1993) encuentran, en una muestra española de pacientes con esquizofrenia, que las mujeres en comparación con los hombres, presentan más cogniciones facilitadas de la interacción y menos inhibición de conductas interpersonales, con conductas más similares a las del grupo control.

Alojamiento

Los datos referidos a este aspecto están, como es lógico, muy relacionados con los obtenidos en estado civil.

Así, Salokangas (1983) refiere en su estudio que las mujeres tenían más probabilidad que los hombres de vivir en su hogar con su esposo, y menos probabilidad que ellos de estar viviendo con su padre y/o madre, de residir en una institución o sin domicilio estable.

Por su parte, Wattie y Kedward (1985) informan que los pacientes hombres, en comparación con las mujeres, era más probable que vivieran en situaciones residenciales no-familiares (viviendo solos o en diversas formas de cuidados residenciales), en una proporción de 4.3:1.

Seeman (1986) llega a la conclusión de que las mujeres con esquizofrenia viven en mejores condiciones que los hombres con esta misma enfermedad y que ello se deriva principalmente de vivir en familia con mayor frecuencia.

Sintomatología

Las mujeres presentan en el momento de la hospitalización más depresión, conductas autodestructivas y problemas en las relaciones interpersonales, mientras que los hombres muestran más conducta antisocial y una mayor tendencia al abuso de alcohol (McGlashan & Bardenstein, 1990).

La irritabilidad, la preocupación y el cansancio se ha señalado igualmente como más frecuente en mujeres, mientras que el abuso del alcohol y el aislamiento social sería más frecuente en hombres (Hambrecht, Maurer & Häfner, 1992).

En una muestra agrupada de pacientes de distintos centros y culturas, los resultados muestran diferencias por género en los síntomas afectivos y en la conducta social, con una mayor incidencia de aplanamiento afectivo, aislamiento social, abuso de alcohol y auto-negligencia en los hombres y mayor ansiedad, situacional y flotante, despersonalización y desrealización en mujeres (Hambrecht, Maurer & Häfner, 1992).

Asimismo se ha señalado que las mujeres muestran una mayor presencia de síntomas de primer rango de Schneider, particularmente de alucinaciones auditivas (Marneros, 1984; Rector & Seeman, 1996).

La mayor frecuencia de síntomas afectivos en las mujeres con esquizofrenia (Lewine, 1981) tiene importantes consecuencias, ya que su distinta consideración en los diversos criterios diagnósticos ha dado lugar a resultados contradictorios, al modificar de modo importante la composición de las muestras, incluyendo o excluyendo mujeres con mayor presencia de esta sintomatología.

En general, se observa un predominio de los síntomas negativos (aislamiento social, aplanamiento afectivo, pobreza del habla y apatía) en los hombres (Pogue-Geile & Harrow, 1985; Kay, Opler & Fiszbein, 1986; Pogue-Geile, & Zubin, 1988; Goldstein & Link, 1988; Ring, Tatum, Montague, Newby, Balk & Morris, 1991). En algún estudio, estos síntomas negativos llegaban a ser el doble de

severos en los hombres en comparación con las mujeres, no encontrándose, sin embargo, diferencia en la severidad de los síntomas positivos (Ring, Tatum, Montague, Newby et al, 1991; Shtasel, Gur, Gallacher, Heimberg & Gur, 1992).

No obstante, no faltan algunos estudios en los que no se detectan diferencias significativas en sintomatología, ni a nivel global ni por escalas separadas (Usall, Araya, Ochoa, Busquets, Gost & Marquez, 2001).

Es de interés señalar que las diferencias por género en sintomatología muestran patrones diversos en diferentes culturas (Hambrecht, Maurer & Häfner, 1992), aspecto este de gran relevancia con vistas a nuevos estudios, ya que podría ayudar a comprender la congruencia entre los síntomas y los diversos roles de género asignados en cada cultura.

Curso/recaídas/ingresos

Los hallazgos empíricos, consistentes con las tempranas observaciones de Kraepelin, sugieren que las mujeres experimentan un curso más benigno de la enfermedad en la esquizofrenia, con inicio más tardío, superior respuesta a la medicación antipsicótica, mejor evolución global, menor número de hospitalizaciones y un menor riesgo de suicidio (Seeman, 1982, 1985). Son numerosas las investigaciones que apoyan este curso más favorable en las mujeres (Lewine, 1981, 1988; Watt, Katz & Shepherd, 1983; Johnstone, Owen, Gold, Crow & MacMillan, 1984; McGlashan & Bardenstein, 1990; Vázquez-Barquero, Cuesta, Herrera, Lastra, Herrán & Luna, 1999).

Considerando que la edad de inicio es uno de los predictores más fiables del curso de la esquizofrenia (Zigler & Levine, 1981), parece razonable pensar que el curso más desfavorable en los hombres podría guardar una estrecha relación con la ya comentada diferencia por género en cuanto a la edad de inicio. Igualmente Seeman (1988), por su parte, hace notar que dos factores claramente relacionados con la cronicidad, como son la edad de inicio y la respuesta a los neurolépticos, son factores que presentan diferencias por género.

Salokongas (1983), en su estudio de seguimiento de ocho años de pacientes con esquizofrenia de primer ingreso, observan una mayor tendencia de los hombres a reingresar y a permanecer ingresados un número significativamente mayor de días. Estos datos coinciden con los obtenidos por Test, Burke y Wallisch (1990), en su estudio de seguimiento de dos años de la evolución de la esquizofrenia en pacientes jóvenes.

Por otra parte Watt, Katz y Shepherd (1983), en el seguimiento de cinco años de una muestra de pacientes con esquizofrenia, encuentran que, en el subgrupo de primer ingreso, un 32% de las mujeres frente al 15% de los hombres tienen un único ingreso, y un 46% de los hombres frente al 18% de las mujeres, presentan un incremento en el deterioro con cada uno de los episodios posteriores, sin

recuperar la normalidad. Asimismo, en el análisis de la muestra en conjunto, encuentra igualmente que un 35% de los hombres frente al 62% de las mujeres, se encuentran en el grupo de buena evolución.

Un aspecto a considerar aquí es el señalado por Seeman (1988), quien llama la atención sobre el posible enmascaramiento, en los estudios de seguimiento a largo plazo, de la mejor evolución de las mujeres, al incluir una mayor proporción de éstas con edad superior a los 40 años, periodo en el que parece producirse un empeoramiento en la población femenina.

La mayor prevalencia en los hombres de *acting out* y de conductas sociales no adaptativas, podría dar lugar a un mayor número de hospitalizaciones (Hambrecht, Maurer & Häfner, 1992).

En el caso concreto del tiempo de hospitalización, la literatura más antigua muestra tiempos más prolongados de ingreso para las mujeres, todo lo contrario a lo referido en las investigaciones posteriores a los años 50, en las que se encuentra menor tiempo de hospitalización (Seeman, 1986) y menor número de hospitalizaciones (Goldstein, 1988). Como señala Seeman (1988), este cambio probablemente está relacionado con el mayor tiempo de vida de las mujeres, quienes hasta los años 50, permanecían más tiempo ingresadas en una época en que un ingreso suponía la permanencia en el hospital hasta su fallecimiento.

Respuesta a los tratamientos

Algunos estudios encuentran que entre los pacientes que responden a los neurolépticos se encuentra una proporción significativamente más alta de mujeres (Kolakowska, Williams, Arden, Reveley, Tambor, Gelder & Mandelbrote, 1985). Asimismo, se ha encontrado que las mujeres parecen requerir dosis más bajas de neurolépticos para lograr el control de los síntomas agudos y una dosis de mantenimiento más baja para prevenir las recaídas (Young & Meltzer, 1980; Seeman, 1983b, Seeman, 1989), diferencias no explicadas por su más bajo peso; aunque estas mismas investigaciones señalan que después de los 40 años, las mujeres pueden precisar dosis más altas que los hombres para prevenir las recaídas.

En un estudio con pacientes atendidos en centros de salud mental comunitarios, Dworkin y Adams (1984) encontraron que los hombres recibían dosis significativamente más altas que las mujeres, aunque una vez controlada la variable edad, este efecto desaparecía.

En términos generales, los resultados sugieren la necesidad de dosis más bajas en las mujeres, aunque este efecto desaparece al avanzar la edad (Seeman, 1986).

La mejor respuesta a los tratamientos con neurolépticos se ha puesto en relación con los estrógenos, ya que se ha demostrado en experimentación animal que son antagonistas de la dopamina; podrían por tanto apoyar el efecto antidopaminérgico de los neurolépticos.

Por otra parte, la mejor respuesta a tratamiento con neurolépticos podría estar relacionada con el hecho de que las mujeres tienden más a adherirse, por motivos diversos, a las dosis prescritas (Kessler, Brown & Broman, 1981; Farina, 1981; Salokangas, 1983).

Un aspecto relevante, en relación a los tratamientos farmacológicos, es el relativo a los efectos secundarios. Así Lehmann y Ban (1974) señalaron una susceptibilidad diferenciada por género con respecto a diversos efectos secundarios de los neurolépticos. Asimismo, se ha señalado que las mujeres son más vulnerables a la discinesia tardía, particularmente en mujeres de más avanzada edad (Kane & Smith, 1982; Mukherjee, Rosen, Cardenas, Varia & Olarte, 1982).

Aunque escasos, existen algunos estudios que exploran la respuesta por género a los antipsicóticos atípicos, con resultados que sugieren diferencias menos significativas que con los antipsicóticos de primera generación (Perry, Miller, Arnott & Cadoret, 1991; Hasegawa, Gutierrez-Esteinon, Way & Meltzer, 1993). Por su parte, Alvir y Lieberman (1994) refieren un mayor riesgo de agranulocitosis con clozapina en mujeres y una tendencia a desarrollarla a una edad más temprana.

En lo que respecta a tratamientos psicológicos, cabe destacar en primer lugar los estudios sobre entrenamiento en habilidades sociales, en lo que se ha observado un mayor incremento de habilidad en los hombres (Mueser, Lewine, Bellack, Douglas & Brady, 1990; Douglas & Mueser, 1990). Asimismo se han señalado diferencias por género en los patrones de mejoría en las habilidades sociales (Smith, Hull, Anthony, Goodman, Hedayat-Harris, Felger, Kentros, Machain & Romanelli, 1997) y en la psicopatología como respuesta a los tratamientos psicológicos (Schaub, Behrendt, Brenner, Mueser & Liberman, 1998).

Por otra parte, cabe mencionar las diferencias observadas en los tratamientos psicológicos familiares, en los que se encuentra una mayor efectividad de los programas de intervención familiar en mujeres con esquizofrenia, con mayor reducción del criticismo, mayor asistencia a sesiones por parte de familiares de las mujeres y menor carga familiar (Haas, Glick, Clarkin, Spencer, Lewis, Peyser, DeMane, Good-Ellis, Harris & Lestelle, 1988; Haas, Glick, Clarkin, Spencer y Lewis, 1990; Spencer, Glick, Haas, Clarkin, Lewis, Peyser, DeMane, Good-Ellis, Harris & Lestelle, 1988).

Carga familiar

Los resultados no son consistentes, encontrándose autoras/es como Gibbons, Jorn, Powell y Gibbons (1984) que, partiendo de diversos indicadores de carga familiar, no encuentran diferencias entre hombres y mujeres.

En un reciente estudio sobre problemas de conducta y género, Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón, Dorado

García, Conde Díaz, Mármol Pérez, Yanes Sosa y Verastegui Benito (2005) encuentran diferencias significativas por género en la frecuencia con la que se sienten desbordados los familiares, siendo más frecuente con los pacientes hombres, y esta diferencia parece originarse fundamentalmente en el caso de mujeres cuidadoras de pacientes hombres. Datos que vienen a coincidir con la opinión de Seeman (1986), al afirmar que diversos factores (curso menos severo, mejor adherencia al tratamiento, mejor respuesta al tratamiento farmacológico, menor tasa de readmisión hospitalaria) pueden hacer más fácil a las familias la convivencia con un familiar con esquizofrenia de sexo femenino.

En la medida en que la Emoción Expresada (EE) puede guardar relación con la carga experimentada por la familia, parece de interés destacar que la alta EE, como factor relacionado con las recaídas, es un fenómeno relacionado fundamentalmente con los pacientes hombres, ya que es en ellos donde aparece relacionado con las recaídas, mientras que las mujeres parecen menos vulnerables, ya que la alta EE familiar no parece dar lugar a que recaigan con mayor frecuencia (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Fallon, 1985).

Necesidades

Las aportaciones de diversas/os autoras/ es apoyan la idea de que hombres y mujeres con esquizofrenia pueden requerir en algunos momentos diferentes enfoques de tratamiento (Seeman, 1983b; Test y Berlin, 1981; Bachrach & Nadelson, 1988).

Test, Burke y Wallisch (1990) refieren que un 38% de las mujeres (en mayor porcentaje que hombres) de su muestra habían tenido hijos/as y la mayoría estaban criando ellas mismas a estos hijos/as. Señalan, al respecto la necesidad de proveer programas especiales de apoyo para este número sustancial de personas con esquizofrenia que son madres y ejercen la crianza.

El considerable número de mujeres activas sexualmente hace igualmente aconsejable el favorecer las oportunidades para incrementar su conocimientos sobre la sexualidad, así como el aprendizaje de habilidades sociales y asertivas que les permitan ejercer su elección en el área sociosexual (Test, Burke & Wallisch, 1990).

Asimismo el riesgo de sufrir abusos sexuales es considerablemente más elevado en las mujeres, motivo por el cual pueden precisar programas específicos para la prevención de estos problemas (Seeman, 1983b).

Conclusiones

En primer lugar, se hace preciso señalar que las diferencias por género en esquizofrenia han suscitado, como puede verse, un creciente interés en las últimas décadas, originando un elevado volumen de datos que confirman la relevancia de esta variable para el estudio de aspectos muy

diversos de la esquizofrenia (etiología, diagnóstico, curso, provisión de servicios, etc.). Los resultados de este cúmulo de investigaciones podrían resumirse en los siguientes puntos, en los que existe un amplio consenso:

1. Edad de inicio más tardía en las mujeres.
2. Mejor ajuste premórbido en mujeres.
3. Más complicaciones obstétricas en madres de hombres.
4. Evolución inicial más favorable en la mujer.
5. Mejor funcionamiento social en mujeres.
6. Sintomatología negativa más frecuente en hombres.
7. Síntomas afectivos más frecuentes en mujeres.
8. Mayor riesgo familiar en mujeres.
9. Edad de inicio posterior a 45 años más frecuente en mujeres.
10. Necesidad de dosis más bajas de antipsicóticos en mujeres.
11. Mayor frecuencia de discinesia en mujeres.
12. Mayor protección en la mujer por el efecto modulador de los estrógenos con la dopamina.
13. Mayor frecuencia de conducta antisocial y de abuso de tóxicos en hombres.
14. Mayor respuesta y adherencia a los tratamientos farmacológicos y psicológicos en mujeres.

Este cuerpo de literatura, que supone, sin duda, un importante avance en el conocimiento de la relación entre esquizofrenia y género, presenta no obstante, importantes limitaciones de tipo conceptuales y metodológicas. Veamos cada una de ellas más detenidamente:

Limitaciones conceptuales. Aunque aparentemente prolífica, un examen más detenido de la literatura nos permite observar que un considerable porcentaje de la investigación no aborda realmente el concepto ni los componentes del género tal como son estudiados por la psicología del género, ni ha tenido en cuenta las aportaciones de esta disciplina. Este fenómeno puede explicar la gran confusión terminológica y conceptual de este ámbito de investigación. En primer lugar, el término género se ha utilizado sin *clarificar terminológicamente*, de modo inconsistente e intercambiable con el término sexo. Además, el concepto se ha abordado de modo *global*, sin delimitar los componentes que lo integran. Realmente, el interés de investigadores/as ha versado, en la mayoría de los estudios, sobre las variables relacionadas con la esquizofrenia, que han sido las más frecuentemente estudiadas, habiéndose tomado el género simplemente como variable dicotómica sociodemográfica, como podría ser la edad, el estado civil ó el nivel educativo. Todos estos factores han contribuido a no poca confusión y ambigüedad en las conclusiones e hipótesis de la literatura sobre género y esquizofrenia.

Otra de las limitaciones observadas en este ámbito de estudio tiene que ver con la *perspectiva de análisis* utilizada. En general, se ha utilizado un acercamiento *diferencialista* del género en los estudios de esquizofrenia, o sea, los estudios se han centrado en *describir las diferencias* conductuales de mujeres y hombres con esquizofrenia en base a una variable demográfica. Ha sido escaso el uso de la *perspectiva de género*, aportación fundamental de la Psicología Feminista en esta materia y herramienta clave que permite visualizar la asimetría ó desigualdad en el poder de definición vital de las mujeres, derivada de los roles de género tradicionales.

Estos roles tradicionales son considerados cada vez más como factores de riesgo para la salud y la salud mental de las personas (Mas Hesse, Tesoro Amate *et al.*, 1993; Matud Aznar *et al.*, 2002; Barberá & Martínez Benloch, 2004; Bonino, 2004). Motivo por el cual distintas autoras/es y organismos nacionales, autonómicos e internacionales han aconsejando la utilización de la perspectiva de género en la práctica clínica, la investigación y las políticas sanitarias (Organización de Naciones Unidas, 1979; Organización Mundial de la Salud, 1996; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003).

Estos *análisis sensibles a la desigualdad de género* pueden permitir analizar la influencia clave de *los roles de género flexibles e igualitarios*, que lentamente se van extendiendo en nuestro medio, en el ajuste a la enfermedad. Todo ello facilitará, sin duda, avanzar hacia *modelos sociales de roles de género más saludables tanto en pacientes como en familiares*.

Limitaciones metodológicas. En éstas podemos destacar la relacionadas con la selección de las muestras, aspecto este en el que se observa una notable variedad en cuanto a criterios diagnósticos, criterios de exclusión, contextos de extracción de las muestras y tamaños de las muestras. Esta variedad puede ser determinante a la hora de detectar/ocultar diferencias por género, originando inconsistencias en los resultados.

Goldstein (1993) señala que en muestras clínicas de pacientes crónicos las diferencias por género pueden quedar atenuadas, en comparación con muestras de pacientes ambulatorios e incluso de primeros ingresos, ya que las mujeres tienen un mejor pronóstico y, si se han recuperado o muestran escasa discapacidad, tienen una menor probabilidad de estar incluidas en estas muestras. Por el contrario, en estas muestras tienen más probabilidades de estar incluidas aquellas mujeres que han tenido un inicio más temprano y, por tanto, una mayor gravedad. De la misma forma, los estudios en que se estableció como criterios de selección una edad máxima de 44 años, de acuerdo con los criterios DSM III, dejaron fuera una importante proporción de esquizofrenia de inicio tardío con relevancia específica para las diferencias de género.

Por otra parte cabe señalar que, aunque la prevalencia de la esquizofrenia se considera muy similar en mujeres y hombres, las muestras de investigación incluyen frecuentemente en torno a un 80% de hombres (Heinrichs & Zakzanis, 1998), lo que puede oscurecer igualmente las diferencias detectadas en muestras representativas de la población.

Posibles diferencias por género en la tasa de rechazos a participar en los estudios, así como la exclusión de mujeres embarazadas en investigaciones farmacológicas, son igualmente sesgos en las muestras que pueden incidir en la detección de diferencias, ya que estos factores pueden llevar a excluir pacientes de forma selectiva.

En lo que se refiere a contextos socioeconómicos de las muestras, Hambrecht, Maurer y Häfner (1992) señalan que, en investigaciones realizadas en los países en desarrollo, las diferencias en la utilización de los servicios de salud mental entre géneros podrían ocasionar sesgos importantes si se seleccionan las muestras a partir de pacientes en tratamiento, ya que en estos estudios se observa una *infrautilización* de los servicios de salud mental por parte de las mujeres (en lo que puede considerarse un relegamiento de sus necesidades por razones de discriminación sexual), lo que puede originar una baja representación de las mismas en estos estudios y, con ello, una distorsión de los datos comparativos.

Por todo ello, Hambrecht, Maurer y Häfner (1992), afirman que para unos resultados sin sesgos, un prerrequisito fundamental es la evaluación de todas las personas con esquizofrenia en un área de captación definida.

Por último, cabe señalar la mínima utilización de instrumentos de evaluación específicos para el constructo género en las investigaciones revisadas. Si bien se carece de instrumentos considerados *gold standard*, desde el paradigma cognitivo de la psicología, se cuenta con instrumentos como el *Inventario de Roles Sexuales de Bem* (Bem, 1974) que permiten una medición interesante de este constructo.

En cuanto a líneas futuras de investigación parece de interés destacar la necesidad de reflexionar e investigar, en qué medida y mediante qué proceso el rol de género masculino tradicional podría estar explicando, entre otros:

- a) El menor *insight* en los hombres.
- b) La mayor frecuencia de conductas agresivas y de consumo de tóxicos.
- c) La escasa implicación en tareas del hogar, y con ello la imposibilidad de ocupar responsabilidades laborales intermedias.
- d) El mayor aislamiento social.
- e) La mayor dificultad para establecer relaciones de pareja.
- f) El inicio más temprano de la enfermedad.
- g) La menor adherencia al tratamiento y a las dosis prescritas.

Por otra parte debe considerarse que las diferencias por género en esquizofrenia entrañan importantes implicaciones en lo que a provisión de servicios se refiere, siendo de especial relevancia la implantación de programas que garanticen una respuesta adecuada a las necesidades específicas de uno y otro género. Dada la influencia negativa del rol femenino tradicional, sería de gran interés desarrollar y evaluar programas dirigidos a (Mowbray, Nicholson & Bellamy, 2003):

- a) Fomentar las habilidades asertivas de las mujeres, en defensa de sus necesidades y derechos, particularmente en su libertad sexual.
- b) Disponibilidad de actividades laborales ajustadas a los intereses de las mujeres.
- c) Psicoeducación familiar con perspectiva de género (favoreciendo la visibilización del trabajo en el entorno familiar, fomentando la participación equitativa en las responsabilidades del hogar, y el reparto igualmente equitativo de los tiempos de reposición y ocio).
- d) Planificación familiar y seguridad sexual.
- e) Tratamientos farmacológicos adaptados a las necesidades específicas de las mujeres.
- f) Apoyo para la comunicación y manejo de la relación con hijos/as.

Desde un punto de vista más global, se hace evidente la necesidad de avanzar con nuevas investigaciones que indaguen en las complejas interacciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la relación género/esquizofrenia, tomando en consideración los siguientes puntos:

- a) Elaboración y clarificación conceptual.
- b) Selección de muestras representativas.
- c) Incorporación de instrumentos adecuadamente validados para la evaluación del constructo género.
- d) Incorporación de la perspectiva de género,
- e) Multidisciplinariedad de los equipos de investigación.

Los beneficios que estas investigaciones pueden reportar, con vistas a la provisión de mejores servicios –y con ello lograr una mejor calidad de vida– para mujeres y hombres con esquizofrenia, confieren una particular importancia a esta empresa.

Referencias

- Albus, M., Scherer, J., Hueber, S., Lechleuthner, T., Kraus G., Zausinger, S. *et al.* (1994). The impact of familial loading on gender differences in age of onset of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 132-134.
- Allon, R. (1971). Sex, race, socioeconomic status, social mobility, and process-reactive ratings of schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 343-350.

- Alvir, J.M.J., Lieberman, J. A. (1994). Agranulocytosis: incidence and risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 9, 137-138.
- Andia, A.M., Zissok, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigan, T., Kuck, J. et al. (1995). Gender differences in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 522-528.
- Angermeyer, M.C., & Kühn, L. (1988). Gender differences in age of onset of schizophrenia: an overview. *European Archives of Psychiatry*, 41, 157-161.
- Bachrach, L.L., & Nadelson, C.C. (1988). *Treating Chronically Mentally Women*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Barberá Heredia, E. (1998). *Psicología del Género*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Barberá, E., & Martínez Benlloch, I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Prentice Hall.
- Bellodi, L., Bussoleni, C., Scorza-Smeraldi, R., Grassi, G., Zacchetti, L., & Smeraldi, E. (1986). Family study of schizophrenia: exploratory analysis for relevant factors. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (1), 120-128.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Blechman, E.A., & Brownell, K.D. (1988). *Handbook of Behavioral Medicine for Women*. Oxford: Pergamon books.
- Bonino Méndez, L. (2004). Masculinidad, salud y sistema sanitario. En C. Ruiz-Jarabo Quemada & P. Blanco Prieto (Eds.), *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Caro Gabalda, I. (2001). *Género y Salud Mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Castle, D. J., McGrath, J., & Kulkarni, J. (2000). *Women and Schizophrenia*. Cambridge: University Press.
- Castle, D.J., & Murrin, R.M. (1993). The epidemiology of late-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (4), 691-699.
- Childers, S.E., & Harding, C.M. (1990). Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 16 (2), 309-318.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Cirici, R., Bel, M.T., Guarch, J., Araújo, A., & Obiols, J. (1993). Competencia social en la esquizofrenia: Discrepancias por sexos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 27, 6-11.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2003). *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos*. Junta de Andalucía.
- Corrigan, P.W., & Green, M.F. (1993). Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. *American Journal of Psychiatry*, 150, 589-594.
- De la Gándara Martín, J. J. (2002). *Esquizofrenia y género. ¿hay una esquizofrenia masculina y otra femenina?* AstraZeneca.
- Deaux, K., & Major, B. (1987). Putting gender into context: an interactive model of gender related behavior. *Psychological Review*, 3 (94), 369-389.
- Douglas, M.S., & Mueser, K.T. (1990). Teaching conflict resolution skills to the chronically mentally ill. Social skills training groups for briefly hospitalized patients. *Behavior Modification*, 14, 519-547.
- Dworkin, R.J., & Adams, G.L. (1984). Pharmacotherapy of the chronic patient: gender and diagnostic factors. *Community Mental Health Journal*, 20, 253-261.
- Eagly, A.H. (1987). *Sex differences in social behaviour: A social role interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eagly, A.H. (1995). The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist*, 50, 145-158.
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 1, 223-243.
- Farina, A., Garnezy, N., & Barry, H. (1963). Relationship of marital status to incidence and prognosis of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 624-630.
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- Flor-Henry, P. (1985). Schizophrenia: Sex differences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 319-322.
- Foerster, A. Lewis, S. Owen, M., & Murray, R. (1991). Premorbid adjustment and personality in psychosis: Effects of sex and diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 158, 171-176.
- García Campayo, J. (2006). *Psiquiatría y psicología diferencial de la mujer*. Madrid: Edita Med.
- García Dauder, S. (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en psicología*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Geis, F.L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender. En A.E. Beall & R.J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender*. Nueva York: Guilford Press.
- Gibbons, J.S., Jorn, S.H., Powell, J.M., & Gibbons, J.L. (1984). Schizophrenia patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH Unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.
- Goering, P., Wasylenki, D., Onge, M., Paduchak, D., & Lancee, W. (1992). Gender differences among clients of a management program for the homeless. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (2), 160-165.
- Goldberg, T.E., Gold, J.M., Torrey, E.F., & Weinberger, D.R. (1995). Lack of sex differences in the neuropsychological performances of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 6, 883-888.
- Goldstein, J.M. (1988). Gender differences in the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 684-689.
- Goldstein, J.M. (1993). Sampling biases in studies of gender and schizophrenia: A reply. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (1), 9-14.
- Goldstein, J.M., & Link, B.G. (1988). Gender and the expression of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 22 (2), 141-155.
- Goldstein, J.M., & Tsuang, M.T. (1990). Gender and schizophrenia: An introduction and synthesis of findings. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (2), 179-183.
- Goldstein, J.M., Tsuang, M.T., & Faraone, S.V. (1989). Gender and schizophrenia: Implications for understanding the heterogeneity of the illness. *Psychiatry Research*, 28, 243-253.
- Goldstein, J.M., Faraone, S.V., Chen, N.J., Tolomiczenko, G.S., & Tsuang, M.T. (1990). Sex differences in the familial transmission of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 819-826.
- Goldstein, J.M., Seidman, L.J., Goodman, J.M., Koren, D., Lee, H., Weintraub, S., & Tsuang, M.T. (1998). Are there sex differences in neuropsychological functions among patients with schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 155 (10), 1358-1364.

- Goldstein, J.M., Seidman, L.J., Santangelo, S., Knapp, P.H., & Tsuang, M.T. (1994). Are schizophrenic men at higher risk for developmental deficits than schizophrenic women? Implications for adult neuropsychological functions. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (6), 483-498.
- Gorwood, P., Leboyer, M., Jay, M., Payan, C., & Feingold, J. (1995). Gender and age of onset in schizophrenia: Impact of family history. *American Journal of Psychiatry*, 152, 208-212.
- Gureje, O., & Bamidele, R.W. (1998). Gender and schizophrenia: Association with age at onset with antecedent, clinical and outcome feature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 415-423.
- Haas, G.L., & Garratt, L.S. (1998). Gender differences in social functioning. En K. T. Mueser & N. Tarrrier. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston: Ally & Bacon.
- Haas, G.L., & Sweeney, J.A. (1992). Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 373-386.
- Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, J.H., & Lewis, A.B. (1990). Gender and schizophrenia out come: A clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 16(2), 277-292.
- Haas, G.L., Sweeney, J.A., Hien, D.A., Goldman, D., & Deck, M. (1991). Gender differences in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 4, 3, 277.
- Haas, G. L., Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J.H., Lewis, A.B., Peyser, J., De Mane, N., Good Ellis, M., Harris, E., & Lestelle, V. (1988). Inpatient family intervention. II. Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry*, 45, 217-224.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., & Riecher-Rössler, A. (1993). The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 80-86.
- Häfner, H., And Der Heidan, W., Behrans, S., Gattaz, W.F., Hambrecht, M., Löffler, W. *et al.* (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 99-113.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., An Der Heiden, W., Munk-Jorgensen, P., Hambrecht, M. *et al.* (1998). The ABC schizophrenia study: A preliminary overview of the results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 380-386.
- Hambrecht M., Maurer K., & Häfner H. (1992). Gender differences in schizophrenia in three cultures. Results of the WHO collaborative study on psychiatric disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 117-121.
- Hasegawa, M., Gutierrez-Esteinon, R., Way, L., & Meltzer, H.Y. (1993). Relationship between clinical efficacy and clozapine concentrations in plasma in schizophrenia: Effect of smoking. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 383-390.
- Heimberg, C., Gur, R.R., Erwin, R.J., Shtasel, D.L., & Gur, R.C. (1992). Facial emotion discrimination: III. Behavioural findings in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 42, 253-265.
- Heinrichs, R.W., & Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.
- Hoff, A.L., Riordan, H., O'Donnel, D., Stritzke, P., Neale, C., Boccio, A. *et al.* (1992). Anomalous lateral sulcus asymmetry and cognitive function in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 257-270.
- Hoff, A.L., Wieneke, M., Faustman, W.O., Horon, R., Sakuma, M., Blankfeld, H. *et al.* (1998). Sex differences in neuropsychological functioning of first episode and chronically ill schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1437-1439.
- Hyde, J.S. (1986). Introduction: Meta-analysis and the psychology of gender. En J.S. Hyde, & M.C. Linn (Eds), *The psychology of gender: Advances though meta-analysis*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Hyde, J.S. (1990). Review essay: Metaanalysis and the psychology of gender differences. *Signs*, 16, 55-73.
- Hyde, J.S. (1995). *Psicología de la mujer, la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Hyde, J.S., & Frost, L.A. (1993). Meta-analysis in the psychology of women. En F.L. Denmark y M.A. Paludi (Eds.), *Psychology of women. A handbook of issues and theories*. Westport: Greenwood Press.
- Hyde, J.S., & Plant, E.A. (1995). Magnitude of psychological gender differences. Another side to the story. *American Psychologist*, 50, 159-161.
- Iacono, W.G., & Beiser, M. (1992). Are males more likely than females to develop schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 149, 1070-1074.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychological Medicine*, 22(4) (suplemento monográfico, 20), 1-24.
- Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez Morejón, A.J., & Waisman, L.C. (2000). Género y funcionamiento social en esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 75, 27-33.
- Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez Morejón, A.J., Dorado García, R., Conde Díaz, M., Mármol Pérez, D., Yanes Sosa, F., & Verastegui Benito, B. (2005). Problemas de conducta y género en psicosis. Un estudio en el Área de Salud Mental Virgen del Rocío. *Comunicación presentada en I Congreso Andaluz de Salud Mental Comunitaria*. Granada 16 Noviembre.
- Johnstone, E.C., Owen, D.G.C., Gold, A., Crow, T.J., & MacMillan, J.F. (1984). Schizophrenic patients discharged from hospital. A follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 145, 586-590.
- Kane, J.M., & Smith, J.M. (1982). Tardive dyskinesia: prevalence and risk factors, 1959 to 1979. *Archives of General Psychiatry* 39, 473-481.
- Kay, S.R., Opler, L.A., & Fiszbein, A. (1986). Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 439-448.
- Kessler, R.C., Brown, R.L., & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large scale surveys. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, 49-64.
- Kolakowska, T., Williams, A.O., Ardern, M., Reveley, M.A., Jambor, K., Gelder, M.G., & Mandelbrote, B.M. (1985). Schizophrenia with good and poor outcome I. Early clinical features, response to neuroleptics and signs of organic dysfunction. *British Journal of Psychiatry*, 146, 229-246.
- Kopola, L., Clark, C., & Hurwitz, T.A. (1989). Sex differences in olfactory function in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1320-1322.

- Kulkarni, J. (1997). Women and schizophrenia: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(1), 46-56.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Johannessen, J.O., & Vibe Hansen, L. (1996). First-episode schizophrenia: II. Premorbid patterns by gender. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 257-269.
- La Torre, R.A. (1976). The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2(2), 266-285.
- La Torre, R.A. (1984). Schizophrenia. En C.S. Widom (Comp.), *Sex roles and psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- La Torre, R.A., & Piper, W.E. (1979). Gender identity and gender role in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 67-82.
- Lehmann, H.E., & Ban, I.A. (1974). Sex differences in long-term adverse effects of phenothiazines. En I.S. Forrest, C.J. Carr & E. Usdin (Eds.), *The phenothiazines and structurally related drugs*. Nueva York: Raven Press.
- Leung, A., & Chue, P. (2000). Sex differences in schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 3-38.
- Lewine, R.R.J. (1980). Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. *American Journal Orthopsychiatry*, 50, 316-322.
- Lewine, R.R.J. (1981). Sex differences in schizophrenia: Timing or subtypes? *Psychological Bulletin*, 90, 432-444.
- Lewine, R.R.J. (1988). El grupo de las Esquizofrenias. En E.A. Blechman & K.D. Brownell (Eds.), *Medicina conductual de la mujer*. Barcelona: Martínez Roca. 1992.
- Lewine, R., Burbach, D., & Meltzer, H.Y. (1984). Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 84-87.
- Lewis, S. (1992). Sex and schizophrenia: vive la difference. *British Journal of Psychiatry*, 161, 445-450.
- Loranger, A.W. (1984). Sex differences in age at onset of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 41, 157-161.
- Maccoby, E., & Jacklin, C. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Marneros, A. (1984). Frequency of occurrence of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 234, 78-82.
- Mass Hesse, J., Tesoro Amate, A., Rodríguez Calvín, J.L., Marin, A., Martos, C., Peñin, E., & Famoso, P. (1993). En Mass Hesse, J. y Tesoro Amate, A. (Coords.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatra.
- Matud Aznar, M.P., Rodríguez Wangüemer, C., Marrero Quevedo, R.J. y Carballeira Abella, M. (2002). *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mcglashan, T.H., & Bardenstein, K.K. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (2), 319-329.
- Mowbray, C.T. (2003). Women and psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (2), 101-103.
- Mowbray, C.T., Nicholson, J., & Bellamy, C.D. (2003). Psychosocial rehabilitation service needs of women. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 127 (2), 104-113.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L., & Wade, J.H. (1990). Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 138-147.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L., & Wixted, J.T. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 51-63.
- Mueser, K.T., Lewine, S., Bellack, A.S., Douglas, M.S., & Brady, E.U. (1990). Social skills training for acute psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1249-1251.
- Mukherjee, S., Rosen, R.M., Cardenas, C., Varia, V., & Olarte, S. (1982). Tardive dyskinesia in psychiatric outpatients: A study of the prevalence and association with demographic, clinical, and drug history variables. *Archives of General Psychiatry*, 39, 466-469.
- Muzekari, L.H., & Bates, M.E. (1977). Judgment of emotion among chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 662-666.
- Nasser, E.H., Walders, N., & Jenkins, J.H. (2002). The experience of schizophrenia: What's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 351-362.
- Nicole, L., Ledage, A., & Lalonde, P. (1992). Lower incidence and increased male:female ratio in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 556-557.
- Ninullain, M., O'Hare, A., & Walsh, D. (1987). Incidence of schizophrenia in Ireland. *Psychological Medicine*, 17, 943-948.
- O'Callaghan, E., Gibson, T., Colohan, H.A., Buckley, P., Walshe, D.G., Larkin, C., & Waddington, J.L. (1992). Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: A controlled study. *British Medical Journal*, 305, 1256-1259.
- O'Callaghan, E., Sham, P., Takei, N., Glover, G., & Murray, R.M. (1991). Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic. *Lancet*, 337, 1248-1250.
- Organización de Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Violencia contra las mujeres: un problema de salud prioritario*. Ginebra.
- Owen, M.J., Lewis, S.W., & Murray, R.M. (1988). Obstetric complications and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 18, 331-339.
- Parsons, T., & Bales, R.F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, IL: Free Press.
- Perkins, R.E., & Rowland, L.A. (1991). Sex differences in service usage in long-term psychiatric care: Is women adequately served? *British Journal of Psychiatry*, 158 (10), 75-79.
- Perlick, D., Mattis, S., Stastny, P., & Teresi, J. (1992). Gender differences in cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8 (1), 69-73.
- Perry, P.J., Miller, D.D., Arnott, S.V., & Cardoret, R.J. (1991). Clozapine and norclozapine plasma concentrations and clinical response of treatment-refractory schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 231-235.
- Pogue-Geile, M.F., & Harrow, M. (1985). Negative symptoms in schizophrenia: Their longitudinal course and prognostic importance. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 427-439.
- Pogue-Geile, M.F., & Zubin, J. (1988). Negative symptomatology and schizophrenia: A conceptual and empirical review. *International Journal of Mental Health*, 16 (4), 3-45.

- Raskin, A., & Golob, R. (1966). Occurrence of sex and social class differences in premorbid competence, symptom and outcome measures in acute schizophrenics. *Psychological Reports, 18*, 11-22.
- Rector, N.A., & Seeman, M.V. (1996). Auditory hallucinations in women and men. *Schizophrenia Research, 7*, 233-236.
- Riecher, A., Maurer, K., Löffler, W., Fatkenheuer, B., Heiden, W., Munk-Jorgensen, P., Stömgren, & E., Häfner, H. (1991). Sex differences in age at onset and course of schizophrenic disorders. A contribution to the understanding of the disease? En H. Häfner, & W.F. Gattaz (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia, Vol 2*. Berlin: Springer.
- Riecher-Rössler, A., & Häfner, H. (2000). Gender aspects in schizophrenia: Bringing the border between social and biological psychiatry. *Actas Psychiatricas Scandinavica, 102 (suplemento, 407)*, 58-62.
- Riecher-Rössler, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W., Maurer, K., & Häfner, H. (1992). Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? Some remarks on the difficulties and pitfalls in the systematic testing of a "simple" question. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 122-128.
- Ring, N., Tantum, D., Montague, L., Newby, D., Balk, D., & Morris, J. (1991). Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis: Focus on negative symptoms of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 489-496.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, D., & Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41 (10)*, 949-58.
- Rosanoff, A.J., Handy, L.M., Plesset, I.R., & Brush, S. (1933). The aetiology of so-called schizophrenic psychoses. *American Journal of Psychiatry, 91*, 247-286.
- Ruiz-Tagle, A.M. (2004). *Los estudios de las mujeres en las universidades andaluzas*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.
- Salokangas, R.K. (1983). Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 142*, 145-151.
- Salokangas, R.K. y Stengård, E. (1990). Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 3*, 333-345.
- Saltzman, J. (1989). *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Schaub, A., Behrendt, B., Brenner, H.D., Mueser, K.T., & Liberman, R.P. (1998). Training schizophrenic patients to manage their symptoms: Predictors of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. *Schizophrenia Research, 31 (2-3)*, 121-130.
- Scott, J.E., & Lehman, A.F. (1998). Social functioning in the community. En K.T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston: Allyn and Bacon.
- Seeman, M.V. (1982). Gender differences in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 27*, 107-112.
- Seeman, M.V. (1983a). Schizophrenic men and women require different treatment programs. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 5*, 143-148.
- Seeman, M.V. (1983b). Interaction of sex, age, and neuroleptic dose. *Comprehensive Psychiatry, 24*, 125-128.
- Seeman, M.V. (1985). Sex and schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 30*, 313-315.
- Seeman, M.V. (1986). Current outcome in schizophrenia: Women vs men. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 73*, 609-617.
- Seeman, M.V. (1988). Schizophrenia in women and men. En L.L. Bachrach, & C.C. Nadelson (Eds.), *Treating chronically mentally ill women*. Washington: American Psychiatric Press.
- Seeman, M.V. (1989). Neuroleptic prescriptions for men and women. *Social Pharmacology, 3*, 219-236.
- Seeman, M.V., & Lang, M. (1990). The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophrenia Bulletin, 16*, 185-195.
- Seidman, L.J., Goldstein, J.M., Goodman, J.M., Koren, D., Turner, W.M., Faraone, S.V., et al. (1997). Sex differences in olfactory identification and Wisconsin Cart Sorting performance in schizophrenia: Relationship to attention and verbal ability. *Biological Psychiatry, 42*, 104-115.
- Shtasel, D.L., Gur, E.R., Gallacher, F., Heimberg, C., & Gur, R.C. (1992). Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 7*, 225-231.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Anthony, D.T., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Felger, T., Kentros, M.K., MacKain, S.J., & Romanelli, S. (1997). Post-hospitalization treatment adherence of schizophrenic patients: Gender differences in skill acquisition. *Psychiatric Research, 69*, 123-129.
- Spencer, J.H., Glick, I.D., Haas, G.L., Clarkin, J.F., Lewis, A.B., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., & Lestelle, V. (1988). A randomised clinical trial of inpatient family intervention, III: Effects at 6 month and 18 month follow ups. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1115-1121.
- Suvisaari, J.M., Haukka, J., Tanskanen, A., & Lonnqvist, J.K. (1998). Age at onset and outcome in schizophrenia are related to the degree of familial loading. *British Journal of Psychiatry, 173*, 494-500.
- Test, M.A., & Berlin, S.B. (1981). Issues of special concern to chronically mentally ill women. *Professional Psychology, 12*, 136-145.
- Test, M.A., Burke, S.S., & Wallisch, L.S. (1990). Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophrenia Bulletin, 16 (2)*, 331-344.
- Tsuang, M.T., Dempsey, G., & Rauscher, F. (1976). A study of atypical schizophrenia: Comparison with schizophrenia and affective disorder by sex, age of admission, precipitant, outcome, and family history. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1157-1160.
- Turner, B. (1984). *The body and society. Explorations in social theory*. Oxford: Blackwell.
- Turner, R.J., Dopkeen, L.S., & Labreche, G.P. (1970). Marital status and schizophrenia: A study of incidence and outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 110-116.
- Unger, R. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist, 34*, 1085-1094.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., & Marquez, M. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42 (4)*, 301-305.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B., & Fallon, I.R.H. (1985). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1169-1177.
- Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta Nuñez, M.J., & De la Varga, M. (1995). The Cantabria first episode schizophrenia study: A summary of general findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91 (3)*, 156-162.

- Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta, M.J., Herrera, S., Lastra, I., Herrán, A., & Duna, G. (1999). Cantabria first-episode schizophrenia study: Three year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 141-149.
- Verdoux, H., Geddes, J.R., Takei, N., Lawrie, S.M., Bovet, P., Eagles, J.M. et al. (1997). Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: An international collaborative meta-analysis of individual patient data. *American Journal of Psychiatry*, *154* (9), 1220-1227.
- Wahl, O.F., & Hunter, J. (1992). Are gender effects being neglected in schizophrenia research? *Schizophrenia Bulletin*, *18* (2), 313-318.
- Walker, E., Bettes, B.A., Kain, E., & Harvey, P. (1985). Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 42-50.
- Walker, E., Marwit, S.J., & Emory, E. (1980). A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenic. *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 428-436.
- Watt, D.C., Katz, K., & Shepherd, M. (1983). The natural history of schizophrenia: A 5 year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychological Medicine*, *13*, 663-670.
- Wattie, B.J.S., & Kedward, H.B. (1985). Gender differences in living conditions found among male and female schizophrenic patients on a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, *31*, 205-216.
- West, C., & Zimmerman, D.H. (1991). Doing gender. En J. Lorber y S.A. Farrell (Comps.), *The social construction of gender*. Londres: Sage.
- Wyatt, R.J., Alexander, R.C., Egan, M.F., & Kirch, D.G., (1988). Schizophrenia, just the facts: What we know, how well do we know it. *Schizophrenia Research*, *1* (1), 3-18.
- Young, M.A., & Meltzer, H.Y. (1980). The relationship of demographic, clinical, and outcome variables to neuroleptic treatment requirements. *Schizophrenia Bulletin*, *6*, 88-101.
- Zigler, E., & Levine, J. (1981). Age of first hospitalization of schizophrenics: A developmental approach. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 458-467.
- Zolese, G. (2000). *Women and schizophrenia*. En D. Kohen (Ed.), *Women and mental health*. Londres: Routledge.