

Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género.

Differences of the derivated profile at the psychosocial rehabilitation center by gender.

Margarita Rullas Trincado ^a, Sonia Panadero Herrero ^b, Mar Cendoya ^c, Rafael Cristina ^a, Juan I. Fernández ^c, Juan González Cases ^a, Cristina Nespral ^c, Paloma Martínez ^a.

^aDirector/a de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España.

^bFacultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España. ^cDirector/a de Centro de Día. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España.

Correspondencia: Margarita Rullas Trincado (mrullas@grupoexter.com)

Recibido: 20/02/2012; aceptado: 08/08/2012

RESUMEN: Introducción: La percepción de los profesionales que trabajan en recursos de atención social a personas con trastorno mental grave apunta a la existencia de diferencias en las características de los hombres y mujeres que llegan a estos dispositivos.

Material y Método: Este trabajo pretende ser una aproximación al análisis de dichas diferencias, para lo cual se ha comparado el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de los hombres y mujeres derivados a los Centros de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares, Alcalá de Henares y La Elipa, pertenecientes a la Red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, durante un período de cinco años. Durante esos años un total de 302 personas fueron derivadas a estos recursos, 188 varones y 114 mujeres. La muestra total se dividió en dos grupos: hombres-mujeres y se realizaron las tablas de contingencia y los análisis estadísticos pertinentes de las variables referidas.

Resultados: Los análisis realizados indican que las mujeres que son derivadas a estos recursos son más mayores que los hombres, tienen en mayor medida certificado de minusvalía, cobran más a menudo pensiones no contributivas, no tienen una profesión definida y llegan tras un periodo de evolución mayor del trastorno.

PALABRAS CLAVE: Enfermos mentales, Género y salud, Centros de rehabilitación, Trastornos mentales.

ABSTRACT: Introduction: The perception of the professionals who work in social attention services with severe mental disorder people, heads to the existence of differences between men and women's characteristics that arrive to these services.

Material and Method: This work intends to be an approximation to the analysis of these differences. To achieve this objective we have compared the social, demographic, clinical and psychiatric profiles of men and women derived to Psychosocial Rehabilitation Centers located at San Fernando de Henares, at Alcalá de Henares and at La Elipa, which belongs to the Social Attention resources network for people who suffer severe mental illness in the Community of Madrid during a 5 years' period. During these years, a total of 302 persons were derived to these resources, 188 men and 114 women.

The total sample was divided into two groups: men-women, and contingency tables were produced, and the statistical analysis referred to the before mentioned variables.

Results: The analysis done indicates that women who are derived to these resources are older than men, they have in a wider range, a disability certificate, they perceive more non contributory invalidity pensions, they do not usually have a defined profession and finally they normally arrive to these resources after a longer evolution of their disorders.

KEY WORDS: Mentally Ill Persons, Gender and Health, Rehabilitation Centers, Mental Disorders.

Introducción.

Frecuentemente, los profesionales de la atención en dispositivos de rehabilitación psicosocial, expresan la percepción de que existen diferencias significativas en las características de las mujeres y los hombres que son derivados a estos servicios. Parece interesante preguntarse si dicha percepción se corresponde con la realidad y, en caso afirmativo, qué explicación pueden tener esas diferencias y qué implicaciones pueden extraerse de ellas.

En esta línea, Albizu-García y col. (1) señalan que aunque el sexo no es una variable modificable, y por ende susceptible de planificación, sí se ha demostrado su interacción con otras variables, sí modificables, que predicen el uso de servicios de salud mental, lo que debería implicar que los responsables de la planificación contemplasen diferentes estrategias en hombres y mujeres para asegurar el uso adecuado de los servicios.

Así, por ejemplo, en España, analizados los planes de salud de 13 de las 17 comunidades autónomas, se encuentra que la mayoría de ellos (11 de las 13) incluye la salud mental, pero solo cuatro proporcionan información por sexo (2).

En la literatura científica puede encontrarse justificación de algunas variables que pueden ayudar a explicar estas diferencias entre sexos.

Aunque no existen datos definitivos en cuanto a una mayor incidencia y prevalencia en hombres, existe sin embargo un amplio consenso en cuanto al inicio más temprano en los varones (3-8).

Además, varios autores han encontrado en las mujeres un mayor ajuste premórbido, mejor funcionamiento social y mayor integración comunitaria (4, 8-12).

Parece que las mujeres son más sensibles a los efectos terapéuticos de los antipsicóticos clásicos, y están más protegidas frente a los efectos extrapiramidales de los mismos, hasta la llegada de la menopausia, debido al efecto protector de los estrógenos (8, 13, 14), lo cual abundaría en su mejor pronóstico.

Ya en 1993 Walker y Lewine (15) sugerían que el inicio de la enfermedad más tardío en las mujeres hacía posible que hubieran consolidado una red social más apoyadora, circunstancia que a su vez influiría en el estado civil de los hombres y mujeres con enfermedad mental. En esta línea, Andía y col. (16) encuentran que las mujeres tienen mayor probabilidad de haberse casado antes del inicio del trastorno y Larsen y col. (12) ya señalaba que la literatura, al analizar el funcionamiento premórbido, es consistente en encontrar que las mujeres no sólo presentaban mejor funcionamiento social sino que están casadas con mayor frecuencia. Igualmente, en un estudio de 112 pacientes esquizofrénicos se aprecia el doble de mujeres que están o han estado casadas que de hombres (17).

Igualmente, dos de los autores citados (16, 17) encuentran también que las mujeres alcanzan un nivel educativo más alto que los hombres.

Señala Parry (18) que tal vez las expectativas sociales tradicionales hacia el sexo femenino pueden representar una ventaja en la rehabilitación, ya que los roles a ellas asignados parecen ser más flexibles, permitiendo un escalonamiento en la asunción de responsabilidades acorde con su nivel de capacidad. En el caso de los hombres, el modelo tradicional del papel masculino (proveedor de ingresos para la familia) no parece favorecer el aprovechamiento de los niveles intermedios de capacidad, forzando entre dos opciones: actividad laboral remunerada o inactividad.

Todo esto apoyaría la idea de que las mujeres son derivadas más tardíamente porque el inicio de la enfermedad frecuentemente es más temprano en los hombres, porque generalmente su ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial es mejor y porque parecería que los roles femeninos tradicionales llevan a situaciones menos exigentes de funcionamiento.

Pero, por otra parte, parece que el sistema de atención no trata igual a los hombres y a las mujeres. Se ha observado que los médicos generales atienden más problemas de salud mental en mujeres que en hombres. Sin embargo, los especialistas (psiquiatras y psicólogos clínicos) observan que esa diferencia desaparece en su nivel de atención. De ser así, se explicaría la ausencia de una provisión de servicios y /o intervenciones ajustadas y sensibles al género entre estas poblaciones (19-21). Estos mismos autores, encuentran que las mujeres son más proclives a buscar ayuda a sus problemas de salud mental que los hombres lo que indicaría, no una mayor presencia de morbilidad, sino mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino. Además, las mujeres son mejores cumplidoras de los tratamientos, sean del tipo que sean, por lo que podría especularse con que estarían menos necesitadas de tratamientos rehabilitadores, pero no debería hacerse una extrapolación tan lineal. La realidad es que las mujeres, a pesar de demandar más ayuda y ser más receptivas a los tratamientos en general, no acceden con la misma frecuencia que los hombres a los dispositivos de atención en salud mental y rehabilitación. Diferentes estudios realizados sobre la detección de los trastornos en atención primaria o especializada, apuntan a la existencia de discriminación hacia la mujer en cuanto a beneficios de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, se observó que en los pacientes de sexo femenino es más frecuente el consejo y la prescripción de fármacos, en tanto que en los de sexo masculino lo es la derivación; esto es, se constata que los médicos de atención primaria ofrecen diagnósticos y tratamientos diferentes a los pacientes, en función de su sexo, ante la misma queja (sesgo sexual de médico o sesgo de género en el esfuerzo terapéutico) (22-26).

Objetivos: el estudio pretende comprobar si existen diferencias sociodemográficas y/o clínicas entre los hombres y mujeres que son derivados a tres centros de rehabilitación psicosocial en la Comunidad de Madrid. La constatación de diferencias en el perfil de acceso en función del género de la persona, pondría de

manifiesto diferentes criterios de derivación desde los servicios de salud mental de distrito en relación con el sexo de la persona derivada y, por tanto, se harían necesarias medidas de sensibilización entre los profesionales “derivadores” para que el género no fuese una variable decisiva en el acceso a los recursos especializados de rehabilitación, sino que lo decisivo sea el nivel de funcionamiento, integración social y autonomía.

Material y método:

Se trata de un estudio descriptivo y transversal con las siguientes características:

Muestra: la muestra está compuesta por todas las personas derivadas desde los servicios de salud mental de distrito a tres centros de rehabilitación psicosocial en la Comunidad de Madrid (Alcalá de Henares, San Fernando de Henares y La Elipa (Municipio de Madrid)) durante cinco años (2005 a 2009). La muestra total está compuesta por 302 personas (188 hombres y 114 mujeres) entre los 18 y los 65 años. Todas las personas comparten los criterios de derivación a los centros de rehabilitación psicosocial, a saber: tener un diagnóstico de trastorno mental grave y dificultades en el funcionamiento psicosocial, la integración comunitaria y la autonomía.

Procedimiento: la recogida de datos se realizó a través de la ficha de datos “sociodemográficos y clínicos” que se cumplimenta en la incorporación de cada persona al Centro de Rehabilitación. Dicha ficha consta de los siguientes epígrafes:

Datos sociodemográficos:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nivel educativo.
- Tipo de convivencia
- Usuarios con hijos
- Ingresos económicos.
- Profesión
- Situación laboral.
- Declaración de minusvalía.
- Situación jurídica

Datos clínico-psiquiátricos:

- Diagnóstico principal.
- Existencia de diagnóstico asociado.
- Tiempo de evolución desde el primer contacto con los Servicios de Salud Mental hasta la incorporación al centro
- Ingresos psiquiátricos previos a la incorporación al centro

La muestra total se dividió en dos grupos: hombres-mujeres y se realizaron las tablas de contingencia y los análisis estadísticos pertinentes de las variables sociodemográficas y clínicas con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.

Resultados:

A continuación se presentan los resultados de la comparación realizada entre los hombres (188 personas) y mujeres (114 personas) de la muestra, usuarios de Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red de atención social a personas con enfermedad mental grave.

Como se puede observar en la primera de las tablas, que hace referencia a las características sociodemográficas de los usuarios incorporados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la mayoría de las variables consideradas: edad, estado civil, tipo de convivencia e hijos. Concretamente, las mujeres presentaron una media de edad (39,4 años; $DT=10,42$) significativamente mayor que los hombres ($Media = 34,2$ años ($DT=9,73$)), y están en menor medida solteras (67,5% frente al 88,3% en el caso de los hombres). Además, las mujeres de la muestra tenían hijos en mayor media que los hombres; un 30,7% de las usuarias tenían hijos, mientras este porcentaje se reducía hasta el 12,8% en el caso de los varones de la muestra.

Por otro lado, un mayor porcentaje de los varones vivía con al menos uno de sus padres (aproximadamente el 75% frente al 60% en el caso de las mujeres atendidas).

No se encontraron diferencias significativas en el nivel educacional ni en la situación jurídica.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de la muestra de mujeres y hombres.

	Varones (n=188)	Mujeres (n=114)	X² / F⁽¹⁾
Edad:			-4,427***
Media (dt)	34,18 (9,733)	39,43 (10,422)	
Estado Civil:			21,447***
Casados/Pareja de hecho:	4,3%	12,3%	
Separado	7,4%	17,5%	
Soltero	88,3%	67,5%	
Viudo/a	0%	2,6%	
Tipo de Convivencia:			27,993***
Con el cónyuge	4,3%	13,2%	
Con los hijos	0%	4,4%	
Con otros familia	5,3%	4,4%	
Con padre o madre	22,9%	28,9%	
Con padres	52,7%	31,6%	
Miniresidencia	3,7%	7,9%	
Solo	10,1%	7,0	
Otros	1,1%	2,6%	
Hijos:			14,523***
Sí	12,8%	30,7%	
No	87,2%	69,3%	
Nivel Educativo:			16,161
Analfabeto	0%	1,8%	
Sin estudios (lee y escribe)	0,5%	0,9%	
Educación especial	1,6%	0,9%	
Enseñanza primaria (1ª etapa EGB), Bachiller elemental	38,8%	29,8%	
EGB (2ª etapa), 8 EGB, ESO	30,3%	25,4%	
BUP, COU, Bachillerato	14,9%	17,5%	
FP 1º, ciclo grado medio	3,7%	6,1%	
FP 2º y 3º ciclo de grado superior	4,3%	7,9%	
Título de graduado	1,1%	1,8%	
Título de licenciado	4,8%	5,3%	
Otros	0%	0,9%	
Se desconoce	0%	1,8%	

⁽¹⁾ Se han aplicado pruebas t para muestras independientes para las variables continuas y pruebas de X² para las variables categóricas.

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001

En la Tabla 2 se recogen las características económicas, laborales y jurídicas de los participantes. Como se observa en esa tabla, también en este caso aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la mayoría de las variables consideradas. Aunque en ambos casos la situación laboral era muy precaria, se apuntan algunas diferencias entre ambos grupos: las mujeres estaban empleadas en menor medida (10,7% frente al 21,9% en el caso de los varones), asumían de forma más frecuente las labores del hogar (8,9%) y en mayor medida permanecían no activas (19,6% frente al 11,2% en los varones).

También aparecieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los ingresos económicos propios, más frecuentes entre las mujeres; el 79,8% de las usuarias percibían algún tipo de ingresos económicos (71,3% en el caso de los hombres), aunque de menor cuantía que los hombres. En el 70% de los casos, los ingresos de las usuarias eran inferiores a los 600 euros. En el caso de los hombres el 50% cobraba menos de esa cantidad. Por otro lado, aunque en ambos casos la procedencia más frecuente de los ingresos eran pensiones no contributivas, éstas eran más frecuentes en el caso de los varones (39,3% frente al 25,3% en el caso de las mujeres). Además, las mujeres recibían en mayor medida otro tipo de ingresos como la Renta Mínima de Inserción (un 29,7% frente al 12,6% de varones que recibía esta prestación) o pensión contributiva (13,2% de las usuarias, 3,7% de los usuarios).

En cuanto a la Declaración de Minusvalía, ésta fue mucho más frecuente entre las mujeres de la muestra que entre los varones. El 66,4% de las mujeres tenía este reconocimiento oficial mientras tan solo el 40,1% de los varones lo tenía.

Tabla 2.
Características económicas, laborales y jurídicas de la muestra de mujeres y hombres.

	Varones (n=188)	Mujeres (n=114)	X² / F⁽¹⁾
Situación Laboral:			28,130***
Buscando su primer empleo	2,1%	0,9%	
Estudiante	4,8%	2,7%	
Jubilado o pensionista	30,5%	24,1%	
Labores del hogar	0%	8,9%	
No activo	11,2%	19,6%	
Parado	27,8%	30,4%	
Trabajando	21,9%	10,7%	
Otros	1,6%	2,7%	

Profesión:			21,771**
Ama de casa	0%	6,1%	
Estudiantes	6,9%	2,6%	
No se conoce	1,6%	0%	
Sin profesión	18,1%	24,6%	
Trabajador cualificado	28,2%	28,01%	
Trabajador no cualificado	39,4%	37,7%	
Otros	5,3%	0,9%	
Ingresos económicos propios:			2,730*
Sí	71,3%	79,8%	
No	28,7%	20,2%	
Nivel de ingresos:			9,865*
Menos de 300€	18,9%	18,20	
De 301€ - 600€	31,8%	51,1%	
De 601€ - 900€	33,3%	18,2%	
Más de 900€	15,9%	12,5%	
Procedencia de ingresos:			27,578**
Hijos a cargo	7,4%	11%	
Orfandad	5,2%	5,5%	
Pensión Contributiva	3,7%	13,2%	
Pensión no contributiva	39,3%	25,3%	
Renta Mínima de Inserción	12,6%	29,7%	
Trabajo	1,5%	1,1%	
Otros	30,4%	14,3%	
Declaración de Minusvalía:			19,436***
Sí	40,1%	66,4%	
No	59,9%	33,6%	
Situación jurídica:			1,256
Tutela	2,1%	1,8%	
Curatela	5%	1,8%	
Ninguna	96,8%	95,6%	
No se conoce	8%	0,9%	
Incidencias legales:			4,430*
Sí	9,8%	2,4%	
No	90,2%	97,6%	

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001

Por último también se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres en diferentes variables clínico-psiQUIÁTRICAS, concretamente diagnóstico principal y asociado y tiempo de evolución antes de llegar al centro. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico principal (mayoritaria-

mente esquizofrenia u otros trastornos psicóticos) ni en la existencia de diagnóstico asociado, sí aparecieron estas diferencias en el tipo de diagnóstico asociado. En el caso de los varones, el diagnóstico asociado más frecuente fue el de trastornos relacionados con el uso de sustancias. El 63,3% de los varones con diagnóstico asociado presentaban este tipo de patologías. Sin embargo, este porcentaje se reducía hasta el 18,2% en el caso de las mujeres de la muestra.

Otra diferencia estadísticamente significativa encontrada fue respecto al tiempo de evolución antes de la llegada de los usuarios a estos recursos de rehabilitación. Mientras los varones participantes llevaban casi 9 años y medio (*Media* = 113,94 meses; *DT*=100,85) de evolución antes de comenzar a acudir al centro, en el caso de las mujeres la media era muy superior: más de 11 años (*Media* = 140,63; *DT*=97,22).

Tabla 3.
Características clínico/psiquiátrico de la muestra.

	Varones (n=188)	Mujeres (n=114)	X² / F⁽¹⁾
Diagnóstico principal:			3,156
Esquizofrenia	66,5%	64%	
Otros Trastornos Psicóticos	16%	12,3%	
Trastornos de Ansiedad	1,6%	2,7%	
Trastorno de Personalidad	5,9%	10,5%	
Trastorno del Estado de Animo	5,9%	6,1%	
Otros	4,3%	4,4%	
Diagnostico asociado:			2,081
Sí	26,6%	19,3%	
No	73,4%	80,7%	
Tipo de Diagnostico asociado:			13,729***
Trastornos de uso o abuso de sustancias	63,3%	18,2%	
Retraso mental	8,2%	13,6%	
Trastornos de personalidad	2%	13,6%	
Otros	26,5%	54,5%	
Tiempo de evolución desde el primer contacto con salud mental			-2,260*
Media en meses (dt)	113,94 (100,848)	140,63 (97,218)	

⁽¹⁾ Se han aplicado pruebas t para muestras independientes para las variables continuas y pruebas de X² para las variables categóricas.

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001

Discusión:

Los resultados de este estudio corroboran los datos obtenidos en estudios anteriores, de tal forma, que existen diferencias significativas en edad, estado civil, tipo de convivencia e hijos, de las personas atendidas en los centros de rehabilitación psicosocial, siendo mayor estos porcentajes en mujeres (más edad, mayor número de mujeres casadas, y que tienen hijos) lo que es consistente con la hipótesis de que las mujeres tienen un mayor ajuste premórbido que les permite tener en mayor medida relaciones íntimas, estables que les lleva a casarse y/o tener hijos antes del inicio de la enfermedad.

Con respecto a las características económicas y laborales, la primera conclusión a la que podemos llegar una vez analizados los datos es que las personas con TMG participan del mercado laboral de forma muy precaria, sólo el 26% de todos los usuarios estaban trabajando.

Con respecto a los ingresos económicos el hecho de que los ingresos de las mujeres provengan en mayor medida de pensiones contributivas, y en el caso de los hombres sus ingresos procedan de pensiones no contributivas puede confirmar la hipótesis anterior, al tener las mujeres un mayor ajuste premórbido han tenido la posibilidad de trabajar más tiempo, por lo que han podido acceder a una pensión contributiva, en relación a los hombres.

Sin embargo, esto parece invertirse cuando comparamos los datos en el momento actual, las mujeres que están ya en intervención tienen menor acceso al empleo, trabajan más dentro del hogar y están en un porcentaje mayor no activas. Esto es consistente con la hipótesis de que las mujeres permanecen más en el ámbito doméstico, desarrollando competencias dentro de este contexto. Parece que en el caso de las mujeres no se trabaja tanto por la integración laboral como parte del plan individualizado de rehabilitación que cuando nos enfrentamos a la atención de un hombre, quizá tenga que ver con cuestiones de género de los propios profesionales o de los usuarios. Cuando un hombre llega al centro en un porcentaje muy alto, su objetivo es el trabajo, esto no ocurre tanto con las mujeres ni con sus familias. Quizá esto tenga que ver más con aspectos culturales de género, donde a la mujer no le apremia tanto la rapidez en encontrar trabajo y puede desarrollarse dentro del ámbito doméstico. Tendríamos que evaluar este aspecto dentro de las nuevas generaciones, donde los intereses laborales se igualan ya entre géneros. Sería interesante comparar estos resultados con la población general y comprobar si no se están reproduciendo patrones asignados a roles culturales en las mujeres con trastorno mental grave.

Por último, apuntar otro dato relevante que corrobora también estudios anteriores, donde se indica que ante la misma demanda, en mujeres es más frecuente el consejo y la prescripción farmacológica y en hombres la derivación (22, 23). Así,

otra diferencia significativa señalada en el punto anterior es el tiempo que tardan en derivarse los usuarios a los CRPS desde el debut de la enfermedad. La diferencia es de unos dos años menos en los hombres. Esto podría también explicarse por el mayor ajuste premórbido en las mujeres del que hemos hablado anteriormente.

A modo de conclusión, hay datos que indican que realmente hay diferencias en las derivaciones a los centros de rehabilitación dependiendo del sexo del usuario. Habría que pararse a pensar si estas diferencias también condicionan el trabajo que después se hace con las personas, de tal forma que aunque las mujeres tienen un mejor ajuste premórbido, un mejor ajuste social al inicio de la enfermedad, parece que esto se invierte según evoluciona el trastorno.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Albizu-García CE, Alegría M, Freeman D, Vera M. Gender and health services use for mental health problem. *Social Science & Medicine* 2001; 53:865-878.
- (2) Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria* 2004;18(Suppl 2).
- (3) Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal* 2007;48(5):385-391.
- (4) Jiménez R, Vázquez AJ. Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología* 2006;24:157-183.
- (5) Lewine R. Sex and Gender in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2004;30(4):755-762.
- (6) Molina JD, González-Parra S, Blasco H, Cuartero M, Parga N, Lerma-Carrillo I, Andrade-Rosa C. Esquizofrenia: una revisión de las diferencias de género desde la perspectiva hormonal. *Norte de Salud Mental* 2008;30:39-47.
- (7) Moriarty PJ, Lieber D, Bennett A, White L, Parrella M, Harvey P, Davis KL. Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2001;27(1):103-113.
- (8) Usall J. Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona* 2003;30(5):276-287.
- (9) Castle DJ, Kathryn A, Noriyoshi T, Robin M. Gender differences in schizophrenia: Hormonal effect or subtypes?. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(1):1-12.
- (10) Fresán A, Apiquian R, Ulloa RE, Loyzaga C, Nicolini H, Gómez L. Funcionamiento premórbido por género y su relación con la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el primer episodio psicótico. *Actas españolas de psiquiatría* 2003;31(2): 33-58
- (11) Jiménez R, Vázquez AJ, Waisman LC. Género y funcionamiento social en esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo* 2000;75:27-34.
- (12) Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Vibe-Hansen L. First-episode schizophrenia: II. Premorbid patterns by gender. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(2): 257-269
- (13) Arenas MC, Parra A, Simón VM. Diferencias de género en los efectos del haloperidol y otros neurolépticos. *Psicothema* 1995;7(2):327-338.

(14) Häfner H, an der Heiden W, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Löffler W, et al. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(1):99-113.

(15) Walker E, Lewine R. The impact of sampling bias on findings of gender differences in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1993;19:1-7.

(16) Andía, AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, et al. Gender differences in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis* 1995;183(8):522-8

(17) Chuaqui J. Esquizofrenia, género, deberes sociales y participación en la familia. *Ciencias Sociales on line* 2006;3(2):58-70.

(18) Parry G. Roles domésticos. En: Watts FN, Bennet DH, editors. *Rehabilitación Psiquiátrica*. México: Limusa 1990; p. 261-287.

(19) Bachrach LL, Nadelson CC. *Treating chronically mental ill women*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1988.

(20) Mowbray CT. Women and psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2003;27(2):101-103.

(21) Mowbray CT, Nicholson J, Bellamy CD. Psychosocial rehabilitation service needs of women. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2003;27(2):104-113.

(22) Pepió i Vilaubí JM, Queralt i Tomas M L, Clúa i Espuny J L, Piñol i Moreso J L. ¿Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? *Atención Primaria* 1997;20:75-81.

(23) Vega Alonso A T, Larrañaga Padilla M, Zurriaga Lloréns O, Gil Costa M, Urriaga M, Calabuig Pérez J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 1999;24:569-578.

(24) Ruiz-Cantero M, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 2004;18 (Suppl. 1):118-125.

(25) Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E, Vega A. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004;91:37-61

(26) Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno- Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Suppl. 1):175-181.