



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

### **GENDER DIFFERENCES BETWEEN DELUSIONAL DISORDER AND PARANOID SCHIZOPHRENIA**

José Suarez Campayo; M<sup>a</sup> Teresa Velasco Morán; M<sup>a</sup> Soledad Olmeda García; Enrique de Portugal Fernández de Rivero; María Luisa Catalina

[jsuarezcampayo@gmail.com](mailto:jsuarezcampayo@gmail.com)

Género; sexo; Trastorno delirante, paranoia; Esquizofrenia paranoide

Gender; Delusional disorder; Paranoia; Paranoid Schizophrenia.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Estudiar las diferencias de género entre el Trastorno Delirante (TD) y la Esquizofrenia Paranoide (EZP), comparando factores sociodemográficos, potenciales factores riesgo, psicopatología, funcionamiento neurocognitivo, curso de la enfermedad, funcionalidad y tratamiento.

**Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 75 pacientes ambulatorios con TD y 80 con EZP (según el SCID-I para los criterios del DSM-IV). La muestra se segmentó en dos grupos en función del género. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: "Maudsley Delusions Assessment Schedule", "Child Trauma Questionnaire", "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS), "Scale of Unawareness of Mental Disorder" (SUMD), batería neuropsicológica (atención, memoria verbal y de trabajo, función ejecutiva), "Disability Assessment Schedule" y un inventario sistemático para la obtención de datos demográficos, sociales y clínicos. En el análisis se utilizaron técnica univariante.

**Resultados:** La proporción de mujeres entre el TD y la EZP fue de 1,86 mientras que la de los hombres fue de 0,56. Las mujeres con TD en comparación con las diagnosticadas de EZP, tuvieron menos abuso de sustancias premórbido, mayor intensidad en el correlato afectivo del delirio, menor sintomatología psicótica negativa y discapacidad en el cuidado personal. Los hombres con TD en comparación con diagnosticados de EZP, tuvieron un inicio del trastorno más tardío, el delirio fue más intenso, tenían menos ideas de grandiosidad, mayor grado de depresión y menor discapacidad social.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

**Conclusión:** Nuestro estudio evidencia que hay un perfil clínico de género diferente entre el TD y La EZP.

### **ABSTRACT**

**Target:** Study gender differences between Delusional Disorder (DD) and Paranoid Schizophrenia (PSZ) by comparing sociodemographic factors, potential risk factors, psychopathology, neurocognitive functioning, disease course, functioning and treatment.

**Methods:** The sample consisted of 75 outpatients with DD and 80 with PSZ (regarding SCDI-I for DSM-IV criteria). The sample was segmented into two groups based on gender. The following evaluation methods were employed: "Maudsley Delusions Assessment Schedule", "Child Trauma Questionnaire", "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS), "Scale of Unawareness of Mental Disorder" (SUMD), neuropsychological battery (attention, verbal memory working memory, and executive functions), "Disability Assessment Schedule" and a systematic inventory to obtain demographic, social and clinical data. Univariate techniques were used in the analysis.

**Results:** The proportion of women between DD and PSZ was 1.86; while in men was 0.56. Women with DD compared to those diagnosed with PSZ, had less pre-morbid substance abuse, greater intensity in the affections correlated with delusions, less negative psychotic symptoms and a lower disability in personal care. Men with DD compared with those diagnosed with PSZ, had a later onset of the disorder, more intense delusions, fewer grandiose ideas, a greater degree of depression and less social disability.

**Conclusion:** Results show that there are different gender clinical profiles between DD and PSZ.

# DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

## INTRODUCCIÓN

*Los delirios sobresalen como especímenes exóticos en el jardín de las creencias, como ejemplos de lo que ocurre precisamente cuando se derrumban estos mecanismos de formación de las creencias.* (Bayne y Fernandez 2009).

Desde sus orígenes, siendo definido inicialmente como paranoia por Kraepelin (1915), el trastorno delirante (TD) ha dado lugar a diversos debates y dudas, aunque escasa ha sido la atención recibida por el academicismo psiquiátrico incluso recientemente. Posteriormente Winokur (1977) lo definiría como delirios no bizarros, que no van acompañados de alucinaciones; incluido de tal modo en el DSM-III R y DSM IV hasta que el DSM V eliminó la condición de "no bizarras" como definitoria. Distinguiéndose, principalmente, de otros trastornos psicóticos por la perennidad del delirio y la conservación de la funcionalidad del paciente (Maneros, 2012; Opjordsmoen, 1988; Opjordsmoen, 2007; Berner, 1980; Stephens, 2000).

Similar desconocimiento se adhiere al hablar de género en TD, especialmente en contraposición a la cantidad de estudios realizados en otras patologías, como trastornos afectivos o esquizofrenia. En esta última, se ha estudiado a nivel neurobiológico el papel hormonal en la enfermedad, elaborando la hipótesis estrogénica de la psicosis (Riecher-Rössler, 1993; Riecher-Rössler, 2011). Su principal base parte de una distribución bimodal de la incidencia de la esquizofrenia en mujeres, con un segundo pico coincidente con la menopausia, no vigente en varones (Hafner, 1998<sup>a</sup>; Hafner, 1998b; Ochoa, 2012; Usall,2000; Usall,2001).

Al enfrentar resultados de estudios previos en TD se objetivan relevantes contrastes, arrojando datos poco consistentes. La mayor frecuencia en mujeres de TD es uno de los pocos consensos existentes (Kendler, 1982; Marino, 1993; Bada, 2000; Yamada, 1998). La mayoría de estudios coinciden en un debut de la enfermedad más temprano en varones (Marino, 1993; Portugal, 2010; Wustman, 2011; Rudden, 1983) aunque otros no encuentran tales distinciones (Bada, 2000; Gonzalez-Rodriguez, 2014). Otros apuntan a la ausencia de diferencias en cuanto a la presencia de trastornos afectivos según el género de los pacientes en TD (de Portugal, 2010; Wustman,2011; Gonzalez-Rodriguez, 2014; Grover, 2007), dato remarcable en contraposición a la mayor frecuencia de mujeres en población global con diagnostico depresivo; aunque también existen datos opuestos en estudios anteriores (Wustman, 2011).

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Algunos autores sugieren la existencia de perfiles clínicos diferentes en TD: hombres solteros con sintomatología psicótica más severa, mujeres viudas con peor nivel social de base (Kendler, 1982; Munro and Mok, 1995; Wustman, 2012); incluso algunos distinguen según el tipo de delirio que presentan los pacientes (Yamada, 1998).

Sin embargo, una vez más, estos datos se contraponen con la ausencia de diferencias observadas por otros autores (Portugal, 2010; Bada, 2000; Gonzalez-Rodriguez, 2014; Rudden, 1983).

Son precisos más datos. Existen estudios que enfrentan pacientes con TD contra EZP; otros distinguen entre el sexo de los pacientes con TD; sin haber precedentes de estudios que comparen TD con EZP considerando las diferencias de género presentes. Por tanto, mediante este estudio se pretende conocer no solo las distinciones propias del TD en cuanto al género, sino que mediante la comparación con controles EZP se aspira a discernir entre cuales pueden ser las características propias del trastorno en cada perfil y cuales reflejan una asociación hacia al género propiamente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Sujetos**

Se consideraron como candidatos de inclusión en el estudio a todos los sujetos con diagnósticos clínicos de Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (TIDP) según CIE-10 o de TD según DSM-IV-RT y de EZP según CIE-10 o DSM-IV-RT que acudieron de manera consecutiva desde enero de 2007 hasta enero de 2014 a dos consultas especializadas en psicosis no afectivas pertenecientes a las CCEE ambulatorias del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (HGUGM). El HGUGM es un hospital público que atiende a una población aproximada de 500.000 habitantes de edad adulta en una zona bien definida del sureste de Madrid. Los criterios de inclusión fueron: 1) edad del paciente entre 18-65 años; 2) hablar/leer correctamente español; 3) que el consentimiento informado escrito sea firmado por el paciente y 4) cumplir la confirmación diagnóstica de TD o de EZP según SCID-I para DSM-IV. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: 1) historia de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento de más de 30 minutos o con quejas o hallazgos neurológicos persistentes; 2) dependencia o abuso de drogas en los últimos seis meses, según criterios del DSM-IV-RT; 3) retraso mental; 4) historia actual o pasada de enfermedad orgánica

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

relevante del paciente, y 5) demencia según criterios de DSM-IV-RT y/ o puntuaciones de > de 24 en MMSE-30 en los pacientes de más de 60 años de edad. De los 95 pacientes con diagnóstico clínico de TD candidatos para inclusión, 18 no cumplieron todos los criterios de inclusión (7 no aceptaron participar en el estudio, 2 no hablaban/ leían correctamente el español, 1 de ellos no cumplía los criterios para TD según el SCID-I) y 2 se excluyeron por abuso de sustancias (alcohol), 1 por sospecha de inicio de demencia y uno por enfermedad orgánica. De los 85 pacientes con diagnóstico clínico de EZP candidatos para inclusión, 5 no cumplieron todos los criterios de inclusión (5 no aceptaron participar en el estudio). Finalmente, 75 pacientes con TD y 80 pacientes con EZP completaron la evaluación, siendo ésta la muestra final del estudio (n = 155).

La participación de los pacientes con TD y EZP en el estudio fue voluntaria, tras ser informados previamente de los objetivos del estudio y firmar un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HGUGM.

### **Variables e Instrumentos**

#### Confirmación diagnóstica del TD y de la EZP

El diagnóstico de TD y de EZP se validó con el módulo de psicosis de la "Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder", versión clínica (SCID-I CV) (First y cols, 1997). Los pacientes con TD fueron asignados a uno de los siete subtipos de TD del DSM-IV (persecutorio, celotípico, somático, erotomaníaco, de grandiosidad, mixto y no especificado).

#### Factores sociodemográficos y potenciales factores de riesgo

Se completó un inventario sistemático (IS) para la obtención de datos demográficos, sociales y clínicos a través de información proveniente de una entrevista semi-estructurada, de la historia clínica y cuando fue posible, de miembros de la familia u otras fuentes adecuadas. Así, mediante el IS se recogieron factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado civil, el estado de convivencia, los años de estudios y el estado ocupacional. El nivel socioeconómico se evaluó en función de la clasificación desarrollada por Hollingshead y Redlich (1958). También mediante el IS se recogieron los potenciales factores de riesgo que han sido descritos para el TD (Manschreck, 1996) como antecedentes psiquiátricos familiares de primer grado y segundo grado, aislamiento psicosocial premórbido (definido como mínima relación social en cualquier dominio de la vida, aproximadamente por debajo del 10% en relación a lo esperable), factores

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

desencadenantes psicosociales y ambientales según el eje-IV del DSM-IV-RT, sordera premórbida (definida como una pérdida de la audición que motivara dificultades de comunicación), inmigración premórbida con barrera idiomática y abuso/dependencia de sustancias premórbido (según los criterios del DSM-IV) no relacionadas directamente con el inicio del TD. Otro potencial factor de riesgo para el TD, los acontecimientos traumáticos en la infancia (ATI), se evaluó mediante Versión Española abreviada del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; Hernández y cols, 2013). El CTQ es cuestionario autoplicado que mide 5 categorías de experiencias traumáticas infantiles en subescalas independientes, incluido el abuso emocional, físico y sexual y la negligencia emocional y física. Cada subescala se mide en 5 ítems. Los sujetos califican a cada ítem en una escala Likert de 5 puntos desde 1 (nunca cierto) a 5 (muy a menudo cierto). Tales elementos de tipo Likert crean escalas dimensionales que proporcionan resultados cuantitativos que han mejorado la fiabilidad y maximizado el poder estadístico. El CTQ ha sido ampliamente probado por propiedades psicométricas. El cuestionario demostró una buena consistencia interna (0,63 a 0,95) y la validez de criterio (0,50-0,75) en muestras clínicas y comunitarias. Fiabilidad convergente con las evaluaciones terapeuta de historias de abuso es alto. La versión española del CTQ-SF mostró propiedades psicométricas adecuadas con una fiabilidad y la validez (Hernández y cols, 2013)

Dado que hay autores que han relacionado la presencia de depresión con la aparición del TD evaluamos retrospectivamente la presencia/ausencia de esta al inicio del TD (Marino y cols. 1993) mediante un check list basado en los criterios de DSMIV para trastorno depresivo. Finalmente, también se evaluó el coeficiente intelectual premórbido (CI) por medio del "National Adult Reading Test" (NART) (Nelson HE, 1982).

### Psicopatología

Las características del delirio se evaluaron mediante (falta versión española) la "Maudsley Assessment of Delusion Schedule" (MADS) (Wessely y cols, 1993; Taylor y cols, 1994,). La MADS es una entrevista semiestructurada que evalúa componentes cognitivos, afectivos y comportamentales del delirio así como autovaloración del estado de delirio (eventos internos y externos, incluyendo alucinaciones y otras experiencias anómalas). Cuantifica ocho dimensiones relacionadas con el delirio: convicción, preocupación, sistematización, afecto en relación a la creencia, mantenimiento de la misma, acción, insight e idiosincrasia. Las respuestas se puntúan según distintos criterios en cada dimensión y se obtiene una puntuación de cada subescala y una puntuación total. El MADS tiene buena fiabilidad entre (media K = 0,82) (Wessely y cols, 1993).

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

La intensidad de la psicopatología psicótica fue valorada según la versión española de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Peralta y cols., 1994). La presencia y tipos (en vida y actuales) de alucinaciones y delirios se evaluaron utilizando el módulo B (síntomas psicóticos y asociados) de la SCID-I-CV (First y cols, 1997).

### Curso, evolución, funcionalidad y tratamiento

Mediante IS se recogieron datos clínicos sobre la edad de inicio del TD, la edad de la primera consulta psiquiátrica, la forma de inicio [aguda (< 3 meses) o insidiosa (> 3 meses)], el tiempo desde el inicio del trastorno, el tipo de curso del trastorno (crónico ininterrumpido o fásico con remisión total), los intentos de suicidio, el uso de recursos psiquiátricos (número de hospitalizaciones y tiempo de ingreso) y el tratamiento psicofarmacológico pautado. La funcionalidad se midió con la "Global Assessment of Functioning" (GAF) (American Psychiatry Association, 1994) mientras que la discapacidad (en cuanto al cuidado personal y al funcionamiento ocupacional, familiar y social) se midió con la versión española de "Disability Assessment Schedule" (WHO/DAS-S) (Vázquez-Barquero, 2000).

Todas las evaluaciones clínicas fueron realizadas por dos psicólogas (VA e MR), que extensamente fueron entrenadas en el empleo de los instrumentos por dos consultores senior (EPF y IGC), jefes de equipo investigador, con una historia amplia en el manejo de pacientes psicóticos y con formación en el uso de los instrumentos empleados. Se llegó a un consenso diagnóstico en aquellos pacientes en los que la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico (TD y EZP) estaba en duda.

### Neuropsicología

Evaluación neuropsicológica Se utilizó una batería neuropsicológica que comprende una combinación de medidas individuales de diferentes pruebas para evaluar los cuatro dominios del funcionamiento neurocognitivo que la literatura ha demostrado que se ven afectados en DD y PSZ (Evans et al 1996; Grover et al, 2011; Addington et al, 2003; Heinrichs et al, 1998): 1) atención, 2) aprendizaje y memoria, 3) memoria de trabajo y 4) funcionamiento ejecutivo. La selección de estas medidas se basó tanto en la batería MATRICS (Green et al, 2004) como en las características psicométricas de las pruebas (Lezak, 2004; Strauss et al, 2006).

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Todas las evaluaciones clínicas fueron realizadas por dos psicólogas (VA e MR), que extensamente fueron entrenadas en el empleo de los instrumentos por dos consultores senior (EPF y IGC), jefes de equipo investigador, con una historia amplia en el manejo de pacientes psicóticos y con formación en el uso de los instrumentos empleados. Se llegó a un consenso diagnóstico en aquellos pacientes en los que la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico (TD y EZP) estaba en duda.

### **Análisis estadísticos**

La muestra se segmentó en dos grupos en función del género. Las características socio-demográficas y clínicas de la muestra fueron analizadas con estadísticos descriptivos (frecuencias y media con desviación estándar). Se exploró la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lyliford. La prueba t de Student se utilizó para las variables continuas con distribución normal. La prueba Chi-cuadrado y la prueba exacta Fisher se utilizaron para las comparaciones de las variables cualitativas. La significación estadística se fijó en un valor de  $p < 0.05$  (dos colas). La SPSS (versión 15.5) se utilizó para calcular los datos.

## **RESULTADOS**

Respecto al género en nuestra muestra, las mujeres representan en el TD un 54,6% (n=41) de y en la EZP un 27,5% (n=22), mientras que los hombres representan un 45,3% (n=34) frente a un 72,5% (n=58) respectivamente. Con una proporción de mujeres entre el TD y la EZP de 1,86 mientras que la de los hombres es de 0,56.

### Género y demografía

Las mujeres con TD han estudiado de media menos años que las mujeres con EZP (12,585, S.D.=4,358 y 15,227, S.D.= 3,130 respectivamente) y son más autárquicas (97,5% y 72,7% respectivamente), con tendencia a la significación estadística. No se han observado otras diferencias significativas al comparar el resto de variables sociodemográficas entre las mujeres con TD y EZP.

Los hombres con un diagnóstico de TD tienen una edad media (41,5, S.D.=12,220) mayor que los hombres con EZP (36,086, S.D.=9,156), y la proporción de solteros es menor en el primer caso (67,6%) que en el segundo (89,7%), de manera significativa.



## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Para el resto de variables sociodemográficas entre los varones con TD y EZP no hay diferencias significativas.

Categoría	Sexo	TD	EZP	t/Chi <sup>2</sup>	p
		Media (SD) o N (%)	Media (SD) o N (%)		
<b>Demográfico</b>					
Edad	M	47,02 (10,68)	44,545 (7,781)	0,958	0,34 2
	H	41,5 (12,220)	36,086 (9,156)	2,241	0,02 9*
Raza Caucásica	M	40 (97,6)	21(95,5)	0,000	1,00 0
	H	32(94,1)	55(94,8)	0,000	1,00 0
Años de estudios	M	12,585 (4,358)	15,227(3,13 0)	- 2,512	0,01 5*
	H	11,818 (3,166)	11,913 (2,650)	- 0,154	0,87 8
<b>Estado Civil</b>					
Soltero	M	20(48,8)	14(63,6)	0,744	0,38 8
	H	23(67,6)	52(89,7)	5,509	0,01 9*
Separados/Divorciados	M	9(22)	2(9,1)	0,872	0,35 0
	H	4(11,8)	1(1,7)	2,478	0,11 5
Casados	M	11(26,8)	6(27,3)	0,000	1,00 0

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

	H	5(14,7)	5(8,6)	0,312	0,577
<b><u>Convivencia</u></b>					
Solo	M	12(29,3)	7(31,8)	0,000	1,000
	H	8(23,5)	10(17,2)	2,134	0,644
Familia de origen	M	10(24,4)	8(36,4)	0,505	0,477
	H	15(44,1)	39(67,2)	3,822	0,051
Familia propia	M	18 (43,9)	6(34,9)	1,048	0,306
	H	6(17,6)	6(10,3)	0,467	0,494
Estatus socioeconómico (Índice Hollingshead-Redlich)	M	3,658 (1,196)	3,363 (1,048)	0,972	0,335
	H	4,030 (0,809)	4,1724 (0,920)	-	0,462
Autarquicos	M	39 (97,5)	16 (72,7)	6,399	0,011*
	H	28 (84,8)	41 (70,7)	1,593	0,207

**Tabla 1:** Datos demográficos en TD y EZP atendiendo al género.

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

### Género y factores de riesgo

Hemos detectado que las mujeres con TD, en comparación con las diagnosticadas de EZP, tienen menor frecuencia de estresores psicosociales precipitantes (26,8% y 68,2% respectivamente) y de aislamiento social al inicio del trastorno (12,2% y 50% respectivamente), y, también, una menor prevalencia de diagnóstico de abuso de sustancias premórbido (2,4% y 22,7% respectivamente), con tendencia a la significación estadística.

En el caso de los hombres diagnosticados de TD, frente a los hombres con EZP, presentaron una mayor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos de 1º grado (32,4% y 6,9% respectivamente) pero, al igual que las mujeres, menor frecuencia de aislamiento social al inicio del trastorno (17,2% y 82,8% respectivamente), y una menor prevalencia de diagnóstico de abuso de sustancias premórbidos (27,3% y 56,9% respectivamente); todo ello de manera significativa.

No se han observado diferencias de género significativas entre los pacientes con TD y EZP al comparar el resto de potenciales factores de riesgo.

Categoría	Sexo	TD	EZP	t/Chi <sup>2</sup>	p
		Media (SD) o N (%)	Media (SD) o N (%)		
<b>Potenciales factores de riesgo</b>					
IQ premórbido (NART)	M	16,609 (8,873)	18,590 (7,847)	-	0,38
	H	16,558 (9,323)	15,396 (7,627)	0,649	0,518
Antecedentes psiquiátricos familiares de 1º Grado	M	10 (24,4)	4(18,2)	0,343	0,842
	H	11 (32,4)	4 (6,9)	9,947	0,007*
Esquizofrenia en familiares de 1º Grado	M	4(9,8)	2(9,1)	0,000	1,000
	H				0

**DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

	H	3(8,8)	6(10,3)	0,000	1,00
					0
CTQ: Severidad de eventos traumáticos infantiles	M	38,33 (12,653)	40,666 (15,235)	- 0,634	0,52 9
	H	43,866 (14,407)	46,153 (15,312)	- 0,665	0,50 8
Abuso físico	M	5,948 (2,211)	7,571 (3,171)	- 2,087	0,04 5
	H	7,200 (2,578)	7,846 (3,368)	- 0,908	0,36 7
Negligencia emocional	M	10,750 (4,845)	10,666 (4,788)	0,064	0,94 9
	H	12,300 (5,100)	11,500 (4,478)	0,740	0,46 1
Abuso emocional	M	8,675 (4,687)	9,619 (4,177)	- 0,775	0,44 1
	H	10,333 (4,936)	11,807 (5,705)	- 1,182	0,24 1
Negligencia física	M	7,100 (2,638)	9,619 (4,177)	- 1,200	0,24 4
	H	7,866 (2,725)	8,461 (3,089)	- 0,876	0,33 4
Abuso sexual	M	5,950 (2,263)	6,714 (2,667)	- 1,178	0,24 4
	H	6,166 (1,801)	6,980 (3,208)	- 1,276	0,20 6
Déficit auditivo premórbido	M	0 (0)	0(0)		
	H	2(6,1)	1(1,7)	0,253	0,61 5
	M	0(0)	0(0)		

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Inmigrante: barrera idiomática premórbida	H	2(6,1)	0(0)	1,328	0,24 9
Estresores psicosociales precipitantes	M	11(26,8)	15(68,2)	8,467	0,00 4*
	H	9(27,3)	29(50)	3,581	0,05 8
Aislamiento social premórbido	M	5(12,2)	11(50)	8,897	0,00 3*
	H	5(17,2)	24(82,8)	5,511	0,01 9*
Abuso de sustancias premórbido	M	1(2,4)	5(22,7)	4,687	0,03 0*
	H	9(27,3)	33(56,9)	6,283	0,01 2*
Síntomas depresivos al inicio	M	16(39)	6(27,3)	0,430	0,51 2
	H	9(27,3)	6 (10,3)	3,235	0,07 2

**Tabla 2:** Potenciales factores de riesgo en EZP y TD considerando el género.

### Género y correlato psicopatológico

Las mujeres con TD presentan en comparación con las mujeres con EZP, en relación con la fenomenología delirante evaluada mediante la escala MADRS, una mayor correlación del afecto (2,682, S.D.=0,878 y 1,363, S.D.=1,048 respectivamente) y la conducta (6,341, S.D.=2,679 y 3,772, S.D.=3;235 respectivamente) con la creencia delirante, de forma significativa. En la escala PANSS las mujeres con TD frente a las mujeres diagnosticadas de EZP, obtienen menor puntuación (56,097, S.D.=12,628 y 74,409, S.D.=23,208 respectivamente), también menores resultados en la subescala positiva

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

(14,024, S.D.=4,239 y 20,545, S.D.=7,713 respectivamente) y negativa (9,097, S.D.=4,158 y 18,909, S.D.=7,418 respectivamente), aunque mayores en ansiedad (3,243, S.D.=0,994 y 2,363, S.D.=1,176 respectivamente) y depresión (3,073, S.D.=1,292 y 1,954, S.D.=1,326 respectivamente), con tendencia a la significación estadística. Se observa, además, en las primeras una menor conciencia de las consecuencias sociales (2,658, S.D.=1,257 y 3,409, S.D.=1,563 respectivamente) estimada mediante la escala SUMD, de manera significativa.

Las mujeres con TD presentan en relación con las mujeres con EZP, una menor frecuencia de alucinaciones a lo largo de su vida (34% y 100% respectivamente); de alucinaciones auditivas (19,5% y 95% respectivamente), visuales (0% y 31,4% respectivamente) y táctiles (14,6% y 40,9% respectivamente); y de delirios de grandiosidad (9,8% y 59,1% respectivamente). Todo ello con tendencia a la significación estadística.

Categoría	Sexo	TD	EZP	t/Chi <sup>2</sup>	p
		Media (SD) o N (%)	Media (SD) o N (%)		
<b>Psicopatología</b>					
<b><u>Intensidad del delirio (MADS)</u></b>	M	30,317 (10,262)	25,090 (13,975)	1,545	0,996
	H	31,575 (11,645)	25,086 (10,468)	2,729	0,008*
MADS: Convicción	M	2,365 (1,462)	2,363 (1,70)	0,05	0,996
	H	2,575 (1,521)	2,140 (1,432)	1,358	0,178
MADS: Mantenimiento de la creencia	M	6,219 (2,115)	5,272 (2,848)	1,497	0,14
	H	5,909 (1,702)	5,931 (2,477)	-	0,964

**DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

MADS: Afecto relacionado con la creencia	M	2,682 (0,878)	1,363 (1,048)	5,307	<0,00 1 *
	H	2,424 (1,346)	1,569 (0,938)	3,229	0,002*
MADS: Acciones	M	6,341 (2,679)	3,772 (3,235)	3,371	0,001*
	H	6,878 (3,110)	4,310 (3,662)	3,391	0,001*
MADS: Idiosincrasia de la creencia	M	4,048 (1,611)	2,954 (2,458)	21,88 2	0,069
	H	3,575 (1,750)	2,534 (2,202)	2,328	0,022*
MADS: Preocupación	M	2,048 (0,705)	2,000 (1,745)	0,126	0,901
	H	2,090 (0,723)	1,810 (3,343)	1,110	0,270
MADS: Sistematización de la creencia	M	1,951 (0,705)	2,136 (1,726)	- 0,482	0,634
	H	1,909 (0,765)	1,655 (0,828)	1,445	0,152
MADS: Insight	M	4,268 (2,520)	3,727 (3,119)	0,747	0,458
	H	5,424 (3,437)	4,275 (3,059)	1,646	0,103
<b>PANSS: Total</b>	M	56,097 (12,628)	74,409 (23,208)	- 3,438	0,002*
	H	59,058 (13,012)	74,293 (20,265)	- 4,387	<0,00 1 *
PANSS: Positiva	M	14,024 (4,239)	20,545 (7,713)	- 3,678	<0,00 1 *

**DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

PANSS: Negativa	H	14,970 (4,100)	19,758 (6,330)	- 4,397	<0,00 1 *
	M	9,097 (4,158)	18,909 (7,418)	- 5,738	<0,00 1 *
PANSS: Psicopatología general	H	11,029 (5,712)	20,982 (8,396)	- 6,748	<0,00 1 *
	M	33,463 (6,767)	35,409 (10,599)	- 0,780	0,441
PANSS: Ansiedad	H	32,764 (6,434)	32,931 (9,049)	- 0,094	0,925
	M	3,243 (0,994)	2,363 (1,176)	3,140	0,003*
PANSS: Depresión	H	3,205 (0,977)	2,189 (0,981)	4,800	<0,00 1 *
	M	3,073 (1,292)	1,954 (1,326)	3,246	0,002*
<b><u>SUMD: Puntuación de conciencia global</u></b>	H	2,705 (1,446)	1,465 (0,754)	4,643	0,000*
	M	8,463 (3,613)	9,090 (4,207)	-6,20	0,537
SUMD: Conciencia de trastorno mental	H	8,882 (3,788)	9,403 (3,604)	- 0,655	0,514
	M	3,268 (1,304)	3,090 (1,508)	0,487	0,628
SUMD: Conciencia de consecuencias sociales	H	3,294 (1,425)	3,140 (1,287)	0,529	0,598
	M	2,658 (1,257)	3,409 (1,563)	- 2,073	0,042*
	H	2,824 (1,266)	3,526 (1,390)	- 2,410	0,018*



**DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

<b><u>Alucinaciones a lo largo de la vida</u></b>	M	14 (34,1)	22(100)	22,73	<0,00
				6	1 *
Auditivas	H	14(42,4)	58(100)	38,79	<0,00
				3	1 *
Visuales	M	8(19,5)	21(95)	30,25	<0,00
				2	1 *
Olfativas	H	8(24,2)	55(94,8)	45,93	<0,00
				6	1 *
Gustativas	M	0(0)	7(31,4)	11,63	0,001*
				1	
Tactiles	H	3(9,1)	14(24,1)	2,223	0,136
	M	1(2,4)	1(4,5)	0,000	1.000
Persecutorios	H	1(3)	2(3,4)	0,000	1.000
	M	1(2,4)	1(4,5)	0,000	1,000
Celotípico	H	2(6,1)	1(1,7)	0,253	0,615
	M	6(14,6)	9(40,9)	4,097	0,043*
Somático	H	4(12,1)	10(17,2)	0,122	0,727
	M	41(100)	22(100)		
Grandiosidad	H	33(100)	58(100)		
	M	39(95)	22(100)	0,089	0,765
Somático	H	25(75,8)	55(94,8)	5,515	0,019*
	M	2(4,9)	3(13,6)	0,543	0,461
Grandiosidad	H	3(9,1)	3(5,2)	0,081	0,766
	M	7(17,1)	5(22,7)	0,043	0,835
Grandiosidad	H	4(12,1)	3(5,2)	0,619	0,431
	M	4(9,8)	13(59,1)	15,27	<0,00
				1	1 *

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Erotomaniaco	H	2(6,1)	34(94,4)	22,15	<0,00
				3	1 *
	M	4(9,8)	4(18,2)	0,314	0,575
Referencial	H	1(3)	4(6,9)	0,090	0,764
	M	15(36,6)	8(36,4)	0,000	1,000
	H	13(39,4)	30(51,7)	0,836	0,361

**Tabla 3:** Psicopatología en TD y EZP atendiendo al género

Los hombres con TD padecen una mayor intensidad del delirio (31,575, S.D.=11,645), según la escala MADDS, en comparación con los hombres con EZP (25,086, S.D.=10,468), de manera significativa. Al igual que en el caso de las mujeres, los hombres con TD frente a los diagnosticados de EZP, presentan una mayor correlación del afecto (2,424, S.D.=1,346 y 1,569, S.D.=0,938 respectivamente) y la conducta (6,878, S.D.=3,110 y 4,310, S.D.=3,662 respectivamente) con la ideación delirante, y además mayores resultados en idiosincrasia de la creencia (3,575, S.D.=1,750 y 2,534, S.D.=2,202 respectivamente) con tendencia a la significación estadística. De manera similar a los resultados en mujeres para la escala PANSS, los hombres con TD en comparación con los hombres con EZP presentan una menor puntuación en subescala positiva (14,970, S.D.=4,100 y 19,758, S.D.=6,330 respectivamente) y negativa (11,029, S.D.=5,712 y 20,982, S.D.=8,396 respectivamente), pero mayor en ansiedad (3,205, S.D.=0,977 y 2,189, S.D.=0,981 respectivamente) y depresión (2,705, S.D.=1,446 y 1,465, S.D.=0,754 respectivamente), de manera significativa. También se observa en los primeros una menor conciencia de las consecuencias sociales (2,824, S.D.=1,266 y 3,526, S.D.=1,390 respectivamente) estimada mediante la escala SUMD, de manera significativa.

Los hombres con TD en comparación con los hombres con EZP presentan una menor frecuencia de alucinaciones a lo largo de su vida (42,4% y 100% respectivamente); de alucinaciones auditivas (24,2% y 94,8% respectivamente); y de delirios persecutorios (75,8% y 94,8% respectivamente) y de grandiosidad (6,1% y 94,4% respectivamente). Todo ello con tendencia a la significación estadística.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

No se han observado diferencias de género significativas entre los pacientes con TD y EZP al comparar el resto de variables clínicas.

### Género, curso, funcionalidad y tratamiento

En las mujeres con diagnóstico de TD la edad media (39,878, S.D.=8,397) de inicio del trastorno es mayor que la edad media (29,090, S.D.=6,879) de inicio en las mujeres diagnosticadas de EZP, de forma significativa; los años de evolución de la enfermedad son menos (7,170, S.D.=6,086 y 15,818, S.D.=8,748 respectivamente), y pasan más años hasta el primer contacto con salud mental (1,731, S.D.=4,147 y 0,3182, S.D.=1,129 respectivamente), con tendencia a la significación estadística. El número de hospitalizaciones es menor para las mujeres con TD (1,902, S.D.=1,640) respecto a las mujeres con EZP (5,714, S.D.=5,675), de manera significativa.

En cuanto a la discapacidad las mujeres con TD presentan una menor puntuación (4,804, S.D.=2,749) en la escala DAS, en comparación con las mujeres con EZP (8,818, S.D.=5,197), con un menor discapacidad en el cuidado personal (0,250, S.D.=0,707 y 0,909, S.D.=1,019 respectivamente) y el funcionamiento ocupacional (1,800, S.D.=1,343 y 2,863, S.D.=1,780 respectivamente) y social (1,575, S.D.=1,129 y 3,136, S.D.=1,641 respectivamente), con tendencia a la significación estadística.

No se han observado otras diferencias significativas al comparar el resto de factores relacionados con la evolución y el funcionamiento, entre las mujeres con TD y con EZP. En el tratamiento farmacológico tampoco hay diferencias significativas.

En los hombres con TD, en comparación con los hombres con EZP, también es menor la edad media de inicio del trastorno (34,264, S.D.=10,133 y 23,603, S.D.=6,212 respectivamente), menos años de evolución de la enfermedad (7,323, S.D.=9,259 y 12,344, S.D.=8,629 respectivamente) y menor número de hospitalizaciones (1,882, S.D.=1,200 y 5,53, S.D.=6,407 respectivamente), de forma significativa. En la escala de funcionamiento global (GAF) los primeros obtienen mayor puntuación que los segundos (53,617, S.D.=12,037 y 47,327, S. D=16,335 respectivamente), con tendencia a la significación estadística.

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Categoría	Sexo	TD	EZP	t/Chi <sup>2</sup>	p
		Media (SD) o N (%)	Media (SD) o N (%)		
<b>Curso y evolución</b>					
Edad de inicio	M	39,878 (8,397)	29,090 (6,879)	5,162	0,00 0*
	H	34,264 (10,133)	23,603 (6,212)	5,553	0,00 0*
Años de evolución	M	7,170 (6,086)	15,818 (8,748)	- 4,131	0,00 0*
	H	7,323 (9,259)	12,344 (8,629)	- 2,622	0,01 0*
Años hasta primer contacto	M	1,731 (4,147)	0,3182 (1,129)	2,046	0,04 6*
	H	1,911 (5,434)	0,448 (3,554)	- 0,108	0,91 4
Años hasta primer ingreso	M	3,388 (4,324)	3,0455 (5,259)	0,270	0,78 8
	H	2,833 (5,901)	2,982 (6,286)	- 0,108	0,91 4
Número de hospitalizaciones	M	1,902 (1,640)	5,714 (5,675)	- 3,014	0,00 6*
	H	1,882 (1,200)	5,53 (6,407)	- 4,216	0,00 0*
Funcionamiento global (GAF)	M	55,756 (10,411)	49,772 (20,146)	1,303	0,20 4
	H	53,617 (12,037)	47,327 (16,335)	2,113	0,03 8*
<b><u>Discapacidad (DAS)</u></b>	M	4,804 (2,749)	8,818 (5,197)	- 3,337	0,00 2*

**DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

	H	6,00 (3,651)	9,00 (1,665)	-	0,00
				3,224	2*
DAS: Cuidado personal	M	0,250 (0,707)	0,909	-	0,01
			(1,019)	2,697	1*
	H	0,666 (0,989)	0,982	-	0,19
			(1,162)	1,314	2
DAS: Funcionamiento ocupacional	M	1,800 (1,343)	2,863	-	0,01
			(1,780)	2,445	1*
	H	2,121 (1,317)	2,879	-	0,02
			(1,797)	2,304	4*
DAS: Funcionamiento familiar	M	1,100 (0,953)	1,909	-	0,06
			(1,743)	1,955	0
	H	1,636 (1,432)	1,965	-	0,27
			(1,324)	1,107	1
DAS: Funcionamiento social	M	1,575 (1,129)	3,136	-	0,00
			(1,641)	3,974	0*
	H	1,727 (1,375)	3,172	-	0,00
			(1,313)	4,961	0*
Severidad clínica (CGI-S)	M	4,122 (0,953)	4,500	-	0,28
			(1,471)	1,088	5
	H	4,264 (1,136)	4,241	0,108	0,91
			(0,904))		4
Antipsicóticos típicos	M	8(20)	7(31,8)	0,533	0,46
					6
	H	4(11,8)	12(21,1)	0,708	0,40
					0
Antipsicóticos atípicos	M	33(82,5)	17(64,5)	0,026	0,87
					1
	H	30(88,2)	55(87,7)	0,000	1,00
					0

## DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Antidepresivos	M	8(20)	1(4,5)	1,628	0,20
	H	8(23,5)	3(5,2)	5,229	0,02
					2*

**Tabla 4:** Curso y evolución de la enfermedad en TD y EZP atendiendo al género

Los hombres con TD presentan una menor puntuación (6,00, S.D.=3,651) en la escala DAS para discapacidad frente a los hombres con EZP (9,00, S.D.=1,665), con menor discapacidad en el funcionamiento ocupacional (2,121, S.D.=1,317 y 2,879, S.D.=1,797 respectivamente) y social (1,727, S.D.=1,375 y 3,172, S.D.=1,313 respectivamente), de forma significativa.

Por último, en el tratamiento farmacológico es más frecuente que los hombres diagnosticados de TD tomen antidepresivos (23,5%) que los hombres con diagnóstico de EZP (5,2%), de manera significativa. No hay diferencias significativas para el resto de fármacos.

No se han observado otras diferencias significativas al comparar el resto de variables relacionadas con la evolución y el funcionamiento, ni con el resto de tratamientos farmacológicos, entre los hombres con TD y con EZP.

### DISCUSIÓN

Este es el primer estudio en que se ha comparado de forma simultanea TD contra EZP atendiendo al género de los pacientes. Con una muestra relativamente grande en ambos grupos en la que, además, se ha realizado un considerablemente amplio abanico de valoraciones en la esfera psicosocial, funcional y del correlato clínico, teniendo constancia de escasos estudios -con tales dimensiones- que dispongan de un elenco de datos similares.

#### *Hombres*

- Demografía y factores de riesgo

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Nuestra población masculina de TD posee una significativamente mayor edad que la de EZP, dato común a la mayoría de estudios realizados (Jager et al. 2003, Fabrega et al. 1992, Winokur, 1977; Berner et al. 1980; Munro, 1988; Kendler, 1982; Opjordsmoen 1991; de Portugal, 2008). Ambas enfermedades aparecen de forma predominante en varones solteros según nuestros datos, con una asociación significativamente mayor a este estado civil en EZP. En esta línea, nuestro estudio arroja datos -aunque no significativos ( $p=0,051$ )- que sugieren que varones con TD y, en mayor medida, con EZP son propensos a permanecer en su familia de origen. Otros autores han encontrado similares resultados, como de Portugal y cols. (2010) quienes incluso llegan a observar una mayor asociación con el celibato en varones de TD, elaborando la hipótesis de que un mayor aislamiento premórbido podría determinarse como posible factor de riesgo en el TD. Aunque en nuestro caso el aislamiento social premórbido -presente en ambos- es casi 4 veces mayor en EZP.

El abuso de sustancias es un conocido factor de riesgo relacionado con patología mental de cualquier clase. Así, Munro (1988) lo relacionó con el TD; en el estudio de Peralta y Cuesta (2016) fue el único factor de riesgo independiente asociado a TD; van Os y cols (2009) relacionaron el consumo, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, con la experiencia delirante. Respecto a la esquizofrenia, son múltiples los estudios que reflejan el riesgo asociado. En nuestro caso, la asociación con varones EZP fue prácticamente el doble a la de TD.

En contraste a estudios previos (Kendler, 1982; Maneros y cols 2012), encontramos una mayor asociación de antecedentes familiares (AF)

Psiquiátricos en pacientes con TD, aunque dada la escasa especificidad inherente al término requiere una atención consecuente. De hecho, Maneros y cols. (2012) proponen una mayor influencia de factores ambientales en TD, con menor relevancia de la carga genética en comparación con la EZP.

### **- Curso**

El debut de la enfermedad es marcadamente más tardío en el caso de los varones con TD, en línea con el sólido consenso de estudios precedentes (Peralta y Cuesta, 2016; Kendler, 1982; Maneros y cols, 2012; Marino y cols, 1993; Portugal y cols, 2010; Wustman, 2011; Rudden 1983; Yamada et al. 1998; Grover y cols, 2007). Así mismo, el número de ingresos en pacientes con TD es significativamente menor, tal y como reflejan Peralta y Cuesta (2016) y Maneros y cols. (2012), quienes además señalan una menor duración del ingreso en TD.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Uno de los elementos que, si no definen, ampliamente caracterizan el TD es la conservación de su funcionamiento a lo largo de la enfermedad, a diferencia de la EZP. En este sentido, nuestros pacientes con TD obtuvieron una mayor puntuación en la escala GAF que aquellos con EZP. Del mismo modo, lograron una mejor puntuación en funcionamiento global, también a nivel ocupacional y social en la escala DAS. Todo ello acorde con estudios previos como los de Maneros y cols. (2012) y Peralta y Cuesta (2016). Estos últimos, obtuvieron una mayor conservación funcional a todos los niveles de la escala DAS, aunque, tras realizar un estudio multivariante quedaron reducidos únicamente a nivel del cuidado personal, social y ocupacional. En este último nivel, se aprecian -en nuestro caso- diferencias muy discretas, siendo pues susceptibles de perder significación tras un análisis más exhaustivo. Más aún dada la vinculación estrecha existente entre el delirio y la esfera laboral en TD, tanto a nivel temático como ambiental.

### - Psicopatología

Los varones con TD presentaron una sintomatología psicótica más laxa que aquellos con EZP, con menor puntuación a nivel global en la escala de PANSS, así como en los subgrupos de sintomatología positiva y, especialmente, negativa. No hallamos diferencias en cuanto a psicopatología general, aunque si constan en otros como Muñoz-Negro y cols. (2018). En contraposición a nuestros datos únicamente encontramos los resultados de Hui y cols. (2015), quienes refieren no haber observado diferencias en sintomatología negativa entre TD y EZP, alegando que los estudios que contradicen sus hallazgos (Jager y cols. 2003; Maneros y cols. 2012) estaban constituidos por pacientes ingresados y no ambulatorios - que si incluían en su caso-, sugiriendo la posibilidad de un sesgo de selección. No obstante, nuestro estudio aporta datos de pacientes ambulatorios en los que se aprecian diferencias similares a dichos estudios.

Respecto al delirio, se encuentra presente en todos los pacientes del estudio por tratarse de un elemento definitorio de ambos trastornos. No obstante, los varones con TD presentaron una mayor idiosincrasia con la creencia, una conducta más correlacionada con el delirio y una intensidad mayor del mismo que varones con EZP. Peralta y Cuesta (2016) también encontraron una mayor intensidad del delirio en pacientes con TD, no siendo este el caso de Muñoz-Negro y cols. (2018). Respecto al tipo de delirio, la temática persecutoria se presentó como la más frecuente, predominando aún más en el grupo de EZP. Uno de los datos a destacar, en este punto, es la práctica ausencia de delirios de grandeza en TD frente a una casi constancia en EZP.



## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Con los rasgos obtenidos del TD frente a la EYP -mayor insight de las consecuencias sociales, mayor congruencia del afecto con la creencia, la ausencia de delirios de grandeza y una mayor presencia de síntomas ansioso-depresivos- podría postularse, dado el conocido papel protector que otorga el delirio (Lyon, 1994; Bentall, 1993), la presencia de una autoimagen más permeable y frágil en el TD respecto a la EYP. Del mismo modo, nuestro estudio evidencia una menor presencia de síntomas afectivos y de ansiedad en varones con EYP, así como un mayor tratamiento con antidepresivos en varones con TD. En esta línea, Maina y cols. (2001) establecieron como principal comorbilidad del TD los trastornos afectivos, como segunda los trastornos de ansiedad. También, Hisao y cols. (1999) describieron en el 43% del TD sintomatología depresiva en primera consulta. Es asumible, por tanto, afirmar que los trastornos afectivos juegan un papel relevante en el TD.

### *Mujeres*

#### - Demografía y factores de riesgo

Aunque no encontramos diferencias con valor estadístico en cuanto al estatus civil y a la formación de familia entre mujeres de ambas patologías, quizás debido a una falta de tamaño en la muestra, los datos sugieren una mayor capacidad de las pacientes con TD de constituir una familia propia frente al resto de grupos. También otros estudios reportan una mayor facilidad de las pacientes con TD de contraer matrimonio comparado con varones (Winokur, 1977; Berner y cols. 1980; Munro, 1988; Kendler, 1982; Opjordsmoen & Retterstöl, 1991; de Portugal, 2008), aunque con resultados similares en estudios de género en EYP (Kendler, 1980, 1982; Marneros y cols. 2012). Por otro lado, las pacientes con TD presentaron un perfil más autosuficiente que aquellas con EYP.

Respecto a estresores sociales, las pacientes con TD tuvieron una menor escolarización, en consonancia con Kendler (1982). Si bien este dato podría apuntar a una proveniencia desde estatus sociales más bajos, en índices de nivel socio-económicos obtienen resultados similares a las pacientes con EYP, aunque en este punto nuestros resultados carecen de valor estadístico. Esto se contrapone con los datos de Kendler (1982), quien encuentra una situación financiera peor en TD, aunque estudios más recientes obtuvieron resultados similares a los nuestros (Peralta y Cuesta, 2016; Hui y cols. 2015). Por otro lado, las mujeres con EYP presentan una mayor cantidad de estresores psicosociales precipitantes y un mayor aislamiento social previo.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

El consumo de sustancias es irrelevante en mujeres con TD, mucho más bajo que en mujeres con EZP y que en hombres con TD; dato que contrasta fuertemente con los estudios enunciados previamente -al abordar el tema del consumo en el apartado de varones- que marcan una fuerte asociación con TD. Siendo Kendler (1982) el único, del que tenemos constancia, que no encontró diferencias a este nivel, aunque exclusivamente analizó el consumo de alcohol, sin consideraciones hacia el resto.

### - Curso de la enfermedad

También las mujeres con TD presentan una edad de inicio de la enfermedad más tardía que aquellas con EZP y, al mismo tiempo, que los hombres con TD; en consenso con la bibliografía precedente (Peralta y Cuesta 2016; Kendler 1982; Marneros et al. 2012, Marino y cols. 1993; de Portugal y cols. 2010; Wustman 2011; Rudden 1983; Yamada y cols. 1998; Grover y cols. 2007). Únicamente -bajo nuestro conocimiento- Bada (2000) y Gonzalez-Rodriguez (2014) no hallaron diferencias en cuanto a género en la edad de debut del TD. Además, las mujeres con TD requieren un menor número de ingresos que aquellas con EZP.

Los resultados obtenidos en cuanto a discapacidad arrojan datos similares a los de varones: menor discapacidad en TD a nivel global y específicamente a nivel ocupacional y social que en EZP. Al contrastar resultados según género, encontramos que existen diferencias en el TD -mujeres más funcionales- mientras que en EZP obtienen puntuaciones similares. Además, las pacientes con TD obtuvieron una menor discapacidad a nivel del cuidado personal que aquellas con EZP, diferencias más marcadas que en el grupo de varones donde, además, no se alcanzó valor estadístico a este nivel.

### - Psicopatología

Respecto a la sintomatología, al igual que en varones, las mujeres con TD presentaron una menor clínica en la esfera psicótica que aquellas con EZP, tanto a nivel de síntomas positivos como negativos. Además, en el caso de las mujeres, no hallamos diferencias significativas en cuanto a la intensidad del delirio; aunque sí un correlato afectivo y conductual más fuerte en aquellas con TD. Comparando con varones, las mujeres presentaron menos síntomas en la esfera psicótica según la escala PANSS, principalmente a nivel de la sintomatología negativa. Estos hallazgos son similares a los de de Portugal y cols. (2010) quienes llegan a considerar estas diferencias como propias del género y no del TD, por encontrarse, del mismo modo, en los estudios de género realizados en EZP

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

(Shtasel y cols. 1992; Szymansky y cols. 1995; Cowell y cols. 1996). Sin embargo, en nuestro estudio las mujeres con EZP únicamente puntuaron de forma claramente menor que los hombres a nivel de la sintomatología negativa, incluso obteniendo mayores resultados a nivel de la clínica positiva.

En cuanto a alteraciones sensorceptivas, su aparición fue discreta en las pacientes con TD - menor incluso que en varones con mismo diagnóstico-, en contraposición a la completa presencia en el grupo de EZP. Pese al cumplimiento de criterios diagnósticos de TD de los individuos incluidos en el estudio, los resultados sugieren que en su evolución no es demasiado común -pero tampoco extraña- la aparición de alucinaciones. Sin embargo, su mera presencia constituye un criterio de exclusión diagnóstico en TD. Aunque existe evidencia suficiente como para asegurar entidades clínicas diferentes dentro del espectro psicótico -y así lo constatan nuestros datos-, la categorización mediante firmes criterios de exclusión, como en el caso expuesto, podría causar dudas en el diagnóstico del paciente a lo largo de su evolución. De hecho, Muñoz-Negro (2015) proponen la necesidad de plantear una forma más laxa de diagnosticar la semiología psicótica por estas cuestiones.

En esta línea, Wustmann (2012) encontró una mayor estabilidad diagnóstica en el grupo de mujeres con TD: al volver a realizar un nuevo diagnóstico a lo largo de su estudio únicamente el 47% de los hombres cumplieron los criterios, frente al 81% de las mujeres con TD. También pudiendo deberse a que los hombres presentan mayor número de alucinaciones y de sintomatología psicótica, con peor funcionamiento que mujeres.

Por otro lado, encontramos de nuevo una mayor intensidad de sintomatología del espectro ansioso-depresivo en mujeres con TD que aquellas con EZP. Las diferencias con los varones son discretas, pero el predominio es femenino tanto en TD como en EZP, aunque no de forma tan marcada como en los trastornos afectivos. Estos hallazgos contrastan, así, con otros estudios (Gonzalez-Rodriguez, 2014; Wustman, 2011, Wustman, 2012) en los que no se encontraron diferencias en cuanto a género en la sintomatología depresiva del TD.

### Debilidades del estudio

En primer lugar, la muestra no es homogénea en el grupo de EZP, con exceso de varones (74%). Si bien la distribución de la esquizofrenia suele ser igual en ambos sexos (Thara, 2015), existen datos que apunta a una supra-representación del género masculino en las poblaciones de estudios de EZP, con una tasa hombres/mujeres de 1,4 (Aleman, 2003; McGrath, 2004); en nuestra muestra la tasa sigue siendo superior: 2,63.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Los pacientes con TD presentaban aproximadamente la mitad de tiempo de evolución de enfermedad que aquellos con EZD, pudiendo actuar como factor confusor en determinados ítems con susceptibilidad a este nivel. Por otro lado, el análisis estadístico es univariante. No se hicieron distinciones atendiendo al manejo y evolución del paciente como: cumplimiento terapéutico, tipo de tratamiento, seguimiento clínico. Así mismo, los datos del curso de la enfermedad son retrospectivos y han de interpretarse con la atención requerida en tales casos.

### **CONCLUSIONES**

Siendo este el primer estudio que compara de forma simultánea el TD con la EZP respecto al género de los pacientes, se han objetivado perfiles clínicos diferentes:

- Común a ambos géneros
  - TD: Los pacientes presentaron una edad de debut más tardía -más aún en mujeres-, con menor número de hospitalizaciones y una menor discapacidad asociada. Así mismo, expusieron una mayor correlación conductual y afectiva con las creencias y una mayor conciencia de las consecuencias sociales de su trastorno. A nivel clínico, padecieron de más sintomatología en la esfera ansioso-depresiva.
  - EZP: Los pacientes presentaron un mayor aislamiento social y abuso de sustancias premórbidos. A nivel clínico, con mayor clínica psicótica a nivel global como también de carácter tanto positivo como negativo; así como una ampliamente mayor presencia de alucinaciones y de, los aún más característicos, delirios de grandeza.
- Rasgos propios del grupo de mujeres:
  - TD: Las pacientes tuvieron una menor escolarización, pero con mejor conservación del cuidado personal y más autarquía. El primer contacto con Salud Mental fue más tardío.
  - EZP: Las pacientes presentaron un mayor porcentaje de estresores sociales precipitantes.
- Rasgos propios del grupo de hombres:
  - TD: Los hombres presentaron una mayor intensidad del delirio y una mayor idiosincrasia con la creencia, así como un mejor funcionamiento global en la escala GAF. Así mismo, estaban precedidos de una mayor cantidad de antecedentes familiares de primer grado de enfermedad psiquiátrica, así como, les fueron prescritos más antidepresivos.
  - EZP: Los pacientes eran mayoritariamente solteros.

# DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

## BIBLIOGRAFÍA

1. Addington, J. and D. Addington, Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1999. 25(1): p. 173-82.
2. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(6):565-571.
3. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSMIII-R)*. . Washington, DC, American Psychiatric Association. .
4. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
6. Bada, A., Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., 2000. Gender effects on clinical features in delusional disorder. *Italian Journal of Psychopathology* 6, 4.
7. Bayne T and Fernandez J (2009) Delusion and selfdeception: mapping the terrain. In Bayne T and Fernandez J (eds.) *Delusion and Self-Deception: affective and motivational influences on belief formation*. New York: Psychology Press.
8. Bentall RP. Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. 1993. *The Neuropsychology of Schizophrenia*.
9. Berner P, Gabriel E, Schanda H. Nonschizophrenic paranoid syndromes. *Schizophr Bull*.1980; 6: 627-632.
10. Bernstein, D. P., J. A. Stein, M. D. Newcomb, E. Walker, D. Pogge, T. Ahluvalia, J. Stokes, L. Handelsman, M. Medrano, D. Desmond and W. Zule (2003). "Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire." *Child Abuse Negl* 27(2): 169-190.
11. Cowell, P.E., Kostianovsky, D.J., Gur, R.C., Turetsky, B.I., Gur, R.E. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. 1996. *American Journal of Psychiatry* 153, 799-805.
12. De Portugal E, Gonzalez N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. (2008). *European Psychiatry* 23, 125-133.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

13. de Portugal E, Gonzalez N, Miriam V, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. 2010. *Psychiatry Res.* 2010;177:235-9.
14. Evans, J.D., et al., A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1996. 8(3): p. 281-6.
15. Fabrega H, Ahn C, Mezzich JE. On the descriptive validity of DSM III schizophrenia. (1992). *Psychopathology* 25, 70–89.
16. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Imaz Gurrutxaga ML, Catalán Campos R, Bernardo Arroyo M. A descriptive retrospective study of the treatment and outpatient service use in a clinical group of delusional disorder patients. 2013. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*
17. Gonzalez-Rodriguez A, Molina-Andreu O, et al. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. 2014; *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 36: 119-124
18. Grover, S., Biswas, P., Avasthi, A., 2007. Delusional disorder: study from North India. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61, 462–470.
19. Hafner, H., an der Heiden, W., Behrens, Set al. 1998a. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 24, 99–113.
20. Hafner, H., Maurer, K., Loffler, W., an der Heiden, et al. 1998b. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary over- view of the results. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 33, 380–386.
21. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998 Jul;12(3):426-45.
22. Hernandez, A., D. Gallardo-Pujol, N. Pereda, A. Arntz, D. P. Bernstein, A. M. Gaviria, A. Labad, J. Valero and J. A. Gutierrez-Zotes (2013). "Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting." *J Interpers Violence* 28(7): 1498-1518.
23. Hisao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. 1999. *Psychiatr Clin Neurosci*; 53: 673-6.
24. Hollingshead, A. B. and F. C. Redlich (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York, John Wiley.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

25. Hui CLM, Lee EHM, Chang WC, et al. Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. 2015. *Psychological Medicine* 45, 3085–3095.
26. Jager M, Bottlender R, Strauss A, Moller HJ. On the descriptive validity of ICD-10 schizophrenia. Empirical analyses in the spectrum of non-affective functional psychoses. (2003). *Psychopathology* 36, 152–159.
27. Kendler K.S. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): A review. 1980. *Arch Gen Psychiatry*; 37: 699-706.
28. Kendler, K.S. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. 1982. *Archives of General Psychiatry* 39, 890.
29. Kraepelin E (1915). *Psychiatrie. Ein lehrbuch fur Studierende und Arzte*, 8th edn. Johann Ambrosius Barth: Leipzig, Germany.
30. Lezak MH, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment*, 4<sup>th</sup> Edition. Oxford University Press. Nueva York, 2004.
31. Lyon HM, Kaney S and Bentall RP. The defensive function of persecutory delusions: evidence from attribution tasks. 1994. *British Journal of Psychiatry* 164, 637-646.
32. Maina, G., Albert, U., Bada, A., Bogetto, F., 2001. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *European Psychiatry* 16, 222–228.
33. Manschreck, T. C. (1996). "Delusional disorder: the recognition and management of paranoia." *J Clin Psychiatry* 57 Suppl 3: 32-38; discussion 49.
34. Marino, C., Nobile, M., Bellodi, L., Smeraldi, E., 1993. Delusional disorder and mood disorder: can they coexist. *Psychopathology* 26, 58–61.
35. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional Disorders—Are They Simply Paranoid Schizophrenia? 2012. *Schizophrenia Bulletin* vol. 38 no. 3 pp. 561–568.
36. McGrath J, Saha S, Welham J, et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004;2:13.
37. Munro, A., Mok, H., 1995. An overview of treatment on paranoid/delusional disorder. *Canadian Journal Psychiatry* 10, 610–622.

## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

38. Munoz-Negro JE, Ibanez-Casas I, de Portugal E, et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizo- phrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res.* 2015; 169(1-3):248-254.
39. Muñoz-Negro JE, Ibañez-Casas I, de Portugal E, et al. A Psychopathological Comparison between Delusional Disorder and Schizophrenia. 2018. *The Canadian Journal of Psychiatry* Vol. 63(1) 12-19.
40. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophr Res Treatment.* 2012;916198.
41. Opjordsmoen S. Long-term course and outcome in delusional disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1988; 78:576–586.
42. Opjordsmoen S, Retterstol N. Dimensions of delusional expe- riences and their value as predictors of long-term outcome. *Psychopathology.* 2007; 40:278–281.
43. Peralta V, Cuesta MJ. Delusional disorder and schizophrenia: a comparative study across multiple domains 2016. *Psychological Medicine;* 1-11.
44. Peralta, V. and M. J. Cuesta. "Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles." 1994. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 221: 71-177.
45. Riecher-Rössler A, Kulkarni J. Estrogens and gonadal function in schizophrenia and related psychoses. *Curr Top Behav Neurosci.* 2011; 8:155-71.
46. Riecher-Rössler A, Häfner H. Schizophrenia and oestrogens--is there an association? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993; 242:323-8.
47. Rudden, M., Sweeney, J., Frances, A., Gilmore, M., 1983. A comparison of delusional disorders in women and men. *American Journal of Psychiatry* 140, 1575–1578.
48. Shtasel, D.L., Gur, R.E., Gallacher, F., Heimberg, C., Gur, R.C. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. 1992. *Schizophrenia Research* 7, 225–231.
49. Stephens JH, Richard P, McHugh PR. Long-term follow- up of patients with a diagnosis of paranoid state and hospitalized, 1913 to 1940. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188: 202–208.
50. Strauss E, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: administration norms and commentary. Oxford University Press, New York, 2006.



## **DIFERENCIAS DE GENERO ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

51. Szymansky, S., Lieberman, J.A., Alvir, J.M, et al. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indexes in first episode' schizophrenic patients. 1995. American Journal of Psychiatry 152, 698–703.
52. Taylor, P. J., P. Garety, A. Buchanan, A. Reed, S. Wessely, K. Ray, G. Dunn and D. Grubin (1994). Delusions and violence. Mental Disorder and Violence. Developments in risk assessment. J. Monahan and H. J. Steadman. Chicago, Chicago University Press: 161-182.
53. Thara R, Kamath S. Women and schizophrenia. Indian J Psy- chiatry. 2015;57(suppl 2):S246-S251.
54. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M, et al. Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. Compr Psychiatry. 2001; 42:301-5.
55. Usall J, Busquets E, Araya S, Ochoa S, Gost A. [Gender differences in schizophrenia. A literature review]. Actas Esp Psiquiatr. 2000; 28:178-85.
56. Vazquez-Barquero, J. L., E. Vazquez Bourgon, S. Herrera Castanedo, J. Saiz, M. Uriarte, F. Morales, L. Gaité, A. Herran and T. B. Ustun (2000). "[Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group]." Actas Esp Psiquiatr 28(2): 77-87.
57. Wessely, S., A. Buchanan, A. Reed, J. Cutting, B. Everitt, P. Garety and P. J. Taylor (1993). "Acting on delusions. I: Prevalence." Br J Psychiatry 163: 69-76.
58. Winokur G (1977). Delusional disorder (paranoia). Comprehensive Psychiatry 18, 511–521.
59. Wustmann T, Pillmann F, Marneros A. Gender-related features of persistent delusional disorders. 2011. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 261:29–36.
60. Wustmann T, Pillmann F, Friedemann J, Piro J, Schmeil A, Marneros A. The clinical and sociodemographic profile of persistent delusional disorder. Psychopathology. 2012; 45:200-2
61. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. Acta Psychiatr Scand. 1998; 97:122-4.
62. Peralta, V. and M. J. Cuesta (1994). "Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles." Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 221: 71-177.