



EDITORIAL INVITADA

¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA UNIDAD ESPECÍFICA PARA MUJERES CON ESQUIZOFRENIA?

WHY IS NECESSARY A SPECIFIC UNIT FOR WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA?

A. González-Rodríguez^{1*}, M. Natividad¹, M.V. Seeman², J.A. Monreal³

1. Department of Mental Health. Mutua Terrassa University Hospital. University of Barcelona. CIBERSAM. Terrassa, Spain

2. Department of Psychiatry. University of Toronto. Toronto, Canada

3. Department of Mental Health. Mutua Terrassa University Hospital. University of Barcelona. Institut Neurociències. UAB. CIBERSAM. Terrassa, Spain

Correspondencia: alexandregonzalez@mutuaterrassa.cat

A lo largo de las últimas décadas, numerosos grupos de investigación han centrado su interés en el estudio de las diferencias de género y sexo en esquizofrenia. Tanto es así, que en la década de los 90, se estableció el primer programa de tratamiento de mujeres con esquizofrenia en Canadá, en el Instituto Clarke de Psiquiatría de la Universidad de Toronto (1). Se constituyó en 1995 y combinaba el tratamiento ambulatorio, hospitalario y los recursos comunitarios necesarios para el tratamiento de estas mujeres. Los servicios que se ofrecían incluían la evaluación de las pacientes y sus familiares, se realizaban recomendaciones de tratamiento de acuerdo con el diagnóstico diferencial, tanto farmacológico como no farmacológico, y el tratamiento durante el perio-

do perinatal. Se ofrecían servicios domiciliarios, educación sexual y consejo en relación al consumo de sustancias, así como apoyo psicosocial en aquellos casos que lo requerían.

Tres décadas después, la evidencia científica ha apoyado la necesidad de tratar de forma específica a las mujeres con esquizofrenia en unidades centradas en sus necesidades físicas, de salud mental y en la detección e intervención de factores de riesgo psicosocial.

En cuanto a necesidades clínicas en salud mental, es un hecho bien establecido que las mujeres y los hombres con esquizofrenia difieren en la presentación de síntomas psicóticos y en la respuesta antipsicótica (2). Además, las mujeres con esquizofrenia presentan mayor riesgo de



Editorial invitada

A. González-Rodríguez y cols.

efectos secundarios en comparación con los hombres, y presentan, por ejemplo, tasas más elevadas de discinesia tardía (3).

Las mujeres con esquizofrenia requieren además de intervenciones de salud diferentes en comparación con los hombres. Estudios realizados en las últimas décadas enfatizan la idea de que las mujeres con esquizofrenia se adhieren peor a los programas de prevención de cáncer de mama, y realizan con menor frecuencia estudios de mamografía recomendados en la mediana edad (4). Por otro lado, estas mujeres presentan mayor riesgo de apneas obstructivas del sueño, particularmente, en la etapa de postmenopausia, que suele ir acompañada de un incremento en tejido adiposo, sobrepeso u obesidad.

Otros factores predictores de resultados clínicos en estas mujeres son los relacionados con la salud reproductiva y factores psicosociales. Numerosos estudios reportan que las mujeres con esquizofrenia durante su etapa reproductiva presentan un mayor riesgo de descompensación psicótica durante el periodo menstrual, hecho que hace necesario en ocasiones el uso diferencial de dosis de antipsicóticos a lo largo de este periodo.

Las mujeres con esquizofrenia son con frecuencia madres monoparentales, y por tanto deben adoptar un rol de cuidadoras. Algunas requieren soporte familiar y ayuda en la crianza de estos niños. Algunas agencias en defensa del cuidado de los niños pueden llegar a plantear que la propia enfermedad o el tratamiento antipsicótico repercute negativamente en los cuidados de los niños, por lo que la evaluación de las dosis de antipsicóticos es de especial relevancia para evitar efectos secundarios como la somnolencia o la sedación (5). Consejos de contracepción y protección en relación al abuso doméstico y la violencia sexual son también aspectos de seguridad importantes. Como hemos mencionado anteriormente, las mujeres con esquizofrenia presentan mayores tasas de efectos secundarios respecto a los hombres, particularmente después de la menopausia (1). Con frecuencia necesitan de la prescripción de dosis de antipsicóticos más elevadas en comparación con mujeres premenopáusicas y la respuesta antipsicótica empeora.

Al final de la vida reproductiva, en la menopausia y postmenopausia, las mujeres con esquizofrenia presentan también necesidades específicas de salud (5). Además, presentan efectos secundarios relacionados con los an-

tipsicóticos que pueden afectar su aspecto físico, no solo en cuanto a incremento de peso, sino en cuanto a caída de pelo, acné e hirsutismo relacionado con estados de hiperprolactinemia.

En los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) Rambla Terrassa y Sant Cugat del Hospital Universitario Mutua Terrassa, en enero de 2023 iniciamos un nuevo proyecto de innovación asistencial denominado Unidad para Mujeres con Esquizofrenia, siendo a nuestro conocimiento, la primera unidad del país centrada en el tratamiento específico de estas mujeres. El objetivo principal del proyecto es proveer de un plan individualizado de tratamiento para las mujeres con esquizofrenia desde el punto de vista de salud mental, salud física y necesidades psicosociales. En los dos CSMA de nuestra entidad (Rambla Terrassa y Sant Cugat) atendemos alrededor de 870 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos relacionados, siendo el 58% mujeres y el 42% hombres.

Algunos de los programas comunitarios que integraría la unidad, se ofrecen actualmente en el tratamiento de estas mujeres dado que se encuentran en la cartera de servicios de nuestros servicios de salud. Otros programas se encuentran en estado de planificación y desarrollo. Entre los programas que se ofrecen actualmente destacamos: 1) evaluación y monitorización terapéutica y adherencia, 2) salud mental perinatal, 3) programa de colaboración con la Atención Primaria- salud mental, 4) intervención social con especial atención a madres monoparentales, trauma, violencia machista y mujeres ancianas con esquizofrenia que viven solas, 5) intervenciones domiciliarias, 6) evaluación, prevención e intervención en el riesgo de suicidio, 7) soporte psicosocial y 8) psicoeducación en pacientes y familias. Otros programas se encuentran en estado de desarrollo: 1) grupos de familiares en madres con esquizofrenia, 2) programas colaborativos con otras especialidades médicas (oncología, ginecología, etc.), 3) terapias ocupacionales, y 4) actividad física y promoción de estrategias de socialización y apoyo emocional.

Las intervenciones existentes y que se realizarán en el futuro serán sujetas a evaluación regular para asegurar su eficacia, calidad y la satisfacción de nuestras pacientes. Todos los programas se iniciarán en el contexto de los dispositivos de salud mental comunitaria de nuestro centro, y tendrán una continuidad asistencial cuando las pacientes requieran de cuidados necesarios en otros dispositivos (hos-



Editorial invitada

A. González-Rodríguez y cols.

pitalización, urgencias, unidades de hospitalización parcial, etc). Se ofrecerá a las pacientes su participación voluntaria en estudios de investigación focalizados en mejorar la actividad asistencial que realizamos en dicha unidad.

Los servicios específicos para mujeres con esquizofrenia y trastornos relacionados son un recurso importante para mejorar el bienestar de las pacientes y para ofrecer unos cuidados específicos y óptimos, que determinen una mejora en su calidad de vida y funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seeman, M.V., Cohen, R. (1998). A service for women with schizophrenia. *Psychiatric Services* 49(5):674-7. <https://doi.org/10.1176/ps.49.5.674>
2. Seeman, M.V., González-Rodríguez, A. (2021). Stratification by Sex and Hormone Level When Contrasting Men and Women in Schizophrenia Trials Will Improve Personalized Treatment. *Journal of Personalized Medicine* 18;11(9):929. <https://doi.org/10.3390/jpm11090929>
3. Seeman, M.V. (2009). Secondary effects of antipsychotics: women at greater risk than men. *Schizophrenia Bulletin* 35(5):937-48. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn023>
4. Lindamer, L.A., Wear, E., Sadler, G.R. (2006). Mammography stages of change in middle-aged women with schizophrenia: an exploratory analysis. *BMC Psychiatry* 6:49. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-49>
5. González-Rodríguez, A.; Seeman, M.V., Guàrdia, A., Natividad, M., Marín, M., Labad, J., Monreal, J.A. (2022). Gynecological Health Concerns in Women with Schizophrenia and Related Disorders: A Narrative Review of Recent Studies. *Women* 2(1):1-14. <https://doi.org/10.3390/women2010001>