

## Influencia de la edad de inicio de la esquizofrenia en el desempeño social de quienes la padecen

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta aproximadamente al 1% de la población general y en la mayoría de los casos cursa con una discapacidad grave de quien la padece. Meise y col.<sup>1</sup> describieron en un estudio que esta discapacidad aparecía en los cinco primeros años del diagnóstico de esquizofrenia en un 60% de las personas.



Las personas que padecen esquizofrenia presentan discapacidad en diferentes áreas de la vida cotidiana; el mal funcionamiento social es, posiblemente, una de las más importantes.

Son muchos los factores que se ha descrito que influyen en un peor funcionamiento psicosocial, entre ellos la edad de inicio temprana, ser varón, la presencia de síntomas negativos y un mal funcionamiento cognitivo.

En relación con la edad de inicio, diversos estudios han encontrado que una edad de inicio más temprana precipita hacia un peor funcionamiento social.<sup>2-4</sup> Varias son las explicaciones a este fenómeno, pero la más destacada es que las personas que empiezan la enfermedad en la infancia tardía o en la adolescencia no tienen la posibilidad de establecer sus amistades o de encontrar pareja, lo cual las condiciona hacia un peor funcionamiento social una vez iniciada la enfermedad.

El sexo también ha sido ampliamente estudiado en relación con el funcionamiento social. Los estudios sobre el tema encuentran que las mujeres con esquizofrenia tienen un mejor funcionamiento social que los hombres.<sup>5-8</sup>

Por otro lado, la mayoría de los estudios encuentran que la edad de inicio es más temprana en hombres que en mujeres.<sup>9,10</sup> Por lo tanto, este factor puede estar relacionado con el funcionamiento social, es decir que las mujeres tienen un inicio más tardío de la enfermedad y esto les permite que mantengan un mejor funcionamiento social que los hombres con esquizofrenia.

Sin embargo, también hay estudios que encuentran que la distribución de la edad de inicio tiene picos diferenciados en función del sexo. Castle<sup>11</sup> ya hablaba de determinados momentos en los que es más común la aparición de la esquizofrenia en hombres y mujeres. En nuestro estudio<sup>12</sup> también replicamos este hallazgo. Si analizamos la edad de inicio como una variable numérica los hombres tienen un inicio más temprano; sin embargo, analizando la variable edad de inicio de manera categórica encontramos que hay el mismo porcentaje de hombres y mujeres con esquizofrenia en el grupo temprano y en el grupo tardío, mientras que las diferencias en la edad de inicio están comprendidas en el grupo de 17 a 30 años. De alguna manera, estos resultados nos dicen que la distribución de hombres y mujeres en la franja de inicio temprano de la enfermedad es muy similar. Esto nos indicaría que los aspectos importantes en el funcionamiento social se desarrollan en el período de la adolescencia y la edad adulta joven.<sup>13</sup>

Los resultados de nuestro estudio<sup>12</sup> muestran que las personas con esquizofrenia que tienen una edad de inicio más temprana presentan un peor funcionamiento social; especialmente en las áreas de comunicación, comportamiento social no interpersonal y cuidado personal. Sin embargo, otras áreas, como contacto interpersonal (relacionada con las características antisociales de la personalidad) y vida independiente, no están influidas por la edad de inicio. Es posible que estas subáreas del funcionamiento social se adquieran en la edad adulta.

Por otro lado, al analizar el funcionamiento psicosocial en función del sexo encontramos que las mujeres tienen un mejor funcionamiento en prácticamente todas las subescalas de esta área. Además, las mujeres con esquizofrenia están mejor adaptadas a la vida independiente y en mayor medida funcionan a nivel ocupacional en las actividades diarias que realizan.

Además de los factores estudiados en el artículo al que se hace referencia hay que tener en cuenta otros que también inciden en el funcionamiento psicosocial. Uno de ellos son los síntomas psicóticos, especialmente los negativos.<sup>14</sup> Este hallazgo tiene sentido ya que son los síntomas negativos los que afectan más directamente el interés y la motivación por las relaciones sociales.

Otro factor también estudiado es el funcionamiento cognitivo, que influye sustancialmente en el funcionamiento psicosocial de las personas que padecen esquizofrenia. Numerosos estudios describen una relación positiva entre un peor funcionamiento psicosocial y un peor funcionamiento

cognitivo.<sup>14,15</sup> Bora y col.<sup>16</sup> describen que aquellas personas que tienen un peor funcionamiento en la evaluación de teoría de la mente también presentan un peor funcionamiento social; hay que tener en cuenta que este concepto está a caballo entre la evaluación neuropsicológica y psicosocial, ya que valora las estrategias cognitivas del individuo en situaciones sociales. Estos resultados coinciden con los que encontramos en un estudio posterior,<sup>17</sup> en el que el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia de larga evolución estaba condicionado básicamente por dos factores: los síntomas negativos y el funcionamiento cognitivo.

A su vez, el funcionamiento cognitivo está condicionado por la edad de inicio de los síntomas, tal como describen otros estudios.<sup>18,19</sup> Con lo que es interesante tener en cuenta la relación que se establece entre el funcionamiento psicosocial y la edad de inicio y funcionamiento cognitivo.

Por lo tanto, en conclusión, podemos decir que el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia está mediado por diferentes factores como la edad de inicio de los síntomas, el sexo, los síntomas negativos y el funcionamiento cognitivo. En futuros proyectos se deberían analizar estos factores en su conjunto a fin de poder realizar intervenciones tempranas y eficaces para mejorar el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

### Dra. Susana Ochoa Güerre

Unitat de Recerca i Desenvolupament, Hospital Sant Joan de Déu, SSM  
Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

### Bibliografía

1. Meise U, Fleischhacker WW. Perspectives on treatment needs in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* (29):9-16, 1996.
2. Hafner H, Nowotny B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245(2):80-92, 1995.
3. Eggers C, Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia: a 42-year followup. *Schizophr Bull* 23(1):105-117, 1997.
4. Carpiniello B, Carta MG. Disability in schizophrenia. Intrinsic factors and prediction of psychosocial outcome. An analysis of literature. *Epidemiol Psychiatr Soc* 11(1):45-58, 2002.
5. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P y col. Gender differences in young adults with first episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 195(5):396-405, 2007.
6. Usall J, Haro JM, Ochoa S y col. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 106(5):337-342, 2002.
7. Ochoa S, Usall J, Haro JM y col. Estudio comparativo de las necesidades de las personas con esquizofrenia en función del género. *Actas Españolas de Psiquiatría* 29(3):165-171, 2001.
8. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ y col. Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophr Res* 11(1):41-45, 1993.
9. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand* 83(5):402-405, 1991.
10. Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia. Results of an epidemiologically-based family study. *Br J Psychiatry* 167(2):184-192, 1995.
11. Castle D, Sham P, Murray R. Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophr Res* 33(3):179-183, 1998.
12. Ochoa S, Usall J, Villalta Gil V y col. Influence of age at onset on social functioning in schizophrenic outpatients. *Eur J Psychiatry* 20(3):157-163, 2006.
13. Erickson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós, 1979.
14. Sitzer DL, Twamley EW, Patterson TL y col. Multivariate predictors of social skills performance in middle-aged and older out-patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med* 6:1-9, 2007.
15. Addington J, Addington D. Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophr Res* 2007 (in press).
16. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B y col. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res* 7:145(2-3):95-103, 2006.
17. Villalta Gil V, Vilaplana M, Ochoa S y col. Neurocognitive performance and negative symptoms: are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients? *Schizophr Res* 87(1-3):246-53, 2006.
18. Bellino S, Rocca P, Patria L y col. Relationships of age at onset with clinical features and cognitive functions in a sample of schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 65(7):908-914, 2004.
19. Hoff AL, Harris D, Faustman WO y col. A neuropsychological study of early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 20(1-2):21-28, 1996.