

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Un estudio controlado de los síntomas negativos en las psicosis

Dr. Héctor Lara Tapia*

* Coordinador de Especialidades Psiquiátricas. División de Psiquiatría del INNyN MVS, actualmente Servicio de Psiquiatría del Hosp. Reg. "Lic. A. López Mateos" ISSSTE y Facultad de Psicología, UNAM.

RESUMEN

Introducción. El concepto de síntomas negativos en la esquizofrenia se deriva de la descripción de Kraepelin y fue reintroducida en 1974 dentro de un complejo sintomático formado por tres grupos específicos: síntomas positivos (SP), síntomas negativos (SN) y trastornos de relación (TR). Cuatro síntomas han sido encontrados consistentemente en el factor negativo: aplanamiento afectivo, alolia, avoliación y anhedonia, y han sido considerados como sinónimo de deterioro y baja respuesta terapéutica.

Método. En la presente investigación estudiamos estos SP y SN en 180 pacientes esquizofrénicos, paranoides y no paranoides, comparativamente con 90 pacientes con psicosis orgánicas incluyendo esquizofreniformes (PO) a través de la escalas PANSS.

Resultados. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes esquizofrénicos vs. orgánicas en los síntomas positivos ($p = 0.001$), no encontrando diferencias significativas en los síntomas negativos.

Conclusiones. Los síntomas negativos tienen una correlación altamente significativa con el tiempo de evolución, tratamiento crónico con neurolepticos y/o baja adherencia terapéutica y pobre ambiente social en todos los grupos, y no son característicos solamente de los enfermos esquizofrénicos.

Palabras clave: Síntomas negativos, psicosis.

INTRODUCCIÓN

El concepto de los síntomas negativos en la esquizofrenia está derivado de la descripción de Kraepelin acerca de la disolución de la personalidad en pacientes esquizofrénicos. Él describía el proceso de "debilitamiento de sus actividades emocionales con deterioro permanente de la volición y con pérdida de la habilidad para realizar acciones independientes."¹

A controlled study of negative symptoms in psychosis

ABSTRACT

Introduction. The concept of negative symptoms in schizophrenia is derived from Kraepelin's description and reintroduced in 1974 by Strauss, Carpenter and Bartko and separated into three specific symptoms complexes: Positive symptoms (PS), negative symptoms (NS) and disorders of relating. Four symptoms have consistently loaded on the Negative symptom Factor: Affective flattening, Alogia, Avolition and Anhedonia.

Method. In this investigation we studied Positive and Negative symptoms through PANSS rating scale in three groups of 90 patients each: Paranoid schizophrenics, Non Paranoid Schizophrenics and Organic Psychosis included Schizophrenic like-psychosis.

Results. There are significant statistical differences between Schizophrenic and Non-Schizophrenic patients in Positive Symptoms and there are not significant differences in Negative symptoms.

Conclusions. There exist a strong relationship of NS with time of evolution, neuroleptic treatment with depot presentations and ECT, poor therapeutic adherence and poor environment in both groups.

Key words: Negative symptoms, psychosis.

En 1974, Strauss, Carpenter y Bartko reintrodujeron el concepto de los síntomas negativos en la esquizofrenia, haciendo notar que los síntomas de la esquizofrenia pueden ser separados en tres grupos de síntomas específicos: síntomas positivos, síntomas negativos y trastornos de relaciones. Ellos hipotetizaron que cada uno de estos complejos sintomáticos son:

1. Caracterizados por antecedentes únicos.
2. Asociados con diferentes pronósticos.
3. La manifestación de procesos psicopatológicos independientes.²

Correspondencia: Dr. Héctor Lara Tapia
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, anexo 1, 1er piso. Av. Universidad 1321, Col. Florida, México, D.F. Correo electrónico: hlaratapia@hotmail.com

Otros indicadores tales como pobre ajuste premórbido, incluyendo el ser soltero, rasgos de personalidad esquizoide, establecimiento insidioso del cuadro, y pobres relaciones sociales están asociadas con una mala evolución. En suma, se ha encontrado que los síntomas negativos pueden ser predictivos de pobre nivel ocupacional y social, así como una mala evolución global. Sugiriéndose que los síntomas negativos identifican a un subgrupo de pacientes que se caracterizan por estos rasgos, y que la relación de síntomas negativos y pobre evolución remarca la importancia de desarrollar tratamientos efectivos para estos síntomas, por lo cual se han destacado recientes innovaciones terapéuticas de la esquizofrenia basada en estas presunciones.³⁻⁵

Existen dos aspectos principales en el diagnóstico de los síntomas negativos:

1. Cuáles síntomas pueden ser incluidos como síntomas negativos.
2. Cómo diferenciarlos de otras manifestaciones de la esquizofrenia y/o del tratamiento.

En general existe un amplio acuerdo, consistiendo en la descripción original de Kraepelin y su replanteamiento por Strauss y col., que los síntomas negativos representan una pérdida de las funciones normales. Sin embargo, desde un punto de vista inicial, los investigadores han incluido un amplio rango de síntomas bajo el rubro de síntomas negativos.

En los últimos 15 años, se han realizado varios estudios mediante análisis factoriales examinando la estructura de síntomas de la esquizofrenia. Estos estudios han demostrado repetidamente la existencia de tres complejos sintomáticos semiindependientes:

1. Alucinaciones y delirios.
2. Trastornos del pensamiento formal.
3. Síntomas negativos.

Posteriormente los resultados de dichos estudios arrojan fuerte evidencia empírica acerca de cuáles síntomas deben incluirse en la tercera categoría, destacándose cuatro:

- a) Embotamiento afectivo.
- b) Alogia.
- c) Avoliación.
- d) Anhedonia.

Disminución de movimientos espontáneos, cuando se registran pueden ser considerados como síntomas negativos. En contraste, el afecto inapropiado y las fallas de atención no se encuentran asociadas consistentemente con los síntomas negativos.

Estos síntomas han sido relacionados con el mal pronóstico y evolución, deficiente respuesta al tratamiento y deterioro global, por lo cual han adquirido mayor realce investigarlos. Nuestra hipótesis al respecto de acuerdo con investigaciones anteriores^{6,7} son:

1. Que no corresponden a síntomas, sino a signos, dado que son formas observables de comportamiento.
2. Que no son patognomónicos de la esquizofrenia, sino que corresponden a psicosis crónicas de diversa índole.
3. Que corresponden más a problemas de relación, de conducta social, laboral, relaciones interpersonales y con el medio ambiente, susceptibles de modificarse por rehabilitación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 270 pacientes distribuidos en tres grupos: Un grupo de 90 pacientes esquizofrénicos paranoides (EP), otro de 90 esquizofrénicos No paranoides (ENP), y un grupo control de 90 pacientes psicóticos no esquizofrénicos orgánicos que incluye psicosis esquizofreniformes (PO), de acuerdo con el criterio del DSM-IV, registrando la sintomatología mediante las escalas para síntomas negativos PANSS en su versión original y revisada en lengua española,⁸⁻¹⁰ y un cuestionario clínico recolectando los datos demográficos y de evolución del padecimiento, los cuales fueron aplicadas a cada paciente durante su hospitalización. El análisis estadístico comprendió la diferencia entre síntomas positivos, negativos y el equivalente al BPRS de la escala PANSS, mediante la "t" de Student, y el análisis de correlación de éstos con los datos de evolución.

RESULTADOS OBTENIDOS

En el *cuadro 1* tenemos los datos comparativos de la escala PANSS entre los tres grupos entre sí, observándose que existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas positivos entre todos los grupos, y es mayor en el grupo EP respecto a los demás ($p = 0.001$), y de ambos grupos esquizofrénicos entre sí y vs. el PO ($p = 0.1$; $p = 0.05$). No existen diferencias estadísticamente significativas de los tres grupos entre sí respecto a los síntomas negativos, al igual que en los componentes BPRS del PANSS.

En el *cuadro 2* tenemos los datos clínicos, observándose que no existen diferencias significativas estadísticamente respecto al tiempo de evolución; existen diferencias al 0.05 en el tratamiento con haloperidol, TEC y neurolépticos de depósito entre los grupos esquizofrénicos y el orgánico.

Cuadro 1. Escala PANSS.

Síntomas positivos	Esquizofrenia paranoide	8.85 ± 2.61	t" 5.838
	Esquizofrenia no paranoide	3.42 ± 1.68	p 0.001
	Esquizofrenia paranoide	8.85 ± 2.61	t" = 2.054
	Trast. Mentales orgánicos	6.57 ± 2.67	p 0.05
Síntomas negativos	Esquizofrenia no paranoide	3.42 ± 1.68	t" = 3.058
	Trast. Mentales orgánicos	6.57 ± 2.67	p 0.01
	Esquizofrenia paranoide	3.86 ± 1.431	t" = 1.690
	Esquizofrenia no paranoide	4.57 ± 0.37	p n/s
BPRS PANSS	Esquizofrenia paranoide vs. Trast. mentales orgánicos	3.86 ± 1.431 4.00 ± 1.61	t" = 0.538 p n/s
	Esquizofrenia no paranoide vs. Trast. mentales orgánicos	4.57 ± 0.37 4.00 ± 1.61	t" = 0.919 p n/s
	Esquizofrenia paranoide vs. Esquizofrenia no paranoide	6.85 ± 4.36 8.0 ± 6.0	t" = 0.45 p n/s
	Esquizofrenia paranoide vs. Trast. mentales orgánicos	6.85 ± 4.36 7.40 ± 4.51	t" = 0.703 p n/s
	Esquizofrenia no paranoide vs. Trast. mentales orgánicos	8.0 ± 6.0 7.40 ± 4.51	t" = 0.746 p n/s

p = n/s No significativa

Cuadro 2. Datos clínicos comparativos.

Variable	Esq. paranoide		Esquizofrenia No paranoide		Psicosis orgánica	
Tiempo de evolución (años)	Media 9.13 DE 7.01		Media 10.6 DE 7.69		Media 7.40 DE 6.90	
N° Hospitalizaciones	1.86	1.29	2.23	1.17	1.36	0.70
Días estancia hospital	37.8	19.33	31.9	13.36	25.12	8.17
Tratamiento utilizado:						
TEC	12		13			3*
Neuroléptico depósito	11		12			4*
Haloperidol	23		22			13*
Ocupación actual:						
Ninguna	42		45			48
Hogar	7		8			5
Estado civil:						
Casado	21		18			33
Soltero	66		63			51

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, debemos considerar el aspecto formal en el diagnóstico de los síntomas negativos que es el diagnóstico diferencial. Los síntomas negativos pueden ser primarios y endurecer los rasgos de la enfermedad. O pueden ser secundarios, v. gr. síntomas que resultan de factores extrínsecos a la esquizofrenia o secundarios a otros aspectos psicopatológicos de la misma (p. ej. síntomas positivos, efectos secundarios medicamentosos, afectos disfóricos, o falta de estimulación ambiental). La habilidad para diferenciar los sínto-

mas primarios y los secundarios está influenciada de manera importante por el estadio de la enfermedad. En la fase aguda, la exacerbación concurrente de síntomas positivos y disfóricos y la iniciación y ajuste de la medicación puede aparentar o exacerbar los síntomas negativos.

En contraste, una vez estabilizado, el decremento de las causas secundarias de los síntomas negativos permite observar si éstos son primarios. La preponderancia de síntomas negativos secundarios o transitorios durante el episodio agudo esencialmente lleva a identificarlos hasta que haya una remisión por lo menos parcial, y como consecuencia, el tratamien-

to específico de estos síntomas se inicia cuando el paciente ha sido estabilizado.

Se ha observado que la exacerbación de los síntomas negativos en muchos pacientes coincide con la exacerbación de la psicosis, y puede estar relacionado con la desorganización de sus funciones psíquicas y/o con la preocupación psicótica con experiencias idiosincráticas internas. El deterioro emocional y social puede constituir una maniobra defensiva para minimizar estímulos externos causantes de estrés sobre los procesos cognoscitivos desorganizados del paciente.

Los síntomas negativos también pueden ser secundarios a efectos colaterales de los neurolépticos, incluyendo sedación, síntomas extrapiramidales y pseudodemencia tardía. Los efectos de los neurolépticos sobre las vías dopaminérgicas nigroestriales pueden ser sutiles y ocurrir en ausencia de síntomas extrapiramidales abiertos. La pseudodemencia tardía representa la acción hipotetizada de agentes neurolépticos sobre las neuronas dopaminérgicas prefrontales, lo que resulta en apatía, pérdida de la espontaneidad y poca respuesta emocional al ambiente.

Pueden ser también secundarios a la privación ambiental. Los ambientes hospitalarios y ambulatorios pueden reducir la estimulación, con decremento en las interacciones sociales y demandas que pueden resultar en espontaneidad disminuida, reducción de la curiosidad e ideación y disminución de los impulsos sociales. El empleo de las actividades supervisadas, programas estructurados psicosociales pueden ser usados para enriquecer el entorno del paciente. Los síntomas negativos persistentes representan en una gran extensión síntomas negativos primarios.

La importancia pronóstico de los síntomas negativos puede ser mejor comprendida examinando los precursores premórbidos; evolución concurrente y su validez predictiva. Múltiples estudios han demostrado que los pacientes con síntomas negativos prominentes se caracterizan por: pobre ajuste social y sexual, en general son más solitarios y solteros y con pobre ajuste escolar premórbido, con pocos años de escolaridad y que pueden coincidir con C.I. bajo. La evaluación transversal de los síntomas negativos y su evolución global, social y ocupacional indican que dichos síntomas están relacionados con una pobre evolución.

La estabilidad de los síntomas negativos depende de cuándo se evalúan y en qué periodo de la enfermedad. Los estudios han mostrado que la prevalencia de éstos varía a lo largo de los primeros cinco años de la enfermedad, y con un valor predictivo mayor cuando se evalúa cinco años después del establecimiento de la enfermedad. Depende también

del estado clínico del paciente, si está medicado o no está muy relacionado con la evolución. Esta observación puede relacionarse con el incremento proporcional de síntomas negativos secundarios en pacientes psicóticos agudos. Finalmente, la validez y estabilidad temporal está asociada también con el procedimiento de evaluación; la categorización déficit/no déficit, asocia al déficit con evolución más pobre. En contraste, el sistema de categorización de Andreasen positivo/negativo no se ha encontrado relacionado con la evolución. A la luz de estas consideraciones metodológicas, lo que sabemos acerca de la significancia pronóstico de los síntomas negativos, es que su presencia se correlaciona con el deterioro global de funcionamiento del enfermo.

De ahí que la identificación de estos síntomas adquiera mayor importancia, haciendo necesario la inclusión de programas de Rehabilitación Psicosocial que involucren a la familia, estimulándolos a permanecer activos y productivos para evitar el deterioro cognitivo¹¹ relacionado con el deterioro cerebral demostrado en esquizofrénicos crónicos por Nieto,^{12,13} al mismo tiempo que se acompañen de la estimulación y rehabilitación simultánea al tratamiento psicofarmacológico durante la hospitalización, el cual ha demostrado su eficacia en nuestro servicio,^{14,15} tal como el uso de fármacos que tengan menores efectos colaterales, sobre todo extrapiramidales y que han demostrado su efecto en la reintroducción del paciente en su entorno natural, tanto familiar como laboral al no producir sintomatología posible de confundirse con síntomas negativos,¹⁶ como se ha mostrado en el seguimiento en su hogar de pacientes tratados con tales compuestos.¹⁷ Todo esto en un modelo integral de tratamiento que implique la terapéutica farmacológica, la rehabilitación psicosocial y se retroalimente en la prevención de recaídas y del deterioro global del paciente, y cuya operatividad ha sido demostrada fehacientemente.¹⁸

REFERENCIAS

1. Buchanan RW. Negative symptoms: diagnosis, treatment and prognosis. Symposium Lundbeck de Esquizofrenia. Copenhagen: Febrero 1996.
2. Buchanan RW, Carpenter WT. Domains of psychopathology: concept and validity. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 193-204.
3. Buchanan RW, Brandes M, Breier A. Pharmacological strategies for treating negative symptoms. In: Breier A (ed.). *The new pharmacotherapy of schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
4. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H, et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiat* 1988; 45: 789-96.
5. Marder SR, Meibach RC. Risperidone in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiat* 1994; 151: 925-835.
6. Lara TH, Vélez BJA, De León A. Diagnóstico de la esquizofrenia. Un estudio crítico del programa piloto de esquizofrenia de la OMS. *Psiquiatría*.

7. Zamora LMA, Lara TH. Criterios diagnósticos de esquizofrénicos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del INNN MVS. Arch Inst Nal Neurol Neurocir 1995; 10: 149.
8. von Knorring L, Lindstrom E. Principal components and further possibilities with the PANSS. Acta Psychiat Scand 1995; 388: 5-10.
9. Lindstrom E, Wieselgren IM, von Knorring L. Interreliability of the structured clinical interview for the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. Acta Psychiat Scand 1995; 89(3): 192-5.
10. Peralta MV, Cuesta ZMJ. Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de pacientes esquizofrénicos. Actas Lusoesp Psiqui Cienc Afines 1994; 22(4): 171-7.
11. Lara TH, Fernández ML, Reyes PN. Deterioro cognitivo en enfermos psiquiátricos crónicos. Memorias del VII Congreso Nacional de la APM. Morelia, Mich., 1985.
12. Nieto D. Cerebral lesions in schizophrenia. Its neuroanatomical and neurophysiological significance. Proc II Int Congress of Psychiatry, Zurich, 1957.
13. Nieto D. Bases cerebrales de la esquizofrenia. En: Nieto A (Ed.). La obra científica de Dionisio Nieto. México: UNAM; 1990, p. 129-39.
14. Aguirre VL, Coronado GN, Cortés BMC, Lara TH. La escala NOSIE en la evaluación de enfermos crónicos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del INNN MVS. Memorias del XIV Congreso Nacional de la APM, Puerto Vallarta, Jal., 1995.
15. Cózatl RMA, Lara TH. Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos y neurológicos hospitalizados en el INNN. XII Reunión Anual de Investigación del INNN. Mayo 23, 1997.
16. Lara-Tapia H, Montoya-Pulido, Zamora-Lira MA. An open trial of the antipsychotic effects of zuclopenthixol versus haloperidol in acute psychosis and exacerbation of chronic psychosis. Proc. X World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, 1996.
17. Díaz CP, Lara TH. Seguimiento telefónico y evaluación de la evolución de pacientes psiquiátricos problema después de su hospitalización. XII Reunión Anual de Investigación del INNN MVS. Mayo 23, 1997.
18. Córdova A, Duarte D, Rodríguez M, Puertas G. Rehabilitación de esquizofrénicos crónicos sometidos a un triple empuje: psicofármacos, psicoterapia de grupo y ergoterapia. En: Córdova CA (ed.). Teoría y práctica de la psiquiatría social. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1976.
19. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Wagman AMI. Deficit and non deficit forms of schizophrenia: the concept. Am J Psychiat 1988; 145: 578-83.
20. Fenton WS, McGlashan TH. Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia. Arch Gen Psychiat 1992; 49: 179-84.

Recibido: Febrero 12, 2006.
Aceptado: Marzo 10, 2006.