



TEMA 3

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CLINICAL CHARACTERIZATION OF NEGATIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Elieser López Cabezas

elieserlopez1980@gmail.com

síntomas negativos, entrevista para la evaluación clínica de los síntomas negativos (CAINS).

negative symptoms, Clinical Assesment Interwiev for Negative Symptoms (CAINS)

RESUMEN

Introducción: Los síntomas negativos de la esquizofrenia, son de difícil conceptualización. Actualmente, sólo se reconocen: alogia, avolición, afecto embotado, aislamiento social y anhedonia, por este motivo, se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo. El universo de trabajo estuvo comprendido por todos los pacientes que presentaron síntomas negativos, durante su ingreso en el servicio de Psiquiatría del Hospital “Dr. Miguel Enríquez”, durante el 2020.

Objetivos: general: identificar los síntomas negativos más frecuentes en pacientes con esquizofrenia, específicos: identificar las condiciones socio-demográficas de estos pacientes, determinar los síntomas negativos más frecuentes, relacionar los síntomas negativos con las variables sociodemográficas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo. El universo de trabajo estuvo comprendido por todos los pacientes que presentaron síntomas negativos, durante su ingreso en el servicio de Psiquiatría del Hospital “Dr. Miguel Enríquez”, durante el 2020.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Resultados: Los resultados fueron, que de los 148 pacientes entrevistados, 94 estaban entre los 36 y 55 años, para un 63.51%, con promedio de edad de 43,12, predominó el sexo masculino con un 61.48%, 112 solteros, los desvinculados fueron la inmensa mayoría, los mestizos prevalecieron, con el 49.32%, el nivel de escolaridad más común fue el preuniversitario con unos 60 individuos, para el 40.57%, los síntomas negativos más frecuentes fueron el aislamiento social, para un 91.21%, la avoliación para un 75.67% y el afecto embotado con 96 personas, para un 64.86%. **Conclusiones:** En estos pacientes, predominan los hombres, desvinculados, con el preuniversitario alcanzado, el síntoma más visto fue el aislamiento social, sólo se relacionaron con todas las variables sociodemográficas la anhedonia, el aislamiento social, la avoliación y el afecto embotado.

ABSTRACT

Introduction: The negative symptoms of Schizophrenia are the difficult conceptualization. Now, only we know five symptoms: affective blunting, alogia, anhedony, asociality and avolition. The study universe was all inpatients of "Miguel Enríquez" Hospital with negative symptoms during 2020.

Objetives: general: To determinate the more frequent negative symptoms in the study population. To identify the social-demographic conditions. To identify the negative symptom in this patients. To find a relation or not, between negative symptoms and social-demographic conditions.

Methods : This study was a descriptive, transversal and prospective. The universe of work was all inpatients with negative symptoms in « Dr. Miguel Enríquez » Hospital, during the study period.

Results: This study was a quantitative, prospective, descriptive and transversal study. Of 148 patients, 94 was between a 36 and 55 years, for a 63.51%, masculin was a major number with a 61.48%, 112 singles, in this study had a lot of laboral desvinculated, with a 49.32%, the

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

scholar level more presented was a preuniversity with a 60 subjects, the negative symptom more frequently was asociality, with a 91.21%, the avolition 75.67% and the affective blunting with 96 peoples.

Conclusions: In this patients predominated the laboral desvinculated man, with preuniversity The more frequent symptoms was asociality and only we can find realltion with all social-demographic conditions: anhedony, affective blunting, avolition and asociality.

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia, es un trastorno psiquiátrico que se produce por una ruptura del fenómeno psíquico, por lo tanto, a pesar de que sólo se presenta en el 1% de la población, se considera de carácter grave, debido a las connotaciones tanto desde el punto de vista psicológico como del social, pues el paciente con este diagnóstico presenta múltiples síntomas como las alucinaciones, la despersonalización o las ideas delirantes, llamados síntomas positivos y como la anhedonia, la avolición o el embotamiento afectivo, que a su vez se nombran, síntomas negativos, además del consecuente deterioro de la personalidad que esto acarrea, sumándose a estas situaciones problemas en el trabajo, rechazo familiar y comunitario. ¹⁻⁶

Las primeras conceptualizaciones de los síntomas negativos de esquizofrenia datan de principios del Siglo XIX, cuando J. Haslam describió en personas jóvenes una enfermedad mental caracterizada por sensibilidad embotada e indiferencia afectiva. ⁷

Recientemente, se ha podido entender que la presencia de síntomas negativos, influye, en la evolución y por tanto en el pronóstico de los pacientes esquizofrénicos, además el desarrollo de nuevas moléculas, tratamientos de estimulación y programas psicológicos dirigidos específicamente a estos síntomas, provocan en los investigadores, un interés renovado en las re-conceptualizaciones de los síntomas negativos. Se reconoce más que los instrumentos que se pueden utilizar para evaluar los síntomas negativos incluyen algunos aspectos no relevantes a este concepto. ⁵⁻⁷

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

En la actualidad, sólo cinco síntomas se identifican en el espectro de los negativos: afecto embotado, alogia, anhedonia, aislamiento social y avolición. ⁷

AFECTO EMBOTADO

Es una disminución en la expresión observada de la emoción, es decir, la expresión facial y vocal y los gestos expresivos. Se diferencia del afecto plano, en que este último, sería el extremo, o sea, el paciente ni siente, ni padece. El término que se prefiere para su evaluación es, sin embargo, el de afecto embotado, claro está, en los pacientes que pueda utilizarse. ⁵⁻⁷

El afecto embotado se incluye en las escalas de evaluación de síntomas negativos que se suelen utilizar, por ejemplo, la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), la Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS), la Entrevista para Evaluación Clínica de los Síntomas Negativos (CAINS) y la Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS).

Su evaluación se basa en la expresión espontánea de la emoción que se observa durante la entrevista clínica, o las expresiones de emoción en respuesta a instrucciones proporcionadas por el entrevistador, más que en la experiencia subjetiva de un rango emocional reducido. ⁷

ALOGIA

Es una reducción de la cantidad de lenguaje y de su elaboración espontánea. Se evalúa utilizando por lo general escalas de evaluación de síntomas negativos, como PANNS, SANS, CAINS y BNSS. Su evaluación está basada en la producción de lenguaje del sujeto durante la entrevista clínica. No alude al contenido empobrecido del lenguaje. ⁷

ANHEDONIA

Es la disminución de la capacidad para experimentar emociones placenteras. Considerada como una manifestación central tanto de la depresión, como de la esquizofrenia. Se debe dividir en al menos dos aspectos diferentes: una experiencia reducida de placer derivado de actividades placenteras corrientes, también llamada anhedonia consumatoria y una reducción

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

en la capacidad para prever el placer futuro, también denominada anhedonia anticipatoria, que parece caracterizar a las personas con esquizofrenia.⁷

Este síntoma no está incluido en la subescala negativa de la PANSS.

En la SANS, se evalúa junto con el aislamiento social, tomando en cuenta el interés del sujeto por actividades recreativas y sexuales, así como su capacidad para sentir intimidad y cercanía, y para establecer y mantener relaciones con amigos y compañeros; no se hace ninguna distinción entre la anhedonia consumatoria y la anticipatoria.⁷

En la BNSS, se evalúa por tres aspectos separados que miden intensidad y frecuencia del placer pasado (semana previa) e intensidad del placer futuro.

En la CAINS, se aprecia, mediante cinco apartados: dos de ellos miden la frecuencia de las actividades recreativas y sociales en la semana previa, en tanto que los otros tres miden la frecuencia esperada de actividades placenteras en trabajo/escuela, sociales y recreativas en la siguiente semana. No se incluye ningún apartado para el placer físico.⁷

Además, se cuenta con varios instrumentos de autoevaluación, para medir la anhedonia, que no se hicieron para la Esquizofrenia de manera específica, como: la Escala de Anhedonia Social (SAS) revisada, la Escala de Anhedonia Física (PAS) revisada, la Escala de Experiencia Temporal del Placer y la Escala de Placer Interpersonal Anticipativo y Consumatorio.⁷

AISLAMIENTO SOCIAL

En personas con esquizofrenia, el aislamiento social en la actualidad se define como una reducción de la iniciativa social, a consecuencia de un menor interés en la formación de relaciones cercanas con otros.⁵⁻⁷

En la evaluación del aislamiento social, tanto la SANS como la PANSS se basan principalmente en la conducta del sujeto.⁵⁻⁷

Las calificaciones en la CAINS y en la BNSS se basan en la motivación interna (interés y deseo por relaciones estrechas y amistades) y aspectos conductuales (participación actual en las actividades sociales).⁷

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

AVOLICIÓN

Se define como una reducción en el inicio y la persistencia de la actividad dirigida a metas. En la SANS, la apatía y la avolición se evalúan mediante tres apartados, todos enfocados en la conducta del sujeto: cuidados personales e higiene, inconstancia en el trabajo o en la escuela y astenia. En la PANSS, sólo un apartado realmente hace referencia a la avolición, es decir, aislamiento emocional, que se basa en el informe del cuidador sobre el interés y la participación emocional del paciente en la vida cotidiana. La BNSS consta de apartados diferentes para la experiencia interna de la avolición y la conducta de avolición; los dos apartados cubren la motivación para el trabajo y la escuela, la actividad recreativa, los autocuidados y el tiempo general invertido en inactividad.

En la CAINS, la avolición se evalúa mediante dos apartados de la escala “motivación y placer”: motivación para las actividades laborales y escolares y motivación para las actividades recreativas. La experiencia interna

y la conducta se evalúan dentro de cada apartado individual, el autocuidado no se evalúa.⁷

Los síntomas negativos se consideran como un aspecto central de la esquizofrenia con un valor fundamental en su desenlace funcional.

Es de vital importancia continuar con la exclusión de los síntomas no relacionados con los negativos, por lo tanto, todas las investigaciones en este sentido, debieran considerarse como un trabajo en progreso.⁷

Como se resaltó para cada síntoma, los instrumentos de evaluación generalmente utilizados varían en función de definiciones y modalidades de evaluación.⁷

Entre los científicos, hay un interés creciente por los instrumentos autoevaluados pues posiblemente reflejan la experiencia interna del paciente. Todavía es dudosa la fiabilidad de estas medidas y la congruencia con los instrumentos de evaluación estimados por los examinadores.⁷

Por tanto, el problema científico de esta investigación es el comportamiento clínico de los síntomas negativos en los pacientes con Esquizofrenia del Servicio de Psiquiatría del Hospital “Dr. Miguel Enríquez”, durante el año 2020.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

OBJETIVOS

General:

1-Identificar los síntomas negativos más frecuentes en pacientes con esquizofrenia.

Específicos:

1-Identificar las condiciones socio-demográficas de estos pacientes.

2-Determinar los síntomas negativos más frecuentes.

3-Relacionar los síntomas negativos con las variables sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

Material

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, transversal, prospectiva.

Universo de estudio

Criterio de inclusión

Todo paciente mayor de diecinueve años que ingresó en el servicio de Psiquiatría del Hospital “Dr. Miguel Enríquez”, con un diagnóstico de Esquizofrenia y con sintomatología negativa y a los cuales se les explicó que no tendrían ninguna preventa por participar en el estudio y se les solicitó que firmaran el documento de Consentimiento informado. Anexo 1.

A los sujetos que no podían comprender el entorno, o sea que no tenían juicio crítico, debido a un alto grado de psicosis, se pidió entonces el autorizo a sus familiares.

Criterio de exclusión

El paciente que por voluntad propia deseó salir de la investigación.

A cada paciente que integró nuestra unidad de análisis se le realizaron los exámenes siguientes: Examen clínico psiquiátrico, entrevista para determinar las variables socio-demográficas y la Entrevista para la Evaluación Clínica de los Síntomas Negativos (CAINS) Anexo 2. Para el diagnóstico psicopatológico se utilizó el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Recolección de datos: la recolección de datos se realizó a través del método empírico, el cual incluyó: la observación, la entrevista y la aplicación de una escala de evaluación, además del examen psiquiátrico.

Métodos y procedimientos empleados: Como instrumentos de exploración para dar salida a los objetivos específicos se aplicó una escala, la cual permitía obtener las variables de nuestro interés. Los resultados fueron introducidos en un paquete estadístico, que nos sirvió para su procesamiento y obtención de los resultados para su análisis y discusión.

Se utilizaron los métodos empíricos de observación, entrevista médica, encuestas o cuestionarios y recopilación documental, para la recogida, análisis y síntesis de la información, así como el estadístico para llegar a conclusiones.

Técnicas de análisis estadístico: Fueron los métodos para lograr los objetivos propuestos, se establecieron los porcentajes para las diferentes características sociodemográficas, la moda de la edad, y se aplicó el estadígrafo Chi cuadrado (χ^2), para establecer las diferentes asociaciones de las variables y dar salida a nuestros objetivos.

Operacionalización de las variables

La única variable cuantitativa continua fue la edad, que se separó en los grupos siguientes: de 19-35 años, 36-55, 56 a 65 y 66 y más, se analizó la moda de edad, el promedio y se realizaron sus análisis no paramétricos, las variables cualitativas ordinales fueron: el estado civil, que se dividió en soltero, casado, con pareja estable, divorciado y viudo, el nivel escolar: iletrado, primario, secundario, preuniversitario, universitario, color de la piel: mestiza, negra, blanca y otras y los síntomas negativos: anhedonia anticipatoria y consumatoria, alergia, avolición, afecto embotado y aislamiento social, a todas se les calculó el chi cuadrado para ver sus relaciones y los porcentajes. Las variables sexo y vínculo laboral se clasificaron como cualitativas nominales, el sexo se dividió en masculino y femenino y el vínculo laboral, en tiene y no tiene, a las dos se le hallaron chi cuadrado y porcentajes.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MARCO TEÓRICO

Los síntomas negativos son un gran problema de salud, pues aunque la esquizofrenia se presenta solamente en el 1% de la población, su conceptualización cambia con el tiempo, debido a lo diferente de su percepción en la comunidad médica y por supuesto a las dificultades que se generan para el paciente en su rehabilitación, así como en sus relaciones con la pareja, familia y comunidad, teniendo en cuenta el gran deterioro de la personalidad que presentan estos pacientes, debido en gran medida a los síntomas negativos.^{1,7}

Los orígenes de estos conceptos datan del siglo XIX, con los estudios de Haslam.

Luego, Jackson consideró los síntomas negativos como reducciones de aspectos del funcionamiento cognitivo y emocional superior, Kraepelin describió los síntomas negativos de demencia

precoz como un “debilitamiento” de las actividades emocionales que permanentemente forman los móviles esenciales de la volición, el embotamiento emocional, la falla de las actividades mentales, la pérdida del dominio de la volición, del emprendimiento y de la capacidad para la acción independiente”, en tanto que Bleuler consideró el embotamiento afectivo y el aislamiento emocional como “fundamentales” para la esquizofrenia.^{1,7}

En la década de 1970, Strauss et al., desarrollaron un renovado interés en estos síntomas, al reafirmar la índole primaria y crónica de los síntomas negativos y a la vez considerar los síntomas positivos como una reacción transitoria inespecífica al estrés o a causas biológicas.⁸

Por su parte en los 80's Crow, realizó un enfoque dicotómico a la clasificación de la esquizofrenia al describir dos subtipos: tipo I, caracterizado por síntomas positivos (alucinaciones y delirios), respuesta favorable a medicación antipsicótica, buenas capacidades cognitivas y aumento de los receptores D2 dopaminérgicos, y tipo II, caracterizado por síntomas negativos (afecto embotado, pobreza de lenguaje y pérdida de la motivación), respuesta deficiente a antipsicóticos, alteraciones cognitivas y anomalías neuroanatómicas.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Sin embargo, este enfoque dicotómico mostró varias limitaciones, incluida la falta de estabilidad diagnóstica en el curso del tiempo e

implicaciones para el pronóstico limitadas y una incongruencia con el análisis de factores psicopatológicos de la esquizofrenia, lo que sistemáticamente generó más de dos factores. Carpenter et al. introdujeron el concepto de la esquizofrenia por déficit para identificar a un grupo relativamente homogéneo de pacientes caracterizados por presentar síntomas negativos primarios persistentes desde la primera vez, déficit cognitivo, inicio insidioso, ajuste premórbido deficiente y pronóstico general desfavorable.

La investigación subsiguiente apoyó en parte la hipótesis de que la esquizofrenia por déficit es una entidad patológica diferente más que el peor extremo de un proceso continuo de gravedad en la esquizofrenia. ⁸⁻¹⁰

En tiempos más recientes, la evidencia acumulada en torno a la repercusión de los síntomas negativos en el funcionamiento en la vida real de personas con esquizofrenia, así como el desarrollo de nuevas moléculas, tratamientos de estimulación y programas psicológicos dirigidos específicamente a estos síntomas, han generado un renovado interés en las conceptualizaciones de los síntomas negativos. ⁸⁻¹⁰

Epidemiología

Alrededor del 60% de los pacientes esquizofrénicos, padece de algunos o todos los síntomas negativos. ⁸⁻¹⁰

Neurobiología

La neurobiología de los síntomas negativos es diferente a la de los positivos. En el caso de estos últimos, se basa en las vías mesolímbicas y están relacionados con la dopamina y el glutamato como neurotransmisores principales.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Por otra parte, los síntomas negativos, provienen de disregulaciones en las vías cortico-frontales del lóbulo temporal y las cortico-estriatales.⁴

Una señal hipo-dopaminérgica en la corteza prefrontal se enuncia, hasta el momento como la causante de los síntomas negativos, mientras que disregulaciones en las vías cortico-estriatales son en apariencia, las causantes de la anhedonia, tanto anticipatoria, como consumatoria.⁴

Los receptores dopaminérgicos D3, están en la región mesolímbica del cerebro y entre otras cosas controlan las motivaciones y emociones.

Los antagonistas D3, en la región prefrontal y el núcleo accumbens, revierten la hipo-función dopaminérgica, ligada a los síntomas negativos y la disminución del estado de ánimo. Antagonistas noradrenérgicos como la ketamina y la fenciclidina, causan un trastorno similar a la esquizofrenia, con síntomas positivos y negativos. La hipo-actividad frontocortical de los receptores noradrenérgicos, produce una reducción de la actividad gabaérgica, lo cual, provoca a su vez, desorganización de las redes neuronales en las regiones corticales y subcorticales.⁴

Trastornos en el funcionamiento de los receptores noradrenérgicos, interfiere en la plasticidad neuronal (posibilidad del cerebro de crear nuevas conexiones entre las neuronas), dando como resultado, no sólo psicosis, sino también síntomas negativos y trastornos cognitivos de la esquizofrenia.⁴

Otros mecanismos de los receptores que pudieran mediar la aparición de síntomas negativos, son los relacionados con los receptores metabotrópicos y alfa-7 nicotínicos. La oxitocina es otro neurotransmisor que se ha nombrado en la neurobiología de esta sintomatología, si tenemos en cuenta que está relacionado con la conducta social y la motivación.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Por tanto, disregulaciones en las redes moduladoras de oxitocina, presentes en el giro temporal superior y frontal inferior, así como en otras regiones de la corteza, quizás contribuyan al aislamiento social en la esquizofrenia. ⁴

Hallazgos en el electroencefalograma ⁴

La disminución de ondas delta de baja frecuencia, durante el sueño, se relaciona con la severidad de los síntomas negativos. ⁴

Los síntomas negativos se pueden evaluar con las escalas siguientes:

- ✓ Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, por sus siglas en inglés), se desarrolló en 1987, tiene alta validez y sensibilidad. ⁴

- ✓ Escala para la Evaluación del Síntoma Negativo (SANS), es muy usada para la evaluación de estos síntomas, tiene 20 ítems. ⁴
- ✓ Breve Escala de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), muy buena en la detección del afecto embotado. Evaluación de Síntomas Negativos (NSA-16), como sus siglas indican, tiene 16 ítems, con buenas propiedades psicométricas. ⁴
- ✓ Breve Escala de Síntomas Negativos (BNSS), incluye 13 ítems, que dan un resultado global y también subescalas individuales. ⁴
- ✓ Entrevista para la Evaluación Clínica de los Síntomas Negativos (CAINS), se evalúan déficits en las motivaciones, las emociones y el placer. ⁴
- ✓ Evaluación de Síntomas Negativos-4 (NSA4), se trata de 4 ítems verbales que valoran la poca cantidad del lenguaje, la reducción de las emociones, los intereses y el manejo social. ⁴

Para mayor comprensión de la evaluación psicológica, la dividiremos en cada uno de los síntomas negativos que hemos propuesto. ⁴

Afecto embotado

Su evaluación se basa en la expresión espontánea de la emoción que se observa durante la entrevista clínica, o las expresiones de emoción en respuesta a instrucciones proporcionadas por el entrevistador, más que en la experiencia subjetiva de un rango emocional reducido. ⁸⁻

10

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

En la escala PANSS, el enfoque de la evaluación es en la expresión facial y los gestos comunicativos. En la SANS, se toman en cuenta más características: expresión facial, gestos expresivos, contacto con la vista, reactividad afectiva e inflexiones vocales. En concreto, el afecto inadecuado en la actualidad se considera como un aspecto de la desorganización, si bien la disminución de los movimientos espontáneos se considera inespecífica y más relevante para la evaluación de la depresión. Tanto en la escala CAINS como en la BNSS, la expresión facial, la expresión vocal y los gestos expresivos se califican como manifestaciones de afecto embotado.

La mayoría de los estudios han informado que los pacientes con esquizofrenia, tanto medicados como no medicados, en comparación con los testigos sanos, muestran reducción de las expresiones faciales de todas las emociones que afectan tanto a la frecuencia como a la intensidad, hasta la falta total de cambios durante una conversación y en respuesta a diferentes estímulos dirigidos a desencadenar una respuesta emocional.⁸⁻¹⁰

Alogia

Su evaluación está basada en la producción de lenguaje del sujeto durante la entrevista clínica. El profesional clínico evalúa la tendencia para dar respuestas a preguntas en breve, si no en monosílabos, durante toda la entrevista. En la conceptualización actual, la alogia no alude al contenido empobrecido del lenguaje. En la PANSS, el síntoma se denomina “falta de espontaneidad y fluidez de la conversación” y se describe como una disminución del flujo normal de la comunicación a consecuencia de apatía, avolición, actitud defensiva o alteraciones cognitivas.⁷⁻¹⁰

El apartado relevante evalúa tanto la cantidad de lenguaje como la actitud del sujeto para evitar la comunicación, en tanto que la última no se considera como relevante en otros instrumentos de evaluación.⁷⁻¹⁰

En la SANS, además de la reducción en la cantidad de lenguaje (pobreza de lenguaje), la alogia comprende varios apartados excluidos en instrumentos de evaluación recién desarrollados para los síntomas negativos, es decir, pobreza de contenido del lenguaje, bloqueo y aumento de la latencia de respuesta.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La BNSS proporciona apartados separados para la cantidad de lenguaje y la elaboración espontánea, en tanto que la CAINS contiene un solo apartado para la cantidad de lenguaje y no evalúa la elaboración espontánea.⁷⁻¹⁰

Anhedonia

Habitualmente se ha considerado como una manifestación central tanto de la depresión como de la esquizofrenia.

Sin embargo, este aspecto ha resultado más complejo de lo que antes se consideraba. De hecho, aunque las experiencias de emoción positiva durante las evaluaciones clínicas basadas en entrevistas parecen estar reducidas en personas con esquizofrenia, la utilización de procedimientos de inducción de emoción bajo condiciones de laboratorio controladas ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia difieren de los testigos no psiquiátricos en sus reacciones subjetivas a los estímulos con carga emocional. Esta discrepancia con los hallazgos previos de altas tasas de anhedonia en la esquizofrenia se atribuye a limitaciones de los instrumentos de autoevaluación, que al parecer son más cognitivamente exigentes que las medidas basadas en laboratorio, que a menudo se basan en procesos cognitivos complejos sujetos a sesgos sistemáticos, o que reflejan altas tasas de depresión concomitante.⁷⁻¹⁰

De acuerdo con investigación reciente, el síntoma anhedonia se debe dividir en al menos dos aspectos diferentes: una experiencia reducida de placer derivado de actividades placenteras corrientes, también llamada anhedonia consumatoria, que parece estar relativamente íntegra en la esquizofrenia, y una reducción en la capacidad para prever el placer futuro, también denominada anhedonia anticipatoria, que parece caracterizar a las personas con esquizofrenia.

Sin embargo, algunos estudios no lograron confirmar que la anhedonia anticipatoria es específica de la esquizofrenia, ya que también se observó en pacientes deprimidos.⁷⁻¹⁰

La evaluación de la anhedonia no es homogénea en las escalas de evaluación. Ese síntoma no está incluido en la subescala negativa de la PANSS.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

En la SANS, se evalúa junto con el aislamiento social, tomando en cuenta el interés del sujeto por actividades recreativas y sexuales, así como su capacidad para sentir intimidad y cercanía, y para establecer y mantener relaciones con amigos y compañeros; no se hace ninguna distinción entre la anhedonia consumatoria y la anticipatoria.⁷⁻¹⁰

En la BNSS, la anhedonia se evalúa por tres aspectos separados que miden intensidad y frecuencia del placer pasado (semana previa) e intensidad del placer futuro.

Cada apartado evalúa el placer recreativo, social, laboral/escolar y físico. La evaluación frecuente no exige un recuento preciso de actividades en la última semana, sino más bien una consideración global de la conducta en relación con las características demográficas de la persona.⁷⁻¹⁰

En la CAINS, se evalúa mediante cinco apartados: dos de ellos miden la frecuencia de las actividades recreativas y sociales en la semana previa, en tanto que los otras tres miden la frecuencia esperada de actividades placenteras en trabajo/escuela, sociales y recreativas en la siguiente semana. No se incluye ningún apartado para el placer físico. Hasta ahora, en escasos estudios se han explorado las correlaciones entre la anhedonia autoevaluada y la evaluada por un observador. En general, las medidas al parecer no están bien correlacionadas. En investigación futura se ha de abordar si esto se debe a la diferente modalidad de evaluación o a las diferentes facetas de anhedonia exploradas por los diversos instrumentos.⁷⁻¹⁰

En resumen, el punto de vista prevaleciente hoy en día es que las personas con esquizofrenia tienen conservada la capacidad de experimentar placer consumatorio, pero muestran un déficit en la anticipación del placer y la capacidad para llevar a cabo conductas de búsqueda de placer.

El mecanismo subyacente a estas disfunciones puede ser relevante para algunos aspectos de la motivación (por ejemplo, anticipación de la recompensa o evaluación del esfuerzo), o del funcionamiento cognitivo (alteración de la memoria episódica que interviene en la capacidad del sujeto para recordar experiencias placenteras previas).⁷⁻¹⁰

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Aislamiento Social

A menudo antecede al inicio de la esquizofrenia, y también se presenta en el trastorno de personalidad esquizoide y en el autismo. ⁷⁻¹⁰

En la evaluación del aislamiento social, tanto la SANS como la PANSS se basan principalmente en la conducta del sujeto.

En la SANS, el aislamiento social se evalúa mediante dos apartados incluidos en la misma subescala que la anhedonia: capacidad para sentir intimidad y cercanía, y relaciones con amigos y compañeros. ⁷⁻¹⁰

Asimismo, en la PANSS, el aislamiento social se evalúa mediante dos apartados: empatía deficiente (evaluación basada en la conducta interpersonal observada en el curso de la entrevista) y el aislamiento pasivo, apático y social (evaluación basada en los informes sobre la conducta social del paciente, proporcionados por profesionales de la atención primaria o por familiares). ⁷⁻¹⁰

Las calificaciones en la CAINS y en la BNSS se basan en la motivación interna (interés y deseo por relaciones estrechas y amistades) y aspectos conductuales (participación actual en las actividades sociales). En la BNSS, la experiencia interna y la conducta social se evalúan mediante apartados diferentes. En la CAINS, los apartados del aislamiento social (motivación para las relaciones cercanas con familia, cónyuge o pareja, y la motivación para las amistades cercanas y las relaciones románticas) están incorporados en el apartado de motivación para relaciones sociales. Las correlaciones entre los apartados entre la BNSS y la CAINS son moderadas a altas. ⁷⁻¹⁰

Avolición

En la última década, ha habido un renovado interés en la avolición, también a causa de la evidencia de que este síntoma conduce a alteraciones graves en el funcionamiento en la vida real y pronostica un desenlace funcional desfavorable en personas con esquizofrenia. ⁷⁻¹⁰

En la actualidad la avolición se define como una reducción en el inicio y la persistencia de la actividad dirigida a metas.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

No existe un acuerdo sobre el grado de imbricación entre los términos avolición, disminución del impulso, amotivación y apatía, y a menudo se consideran intercambiables. También es muy debatido si la definición y la evaluación de la avolición debiera basarse en la observación de la conducta del paciente por el evaluador o el cuidador, o el autoinforme del paciente de su participación en diferentes actividades o interés autodeclarado en participar en actividades.⁷⁻¹⁰

Las escalas de evaluación clínica de la avolición implican una evaluación retrospectiva que suele combinar más de una fuente de información, cuya correspondencia raras veces se ha evaluado.⁷⁻¹⁰

En la SANS, la apatía y la avolición se evalúan mediante tres apartados, todos enfocados en la conducta del sujeto: cuidados personales e higiene, inconstancia en el trabajo o en la escuela y astenia. En la PANSS, sólo un apartado realmente hace referencia a la avolición, es decir, aislamiento emocional, que se basa en el informe del cuidador sobre el interés y la participación emocional del paciente en la vida cotidiana.

La BNSS consta de apartados diferentes para la experiencia interna de la avolición y la conducta de avolición; los dos apartados cubren la motivación para el trabajo y la escuela, la actividad recreativa, los autocuidados y el tiempo general invertido en inactividad.

En la CAINS, la avolición se evalúa mediante dos apartados de la escala “motivación y placer”: motivación para las actividades laborales y escolares y motivación para las actividades recreativas. La experiencia interna y la conducta se evalúan dentro de cada apartado individual, el autocuidado no se evalúa. Las correlaciones entre los apartados de la BNSS y la CAINS son moderados a altos, pero menores que los observados para el afecto embotado y alogia.⁷⁻¹⁰

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Terapéutica

No hay reconocido ningún medicamento que tenga resultados eficaces en el tratamiento de esta sintomatología. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos son los fármacos más prometedores. El amisulpiride es un antagonista dopaminérgico D2/D3, que incrementa la dopamina prefrontal, logrando con esto un control de los síntomas negativos, siendo hasta ahora el único que en relación al placebo los resultados fueron superiores en el tratamiento de estos síntomas.

Otros fármacos que se usan son la cariprazina, los bloqueadores de los adenoreceptores alfa-2, los antidepresivos, los psicoestimulantes, anticonvulsivantes como la lamotrigina y el topiramato, etc. ¹¹⁻¹⁴

La estimulación magnética transcraneal de alta frecuencia, en la región dorsolateral del córtex prefrontal, se ha reportado como efectiva. ¹¹⁻¹⁴

La intervención psicosocial, con la psicoterapia cognitiva como rectora de la misma, ha tenido algunos resultados positivos. ¹¹⁻¹⁴

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Ahora les presentamos los resultados de nuestra investigación

Tabla 1: Edad y sexo

Edades	Masculino	Femenino	Total	%
19-35	7	3	10	6.75
36-55	50	44	94	63.51
56-65	30	9	39	26.35
66 y más	4	1	5	3.37
Total	91	57	148	100

Fuente: Entrevista.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Como podemos apreciar en el período de estudio se entrevistaron 148 personas mayores de diecinueve años, que presentaron síntomas negativos de la Esquizofrenia, de ellos 94 entre los 36 y 55 años, para un 63.51%, como el grupo etario más numeroso, con promedio de edad de 43,12.

En cuanto al sexo de los pacientes, apreciamos un mayor número en los masculinos, pues son 91, para un 61.48%, mientras que las féminas son 57, para un 38.52%. Estos resultados son iguales a estudios en Estados Unidos, América Latina y Asia. ¹²⁻¹⁶

Tabla 2: Estado Civil y vínculo laboral

Estado Civil	Vínculo Laboral		Total	%
-	Tiene	No tiene		
Soltero(a)	0	112	112	75.67
Unión Consensual	7	18	25	16.89
Casado(a)	6	0	6	4.05
Viudo(a)	0	5	5	3.37
Total	13	135	148	100

Fuente: Entrevista.

En la Tabla 2 vemos el estado civil y el vínculo laboral de las personas estudiadas, de las cuales, 112 son solteros, para un 75.67%, siendo estos la mayoría y sólo el 4.05% está casado. Estos resultados se verifican en otros estudios alrededor del mundo, como en España, Estados Unidos, Europa y América Latina, debido precisamente a que existe un prejuicio relacionado con las personas esquizofrénicas, basado en mitos, que sobre este tipo de paciente ha creado la cultura popular y forma parte, por supuesto, del estigma eterno al que se enfrentan quienes padecen de algún trastorno psiquiátrico mayor.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Además, observamos el vínculo laboral, apreciando un que los desvinculados son la inmensa mayoría, pues representan el 91.21% del total, con 135 personas que no trabajan. Igual a investigaciones en el resto del mundo. ¹²⁻¹⁵

Tabla 3: Color de la piel

Color de la piel	Total	%
Negra	29	19.59
Blanca	40	27.02
Mestiza	73	49.32
Otras	6	4.05
Total	148	100

Fuente: Entrevista

En el caso del color de la piel, la mayoría fueron mestizos, para casi el 50% de los pacientes, o sea, el 49.32%, pues se contabilizaron con en esta categoría a 73 personas. Resultados similares a otras investigaciones en Estados Unidos. ¹²⁻¹⁵

Tabla 4: Nivel de escolaridad

Escolaridad	Total	%
Ilustrado	0	0
Primario	13	8.78
Secundario	53	35.81
Preuniversitario	60	40.54
Universitario	22	14.86
Total	148	100

Fuente: Entrevista

El nivel de escolaridad más común en estos pacientes, es el preuniversitario con unos 60 individuos, para el 40.57%. No se aprecian cambios en otros trabajos, de los restantes países.

¹²⁻¹⁵

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Tabla 5: Síntomas Negativos

Síntoma negativo	Total	%
Anhedonia Anticipatoria	87	58.78
Anhedonia Consumatoria	73	49.32
Alogia	40	27.02
Afecto embotado	96	64.86
Avoliación	112	75.67
Aislamiento Social	135	91.21

Fuente: Examen Psiquiátrico y Escala CAINS

Aquí en la Tabla 5, podemos ver, que la mayoría de los sujetos estudiados, padecen de aislamiento social, para un 91.21%, avoliación para un 75.67% y afecto embotado con 96 personas, para un 64.86%. Sin diferencias significativas en otras investigaciones. ¹²⁻¹⁵

Tabla 6: Síntomas negativos y sexo

Síntoma Negativo	Masculino		Femenino	
	Total	%	Total	%
-				
Anhedonia Anticipatoria	35	40.22	52	59.78
Anhedonia Consumatoria	28	38.35	45	61.65
Alogia	19	47.5	21	52.5
Aislamiento Social	98	72.59	37	27.41
Avoliación	67	59.82	45	41.18
Afecto Embotado	47	48.95	49	51.05

Fuente: Entrevista y CAINS

Aquí vemos que la anhedonia tanto anticipatoria como consumatoria fueron más frecuentes en mujeres, además de la alogia y el afecto embotado de manera ligera, mientras que el aislamiento social y la avoliación lo fueron en hombres.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La Anhedonia saca un X^2 de 58.0, su valor en la curva de X^2 con 95% de certeza y 4 grados de libertad, es 9.49 los resultados no son independientes, los demás síntomas son independientes. Estos resultados difieren un poco de investigaciones en Estados Unidos y Asia, donde no existen diferencias entre los sexos, mientras que, en este trabajo, sobre todo con la anhedonia, hay una clara diferencia entre hombres y mujeres. ¹⁶⁻¹⁸

Tabla 7: Síntomas negativos y edad

Síntoma Negativo	19-35 años		36-55 años		56-65 años		66 y más	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Anhedonia Anticipatoria	1	1.14	65	74.71	14	16.09	5	5.74
Anhedonia Consumatoria	2	2.73	44	60.27	22	32.83	5	6.84
Alogia	0	0	28	70	11	27.5	1	2.5
Aislamiento Social	1	0.74	90	66.66	39	28.88	5	3.7
Avoliación	0	0	88	78.57	20	17.85	4	3.57
Afecto Embotado	1	1.04	55	57.29	27	28.12	3	3.12

Fuente: Entrevista y CAINS

Como resultado un X^2 de 113,79 y el valor de X^2 en la curva con un 95% de certeza es de 7.81, con 3 grados de libertad, por lo que las variables no son independientes, por tanto, la presencia de síntomas negativos aumenta con la edad.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Tabla 8: Síntomas negativos y estado civil

Síntoma Negativo	Soltero		Unión consensual		Casado		Viudo	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
-								
Anhedonia Anticipatoria	73	83.9	8	9.19	1	1.14	5	5.74
Anhedonia Consumatoria	55	75.34	9	12.32	4	5.47	5	6.84
Alogia	26	65	10	25	3	7.5	1	2.5
Aislamiento Social	106	78.51	19	14.07	4	2.96	5	3.7
Avoliación	89	79.46	17	15.17	2	2.08	4	3.57
Afecto Embotado	81	84.37	6	6.25	1	1.04	3	3.12

Fuente: Entrevista y CAINS

Se observa que son más frecuentes los síntomas negativos en pacientes solteros.

Tabla 9: Síntomas negativos, vínculo laboral y color de la piel

Síntoma Negativo	Vínculo laboral				Color de la piel							
	Tiene		No tiene		Mestiza		Blanca		Negra		Otras	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
-												
Anhedonia Anticipatoria	4	4.59	83	95.41	68	78.16	17	19.54	12	13.79	6	6.89
Anhedonia Consumatoria	3	4.1	70	95.9	48	65.75	12	16.43	9	12.32	4	5.47
Alogia	5	12.5	35	87.5	19	47.5	12	30	7	17.5	2	5
Aislamiento Social	2	1.48	133	98.52	66	48.88	36	26.66	27	20	6	4.44
Avoliación	2	1.78	110	98.22	55	49.10	26	23.21	20	17.85	1	0.89
Afecto Embotado	1	1.04	95	98.56	46	47.91	31	32.29	14	14.58	5	5.2

Fuente: Entrevista y CAINS

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Como habíamos visto que el color de piel mestiza predominó, también lo hacen los síntomas negativos en este color, por tanto, aquí los resultados no son significativos. En otras investigaciones, los resultados son similares. ¹⁶⁻¹⁸

Tabla 10: Síntomas negativos y nivel de escolaridad

Síntoma Negativo	Iltrado		Primaria		Secundaria		Preuniversitario		Universitario	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
-										
Anhedonia Anticipatoria	0	0	7	8.04	30	34.48	45	51.72	5	5.74
Anhedonia Consumatoria	0	0	5	6.84	27	36.98	38	52.05	3	4.1
Alogia	0	0	11	27.5	19	47.5	8	20	2	5
Aislamiento Social	0	0	13	9.62	52	38.51	54	40	14	10.37
Avoliación	0	0	8	7.14	44	39.28	49	43.75	11	9.82
AfectoEmbotado	0	0	12	12.5	35	36.45	24	25	15	15.62

Fuente: Entrevista y CAINS

Esta tabla, comparamos los síntomas negativos con el nivel de escolaridad, pero los resultados no son significativos, al igual que otras investigaciones en el resto del mundo. ¹²⁻¹⁶

CONCLUSIONES

De los 148 pacientes entrevistados, 94 estaban entre los 36 y 55 años, para un 63.51%, como el grupo etario más numeroso, con promedio de edad de 43,12, predominó el sexo masculino con un 61.48%, 112 son solteros, para un 75.67%, siendo estos la mayoría y sólo el 4.05% está casado, el vínculo laboral, fue que los desvinculados son la inmensa mayoría, pues representan el 91.21% del total, con 135 personas que no trabajan, la mayoría fueron mestizos, para casi el 50% de los pacientes, o sea, el 49.32%, el nivel de escolaridad más común en estos pacientes, es el preuniversitario con unos 60 individuos, para el 40.57%.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Los síntomas negativos más frecuentes fueron el aislamiento social, para un 91.21%, la avolición para un 75.67% y el afecto embotado con 96 personas, para un 64.86%.

Sólo se relacionaron con todas las variables sociodemográficas la anhedonia, tanto anticipatoria, como consumatoria, el aislamiento social, la avolición y el afecto embotado, la alogia, por otra parte, se relacionó con la edad, el vínculo laboral, el color de la piel, el estado civil y el nivel de escolaridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcos Rubio M B. La Esquizofrenia: concepto, sintomatología y actualidad. [Tesis pre-grado] Comillas Universidad Pontificia, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Madrid; 2021.
2. Bernardo M., Bioque M. Esquizofrenia. En: Vallejo Ruiloba J. Director. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 7^{ma} Edición. Barcelona: Elsevier Masson. 2011. p. 373-85.
3. González Menéndez R., Sandoval Ferrer J E. Manual de Psiquiatría. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2019.
4. Freudenreich O., Brown H E., Holt D J. Psicosis y Esquizofrenia. En: Massachusetts General Hospital. Editor. Tratado de Psiquiatría Clínica. USA: Massachusetts General Hospital; 2018.
5. Romero Ayuso D., García Arenas J. Regulación emocional y funcionamiento psicosocial en pacientes con Esquizofrenia. Revista Interamericana de Psicología, (Perú) 2020; 54(1): 1-16.
6. Sadock B J., Alcott Sadock V., Ruiz P. Kaplan and Sadock. Synopsis of Psychiatry. 11th Edition. USA: Wolters Kluwer; 2015.
7. Marder S. R., Galderisi S. La conceptualización actual de los síntomas negativos en la esquizofrenia. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría, (España) 2017; 15 (1): p.14-24.
8. Gutiérrez Sánchez H. T. Caracterización clínica de los síntomas negativos en pacientes con Esquizofrenia y tratamiento con ISRS en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano". [Tesis post-grado] Puebla: Universidad Benemérita Autónoma de Puebla, Secretaría de Salud, Gobierno de Puebla; 2021.
9. Andreasen, N C, Olsen S. Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. Archives of general psychiatry. (USA) 1982, 39(7):789-794.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

10. Galderisi S., Mucci A., Buchanan R W., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*. [Revista en Internet]. 2018. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; 5(8):664-677. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6).
11. Podichetty J T., Silvola R M., Rodriguez-Romero V., Bergstrom R F., Vakilynejad M., Bies R., et al. Application of machine learning to predict reduction in total PANSS score and enrich enrollment in schizophrenia clinical trials. *Clin Transl Sci. (USA)*. [Revista en Internet] 2021 [Fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; 21 (1): 1-11. <https://doi.org/10.1111/cts.13035>.
12. Keane L., Oon-Him P., Zixu Y., Gurpreet R., Rapisarda A., Yuen-Mei S. et al. Large-scale evaluation of The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in Schizophrenia. *Asian Journal*. [Revista en Internet] 2021. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; 62 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajd.2021.102732>.
13. Lyne J., Joobar R., Schimitz N., Lepage M., Malla A. Duration of active psychosis and first-episode psychosis negative symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*. [Revista en Internet] 2017. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; 11(1): 63–71. Disponible en: [doi:10.1111/eip.12217](https://doi.org/10.1111/eip.12217).
14. Chih-Min L. Developing drugs for negative symptoms of Schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry. (Taiwan)* 2017; 31 (2): p.115-27.
15. Blanchard J J., Mueser K T., Bellanck A. S. Anhedonia, Positive, Negative Affect and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. [Revista en Internet] 1998. [Fecha de acceso 2 de noviembre de 2021]; 31(2): 1-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/24/413/18399791>.
16. Rekhi G., Ang M S., Yuen C K Y., Ng W Y., Lee J. Assessing negative symptoms in Schizophrenia, validity of the Clinical Assessment Interview for Negative symptoms in Singapore. *Schizophrenia Research*. [Revista en Internet]. 2019. [Fecha de acceso 2 de noviembre de 2021]; 206: 177-82. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2018//.029>.
17. Okada H., Hirano D., Taniguchi T. Impact of negative symptoms domains and other clinical characteristics on functional outcomes in patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

and Treatment. [Revista en Internet]. 2021. [Fecha de Acceso 2 de noviembre de 2021]; 1: 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/8864352>.

18. Kumari S., Malik S., Florival C., Manalai P., Sonje S., An assessment of five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used symptoms rating scale in Schizophrenia and comparison to newer scales (CAINS, BNSS). Journal of Addiction Research and Therapy. (USA) 2017; 8 (3): p.1-7.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Paciente: -----

Por medio de la presente se le comunica al antes citado que si es su deseo puede participar en una investigación de nuestro servicio de Psiquiatría del Hospital “Dr. Miguel Enríquez”, para profundizar los conocimientos sobre su enfermedad. No tendrá regalías, ni favoritismos si participa, ni se le juzgará de no hacerlo, además, podrá darse de baja de la investigación en el momento que usted decida, si así lo prefiere. Los datos que brindará no serán divulgados de ninguna manera y sólo se utilizarán para dar salida a los objetivos del estudio, a partir de su procesamiento estadístico. Si está de acuerdo con todo lo anterior, firme sobre la línea:

Anexo 2

Entrevista para la Evaluación Clínica de los Síntomas Negativos (CAINS)

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

CAINS

Subescala social (motivación y placer) (MAP)	A	D	L	M	MS
1. Motivación para tener una relación de mayor proximidad (más vínculo) con la familia/cónyuge/pareja.	0	1	2	3	4
2. Motivación para tener más vínculo con los amigos e interés en tener relaciones sentimentales	0	1	2	3	4
3. Frecuencia de actividades sociales agradables/de placer – SEMANA PASADA	0	1	2	3	4
4. Frecuencia esperada de actividades agradables/ de placer – PRÓXIMA SEMANA	0	1	2	3	4
Subescala del trabajo y escuela (MAP)	A	D	L	M	MS
5. Motivación para realizar actividades de trabajo y/o de la escuela	0	1	2	3	4
6. Frecuencia esperada de actividades agradables o de placer relacionadas con el trabajo y la escuela	0	1	2	3	4
Subescala de recreación, entretenimiento (MAP)	A	D	L	M	MS
7. Motivación para realizar actividades de entretenimiento/ de ocio	0	1	2	3	4
8. Frecuencia de actividades agradables/de placer en actividades de entretenimiento/ocio durante la SEMANA PASADA	0	1	2	3	4
9. Frecuencia esperada de actividades agradables/de placer en actividades de ocio/entretenimiento – PRÓXIMA SEMANA	0	1	2	3	4
Anhedonia-insociabilidad (EXP)	0	1	2	3	4
10. Expresión facial	0	1	2	3	4
11. Expresión vocal	0	1	2	3	4
12. Expresión gestual	0	1	2	3	4
13. Cantidad del discurso	0	1	2	3	4

Puntuación Total MAP: _____

Puntuación Total EXP: _____