



MEDICIÓN DE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA POR MEDIO DE LA ESCALA (PANSS)

Carlos A. Quintero, MD*, Marcela Alzate, MD**

“Una medición fiable es la única forma de obtener una distinción clara, tanto entre enfermedades identificables como entre etapas clínicas. Más aún, nuestros conceptos clínicos varían de una forma tan amplia que en el futuro la medición de esta índole sólo podrá efectuarse si las observaciones son realizadas por un único observador”

Emil Kraepelin, 1908

Resumen

La medición de los síntomas de esquizofrenia es necesaria para clasificar el tipo y las características de la enfermedad, contándose en este grupo las enfermedades mentales primordiales para que el clínico haga un diagnóstico adecuado y por lo tanto una terapéutica correcta. De acuerdo a la necesidad del medio y a la poca información existente con relación a la aplicación de escalas para esquizofrenia, pretendemos con el siguiente artículo revisar en la literatura los antecedentes de escalas de medición en esquizofrenia, la utilización de la Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) como prueba básica para el reconocimiento de los síntomas tanto positivos como negativos y los estudios actuales así como futuros proyectos para una mejor aplicación de la escala, relacionados con cada uno de los ítems que la componen.

Palabras clave: PANSS, escala, esquizofrenia, medición.

Summary

The measurement of symptoms of schizophrenia is needed to classify the type and characteristics of the disease, being within this group of mental illness as main type to the clinician to have a proper diagnosis and therefore a correct treatment. According to the

* Médico Psiquiatra - Universidad Militar Nueva Granada (Realizado durante rotación electiva especial de último año de residencia: Oficina de Investigación - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat).
karlosquintero@yahoo.com

**Médico Psiquiatra - Coordinadora Oficina de Investigación - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat, Bogotá. marcealzate@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de abril Fecha de aceptación: 12 de mayo

environmental need and the limited information available regarding the application of scales for schizophrenia, with the following article we review the background literature of measurement scales in schizophrenia, the use of Positive and Negative Syndromic Symptoms Scale Schizophrenia (PANSS) as a basic test in the recognition of both positive and negative symptoms, and current studies and future projects for better implementation of the scale, related to each of the items that make up.

Key words: PANSS, scale, schizophrenia, measurement.

FENOMENOLOGÍA

La prevención de recaídas y el mantenimiento del funcionamiento social son objetivos importantes de tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre la medición del mantenimiento en el funcionamiento social, para evaluar los beneficios del tratamiento en la prevención de recaídas de ensayos clínicos o como una herramienta para predecir la recaída en la práctica clínica.

Históricamente desde los tiempos de Kraepelin la medición de los síntomas de esquizofrenia se ha relacionado con una evaluación válida y fiable de sus síntomas, constituyendo uno de los temas claves de la psiquiatría (1). A comienzos del siglo XX, la necesidad de un diagnóstico válido del trastorno conocido por sus perspectivas sintomatológicas (Bleuler), longitudinales (Langfeldt), diferenciales (Kasanin) y enfatizada por rangos (Schneider) creó la necesidad de elaborar una entrevista estructurada del examen mental actual(2).

En el contexto de la aplicación en Colombia, se espera que el personal médico relacionado con pacientes

con esquizofrenia, desarrolle una adecuada orientación del tipo de paciente, ya que como se sabe, el paciente esquizofrénico en nuestro país es discriminado, sin conocer previamente sus diferentes síntomas y sin puntualizar el tipo de características individuales para una adecuada terapéutica tanto psicofarmacológica como de psicoterapia si es el caso.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA

La Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS), consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva; una dimensional que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y otra categorial que lo clasifica en positivo, negativo o mixto. Esta escala ha de ser administrada utilizando la técnica de entrevista semiestructurada o de entrevista estructurada(3). El tiempo promedio de administración es de 30 a 40 minutos, y cada ítem se puntúa según una escala de 7 grados de intensidad o gravedad. Es importante saber que a diferencia de otras escalas neuropsicológicas, el 1 siempre equivale a ausencia del

síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema(4). Para cada ítem el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación, por lo tanto las definiciones “ancla” que se pueden leer en el manual dan especificaciones de cada síntoma de una forma casi puntual al síntoma presentado en el paciente.

La escala esta conformada por 30 ítems con 4 escalas, así:

- Escala Positiva (PANSS-P): 7 ítems; evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
- Escala Negativa (PANSS-N): 7 ítems que evalúan los déficit respecto a un estado mental normal.
- Escala Compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
- Psicopatología General (PANSS-PG): 16 ítems que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, entre otros).

ESCALA POSITIVA

P1.Delirios: creencias sin fundamento, no reales e idiosincráticas.

P2.Desorganización conceptual: proceso desorganizado del pensamiento caracterizado por alteración en la secuenciación de metas directas (circunstancialidad, tangencialidad, pérdida de asociaciones).

P3.Alucinaciones: reporte verbal o alteración de percepciones la cual no está generada por estímulos externos (auditivas, visuales, olfativas, somáticas).

P4.Excitación: hiperactividad como reflejo de conductas de aceleración motora, hipervigilancia o alteración motora excesiva.

P5.Grandiosidad: auto-opinión exagerada y de convicciones irreales de superioridad; incluye: delirios de habilidades extraordinarias, riqueza, conocimiento, fama, poder, y de rectitud moral.

P6.Suspicacia/persecución: ideas irreales o exageradas de persecución, como reflejo actitudes de guardia, desconfianza, hipervigilancia o franco delirio en que los otros se proponen agredirlo física o verbalmente.

P7.Hostilidad: expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento que pueden incluir sarcasmos, comportamientos pasivo-agresivos, abuso verbal y asalto.

ESCALA NEGATIVA

N1.Afecto Embotado: respuesta emocional disminuída caracterizada por reducción en la expresión facial, en la modulación de sentimientos y en gestos comunicativos.

N2.Retraimiento Emocional: falta de interés en participar, y compro-

meterse con los acontecimientos de su vida afectiva.

N3. Pobre relación (Rapport): falta de empatía interpersonal, apertura en la conversación, y en el sentido de cercanía, interés, o participación con el entrevistador. Prueba de ello es el distanciamiento interpersonal y una reducción de la comunicación verbal y no verbal.

N4. Retraimiento Pasivo / Apatía Social: disminución del interés y la iniciativa en las interacciones sociales debido a pasividad, apatía, anergia, abulia. Esto conduce a la reducción de la participación interpersonal y el abandono de las actividades de la vida diaria.

N5. Dificultad en el pensamiento abstracto: deterioro en el modo de pensar abstracto-simbólico, como lo demuestra la dificultad de clasificación, la formación de generalizaciones, y en la resolución de problemas y tareas.

N6. Falta de espontaneidad y Flujo de la conversación. reducción en el flujo normal de la comunicación asociados a apatía, abulia, defensas, o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por la disminución de la fluidez y la productividad de la interacción verbal - proceso.

N7. Pensamiento estereotipado. disminución en fluidez, espontaneidad y flexibilidad de pensamiento; rígido, repetitivo.

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL

G1. Preocupación somática: quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones corporales. Esto puede variar desde una vaga sensación de enfermedad, a un claro delirio catastrófico de enfermedad física.

G2. Ansiedad: experiencia subjetiva de nerviosismo, preocupación, temor o inquietud, que van desde una excesiva preocupación por el presente o el futuro, hasta pánico.

G3. Sentimientos de culpa: remordimiento o sentimiento de auto-reproche en faltas reales o imaginarias del pasado.

G4. Tensión: temor de manifestaciones físicas de ansiedad y agitación, como rigidez, temblor, sudoración profusa e inquietud.

G5. Manierismos y posturas: movimientos o posturas antinaturales caracterizados por torpezas, artificiales, desorganizadas, o de apariencia extraña.

G6. Depresión: sentimientos de tristeza, desánimo, impotencia y pesimismo.

G7. Retardo psicomotor: reducción de la actividad motora, reflejándose en el retraso o la disminución de los movimientos y del habla, disminu-

ción de respuesta a los estímulos, y la reducción de tono corporal.

G8.Falta de cooperación: rechazo activo a cooperar con otras personas, incluyendo al entrevistador, el personal del hospital, o la familia; puede asociarse con desconfianza, actitud defensiva, terquedad, negativismo, rechazo de autoridad, hostilidad, o beligerancia.

G9.Pensamiento de contenido inusual: caracterizado por ideas extrañas, fantásticas o bizarras, que van de remotas o atípicas hasta distorsionadas, ilógicas y evidentemente absurdas.

G10.Desorientación: poca conciencia con relación al entorno, incluye en persona, lugar y tiempo, lo que puede deberse a la confusión o a abstinencia.

G11.Poca atención: falla en centrar el alertamiento. Manifestado por la poca concentración, distractibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en el aprovechamiento, mantenimiento, o en prestar atención a nuevos estímulos.

G12.Falta de juicio e introspección: deterioro de la conciencia o de la comprensión de su propia condición psíquica y situación de vida. Se evidencia por la falta de reconocimiento de síntomas o de enfermedades psiquiátricas pasadas o presentes, negación de la necesidad de hospitalización o de seguir tratamiento psiquiátrico. Sus decisiones

están caracterizadas por la falta de previsión de las consecuencias, y planificación poco realista a corto plazo y largo plazo.

G13.Trastorno de la voluntad: trastorno en la iniciación deliberada, sostenida, y de control de los pensamientos, conducta, movimientos y habla.

G14.Pobre control de los impulsos: regulación desordenada y en control de sus propias acciones, resultando estas repentinas, no moduladas, arbitrarias, o en un mal desempeño de la tensión y las emociones sin preocuparse por las consecuencias.

G15.Preocupación: asimilación de pensamientos internamente generados y sentimientos, con experiencias autistas de deterioro de la orientación de la realidad y de comportamiento adaptativo.

APLICACIONES Y ESTUDIOS CON PANSS

El análisis factorial de esta escala ha puesto de manifiesto la existencia de 4 factores subyacentes que explicarían el 52,3 % de la variancia total(5). Los 4 factores son: negativo, positivo, excitación y depresión. El factor de excitación ha sido utilizado como medida de comportamiento agitado en los ensayos clínicos con distintos antipsicóticos(6). Está formado por los siguientes ítems de PANSS: excitación (ítem P4); control deficiente de impulsos (ítem PG14); tensión motora (ítem PG4); y hostilidad (ítem P7).

La corrección proporciona cuatro puntuaciones dimensionales:

- Síndrome Positivo.
- Síndrome Negativo.
- Escala Compuesta.
- Psicopatología General.

La puntuación en las escalas positiva, negativa, y de psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener concordancia positiva o negativa, oscilando sus valores entre (-42 y + 42). No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Como se explicó anteriormente, PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, existen dos sistemas restrictivos:

- **El más restrictivo:** para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Se considera que el trastorno esquizofrénico es:
 - Positivo cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de

3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.

- Negativo cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
- Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.

- **El menos restrictivo o inclusivo:** para establecer este tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:
 - Positivo cuando la escala compuesta es positiva.
 - Negativo cuando la escala compuesta es negativa.

La escala PANSS ha sido ampliamente utilizada para valorar la respuesta a tratamiento farmacológico, así como la diferente respuesta al mismo de síntomas predominantes positivos o negativos(6,7).

Relacionado con la monitorización y respuesta al tratamiento psicoterapéutico, un estudio sobre musicoterapia analiza la relación entre la puntuación de la PANSS y dicha intervención terapéutica para ver su efectividad en un grupo de esquizofrénicos crónicos, encontrando una mejoría en la sintomatología negativa primordialmente.(8)

En subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas(9) se obtiene que los pacientes que

refieren motivos productivos como desencadenante de la tentativa, eran pacientes con mayor puntuación en la subescala positiva de la PANSS.

Sobre el grado de conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos, y cómo la conciencia de enfermedad se relaciona con las variables clínicas y el cumplimiento terapéutico, es importante señalar un estudio sobre conciencia de enfermedad y relación con la escala PANSS(10,11), en el cual se comparan las diferentes subescalas del PANSS con la conciencia de padecer un trastorno mental, la conciencia de necesitar medicación y la conciencia de problemas sociales relacionados con la enfermedad.

Con relación a la calidad de vida en la esquizofrenia(12), se comprueba que el grupo de peor calidad de vida presenta una mayor puntuación tanto en el síndrome negativo como en el síndrome positivo de la esquizofrenia y en la escala de psicopatología general; en todos los ítems de la PANSS-N hay diferencias significativas en el sentido de que la peor calidad de vida tiene puntuaciones más altas.

Finalmente en otro trabajo sobre las variables relacionadas con el proceso de inserción y rehabilitación socio-laboral(13), el grupo que logra una adecuada inserción en recursos de formación laboral o empleo se asocia a un menor grado de psicopatología general y de sintomatología psicóti-

ca, en concreto síntomas positivos, asociándose entonces a puntuaciones más bajas en la subescala PANSS-P.

Más recientemente, se ha encontrado el uso de la escala para realizar seguimiento y declarar remisiones de esquizofrenia(14). Se está estudiando actualmente la aplicación de los diferentes ítems para crear una escala más sencilla y concreta(15,16); pero por lo pronto el PANSS continuará siendo la herramienta más precisa para definir los distintos grados de severidad sintomática haciendo posible obtener fidelidad entre datos del asesor y el paciente.

Conclusión

Es necesario incentivar en el cuerpo médico el uso de la escala e incrementar el estudio en pacientes con perfiles sintomáticos para evaluar la influencia del pronóstico en sus dimensiones positivas, negativas y generales.

Aunque aún en nuestros días, no se ha abordado seriamente la mensurabilidad de cada uno de los síntomas de la esquizofrenia según un modelo con estructuras internas adecuadas, sí se han confeccionado múltiples escalas, como la PANSS, que agrupan los síntomas positivos y negativos; por ello el progreso en el conocimiento de esta patología dependerá tanto de la capacidad fenomenológica de su descripción así como de su adecuada cuantificación.

Aplicar esta escala no debe ser un inconveniente para cualquier clínico teniendo en cuenta su fácil uso, su distribución a nivel de las unidades de salud mental y de su adecuada estratificación del tipo de paciente a valorar.

Referencias

1. Bulbena A, Berrios G. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Esquizofrenia: instrumentos de evaluación de síndromes y enfermedades. Cap 22. 312 - 325. Editorial Masson S.A. Barcelona (España). 2003.
2. Fernandez HH, Aarstrand D, Fénelon G, Friedman J. Scales to assess psychosis: Critique and recommendations. *Mov Disord*. 2008 Mar 15;23(4):484-500.
3. Ritsner M, Kurs R, Ratner Y, Gibel A. Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry Res*. 2005 May 15;135(1):65-75.
4. Santor DA, Ascher-Svanum H. Item response analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. *B MC Psychiatry*. 2007 Nov 15;7:66.
5. Van der Gaag M, Hoffman T, Remijnsen M, Hijman R, de Haan L. The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophr Res*. 2006 Jul;85(1-3):280-7. pub 2006 May 26.
6. Llorca PM, Lanchón C, Disdier B. Effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia: clinical response and plasma concentrations. *Journal of Psychiat & Neurosc*, 2002; 27(1): 30-37.
7. Panjonk F, Holzbach R y Naber D. Comparing the efficacy of atypical antipsychotics in open uncontrolled versus double-blind controlled trials in schizophrenia. *Psychopharm* 2002;162(1): 29-36.
8. Hayashi N, Koile I, Sasaki A, Nakagawa S. Effectiveness of group musical therapy on chronic schizophrenic patients: A comparative study. *Acta Psychiat Scand*. 2000; 102 (404): 35-36.
9. Cejas Méndez MR, Aguilar García-Iturrospe EJ. Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; Vol 32 (4): 87-94.
10. Cirici Amell R, Obiols Llandrich J. Validity of a social skills training program for schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008 May-Jun;36(3):123-32.
11. Haro JM, Ochoa S, Cabrero L. Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(2): 103-108.
12. Giner J, Ibáñez E, Cervera S. Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(1): 233-242.
13. Bedia Gómez MA, Arrieta Rodríguez M, Lastra-Martínez I. Rehabilitación socio-laboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29 (6): 357-367.
14. Ritsner MS, Blumenkrantz H. The detection of neurocognitive decline in schizophrenia using the Mindstreams Computerized Cognitive Test Battery. *Schizophr Res*. 2006 Feb 15;82(1):39-49. pub 2005 Dec 27.
15. Hofer A, Niedermayer B, Fleischhacker WW. Cognitive impairment in schizophrenia: clinical ratings are not a suitable alternative to neuropsychological testing. *Schizophr Res*. 2007 May;92(1-3):126-31. pub 2007 Mar 12.
16. Potkin SG, Gharabawi GM, Greenspan AJ, Rupnow MF. Psychometric evaluation of the Readiness for Discharge Questionnaire. *Schizophr Res*. 2005 Dec 15;80(2-3):203-12. Epub 2005 Aug 15.
17. Kawata AK, Revicki DA. Reliability and validity of the social integration survey (SIS) in patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2008 Feb;17(1):123-35. pub 2007 Dec 4.
18. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loizaga C, Nicolini H, Apiquian R. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2005 Jan 1;72(2-3):123-9.
19. Molina Castillo JJ, Martínez de la Iglesia J. Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalisation Scale. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006 May-Jun;34(3):185-92.