

## La Escala PANSS en la detección de las tres dimensiones de la esquizofrenia

Carlos Miguel Mussi, María Cristina Richaud de Minzi,  
Delia Barrionuevo de Mussi

El objetivo del presente trabajo es estudiar factorialmente la Escala de Síndrome positivo y negativo (PANSS). Se administró la PANSS a 63 sujetos esquizofrénicos, de ambos sexos, de 25 años de edad promedio, diagnosticados según los criterios del DSM IV. Se realizó un análisis factorial exploratorio por el método de ejes principales y rotación quartimax. Se obtuvieron tres factores que explicaron el 68% de la variancia. El primero quedó definido predominantemente por síntomas positivos, el segundo por síntomas negativos, y el tercero preocupaciones somáticas y culpa y, en menor grado, por tensión motora y depresión. Los resultados de este trabajo contradicen los hallazgos de otros autores (Andreasen et al., 1995) acerca de la existencia de una tercera dimensión de la esquizofrenia compuesta por síntomas positivos, como un desprendimiento de la tipo I de Crow.

**Palabras clave:** Esquizofrenia - Síntomas positivos - Síntomas negativos - Dimensiones

The aim of this work is to factor-analyze the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The PANSS was administered to 63 DSM IV diagnostic schizophrenic subjects, of both sexes, with a mean age of 25 years old. A principal axes, Quartimax rotation factor analysis was performed. Three factors that explained the 68% of variance, were obtained: the first was defined principally by positive symptoms, the second by negative symptoms and the third by Somatic Concern, Guilt Feelings, Tension and Depression, all symptoms of the General Psychopathology Scale. The results didn't support those of other authors, that established a third dimension of schizophrenia composed by positive symptoms.

**Key words:** Schizophrenia - Positive Symptoms - Negative Symptoms - Dimensions

**1. Introducción.** El grupo de enfermedades que convencionalmente se denomina "esquizofrenias" incluye una amplia variedad de dominios cognitivos, emocionales y

conductuales. Los síntomas utilizados para definir esquizofrenia en las nomenclaturas estándares como DSM-IV o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10),

Carlos Miguel Mussi. Médico psiquiatra de Entre Ríos, Sanatorio Adventista del Plata, Entre Ríos.

María Cristina Richaud de Minzi. Dra. en Filosofía y Letras, orientación Psicología, UBA. Investigadora científica CONICET. Asesora de la Secretaría de Investigación de la Universidad Adventista del Plata.

Delia Barrionuevo de Mussi. Médica Psiquiatra.

Sanatorio Adventista del Plata.

Correspondencia a: Ma. Cristina Richaud de Minzi. Sucre 2099 - 6º A - (1428) Buenos Aires. Tel. 4783-9416, Fax 4953-1477. E-mail: minzi@ciudad.com.ar  
Trabajo realizado en: Universidad Adventista del Plata. Secretaría de Ciencia y Técnica. Concurso de proyectos 1997.

incluyen varias formas de delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y anomalías de expresión emocional, interacción social, atención y volición e impulso. Es decir que las esquizofrenias constituyen una idea política.

El concepto de síntomas positivos y negativos fue introducida por Reynolds y ampliada por Hugling-Jackson. Strauss y sus colaboradores<sup>16</sup> propusieron tres tipos de manifestaciones de la esquizofrenia: síntomas positivos, síntomas negativos y relaciones alteradas. Para ellos los síntomas positivos eran relativamente inespecíficos y fluctuantes, mientras que los negativos y los trastornos de las relaciones personales eran más básicos y probablemente de mayor valor pronóstico. Crow<sup>8</sup> formuló la hipótesis de los dos síndromes. Propuso que un tipo positivo de esquizofrenia se caracterizaba por inicio agudo, síntomas positivos sobresalientes, estructura y función encefálicas normales, un trastorno bioquímico que comprendía la transmisión dopaminérgica, buena respuesta a los neurolepticos y mejor pronóstico. Este enfoque ha dominado la última década durante la cual se ha discutido sobre los mejores métodos para definir y clasificar estos síntomas.

Existen numerosas discusiones acerca de la distinción entre síntomas positivos y negativos. Una parte importante de la bibliografía ha adoptado la estrategia descriptiva y ha aplicado técnicas correlacionales y factoriales para examinar las relaciones entre síntomas positivos y negativos<sup>10,13</sup>. Una revisión de estos estudios<sup>10,13</sup> demuestra que se necesitan tres dimensiones en lugar de dos para explicar las interrelaciones entre los síntomas de la esquizofrenia. Los síntomas positivos se subdividen en dos dimensiones, una de las cuales está compuesta por delirios y alucinaciones y representa una dimensión de psicosis, mientras que la otra representa una dimensión de desorganización. Los síntomas negativos siguen separándose como fueron conceptualizados originalmente, fuera de la atención, que a veces se relaciona con síntomas negativos y

otras con las dos dimensiones de síntomas positivos. Una revisión reciente de Minas et al.<sup>11</sup> apoya la existencia de tres dimensiones.

En 1982 se desarrollaron dos escalas, la Escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS) y la Escala para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS)<sup>12</sup>. Estas escalas se basan en ideas de psicología cognitiva e identifican dominios relevantes para el estudio de la esquizofrenia: percepción, inferencia, lenguaje, monitoreo de conducta, actividad conductual, expresión emocional, fluencia conceptual y verbal, impulsos de placer, volición y atención.

La Escala de Síndrome positivo y negativo (PANSS)<sup>15</sup> provee una representación balanceada de síntomas negativos y positivos y calibra la relación de unos con otros y con la psicopatología global. Por lo tanto, se podría suponer que una escala de estas características, al ser más integrativa, permitiría un estudio más preciso de las tres dimensiones antes descriptas.

El objetivo del presente trabajo es estudiar factorialmente la PANSS y analizar las dimensiones subyacentes a los síntomas por ella estudiados.

**2. Método.** 2.1. *Instrumentos.* Se administró la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS). Este instrumento consta de 30 ítems, escalados en siete niveles. De los 30 ítems, siete constituyen la Escala de Síntomas Positivos (Delirios, Desorganización Conceptual, Conducta Alucinatoria, Excitación, Ideas de Grandeza, Desconfianza, Hostilidad) y otros siete la de síntomas negativos (Embotamiento Afectivo, Retraimiento Emocional, Pobre Rapport, Retraimiento Social/ pasividad-apatía, Dificultad en el Pensamiento Abstracto, Falta de Espontaneidad y Fluidez en la Conversación, Pensamiento Estereotipado). Una escala bipolar compuesta especifica el grado de preponderancia de un síndrome sobre el otro y finalmente, un cuarto índice, la escala de psicopatología general, calibra la severidad general del desorden esquizofrénico.



co a través de los 16 ítems restantes (Preocupación Somática, Ansiedad, Sentimiento de Culpa, Tensión Motora, Amaneramiento y Posturas Extravagantes, Depresión, Retardo Motor, Falta de Cooperación, Contenidos Inusuales del Pensamiento, Desorientación, Falta de Atención, Déficit del Juicio e *Insight*, Alteración de la Volición, Pobreza en el Control de los Impulsos, Introversión, Evitación Activa del Ambiente Social).

**2.2. Sujetos.** Los sujetos de este estudio fueron 63 pacientes esquizofrénicos, de ambos sexos (16 mujeres y 47 varones), de 25,98 años de edad promedio, con un desvío estándar de 8,23, que ingresaron al Sanatorio Adventista del Plata, a Fundopsi y a un consultorio privado. Todos los pacientes se diagnosticaron utilizando los criterios del DSM IV. De ellos, 42 consultaban por primera vez, mientras que el resto eran crónicos, con un tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 4 años. Los sujetos también recibieron una evaluación médica general amplia y fueron excluidos si padecían un trastorno médico general o neurológico. Los pacientes fueron evaluados al ingresar a tratamiento, en un estado libre de medicación para poder evaluar síntomas positivos que de otro modo podrían estar ocultos por efectos terapéuticos. Esto permitió también evaluar los síntomas negativos independientemente de los efectos laterales medicamentosos.

Los evaluadores fueron 4 médicos psiquiatras entrenados conjuntamente en la aplicación de la Escala PANNS, en cuatro sesiones en las que analizaron el material provisto al respecto por un laboratorio que distribuye la escala, y aunaron criterios evaluativos. De estos cuatro psiquiatras dos pertenecían al Servicio de Salud Mental del SAP, uno pertenecía a FUNDOPSI y un cuarto al Centro Privado de Psicoterapias (Buenos Aires).

**2.3. Procedimiento.** Se analizaron las intercorrelaciones entre los diferentes ítems y síntomas. Se realizó un análisis factorial exploratorio de primer orden, con el fin de determinar con precisión las dimensiones sub-

yacentes. Se utilizó el método de ejes principales y rotación quartimax, bajo el supuesto de independencia entre los factores.

**3. Resultados.** Se obtuvieron tres factores que explicaron el 68% de la variancia. El primero quedó definido predominantemente por síntomas positivos, ansiedad, pensamientos de contenido inusual y falta de control de impulsos. El segundo factor mostró altos pesajes en síntomas negativos, introversión y evasión social. El tercer factor quedó caracterizado principalmente por preocupaciones somáticas y culpa y, en menor grado, por tensión motora y depresión. Nótese que la falta de atención se pesa con igual intensidad en los tres factores corroborándose una hipótesis previa acerca de que esta variable a veces se relaciona con síntomas positivos y otras veces con negativos <sup>3</sup>.

**4. Discusión.** Los resultados de este trabajo contradicen los hallazgos de otros autores<sup>3</sup> acerca de la existencia de una tercera dimensión de la esquizofrenia compuesta por síntomas positivos, como un desprendimiento de la tipo I de Crow.

Si bien los estudios que indicarían que los síntomas positivos no constituyen un concepto homogéneo y que se necesitarían aparentemente tres dimensiones para describir la esquizofrenia, se han realizado con la SANS y la SAP, en el análisis de la estructura factorial de la PANNS no se ha encontrado tal desdoblamiento. Por el contrario, si bien aparecen tres factores, uno apunta a la esquizofrenia tipo I (síntomas positivos), el segundo a la esquizofrenia tipo II (síntomas negativos), mientras que el tercero parecería indicar trastornos del ánimo con síntomas psicóticos o trastornos esquizoafectivos más bien que esquizofrenia. Lo que sí se corrobora son los resultados acerca de la atención, que según Andreassen<sup>5</sup>, debe considerarse un síntoma negativo en un nivel provisional dado que tiene la correlación más débil y finalmente puede ser heterogéneo. Por otra parte, la desorien-

tación no aparece saturada en ningún factor.

De todas maneras, los presentes resultados deben ser considerados preliminares dado que se han basado en una muestra no muy extensa, aunque existen diferentes trabajos de referencia realizados sobre muestras aún menores, como por ejemplo los de Andreassen y cols<sup>1</sup>, N=62, Bilder y cols<sup>2</sup>, N=32, Moscarelli y cols<sup>12</sup>, N=59, Liddle<sup>6</sup>, N=40 y Gur y cols<sup>7</sup>, N=47. Por otra parte, es importante tener en cuenta que se ha trabajado con un instrumento diferente de los utilizados en los estudios mencionados y que aún en los trabajos con la SANS y la SAP no está clara la existencia de las tres dimensiones, ya que en algunos de los análisis realizados se han encontrado sólo dos factores<sup>1,2,8,14</sup>.

**Agradecimiento:** a los Dres Sergio Guala de Fundopsi y Edgardo Engelman por su desinteresada colaboración en la recolección del material.

#### Referencias bibliográficas

1. ANDREASEN NC. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39:784-8.
2. ANDREASEN NC, FLAUM M, ARNDT S, ALLIGER R y SWAYZE W. Positive and negative symptoms: assessment and validity. En: Marneros A, Andreassen MC, Tsuang MT. eds. *Negative versus positive schizophrenia*. Berlín, Springer-Verlag, 1991.
3. ANDREASEN NC, ARNDT S, ALLIGER R, MILLER D y FLAUM M. Síntomas de esquizofrenia. Métodos, significados y mecanismos. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52: 341-51.
4. BERNOS GE. Positive and negative signals: a conceptual history. En: Marneros A, Andreassen MC, Tsuang MT. eds. *Negative versus positive schizophrenia*. Berlín, Springer-Verlag, 1991.
5. BILDER RM, MUKHERJEE S, RIEDER RO, PANDURANG AK. Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophrenia Bulletin*. 1985; 11:409-91.
6. CROW TJ. Molecular pathology of schizophrenia more than one disease process? *BMJ*. 1980; 280: 66-8.
7. GUR RE, MOZLEY D, RESNICK SM, LEVICK S, ERWIN R, SAYKIN AJ, GUR RC. Relations among clinical scales in schizophrenia. *Amer J of Psychiatry*. 1991; 148: 472-8.
8. LENZENWEGER MF, DWORKIN RH,

**Tabla 1.** Análisis factorial de la PANNS. Solución Quartimax

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3
G1 Preocupación somática	.54	.30	.54
G2 Ansiedad	.84	.05	.34
G3 Sentimientos de culpa	.36	.27	.59
G4 Tensión	.70	.17	.43
G5 Amaneramiento	.52	.36	.01
G6 Depresión	.13	.49	.43
G7 Retardo Motor	.11	.77	.07
G8 Falta de cooperación	.56	.42	-.19
G9 Pensamiento inusual	.86	.21	.04
G10 Desorientación	.18	-.16	-.05
G11 Atención pobre	.49	.35	-.37
G12 Déficit de juicio e insight	.65	.29	-.17
G13 Perturbación de volición	.42	.69	-.08
G14 Pobre control impulsos	.82	-.02	.11
G15 Introversión	.03	.87	.05
G16 Evitación activa social	.36	.76	.02
N1 Embotamiento afectivo	.08	.87	.06
N2 Retraimiento emocional	.10	.87	.09
N3 Pobre rapport	.14	.89	.03
N4 Retraimiento social	.07	.88	.11
N5 Dificultad pensam.abst.	.33	.62	-.24
N6 Falta de espontaneidad	.22	.74	-.18
N7 Pensamiento estereotip.	.48	.54	.17
P1 Delirios	.87	.16	.05
P2 Desorganiz. Conceptual	.83	.24	-.07
P3 Conducta alucinatoria	.86	.23	-.04
P4 Excitación	.88	-.01	-.08
P5 Ideas de grandeza	.80	-.26	-.14
P6 Desconfianza	.80	.08	.12
P7 Hostilidad	.77	.11	.08



- WETHINGTON E. Models of positive and negative symptoms in schizophrenia: an empirical evaluation of latent structures. *Journal of Abnormal Psychology*. 1989, 98: 62-70.
9. LIDDLE PF. The symptoms of chronic: a reexamination of positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 151: 145-51.
  10. MILLER DD, ARNDT S, ANDREASEN NC. Alogia, attentional impairment and inappropriate affect: their status in the dimensions of schizophrenia. *Comparative Psychiatry*. 1993, 34: 221-6.
  11. MINAS H, STUART GW, KLIMIDIS S, JACKSON HJ, SINGH BS, COPOLOV DL. Positive and negative symptoms in the psychoses: multidimensional scaling of the SAPS and SANS items. *Schizophrenia Res*. 1992, 8: 143-56.
  12. MOSCARELLI M, MAFFEI C, CESANA BM. An international perspective on assessment of negative and positive symptoms on schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1987, 144: 1595-8.
  13. PERALTA V, DE LEÓN J, CUESTA MJ. Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*. 1992, 161: 335-43.
  14. SCHULDBERG D, QUINIAN DM, MORGENSTER H, GIAZER W. Positive and negative symptoms in chronic psychiatric outpatients: reliability, stability and factor structure. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990, 2: 262-8.
  15. STANLEY R, ABRAHAM F y LEWIS A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987, 13: 2.
  16. STRAUSS JS, CARPENTER WT y BARTKO JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia. III speculations on the processes that underlie schizophrenia symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*. 1974, 1: 61-9.



**SERVICIOS PARA COMPUTACIÓN S.R.L.**

Estados Unidos 1332 (1001) Buenos Aires

Tel./Fax: 4305-1170 y Líneas Rotativas

E-mail: [spc@overnet.com.ar](mailto:spc@overnet.com.ar)