

Deterioro funcional y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia deficitaria en Perú y confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa*

Functional and neurocognitive impairment in deficit schizophrenia patients in Peru and reliability of the bidimensional structure of negative symptomatology

Jeff Huarcaya-Victoria¹ 

Citar como:

Huarcaya-Victoria J. Deterioro funcional y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia deficitaria en Perú y confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa. *Rev Neuropsiquiatr.* 2024; 87(1): 43-53. DOI: 10.20453/rnp.v87i1.4959

Recibido: 25-01-2024

Aceptado: 08-03-2024

En línea: 31-03-2024

Correspondencia:

Jeff Huarcaya-Victoria
Contacto:
jeff.huarcaya@upsjb.edu.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© El autor

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

RESUMEN

La mayoría de los estudios sugieren que los pacientes con esquizofrenia deficitaria presentan un deterioro funcional y neurocognitivo más grave en comparación con los pacientes con esquizofrenia no deficitaria. Sin embargo, existen pocos estudios al respecto en América Latina. **Objetivo:** Examinar las diferencias entre el funcionamiento y el deterioro neurocognitivo en pacientes con y sin esquizofrenia deficitaria; y analizar la validez de la estructura bifactorial de los síntomas negativos en una muestra de pacientes peruanos. **Materiales y métodos:** Se reclutó a un total de 53 pacientes peruanos con esquizofrenia. Se utilizó la versión en español del Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) para diagnosticar el síndrome deficitario, el Functioning Assessment Short Test (FAST) para evaluar el funcionamiento global, y el Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) para evaluar el funcionamiento neurocognitivo. **Resultados:** La prevalencia de esquizofrenia deficitaria fue del 62,3 %. Los pacientes con esquizofrenia deficitaria presentan un mayor deterioro en la memoria de trabajo ($p = 0,003$), fluidez verbal ($p = 0,002$), aprendizaje verbal retardado ($p = 0,039$) y velocidad de procesamiento

* El presente estudio forma parte de un análisis secundario de la tesis de maestría del autor, *Funcionamiento global y cognitivo en esquizofrenia. Hospital de la Policía Nacional del Perú 2018-2019*, sustentada en la Universidad de San Martín de Porres, en 2020.

¹ Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina Humana. Ica, Perú.

($p = 0,004$). En cuanto al funcionamiento global, los pacientes con esquizofrenia deficitaria muestran un rendimiento inferior en las dimensiones de autonomía ($p = 0,002$), laboral ($p = 0,001$), cognitiva ($p = 0,010$), finanzas ($p = 0,015$), relaciones interpersonales ($p < 0,001$) y tiempo de ocio ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia deficitaria muestran un mayor deterioro en el funcionamiento global y cognitivo. La replicación de la estructura bidimensional de los síntomas negativos en una muestra peruana contribuye a la hipótesis de la universalidad del modelo de «déficit expresivo» y «apatía-abulia».

Palabras clave: esquizofrenia, síndrome deficitario, síntomas negativos, funcionamiento, cognición, déficit cognitivo.

ABSTRACT

Many studies suggest that patients with deficit schizophrenia exhibit a more severe functional and neurocognitive impairment than those with non-deficit schizophrenia. However, there are few studies on this topic in Latin America.

Objective: To examine the differences in functioning and neurocognitive impairment between patients with and without deficit schizophrenia, and to analyze the validity of the bifactorial structure of negative symptoms in a sample of Peruvian patients. **Methods:** A total of 53 Peruvian patients with schizophrenia were recruited. The Spanish version of the Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) was used to diagnose the syndrome under study. The Functioning Assessment Short Test (FAST) was employed to assess global functioning, and the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP), to evaluate neurocognitive functioning. **Results:** The prevalence of deficit schizophrenia was 62.3%. Patients with deficit schizophrenia exhibited greater impairment in working memory ($p = 0.003$), verbal fluency ($p = 0.002$), delayed verbal learning ($p = 0.039$), and processing speed ($p = 0.004$). Regarding global functioning, patients with deficit schizophrenia demonstrated poorer performance in the domains of autonomy ($p = 0.002$), occupational functioning ($p = 0.001$), cognitive functioning ($p = 0.010$), financial functioning ($p = 0.015$), interpersonal relationships ($p < 0.001$), and leisure time ($p < 0.001$). **Conclusions:** Patients with deficit schizophrenia display greater impairment in global and cognitive functioning. The replication of the bidimensional structure of negative symptoms in a Peruvian sample contributes to the hypothesis of the universality of the “expressive deficit” and “apathy-abulia” model.

Key words: Schizophrenia; deficit syndrome; negative symptoms; functioning; cognition; cognitive deficit.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una afección psiquiátrica crónica que conlleva considerables gastos económicos, así como un impacto significativo en los recursos destinados a la atención médica a nivel mundial; asimismo, representa entre el 1,5 % y el 3 % de los recursos nacionales destinados a la atención de la salud (1). A pesar de que la esquizofrenia es poco común en la población general, con una prevalencia de 4 casos por cada 1000 personas, sus repercusiones negativas en la salud, el bienestar social y la economía son notables y

amplias. Esta afección no solo impacta a los individuos afectados, sino también a sus familias, cuidadores y a la sociedad en su conjunto (2).

Los síntomas negativos son una de las características más importantes de la esquizofrenia y están asociados a una peor calidad de vida, mayores niveles de discapacidad funcional y una peor respuesta al tratamiento (3-5). Estos síntomas incluyen la apatía, la anhedonia, la pobreza del discurso, la alogia y la falta de motivación. Se pueden dividir en dos factores:

amotivación y expresión disminuida, los cuales tienen diferentes manifestaciones conductuales y neuronales. Esta distinción ha resultado muy útil para entender los mecanismos cognitivos, motivacionales y neuronales que están detrás de los síntomas negativos, y para desarrollar tratamientos eficaces (6). Aunque la estructura bidimensional de la sintomatología negativa se ha utilizado ampliamente en la investigación de la esquizofrenia, su fiabilidad en diferentes poblaciones no se ha evaluado completamente. En particular, la fiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa en pacientes con esquizofrenia deficitaria en el Perú no se ha investigado previamente.

La presencia de síntomas negativos primarios y duraderos en la esquizofrenia ha permitido crear el concepto de esquizofrenia deficitaria o síndrome deficitario (7). En una revisión sistemática se encontró que la proporción de pacientes con esquizofrenia deficitaria es del 32,64 % (8). Diferentes estudios han demostrado que los síntomas negativos, en particular la apatía y la anhedonia, están relacionados con un peor funcionamiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia (9). Además, la investigación ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia deficitaria presentan mayores déficits cognitivos que los pacientes con esquizofrenia no deficitaria, lo que sugiere una posible relación entre los síntomas negativos y la disfunción cognitiva (10-12).

Es importante llevar a cabo esta investigación en el Perú debido a la escasez de estudios en América Latina sobre este tema. Comprender cómo se manifiestan los síntomas negativos y su impacto en el funcionamiento y la cognición de los pacientes peruanos con esquizofrenia puede proporcionar información relevante para mejorar la atención y el tratamiento de este trastorno en el contexto peruano. Además, la evaluación de la confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa en esta población contribuirá a la validación de modelos teóricos y al desarrollo de enfoques terapéuticos más eficaces y personalizados.

El propósito del presente estudio fue examinar la relación entre los síntomas negativos y el deterioro funcional y cognitivo en una muestra de pacientes con esquizofrenia en el contexto peruano. Además, se buscó evaluar la validez y la fiabilidad de la estructura bidimensional de los síntomas negativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un análisis secundario de datos de un estudio previo sobre los factores asociados al funcionamiento global en una muestra de pacientes con esquizofrenia (13). Se llevó a cabo una investigación de carácter cuantitativo, de diseño no experimental, con enfoque descriptivo y correlacional de corte transversal.

Participantes

La población objeto de análisis estuvo constituida por los individuos diagnosticados con esquizofrenia que recibían atención en el Hospital Nacional «Luis Nicasio Saenz» de la Policía Nacional del Perú (HN-LNS-PNP), y que cumplían con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 18 y 59 años
- Diagnóstico de trastorno del espectro esquizofrénico
- Fase estable de la enfermedad, etapa definida como la ausencia de hospitalizaciones en los últimos tres meses y la no modificación del tratamiento psicofarmacológico en el último mes

Criterios de exclusión:

- Enfermedades neurológicas que afecten la función cognitiva
- Historial de consumo de sustancias tóxicas
- Diagnóstico de trastornos afectivos graves
- Dificultades significativas en habilidades de lectura y escritura
- Idioma distinto al español

Se han publicado previamente más detalles sobre el proceso de reclutamiento de los participantes (13). En resumen, se empleó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo en la consulta externa a lo largo de un año, y se eligió a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se aplicó un protocolo de investigación que comprendía una ficha de recopilación de datos y diversas escalas de evaluación.

Instrumentos

Síndrome negativo

Los pacientes con esquizofrenia deficitaria fueron diagnosticados según el Schedule for the Deficit Syndrome (SDS), método reconocido para diferenciar los síntomas negativos primarios y secundarios, y así identificar el síndrome deficitario en la esquizofrenia (14). El

SDS evalúa los siguientes seis síntomas: aplanamiento afectivo, rango emocional disminuido, alogia, pérdida de intereses, falta de objetivos y pérdida de interés por actividades sociales. La severidad de los síntomas va de 0 (ausente) a 4 (muy grave) (14). La clasificación del síndrome deficitario implica obtener una puntuación de dos o más en al menos dos síntomas negativos, los cuales deben considerarse como síntomas primarios y persistentes (es decir, estables durante los últimos 12 meses y no atribuibles a causas secundarias como efectos secundarios de la medicación, síntomas psicóticos, depresión, abuso de sustancias o privación ambiental) (14). Todos los pacientes fueron evaluados por el mismo evaluador (JHV), haciendo uso de la versión en español del SDS (15).

Funcionamiento cognitivo

La evaluación cognitiva se realizó utilizando el Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP). Este instrumento fue diseñado especialmente para evaluar la función cognitiva de pacientes psiquiátricos en el marco de la atención clínica convencional. Una ventaja considerable del SCIP radica en su capacidad para ser administrado en un breve intervalo de tiempo, aproximadamente entre 15 y 20 minutos. Además, no conlleva costos adicionales, ya que no requiere la adquisición de un kit de pruebas para su aplicación (16, 17). La versión en español de esta escala se obtuvo mediante la traducción del inglés, y se ha notado que ambas versiones muestran una estructura factorial y coeficientes de correlación intraclase similares (18). Valora cinco dimensiones cognitivas a través de cinco subtest: aprendizaje verbal inmediato (VLT-I), memoria de trabajo (VMT), fluidez verbal (VFT), aprendizaje verbal diferido (VLT-D) y velocidad de procesamiento (PST).

Funcionamiento global

Se aplicó el Functioning Assessment Short Test (FAST), una escala diseñada originalmente para evaluar el nivel de funcionamiento global y su deterioro en individuos diagnosticados con trastorno afectivo bipolar. No obstante, investigaciones previas han evidenciado que el FAST también exhibe propiedades psicométricas apropiadas en cuanto a validez y confiabilidad en pacientes con esquizofrenia. Se ha observado una alta consistencia interna en la escala, evidenciada por un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 (19). Es de fácil aplicación y requiere un tiempo estimado de 3 a 6 minutos. Esta escala se utiliza para evaluar las principales dificultades en el funcionamiento

psicosocial. Consta de 24 ítems, cada uno de los cuales posee criterios operativos de puntuación que varían entre 0 y 3. De acuerdo con el manual de aplicación, a medida que aumenta la puntuación, se evidencia una mayor dificultad en el funcionamiento (20). Los 24 ítems se agrupan en seis dimensiones específicas del funcionamiento: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio.

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo técnicas de estadística descriptiva para todas las variables, incluyendo la presentación de medidas, como la media, la desviación estándar, los valores mínimos y máximos para las variables numéricas, así como el análisis de frecuencias para las variables categóricas. Además, se realizaron análisis de correlación bivariada para explorar las relaciones entre las variables independientes y los subtipos de síndrome, ya sea deficitario o no deficitario. Se emplearon pruebas estadísticas, como la prueba t de Student, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado, para determinar la significancia estadística entre los grupos.

Se realizó un análisis factorial exploratorio que utilizó los síntomas negativos como variables. Este análisis se llevó a cabo empleando el método de análisis de componentes principales y aplicando una rotación Varimax con normalización de Kaiser. Para asegurar la idoneidad del análisis factorial de los síntomas, se evaluó el criterio de adecuación factorial de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El número de factores se determinó con base en el criterio de un autovalor superior a 1. Asimismo, se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach para medir la coherencia interna de cada factor.

El nivel de significación establecido para este estudio fue de 0,05. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el *software* IBM SPSS Statistics for Windows v. 26.0 (IBM Corp, 2019).

Aspectos éticos

A cada participante, o a su familiar a cargo, se le requirió que firmara un formulario de consentimiento informado que contenía una sinopsis de la investigación. El estudio se realizó con la aprobación de la Oficina de Capacitación y Docencia del HN-LNS-PNP (Decreto n.º 29-2018-DIRSAPOL/OFAD-AREGEPSP-SEC.INV).

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y diferencias en una muestra de pacientes con esquizofrenia deficitaria y no deficitaria.

Característica	Total de la muestra (n = 53)	No deficitaria (n = 20)	Deficitaria (n = 33)	Estadístico
Edad, años, media \pm σ	37,92 \pm 10,77	34,45 \pm 8,94	40,03 \pm 11,36	t = -1,98; df = 47,43; p = 0,053
Sexo, n (%)				$\chi^2 = 0,478$; df = 1; p = 0,489
Masculino	34 (64,2)	14 (70)	20 (60,6)	
Femenino	19 (35,8)	6 (30)	13 (39,4)	
Estado civil, n (%)				$\chi^2 = 0,618$; df = 1; p = 0,432
Soltero	52 (98,1)	0	1 (3)	
Casado/conviviente	1 (1,9)	20 (100)	32 (97)	
Grado de instrucción, n (%)				$\chi^2 = 7,415$; df = 2; p = 0,192
Secundaria	22 (41,5)	5 (25)	17 (51,5)	
Técnico	13 (24,5)	5 (25)	8 (24,3)	
Universitario	18 (34)	10 (50)	8 (24,3)	
Trabajo actual, n (%)				$\chi^2 = 9,192$; df = 1; p = 0,002
No	39 (73,6)	10 (50)	29 (87,9)	
Sí	14 (26,4)	10 (50)	4 (12,1)	
Complicaciones obstétricas, n (%)				$\chi^2 = 0,070$; df = 1; p = 0,791
Ninguna	33 (62,3)	12 (60)	21 (63,6)	
Una o más	20 (37,3)	8 (40)	12 (36,4)	
Familiar de primer grado con psicosis, n (%)				$\chi^2 = 0,314$; df = 1; p = 0,575
No	43 (81,8)	17 (85)	26 (78,8)	
Sí	10 (18,9)	3 (15)	7 (21,2)	
Edad del primer síntoma psicótico, años, mediana (IQR)	18 (8)	18 (9)	17 (8)	Z = -1,61; p = 0,105
Tiempo de enfermedad, años, media \pm σ	19,26 \pm 10,03	14,10 \pm 8,29	22,39 \pm 9,80	t = -3,29; df = 45,44; p = 0,002
DUI, semanas, mediana (IQR)	156 (260)	106 (196)	156 (312)	Z = -0,442; p = 0,658
DUP, semanas, mediana (IQR)	4 (24)	10 (21)	1 (51)	Z = -0,433; p = 0,665
Número de episodios psicóticos, mediana (IQR)	3 (3)	3 (3)	4 (3)	Z = -1,90; p = 0,057

DUI: duración de la enfermedad no tratada; DUP: duración de la psicosis no tratada; IQR: rango intercuartil; σ : desviación estándar.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y clínicas

La muestra estuvo conformada por 53 pacientes, de los cuales 20 presentaban esquizofrenia no deficitaria y 33 tenían esquizofrenia deficitaria. La edad promedio de la muestra fue de 37,92 años ($\sigma = 10,77$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2 = 0,478$; p = 0,489), al estado civil ($\chi^2 = 0,618$; p = 0,432), a las complicaciones obstétricas ($\chi^2 = 0,07$; p = 0,791) o a los antecedentes familiares de primer grado con psicosis ($\chi^2 = 0,314$; p = 0,575). Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en cuanto al trabajo actual ($\chi^2 = 9,192$; p = 0,002).

En cuanto al tiempo de enfermedad, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el

grupo de pacientes con esquizofrenia deficitaria el que presentó un tiempo de enfermedad más prolongado (t = -3,29; p = 0,002) (tabla 1).

Funcionamiento global y cognitivo

Se encontró un mejor funcionamiento global (Z = -4288; p < 0,001), así como también ocurre en todos sus subdominios en el grupo de pacientes con esquizofrenia no deficitaria (tabla 2). Se evaluó también el rendimiento cognitivo en diferentes áreas. Los resultados indican que los pacientes con esquizofrenia no deficitaria presentan un mejor rendimiento cognitivo en comparación con los pacientes con esquizofrenia deficitaria (61,5 \pm 12,258 vs. 46,06 \pm 16,405; t = 3,634; df = 51; p = 0,001) en general y en las pruebas cognitivas específicas, a excepción del VLT-I (tabla 2).

Tabla 2. Funcionamiento global, cognitivo y diferencias en una muestra de pacientes con esquizofrenia deficitaria y no deficitaria.

Característica	Total de la muestra	No deficitaria	Deficitaria	Estadístico
	(n = 53)	(n = 20)	(n = 33)	
Funcionamiento global				
Autonomía	6 (7)	2,5 (5)	7 (6)	Z = -3,107; p = 0,002
Laboral	15 (5)	10,5 (13)	15 (1)	Z = -3,394; p = 0,001
Cognitivo	5 (6)	4 (5)	6 (6)	Z = -2,579; p = 0,010
Finanzas	4 (4)	2 (5)	5 (4)	Z = -2,427; p = 0,015
Relaciones interpersonales	8 (8)	3 (5)	10 (4)	Z = -4,622; p < 0,001
Ocio	3 (4)	1 (3)	4 (2)	Z = -3,670; p < 0,001
Total FAST	40 (25)	24,5 (29)	42 (16)	Z = -4,288; p < 0,001
Funcionamiento cognitivo				
VLT-I	14 (5)	16 (6)	14 (7)	Z = -1,895; p = 0,058
VMT	13,77 ± 4,51	16 (6)	12 (6)	Z = -2,980; p = 0,003
VFT	12 (7)	15,5 (10)	10 (7)	Z = -3,139; p = 0,002
VLT-D	3 (6)	5 (4)	2 (5)	Z = -2,065; p = 0,039
PST	6 (5)	9 (7)	4 (6)	Z = -2,891; p = 0,004
Total SCIP	51,89 ± 16,66	61,5 ± 12,258	46,06 ± 16,405	t = 3,634; df = 51; p = 0,001

FAST: Functioning Assessment Short Test; VLT-I: Verbal Learning Test-Immediate recall; VMT: Working Memory Test; VFT: Verbal Fluency Test; VLT-D: Verbal Learning Test-Delayed recall; PST: Processing Speed Test; SCIP: Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry.

Análisis factorial de los síntomas negativos

Las pruebas de viabilidad para el análisis factorial (prueba de esfericidad de Bartlett: $\chi^2 = 105,536$; $p < 0,001$; medida KMO = 0,722) fueron satisfactorias. Al procederse a una agrupación comprensiva de los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia deficitaria, los síntomas se reducen a dos factores sindrómicos: 1 = déficit expresivo (autovalor 2,554; varianza del 42,56 %); y 2 = apatía-abulia (autovalor 2,103; varianza del 35,04 %) (tabla 3).

DISCUSIÓN

Resultados principales

Nuestro estudio examinó las características sociodemográficas y clínicas, así como el impacto funcional y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia no deficitaria y esquizofrenia deficitaria en el Perú. Los resultados revelaron diferencias significativas en varios aspectos entre los dos grupos.

No encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo, estado civil, complicaciones obstétricas o antecedentes familiares de primer grado con psicosis entre los dos grupos. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores que no han encontrado asociaciones significativas entre estas variables y la presencia de síntomas negativos y un síndrome

deficitario en la esquizofrenia (21-24). Sin embargo, sí observamos diferencias significativas en relación con el trabajo actual. Similar a lo reportado en otros estudios (21, 23), encontramos que los pacientes con esquizofrenia no deficitaria presentaron una mayor proporción de empleo en comparación con los pacientes con esquizofrenia deficitaria. Estos resultados indican que los síntomas negativos pueden tener un impacto más perjudicial en el funcionamiento social y ocupacional de los individuos, lo cual es consistente con estudios previos que han demostrado una relación entre la gravedad de los síntomas negativos y el deterioro funcional (3-5).

Nuestros resultados revelaron diferencias significativas en el funcionamiento global y cognitivo entre los pacientes con esquizofrenia deficitaria y no deficitaria en la muestra estudiada. Estos hallazgos respaldan la existencia de una mayor disfunción en el grupo de pacientes con esquizofrenia deficitaria, tanto en términos de autonomía, función laboral y rendimiento cognitivo.

Con relación al funcionamiento global, los pacientes con esquizofrenia no deficitaria mostraron un mejor nivel de autonomía y función laboral en comparación con aquellos con esquizofrenia

Tabla 3. Análisis factorial del síndrome deficitario (n = 33).

	1	2
	Déficit expresivo	Apatía-abulia
Aplanamiento afectivo	0,892	
Rango emocional disminuido	0,943	
Alogia	0,701	
Pérdida de intereses		0,785
Falta de objetivos		0,914
Pérdida de interés por actividades sociales		0,636
Eigenvalue	2,554	2,103
Varianza (%)	42,56	35,04
Alfa de Cronbach	0,899	0,897

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación ha convergido en tres iteraciones. Solo se utilizan los casos para los cuales: Síndrome deficitario = Sí en la fase de análisis. KMO = 0,722; Prueba de esfericidad de Barlett = 105,536; $p < 0,001$.

deficitaria. Estos resultados sugieren que los síntomas negativos presentes en la esquizofrenia deficitaria, como la avoliación y la reducción de la motivación, pueden tener un impacto significativo en la capacidad de los pacientes para llevar a cabo actividades diarias y mantener empleos remunerados. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han demostrado una asociación entre los síntomas negativos y el deterioro funcional en la esquizofrenia (25-27).

Adicionalmente, se observaron discrepancias significativas en el desempeño cognitivo entre los grupos estudiados. Concretamente, los pacientes diagnosticados con esquizofrenia deficitaria exhibieron un peor funcionamiento cognitivo en comparación con aquellos afectados por la esquizofrenia no deficitaria. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones previas que han indicado la existencia de un perfil cognitivo más perjudicado en pacientes con una destacada presencia de síntomas negativos (10-12, 23, 24). Las deficiencias cognitivas en áreas como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas pueden tener un impacto significativo en la capacidad de los pacientes para realizar tareas diarias y participar en actividades sociales y laborales (28).

La presencia de mayores disfunciones funcionales y cognitivas en el grupo de pacientes con esquizofrenia deficitaria puede ser atribuida a diversas hipótesis. Una posible explicación es que los síntomas negativos pueden estar relacionados con un mayor grado de disrupción neurobiológica. Otros estudios han demostrado alteraciones estructurales y funcionales en regiones cerebrales específicas asociadas con los

síntomas negativos, como la corteza prefrontal y el cuerpo caloso (29-31). Estas alteraciones pueden afectar directamente al funcionamiento global y cognitivo de los pacientes con esquizofrenia deficitaria.

Realizamos un análisis factorial de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia deficitaria para evaluar la estructura bidimensional de estos síntomas. Nuestros resultados indican que los síntomas negativos se pueden agrupar en dos factores sindrómicos: déficit expresivo y apatía-abulia. El factor déficit expresivo incluye síntomas como aplanamiento afectivo, rango emocional disminuido y alogia. Estos síntomas reflejan una disminución en la expresión emocional y verbal, lo que dificulta la comunicación y la capacidad de transmitir emociones. Por otro lado, el factor apatía-abulia abarca síntomas como pérdida de intereses, falta de objetivos y pérdida de interés por actividades sociales. Estos síntomas se caracterizan por una disminución en la motivación, la falta de iniciativa y la disminución de la participación en actividades socialmente significativas.

Estos resultados respaldan la validez de la estructura bidimensional de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia deficitaria. El análisis factorial proporciona una comprensión más profunda de la sintomatología, lo que puede ser relevante tanto en la evaluación clínica como en la investigación científica. Es importante destacar que nuestra muestra mostró resultados consistentes con estudios previos que han identificado esta estructura bidimensional en síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia deficitaria (21, 22, 32-34). Estos hallazgos respaldan la fiabilidad

y la replicabilidad de esta estructura en diferentes contextos y poblaciones. Una posible explicación para esta estructura bidimensional es la implicación de diferentes mecanismos neurobiológicos en los síntomas negativos de la esquizofrenia deficitaria. Se ha propuesto que el factor déficit expresivo puede estar asociado con alteraciones en la regulación emocional y en los circuitos cerebrales implicados en la expresión emocional y verbal (35). Por otro lado, el factor apatía-abulia puede estar relacionado con disfunciones en los sistemas de motivación y recompensa, así como en la regulación de la conducta y la iniciativa (36, 37).

Implicancias para la salud pública

El presente estudio proporciona información valiosa sobre el deterioro funcional y neurocognitivo observado en pacientes con esquizofrenia deficitaria en una muestra de pacientes peruanos, así como la confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa. Estos hallazgos tienen importantes implicancias para la salud pública.

En primer lugar, la identificación de diferencias significativas en los resultados funcionales entre pacientes con esquizofrenia deficitaria y no deficitaria resalta la necesidad de intervenciones específicas para cada grupo. Esto implica que se deben desarrollar estrategias de tratamiento y rehabilitación que aborden de manera efectiva los síntomas negativos y promuevan el funcionamiento óptimo en cada subgrupo de pacientes. Además, la presencia de un peor funcionamiento cognitivo en el grupo de pacientes con esquizofrenia deficitaria señala la importancia de abordar las deficiencias cognitivas en los programas de intervención. Es fundamental diseñar intervenciones que mejoren las funciones cognitivas clave, como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, a fin de optimizar el funcionamiento general de los pacientes. Asimismo, la estructura bidimensional de los síntomas negativos encontrada en este estudio tiene implicancias clínicas y de investigación. Estos resultados respaldan la utilidad de evaluar los síntomas negativos en función de los dos factores sindrómicos identificados: déficit expresivo y apatía-abulia. Esta comprensión más profunda de la sintomatología puede guiar el desarrollo de enfoques terapéuticos más específicos y personalizados para el manejo de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia deficitaria.

En términos de políticas de salud pública, estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental en el Perú, especialmente

para aquellos con esquizofrenia deficitaria. Se requiere una mayor inversión en recursos humanos capacitados, así como en infraestructura y programas de rehabilitación psicosocial, para abordar las necesidades específicas de esta población vulnerable.

Limitaciones del estudio

A pesar de los resultados significativos y las conclusiones obtenidas, es importante tener en cuenta algunas limitaciones en este estudio. Para empezar, la muestra utilizada fue relativamente pequeña, lo que podría afectar a la generalización de los hallazgos a una población más amplia de pacientes con esquizofrenia deficitaria en el contexto peruano; sin embargo, cabe destacar que se utilizó un riguroso proceso de selección de los participantes, incluyendo criterios claros de diagnóstico y evaluación clínica exhaustiva, lo que aumenta la validez interna de los resultados. Además, la selección de los participantes puede haber introducido un sesgo de selección, ya que los pacientes fueron reclutados de una sola institución y es posible que no sean representativos de todos los pacientes con esquizofrenia deficitaria en el país. Asimismo, se debe considerar que este estudio se centró en pacientes de Perú, lo que limita la extrapolación de los resultados a otras poblaciones geográficas y culturales. No obstante, se debe tener en cuenta que la institución seleccionada cuenta con un amplio alcance y experiencia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, lo que contribuye a la robustez de los resultados y a la calidad de los datos recopilados.

Otra limitación para tener en cuenta es la exclusión de variables potencialmente relevantes, como el uso de medicamentos antipsicóticos, la comorbilidad psiquiátrica y la historia de hospitalizaciones previas, que podrían haber influido en los resultados. Además, aunque se realizó un análisis factorial de los síntomas negativos, es importante reconocer que esta estructura bidimensional puede no capturar la totalidad de la variabilidad sintomática en la esquizofrenia deficitaria y que otros enfoques metodológicos podrían ser considerados en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

En esta investigación, se observaron diferencias significativas entre los pacientes con esquizofrenia no deficitaria y deficitaria en términos de características sociodemográficas y clínicas. El grupo de pacientes con esquizofrenia deficitaria presentó un tiempo de enfermedad más prolongado. Además, se encontró un mejor funcionamiento global y cognitivo en el grupo de pacientes con esquizofrenia no deficitaria,

excepto en la prueba cognitiva VLT-I. En relación con los síntomas negativos, se identificaron dos factores sindrómicos en los pacientes con esquizofrenia deficitaria: déficit expresivo y apatía-abulia. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias en el perfil clínico y funcional de los pacientes con esquizofrenia deficitaria y no deficitaria. La evaluación del funcionamiento global, cognitivo y de los síntomas negativos puede contribuir a una mejor comprensión y abordaje de esta población.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Aprobación de ética: La investigación se llevó a cabo con la autorización de la Oficina de Capacitación y Docencia del HN-LNS-PNP (Decreto n.º 29-2018-DIRSAPOL/OFAD-AREGEPSP-SEC.INV).

REFERENCIAS

- Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2004; 30(2): 279-293. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078>
- Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2016; 12: 357-373. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ndt.s96649>
- Weber S, Scott JG, Chatterton ML. Healthcare costs and resource use associated with negative symptoms of schizophrenia: a systematic literature review. *Schizophr Res* [Internet]. 2022; 241: 251-259. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.051>
- Möller HJ. The relevance of negative symptoms in schizophrenia and how to treat them with psychopharmaceuticals? *Psychiatr Danub* [Internet]. 2016; 28(4): 435-440. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol28_no4/dnb_vol28_no4_435.pdf
- Kirkpatrick B, Mucci A, Galderisi S. Primary, enduring negative symptoms: an update on research. *Schizophr Bull* [Internet]. 2017; 43(4): 730-736. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx064>
- Kaliuzhna M, Kirschner M, Carruzzo F, Hartmann-Riemer MN, Bischof M, Seifritz E, et al. How far to go in deconstructing negative symptoms? Behavioural and neural level evidence for the amotivation domain. *Schizophr Res* [Internet]. 2021; 236: 41-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.007>
- Carpenter Jr WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1988; 145(5): 578-583. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.578>
- López-Díaz Á, Lara I, Lahera G. Is the prevalence of the deficit syndrome in schizophrenia higher than estimated? Results of a meta-analysis. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2018; 15(1): 94-98. Disponible en: <https://doi.org/10.4306/pi.2018.15.1.94>
- Chan SKW, Liao Y, Hui CLM, Wong TY, Suen Y, Chang WC, et al. Longitudinal changes of cognitive function and its relationship with subdomains of negative symptoms in patients with adult-onset first-episode schizophrenia: a 4-year follow up study. *Schizophr Res* [Internet]. 2023; 252: 181-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.004>
- Sum MY, Tay KH, Sengupta S, Sim K. Neurocognitive functioning and quality of life in patients with and without deficit syndrome of schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018; 263: 54-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.025>
- Bora E, Binnur Akdede B, Alptekin K. Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2017; 47(14): 2401-2413. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0033291717000952>
- Yu M, Tang XW, Wang X, Zhang XR, Zhang XB, Sha WW, et al. Neurocognitive impairments in deficit and non-deficit schizophrenia and their relationships with symptom dimensions and other clinical variables. *PLoS One* [Internet]. 2015; 10(9): e0138357. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138357>
- Huarcaya-Victoria J. Factors associated with overall functioning in patients with schizophrenia in a general hospital in Peru. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)* [Internet]. 2021; 50(4): 252-259. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.03.002>
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter Jr WT. The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research

- in schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 1989; 30(2): 119-123. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90153-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90153-4)
15. Bernardo M, Fernández-Egea E, Torras A, Gutiérrez F, Ahuir M, Arango C. [Adaptation and validation into Spanish of Schedule for the Deficit Syndrome]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2007; 129(3): 91-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13107363>
 16. Purdon S. Purdon (2005) SCIP Manual. Alberta: PNL Inc; 2005.
 17. Cuesta MJ, Pino Ó, Guilera G, Rojo JE, Gómez-Benito J, Purdon SE, et al. Brief cognitive assessment instruments in schizophrenia and bipolar patients, and healthy control subjects: a comparison study between the Brief Cognitive Assessment Tool for Schizophrenia (B-CATS) and the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP). *Schizophr Res* [Internet]. 2011; 130(1-3): 137-142. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.020>
 18. Pino Ó, Guilera G, Gómez J, Rojo JE, Vallejo J, Purdon SE. Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psichothema* [Internet]. 2006; 18(3): 447-452. Disponible en: <https://www.psichothema.com/pdf/3236.pdf>
 19. Zortéa K, Da Silva Magalhães PV, Rosa AR, De Lucena DF, Guimarães LR, Petter Francesconi LP, et al. Concurrent validity and reliability of the Brazilian version of the Functioning Assessment Short Test in patients with schizophrenia. *Value Health Reg Issues* [Internet]. 2012; 1(2): 244-247. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2012.08.001>
 20. Ribeiro A, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Godelieve W, Bonnín CM, Ayusos-Mateos JL, et al. Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST). Manual de administración. Barcelona: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; 2008. Disponible en: https://bi.cibersam.es/media/1003/guia_de_administracion.pdf
 21. López-Díaz Á, Menéndez-Sampil C, Pérez-Romero A, Palermo-Zeballos FJ, Valdés-Flrido MJ. Characterization of deficit schizophrenia and reliability of the bidimensional model of its negative symptomatology. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2020; 74(6): 400-406. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1736151>
 22. Peralta V, Moreno-Izco L, Sanchez-Torres A, García de Jalón E, Campos MS, Cuesta MJ. Characterization of the deficit syndrome in drug-naïve schizophrenia patients: the role of spontaneous movement disorders and neurological soft signs. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014; 40(1): 214-224. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs152>
 23. Réthelyi JM, Czobor P, Polgár P, Mersich B, Bálint S, Jekkel E, et al. General and domain-specific neurocognitive impairments in deficit and non-deficit schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2012; 262(2): 107-115. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0224-4>
 24. Tyburski E, Pelka-Wysiecka J, Mak M, Samochowiec A, Bieńkowski P, Samochowiec J. Neuropsychological profile of specific executive dysfunctions in patients with deficit and non-deficit schizophrenia. *Front Psychol* [Internet]. 2017; 8: 1459. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01459>
 25. Tan EJ, Toh WL, Rossell SL. Examining relationships between state and trait psychotic symptoms and quality of life in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2022; 310: 114450. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114450>
 26. Escandell MJ, Prat G, Garcia-Franco M, Martín-Martínez JR, Ochoa S, Tortades I, et al. Clinical symptoms and social functioning in schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* [Internet]. 2022; 15(4): 251-258. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.05.003>
 27. Cao X, Chen S, Xu H, Wang Q, Zhang Y, Xie S. Global functioning, cognitive function, psychopathological symptoms in untreated patients with first-episode schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2022; 313: 114616. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114616>
 28. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2023; 28(5): 1902-1918. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
 29. Yu M, Dai Z, Tang X, Wang X, Zhang X, Sha W, et al. Convergence and divergence of brain network dysfunction in deficit and non-deficit schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2017; 43(6): 1315-1328. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx014>
 30. Xie T, Zhang X, Tang X, Zhang H, Yu M, Gong G, et al. Mapping convergent and divergent

- cortical thinning patterns in patients with deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2019; 45(1): 211-221. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx178>
31. Podwalski P, Tyburski E, Szczygiel K, Waszczuk K, Rek-Owodziń K, Mak M, et al. White matter integrity of the corpus callosum and psychopathological dimensions in deficit and non-deficit schizophrenia patients. *J Clin Med* [Internet]. 2021; 10(11): 2225. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm10112225>
 32. KimhyD, YaleS, GoetzRR, McFarrLM, Malaspina D. The factorial structure of the Schedule for the Deficit Syndrome in Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2006; 32(2): 274-278. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi064>
 33. Nakaya M, Ohmori K. A two-factor structure for the Schedule for the Deficit Syndrome in Schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2008; 158(2): 256-259. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.008>
 34. Galderisi S, Bucci P, Mucci A, Kirkpatrick B, Pini S, Rossi A, et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophr Res* [Internet]. 2013; 147(1): 157-162. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
 35. Ruiz-Castañeda P, Daza-González MT, Santiago-Molina E. Negative symptoms and behavioral alterations associated with dorsolateral prefrontal syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Med* [Internet]. 2021; 10(15): 3417. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm10153417>
 36. Millan MJ, Fone K, Steckler T, Horan WP. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2014; 24(5): 645-692. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
 37. Kring AM, Barch DM. The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2014; 24(5): 725-736. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.06.007>