Escala BNSS: relación con medidas cognitivas y funcionalidad

Devi Treen Calvo
Unidad de Psiquiatría, Hospital del Mar-INAD, Barcelona, España

Introducción

La sintomatología negativa y los déficits cognitivos en la esquizofrenia son los dominios más asociados a un peor funcionamiento global de los pacientes [1]. El limitado progreso alcanzado en esta área tanto en tratamientos farmacológicos como en otro tipo de intervenciones ha obligado a impulsar nuevas perspectivas etiológicas así como a la redefinición y conceptualización de ambos dominios. En este contexto, las directrices del Consenso en Síntomas Negativos del National Institute of Mental Health impulsaron el desarrollo de dos objetivos principales [2]:

1- Revisar los dominios distinguibles de síntomas negativos como un pre-requisito para escoger instrumentos de medida adecuados de estos dominios en los ensayos clínicos.
2- Crear instrumentos de medida adecuados como primer paso para poder evaluar de forma válida y fiable la eficacia de los tratamientos dirigidos a los síntomas negativos.

La escala *"Brief Negative Symptom Scale"* (BNSS) es uno de los instrumentos creados a raíz de esta iniciativa [3]. El objetivo de este estudio es analizar la capacidad discriminativa de la escala BNSS para los síntomas negativos versus los déficits cognitivos y estudiar su asociación con la funcionalidad de los pacientes.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es ampliar el conocimiento sobre la escala BNSS para síntomas negativos. Para ello, en primer lugar se estudiará su capacidad discriminativa mediante el análisis de la relación entre los síntomas negativos medidos con la BNSS y el deterioro cognitivo medido con la batería *"Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia"* (BACS); en segundo lugar se determinará la validez convergente con la funcionalidad de los pacientes medida con la escala de funcionamiento Personal y Social (PSP).

Métodos

En el siguiente estudio se ha incluido una muestra preliminar de 24 pacientes reclutados en Hospital del Mar y centros asociados con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo siguiendo criterios DSM-5. Se realizó una evaluación transversal que incluyó los datos sociodemográficos, el consumo de tóxicos, la evaluación de síntomas negativos con la escala BNSS, la evaluación de síntomas cognitivos con la escala BACS y la evaluación de la funcionalidad con la escala PSP. Cinco de los pacientes abandonaron el estudio antes de poder realizar la evaluación cognitiva, por lo que solo se dispone de una submuestra de 19 pacientes con la evaluación completa.

Análisis estadístico:
Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas.
Posteriormente se realizó mediante la correlación de Pearson:

1- La correlación de la BNSS total y subescalas con la BACS total y subtests para la submuestra de 19 pacientes.
2- La correlación de la BNSS total y subescalas con la PSP para la muestra de 24 pacientes

Resultados y discusión

Los 24 pacientes de la muestra tenían un diagnóstico de Esquizofrenia o trastorno Esquizoafectivo. Estos presentaban una edad media de 37,58 años ±9,934 y el 66,7% eran hombres. El 29,2% de los pacientes tenían estudios primarios, el 66,7% estudios secundarios y un 4,2% estudios superiores.
En la submuestra de 19 pacientes de los que se disponía de la evaluación completa, no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de la escala BNSS y sus subescalas con la puntuación de la escala BACS y sus subtests. (tabla 1).
Centrándonos en las puntuaciones de la escala BNSS (y subescalas) y las medidas de funcionamiento para la muestra de 24 pacientes, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de la PSP y la puntuación total de la BNSS (p=0,004), así como con las subescalas anhedonia (p=0,002), malestar (p=0,040) y abulia (p=0,001). (tabla 2)

Tabla 1: Correlación de Pearson entre BNSS total y subescalas con la BACS total y subtests

N=19	BACS Total	Memoria Verbal	Secuenciación de Dígitos	Fluencia Verbal	Código de Símbolos	Tarea Motora	Torre de Londres
BNSS Total	r=-0,056 p=0,818	r=-0,153 p=0,533	r=-0,003 p=0,991	r=-0,133 p=0,588	r=-0,114 p=0,644	r=0,051 p=0,836	r=0,007 p=0,978
Subescala Anhedonia	r=-0,271 p=0,262	r=-0,341 p=0,153	r=-0,385 p=0,103	r=-0,223 p=0,358	r=-0,058 p=0,813	r=-0,096 p=0,694	r=-0,221 p=0,363
Subescala Malestar	r=0,051 p=0,837	r=0,035 p=0,888	r=0,038 p=0,878	r=-0,094 p=0,701	r=0,043 p=0,860	r=0,406 p=0,085	r=-0,213 p=0,382
Subescala Deterioro de la interacción social	r=-0,239 p=0,325	r=0,060 p=0,808	r=-0,401 p=0,088	r=-0,109 p=0,657	r=-0,398 p=0,092	r=0,010 p=0,967	r=-0,183 p=0,454
Subescala Abulia	r=-0,358 p=0,132	r=-0,314 p=0,190	r=-0,138 p=0,573	r=-0,133 p=0,588	r=-0,334 p=0,132	r=-0,302 p=0,209	r=-0,217 p=0,372
Subescala Embotamiento Afectivo	r=0,226 p=0,353	r=0,081 p=0,742	r=0,399 p=0,091	r=0,104 p=0,673	r=0,029 p=0,907	r=-0,012 p=0,960	r=0,228 p=0,349
Subescala Alogia	r=0,241 p=0,320	r=-0,032 p=0,895	r=0,259 p=0,284	r=-0,069 p=0,780	r=0,168 p=0,492	r=0,141 p=0,566	r=0,337 p=0,158

Tabla 2: Correlación de Pearson entre la escala BNSS total y subescalas y la Escala de funcionamiento personal y social (PSP)

N=24	PSP
BNSS total	r=-0,569 p=0,004*
Subescala Anhedonia	r=-0,605 p=0,002*
Subescala Malestar	r=-0,422 p=0,040*
Subescala Deterioro de la interacción social	r=-0,373 p=0,073
Subescala Abulia	r=-0,614 p=0,001*
Subescala Embotamiento Afectivo	r=-0,297 p=0,158
Subescala Alogia	r=-0,069 p=0,747

Conclusiones

La escala BNSS es un instrumento válido para evaluar los síntomas negativos, en nuestro estudio, los análisis realizados confirman que la escala tiene una buena especificidad para discriminar síntomas negativos de síntomas cognitivos. Por otro lado también ha demostrado validez convergente con el funcionamiento personal y social de los pacientes al obtener una correlación negativa significativa con la puntuación de la escala PSP. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios recientes en los que se confirma una fuerte relación entre la gravedad de la sintomatología negativa y el funcionamiento global en la esquizofrenia. [1,4,5].

Bibliografía

1- Norman RM, Malla AK, McLean T, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale. Acta Psychiatr Scand. 2000;102:303–309.
2- Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT & Marder SR. The NIMH-MATRICS Consensus Statement on Negative Symptoms. Schizophr Bull. 2006; 32(2), 214-219.
3- Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A & Marder SR. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric Properties. Schizophr bull. 2011; 37 (2), 300-305.
4- Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Harris A, Brennan J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first episode psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39:487–492.
5- Orsel S, Akdemir A, Daq I. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. Compr Psychiatry. 2004;45:57–61.

Hospital del Mar
Parc de Salut MAR Barcelona