



AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,2}, Felix Inchausti³, Javier Ortuño-Sierra¹, Carmen Gutiérrez⁴,
Diane C. Gooding⁵ y Mercedes Paino^{2,6}

¹Universidad de La Rioja. ²Programa de Prevención de Psicosis (P3). ³Centro Hospitalario Benito Menni de Elizondo.

⁴Unidad de Salud Mental, Hospital San Pedro. ⁵Universidad de Wisconsin-Madison, EEUU. ⁶Universidad de Oviedo

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas negativos en los trastornos del espectro psicótico y condiciones relacionadas. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos. Se focaliza el discurso en las herramientas de nueva construcción, y se mencionan sus características psicométricas. Asimismo, se señalan diferentes instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas negativos como expresión de condición de riesgo o de vulnerabilidad a la psicosis, tanto dentro del paradigma de alto riesgo clínico como psicométrico. En tercer lugar, y para finalizar, se diserta a modo de recapitulación sobre algunas conclusiones, directrices y posibles desarrollos futuros en este área de estudio.

Palabras clave: Psicosis, Evaluación, Síntomas negativos, Anhedonia, Test.

The main goal of the present work is to bring to psychologists recent advances in the field of assessment of the negative symptoms in the psychotic spectrum disorders and related conditions. First, we briefly discuss the historical development of negative symptoms, their conceptualization, and their impact on clinical practice and research. Second, we present the tools available for the assessment of negative symptoms. Discourse focuses on the new construction tools and the psychometric characteristics are mentioned. Also, measuring instruments for the assessment of negative symptoms as an expression of risk or vulnerability to psychosis are showed, both within the clinical and the psychometric high risk paradigm. Third, and finally, there is a proposal to recap on some conclusions, guidelines, and possible future developments in this area of study.

Key words: Psychosis, Assessment, negative symptoms, Anhedonia, Test.

El síndrome psicótico aglutina un conjunto de entidades clínicas heterogéneas que son consideradas un problema sanitario y social de primer orden. Los trastornos del espectro psicótico se encuentran entre una de las diez principales causas de discapacidad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011), representando el tercer "brain disorder" que más costes genera en Europa (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, y Jönsson, 2012). Este síndrome aparece generalmente en la adolescencia y temprana adultez, y afecta al 2-3% de la población (Perälä et al., 2007). En particular, la prevalencia media estimada para la esquizofrenia es de 4 personas por cada 1000, mientras que la incidencia media es de 15,2 personas por cada 100.000 (McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008). Más allá de estas cifras, el impacto que supone un episodio psicótico para la vida de las personas y las familias

que lo sufren obliga, tanto a investigadores como clínicos, a seguir dirigiendo todos los esfuerzos a analizar este conjunto de trastornos. Solo una comprensión más cabal de la naturaleza de la psicosis, considerando su complejidad y heterogeneidad, permitirá una gestión más eficiente de los recursos sociales y/o sanitarios (Fonseca Pedrero, Paino, y Fraguas, 2013).

El síndrome psicótico abarca una amplia variedad de dominios psicopatológicos entre los que se encuentran las dimensiones positiva, negativa, cognitiva, desorganizada y afectiva (van Os y Kapur, 2009). Los modelos clasificatorios actuales, como el DSM-5, tratan de capturar la estructura dimensional que subyace a la psicosis, a través de dominios, gradientes y dimensiones (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Los dominios de psicopatología que definen los trastornos psicóticos son: alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado. Los gradientes de los síntomas y signos definen la gravedad del trastorno en base al nivel, el número y a la duración, y se utilizan para

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero. Departamento de ciencias de la educación. Universidad de La Rioja. C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES. 26002 Logroño, La Rioja. España.
E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es



delimitar y diferenciar los trastornos del espectro psicótico entre sí. Las dimensiones se refieren a la estructura del cuadro clínico y se corresponden con los cinco dominios antes mencionados más la función cognitiva, la depresión y la manía (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Cada dimensión se valora en una escala de cinco puntos, donde el 0 se refiere a ausencia o no presencia, y el 4 se refiere a presencia y gravedad. Los valores superiores a 2 son de gravedad suficiente y se podrían considerar como umbral para el cumplimiento de un criterio diagnóstico.

Esta visión del síndrome psicótico propuesta desde el DMS-5 supone un giro en su conceptualización desplazándose hacia un modelo mixto o híbrido que trata de integrar los enfoques categorial y dimensional. Eran numerosas las voces que consideraban la necesidad de introducir en la evaluación y el diagnóstico un modelo dimensional ya que, entre otros aspectos, permite: a) una evaluación más específica e individualizada de los pacientes (Barch et al., 2013); b) captar la heterogeneidad clínica observada en la praxis clínica, tanto a nivel interindividual como intraindividual; c) una mejor comprensión de las elevadas tasas de comorbilidad y solapamiento con otros trastornos (Buckley, Miller, Lehrer, y Castle, 2009) y entre las dimensiones del propio síndrome; y d) incorporar los estudios sobre experiencias psicóticas atenuadas en población general (Linscott y van Os, 2013). Una aproximación dimensional considera que los síntomas psicóticos, por ejemplo los síntomas negativos, no son específicos de la psicosis, y que se pueden encontrar presentes en otros trastornos y enfermedades. Además, dichos dominios se pueden hallar distribuidos normalmente en la población general, como variación de un proceso psicológico, poniendo de manifiesto, por un lado, que su expresión fenotípica varía en gradiente de gravedad, y por otro, la dificultad de delimitar la supuesta frontera de la "normalidad" y el cuadro clínico. La inclusión del acercamiento dimensional es posible que permita superar algunas de las carencias de los sistemas nosológicos actuales -concretamente el DSM-5-, así como mejorar las estrategias de prevención, tratamiento e intervención (Heckers et al., 2013).

El estudio de la psicosis y condiciones clínicas relacionadas pasa por comprender, entre otros aspectos, la forma en la que los clínicos e investigadores tratan de capturar y apresar este síndrome (o cualquiera de sus facetas). La definición recogida en las clasificaciones internacionales, así como los modelos teóricos imperantes en

psicología clínica y psiquiatría determinan, en cierta medida, la forma de evaluación y medición de este constructo (Lemos Giraldez, Paino, Fonseca Pedrero y Vallina, en prensa). Por ello, en la actualidad, muchos de los instrumentos de evaluación (p.ej., test, entrevistas estructuradas, escalas de apreciación) que se utilizan en la praxis clínica, en los ensayos clínicos y en la investigación, se continúan fundamentando en criterios politéticos de tipo clínico-descriptivo, y no de tipo etiopatogénico (Obiols, Barrantes-Vidal, y Zaragoza Domingo, 2006). En este sentido, la comprensión y análisis de las dimensiones del fenotipo psicótico se encuentran íntimamente ligados a los instrumentos de medida utilizados, así como al propio proceso de medición, evaluación e intervención. Sin una evaluación adecuada no sería posible realizar un diagnóstico preciso, y sin un diagnóstico acertado no se podrá llevar a cabo una intervención eficaz. Esto es, si la evaluación se realiza de forma deficiente es posible que, tanto el proceso de diagnóstico como el plan de tratamiento e intervención, sean también erróneos (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas psicóticos negativos en los trastornos del espectro psicótico. No trata de ser una revisión exhaustiva, ni de cubrir todas las áreas, técnicas e instrumentos conocidos, sino más bien realizar una actualización selectiva de los instrumentos de medida más relevantes en este campo de estudio. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos, focalizando el discurso en las herramientas de nueva construcción. Concretamente, se exponen los nuevos desarrollos en su identificación y evaluación, y se mencionan sus características psicométricas. Asimismo, se señalan diferentes instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas negativos como expresión de condición de riesgo o de vulnerabilidad a la psicosis. En tercer lugar, y para finalizar, se diserta a modo de recapitulación sobre algunas conclusiones, directrices y posibles desarrollos futuros en este área de estudio. Aquellos lectores que deseen profundizar de forma más exhaustiva en la evaluación de la psicosis y, concretamente de los síntomas negativos pueden consultar trabajos previos (Fonseca-Pedrero, Gooding, Paino, Lemos-Giraldez, y Muñiz, 2014; Ho-



ran, Kring, y Blanchard, 2006; Lindenmayer, Harvey, Khan, y Kirkpatrick, 2007; Marder y Kirkpatrick, 2014; Pratt y Mueser, 2010).

Los síntomas negativos en el síndrome psicótico: desarrollo histórico y conceptualización

Cuando el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler (1911) introdujo por primera vez el concepto de esquizofrenia, destacó que los síntomas más característicos del trastorno no eran los delirios y las alucinaciones que presentan este tipo de pacientes —y que Bleuler consideró síntomas “accesorios”—, sino el marcado embotamiento afectivo, la incapacidad para relacionarse (autismo), la alteración en la asociación de ideas (alogia) y la ambivalencia afectiva. Esta definición de la esquizofrenia puso de manifiesto que las características más llamativas del trastorno eran los déficits. El término déficit se ha empleado tradicionalmente para describir una reducción en una variedad de comportamientos con respecto a un perfil de comportamiento hipotéticamente “normal”, como son la expresión facial, el habla, las actividades placenteras, y la actividad dirigida a objetivos. A este conjunto de síntomas y comportamientos se les denomina *síntomas negativos*. Por su parte, los *síntomas positivos*, se refieren a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso “normal”. Curiosamente, en la práctica clínica y en los criterios taxonómicos, y recogiendo la tradición de Schenider, se le suele otorgar un mayor peso a la valoración de los síntomas positivos (p.ej., alucinaciones y delirios), tal vez en parte por su mayor facilidad en la identificación y de cara a la precisión diagnóstica. Este mismo aspecto se puede observar en los tratamientos psicológicos, donde la gran mayoría se focalizan en la intervención de los síntomas de tinte positivo (Elis, Caponigro, y Kring, 2013).

Los modelos factoriales llevados a cabo, así como la revisión de la literatura previa, evidencian que los síntomas negativos se aglutinan en las facetas de: aislamiento social, anhedonia, avolición, afecto aplanado y alogia (Blanchard y Cohen, 2006). Estas cinco facetas se agrupan en dos dimensiones generales, a saber: a) Experiencial o de involucración del entorno (asociabilidad, anhedonia y avolición), denominada generalmente Avolición; y b) Expresiva o Expresión emocional disminuida (aplanamiento afectivo y alogia) (véase Figura 1). En el DMS-5 se ha realizado una deconstrucción de los síntomas negativos, al igual que del propio constructo de psicosis, siendo recomendable evaluar y considerar estos dos dominios de forma independiente. Asimismo, el interés por el análisis e identificación de estas facetas ha si-

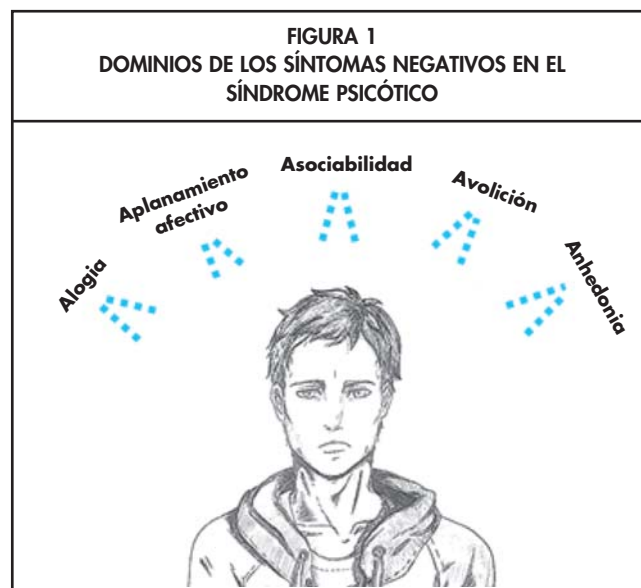
do desigual, destacando sin lugar a dudas el papel de la anhedonia (Horan et al., 2006).

Los síntomas negativos son frecuentes en pacientes con psicosis (aproximadamente el 60% presenta al menos un síntoma) (Bobes, Arango, Garcia-Garcia, Rejas, y CLAMORS Study Collaborative Group, 2010), y en el 10-30% de los casos tienen una elevada magnitud y persistencia (Buchanan, 2007), derivando en el síndrome deficitario. Además, estos síntomas producen un claro impacto en el funcionamiento ocupacional, familiar y social, así como en los hábitos de vida y en la salud general del paciente (García-Portilla González y Bobes, 2013). Asimismo, se han mostrado resistentes al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (Leucht et al., 2009). Al mismo tiempo, más allá de las fronteras clínicas, la presencia de síntomas negativos y, más concretamente, de anhedonia (o hipohedonia), también es considerada como un marcador de riesgo o como la expresión de vulnerabilidad latente a la psicosis (Docherty y Sponheim, 2014; Meehl, 1962).

Evaluación de los síntomas negativos

El interés por la evaluación de la dimensión negativa de la psicosis ha aumentado considerablemente en los últimos años gracias al impulso del *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter Jr, y Marder, 2006) y fruto de diversas necesidades clínicas y sociales. Hasta el momento la identificación y evaluación de los síntomas negativos era un área con grandes limitaciones e insuficiencias. En la reunión del NIMH de 2006, el grupo de trabajo para los síntomas negativos

FIGURA 1
DOMINIOS DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO



consensuó una serie de directrices necesarias para mejorar su comprensión, identificación y tratamiento. Una de esas líneas fue el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación que permitieran apresar el constructo con mayores garantías científicas. Además, se consideró interesante que las nuevas herramientas recogieran los avances en el campo de la neurociencia afectiva, que sugieren la distinción entre placer anticipatorio (vinculado más a la dopamina) y consumatorio (vinculado más a la serotonina) (Berridge y Kringelbach, 2008; Gard, Kring, Gard, Horan, y Green, 2007).

Existen diferentes herramientas para la evaluación de los síntomas negativos que se podrían desglosar en dos generaciones (Kane, 2013; Marder y Kirkpatrick, 2014). La *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987) y la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) (Andreasen, 1983) serían instrumentos pertenecientes a la primera generación. La *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms* (CAINS) (Kring, Gur, Blanchard, Horan, y Reise, 2013), la *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS) (Kirkpatrick et al., 2011) y el *Motivation and Pleasure Scale-Self-report* (MAP-SR) (Llerena et al., 2013; Park et al., 2012) se corresponderían con la segunda generación. La *16-item Negative Symptom Assessment* (NSA-16) (Axelrod, Goldman, y Alphas, 1993) sería una herramienta que se encuentra a medio camino entre ambas generaciones. En términos generales, los instrumentos de segunda generación presentan un mayor rigor científico en cuanto al proceso de construcción y validación, siendo los estudios

psicométricos realizados más sofisticados y rigurosos. En la Tabla 1 se presentan, de forma esquemática, las principales características de estos instrumentos de medida.

Instrumentos de evaluación de los síntomas negativos: primera generación

La PANSS (Kay et al., 1987) es un instrumento hereteroaplicado compuesto por 30 ítems divididos en tres subescalas: Síntomas positivos, Síntomas negativos y Psicopatología general. Concretamente, la subescala de Síntomas negativos explora, a partir de 7 ítems, las facetas de aislamiento social, afectividad aplanada y amotivación. Cada ítem se puntúa sobre una escala tipo *Likert* de siete puntos, donde 1 equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. La PANSS permite evaluar el síndrome esquizofrénico, tanto desde una perspectiva dimensional, como categorial. Estudios factoriales recientes han encontrado que un modelo bifactorial compuesto por una dimensión general de psicosis más cinco dimensiones específicas (positiva, negativa, desorganizada, manía y depresión) es el más apropiado para explicar su estructura dimensional subyacente (Reininghaus, Priebe, y Bentall, 2013). En el trabajo de validación española, Peralta y Cuesta (1994) encontraron que las puntuaciones de la PANNS presentaban un adecuado comportamiento psicométrico. Posteriores estudios realizados en muestras clínicas han encontrado resultados similares que apoyan el uso de esta herramienta en investigación y en la práctica clínica en población española (Fonseca-Pedrero, Gooding, et al., 2014; Rodríguez-Jimenez et al., 2013).

La SANS (Andreasen, 1983) es una entrevista diseñada para evaluar la gravedad de los síntomas negativos en la psicosis. Se compone de un total de 25 ítems divididos en cinco dominios, a saber: Aplanamiento afectivo, Alogia, Abulia-apatía, Anhedonia-aislamiento social y Deterioro de atención. Los ítems se clasifican en una escala *Likert* de seis puntos (0 = ausente/no del todo; 5 = grave/extremo). Se puede obtener una puntuación para cada ítem y para cada grupo de síntomas, así como una puntuación total de gravedad para cada conjunto de síntomas. Las propiedades psicométricas de la SANS han sido también extensamente analizadas, encontrándose adecuados niveles de fiabilidad, así como diferentes evidencias de validez (Fonseca-Pedrero, Gooding, et al., 2014; Lindenmayer et al., 2007). Los análisis factoriales realizados hasta la fecha indican que las puntuaciones de la SANS se agrupan en dos dimensiones relativamente independientes, a saber:

TABLA 1
COMPARACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS (TOMADO DE DANIEL, 2013)

	SANS	PANSS	NSA-16	BNSS	CAINS
Ítems	25	30	16	13	13
Formato de respuesta	0-5	1-7	1-6	0-6	0-4
Tiempo estimado (min.)	30	30-40	20-30	15	30
Entrevista estructurada	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Puntos de anclaje explícitos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Informante	No	Sí	No	No	No
Puntuación global por dominio	Sí	No	No	No	No
Puntuación global	Sí	No	Sí	No	No

Nota. SANS= Scale for the Assessment of Negative Symptoms; PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale; NSA-16=16-item Negative Symptom Assessment; BNSS= Brief Negative Symptom Scale; CAINS= Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms.



Expresión emocional disminuida y Anhedonia/Aislamiento social. A pesar de sus limitaciones (p. ej., excesiva longitud o incluir la faceta de atención dentro de los síntomas negativos), la SANS es una de las entrevistas recomendadas por el grupo de trabajo NIMH, siendo de hecho una de las medidas más conocidas. Se encuentra adaptada y validada en población española (Obiols, Salvador, Humbert, y Obiols, 1985) y su rendimiento psicométrico en muestras clínicas es adecuado (Cascón y García Medina, 1997).

La NSA-16 (Axelrod et al., 1993) es una entrevista estructurada formada por 16 ítems diseñada específicamente para la valoración de los síntomas negativos en la esquizofrenia. El formato de respuesta de los ítems es *Likert* de seis puntos (1 = no ausente o funcionamiento normal y 6 = ausencia o interferencia en el funcionamiento). Las puntuaciones de la NSA-16 se agrupan en una estructura penta factorial: Comunicación, Emoción/afecto, Implicación social, Motivación y Retardo. Existe una versión abreviada de la escala de 4 ítems (Alphs, Morlock, Coon, van Willigenburg, y Panagides, 2010). Se ha usado en diversos trabajos internacionales como medición estandarizada de los síntomas negativos en psicosis y con un adecuado rendimiento psicométrico (Lindenmayer et al., 2007; Velligan, Alphs, Lancaster, Morlock, y Mintz, 2009).

Instrumentos de evaluación de los síntomas negativos: segunda generación

La CAINS (Forbes et al., 2010; Horan, Kring, Gur, Reise, y Blanchard, 2011; Kring et al., 2013) es un instrumento de medida de reciente construcción desarrollado para la evaluación de la gravedad de los síntomas negativos en pacientes. Aborda las limitaciones de las medidas previas existentes en la literatura, incorpora conocimientos actuales de la neurociencia afectiva, y proporciona una cobertura más extensa de los síntomas negativos. Concretamente, la CAINS es una entrevista semiestructurada que valora las cinco dimensiones de los síntomas propuestas por el grupo de consenso de síntomas negativos antes comentado (Asociabilidad, Anhedonia, Avoliación, Aplanamiento afectivo y Alogia); incluye extensas indicaciones y preguntas de seguimiento para cada ítem con el fin de guiar a los entrevistadores en la administración. Los 13 ítems de CAINS se responden en una escala *Likert* de cinco puntos (0 = sin déficit y 4 = déficit grave), donde las puntuaciones más altas reflejan mayor patología; nueve ítems valoran motivación y placer y cuatro afecto aplanado y alogia. Asimismo, los ítems

de la CAINS permiten recoger información sobre las experiencias de placer previas (7 días) a la evaluación y también sobre las expectativas de placer en el futuro (7 días después). Los estudios psicométricos realizados hasta el momento, tanto desde la teoría clásica de los tests como desde los modelos de teoría de respuesta a los ítems, sugieren que puede ser un instrumento de medida prometedor para la valoración de los síntomas negativos en pacientes con psicosis (Forbes et al., 2010; Horan et al., 2011; Kring et al., 2013). Actualmente se está realizando su adaptación y validación al español. Asimismo, existen videos y manuales disponibles en Internet que permiten el entrenamiento y la estandarización en su uso en contextos clínicos y de investigación.

[<http://www.med.upenn.edu/bbl/downloads/CAINSVideos.shtml>].

La BNSS (Kirkpatrick et al., 2011) es otra herramienta de nueva construcción desarrollada específicamente para su uso en ensayos clínicos. El interés de su desarrollo fue generar un instrumento de medida breve, fiable y sensible que pudiera ser utilizado para la medición del cambio de este conjunto de síntomas en ensayos clínicos (asociados a los psicofármacos) nacionales e internacionales. La BNSS es una entrevista semiestructurada conformada por 13 ítems organizados en dos subescalas: Anhedonia/ asociabilidad/abolición y Expresión emocional restringida. Todos los ítems se califican en una escala *Likert* de siete puntos (0 = normal y 6 = extremadamente grave). La Escala Breve de Síntomas Negativos presenta varias ventajas, entre las que destacan: a) está diseñada para que un médico o un investigador puedan administrarla fácilmente; b) el tiempo de administración es de aproximadamente 15 minutos; c) su construcción se realizó en base a criterios empíricos y considerando las cinco facetas mencionadas anteriormente; y d) los estudios de validación llevados a cabo indican que las puntuaciones de la escala presentan adecuadas propiedades psicométricas. Los estudios de obtención de evidencias de estructura interna han encontrado una estructura bidimensional (Motivación/placer y Expresividad emocional). Los niveles de fiabilidad de las puntuaciones son satisfactorios (Kirkpatrick et al., 2011). Asimismo, aunque el instrumento inicialmente fue diseñado para su uso en ensayos clínicos, y debido a su alta fiabilidad test-retest, también se puede utilizar en evaluaciones repetidas con la finalidad de observar cambios clínicos en la severidad de los síntomas. La BNNS ha sido recientemente adaptada y validada en



una muestra de 20 pacientes españoles con psicosis, encontrándose adecuados niveles de fiabilidad inter-observadores, consistencia interna y estabilidad temporal, así como diferentes evidencias de validez (Mané et al., 2014). Un ítem de ejemplo de la misma se presenta en la Tabla 2.

La Escala-Autoinforme de Motivación y Placer (MAP-SR) (Llerena et al., 2013; Park et al., 2012) es un instrumento de medida compuesto por 15 ítems (escala Likert de cinco puntos) que ha sido desarrollado a partir de la CAINS. El objetivo de su construcción fue desarrollar un autoinforme que midiera de forma precisa y rigurosa las facetas de motivación y placer asociados a los síntomas negativos de tipo psicótico. La versión preliminar de esta escala (denominada CAIN-SR) contenía 30 ítems divididos en una subescala de motivación/placer (abulia, anhedonia, asociabilidad) y otra de expresividad emocional (afecto aplanado, alogia). En esta versión previa se incluyeron nueve ítems que evaluaban la intensidad y la frecuencia de la experiencia de placer tanto consumatorio como anticipatorio. También se añadieron seis ítems que medían asociabilidad. Los estudios psicométricos preliminares mostraron una elevada fiabilidad para la puntuación total, si bien la subescala de expresi-

vidad emocional presentó bajos niveles de consistencia interna, por lo que los autores decidieron eliminar los ítems. Los hallazgos encontrados con la versión final parecen indicar que la MAP-SR puede ser una herramienta interesante para la valoración de los déficit auto-informados de motivación y placer en pacientes con psicosis; no obstante, es necesario llevar a cabo estudios que justifiquen su uso, así como su utilidad. Por el momento no se dispone de estudios de adaptación y validación en población española.

Instrumentos de evaluación de alto riesgo clínico y psicométrico

Una de las líneas de investigación más prometedoras en el campo de la psicosis es la identificación temprana de personas de riesgo o con vulnerabilidad latente. El *leitmotiv* de este acercamiento se fundamenta en la capacidad de identificar, antes del *debut* del cuadro clínico, a personas con riesgo o vulnerabilidad a desarrollar psicosis, y poder así realizar intervenciones profilácticas preventivas. La mera posibilidad de detectar un caso de psicosis en sus fases incipientes o antes de su aparición como trastorno clínico es alentadora. Estudios longitudinales indican que aquellos participantes que presentan un estado mental de alto riesgo (EMAR) tienen una mayor probabilidad de transitar hacia un trastorno de tipo psicótico en el futuro (Fusar-Poli et al., 2012). Concretamente, diferentes autores han ensalzado el rol los síntomas negativos atenuados a la hora de predecir la transición a la psicosis dentro de este conjunto de participantes (Valmaggia et al., 2013). De hecho, los hallazgos derivados de diversos tipos de estudios sobre EMARs son uno de los principales motivos de la inclusión del síndrome de psicosis atenuada en el DSM-5 (Fusar-Poli, Carpenter, Woods, y McGlashan, 2014). En la actualidad existe un elenco de herramientas que tratan de medir la vulnerabilidad o la condición de riesgo a la psicosis, donde todas ellas, en mayor o menor medida, consideran la dimensión negativa o algunos de sus componentes (p.ej., anhedonia). Básicamente, este conjunto de herramientas se encuadra en el paradigma de alto riesgo clínico o de ultra riesgo (p.ej., EMARs o pródrornos) o en el paradigma de alto riesgo psicométrico (p.ej., esquizotipia). Una revisión más exhaustiva de este conjunto de herramientas se puede encontrar en trabajos previos (Addington, Stowkowy, y Weiser, 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2008; Kline y Schiffman, 2014; Lemos Giraldez et al., en prensa; Obiols et al., 2006).

TABLA 2
ÍTEM DE EJEMPLO DE LA ESCALA BREVE PARA SÍNTOMAS NEGATIVOS (TOMADO DE MANÉ ET AL., 2014)

ITEM 4: MALESTAR

Preguntas de sondeo

¿Qué te hizo sentir mal la semana pasada? ¿Pasó algo que no te gustó?
¿Hubo algo que te hizo sentir triste o deprimido? ¿Preocupado o ansioso?
¿Enfadado o irritado?

Si no sucedió nada desagradable: ¿Qué te ha sucedido en el pasado que te haya hecho sentir mal? ¿Cómo te sientes acerca de ello ahora?

Puntuación

0. *Normal:* Habilidad normal para experimentar malestar y emociones desagradables.
1. *Cuestionable:* Malestar menor que la mayoría de la gente ante sucesos desagradables, pero todavía dentro del rango de la normalidad.
2. *Leve:* Ligero malestar menor de lo normal ante sucesos desagradables.
3. *Moderado:* Claramente malestar menor de lo normal ante sucesos desagradables, aunque experimenta algún malestar.
4. *Moderadamente grave:* Puede experimentar malestar significativo, pero es necesario un problema grave para generarlo.
5. *Grave:* Experimenta sólo un malestar leve incluso ante un problema grave.
6. *Extremadamente grave:* No experimenta malestar, independientemente de a qué problema se enfrente.

Nota. Este ítem puntúa la experiencia del paciente de emociones desagradables o angustiosas de cualquier tipo: tristeza, depresión, ansiedad, aflicción, ira, etc. La fuente del malestar no se considera; por ejemplo, las emociones desagradables asociadas a síntomas psicóticos no se consideran aquí.



Para la evaluación de los síntomas negativos en los estados prodrómicos de psicosis o los EMARs se pueden utilizar la *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS)/*Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS) (Miller et al., 2003) o la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) (Yung et al., 2005). Sin lugar a dudas son los instrumentos más utilizados. La SIPS es una entrevista semiestructurada que incluye la SOPS. La SOPS consta de 19 ítems que están organizados temáticamente en cuatro subescalas (síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales). Todos los síntomas reciben una puntuación *Likert* que oscila entre 0 y 6, que corresponden a los extremos de "ausente" y "grave y psicótico"/ "extremo". La SIPS/SOPS ha mostrado una alta fiabilidad inter-jueces y consistencia interna, así como una adecuada validez predictiva. Concretamente, las puntuaciones de la SOPS muestran una sensibilidad del 100%, una especificidad del 74% y un valor predictivo positivo del 50% al cabo de un año, y del 67% al cabo de dos años (Miller et al., 2003). En el estudio de validación en población española (Lemos et al., 2006), se obtuvieron tres factores de primer orden, siendo el más homogéneo y coincidente con investigaciones anteriores el que incluye los síntomas negativos. Se comprobó que las subescalas de la SOPS presentaron excelente valor predictivo positivo, siendo los síntomas negativos los que mostraron mejores índices de especificidad (95,5%) y de sensibilidad (100%). La versión española de la SIPS/SOPS puede encontrarse en: <http://www.p3-info.es/PDF/SIPS-4Espanol.pdf>.

Existen diferentes instrumentos interesantes para la valoración de los síntomas negativos desde la óptica de la esquizotipia o la personalidad esquizotípica, conociéndose comúnmente esta perspectiva como estudios de alto riesgo psicométrico. La esquizotipia se refiere a una organización latente de la personalidad que predispone a la psicosis y a sus trastornos relacionados (Lenzenweger, 2010). Dicha vulnerabilidad latente se puede encontrar presente en la población general (alrededor del 10%). Los participantes con puntuaciones elevadas en tests que valoran esquizotipia presentan déficit similares a los encontrados en pacientes con psicosis (Ettinger, Meyhöfer, Steffens, Wagner, y Koutsouleris, 2014), así como un mayor riesgo teórico de transitar hacia trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding, Tallent, y Matts, 2005; Kwapil, Gross, Silvia, y Barrantes-Vidal, 2013). La detección e identificación de dicha vulnerabilidad se pueden realizar mediante pruebas de laboratorio (p.ej., pruebas de atención sostenida) o mediante la se-

lección de participantes que presentan puntuaciones elevadas en tests psicométricos (Lenzenweger, 2010).

Dentro del paradigma de alto riesgo psicométrico se encuentran las Escalas de Propensión a la Psicosis (Kwapil, Barrantes Vidal, y Silvia, 2008), también conocidas como las escalas de los Chapman. Dos de ellas son la *Physical Anhedonia Scale* (PAS) (Chapman, Chapman, y Raulin, 1976) y la *Revised Social Anhedonia Scale*, (RSAS) (Eckblad, Chapman, Chapman, y Mishlove, 1982). Son instrumentos de medición clásicos en este campo, considerados por algunos como "gold standard" y que gozan de una gran difusión. La Escala de Anhedonia Física incluye 61 ítems que evalúan la dificultad para sentir placer físico y estético a través de los sentidos (p.ej., "la belleza de las puestas de sol está muy sobrevalorada"). La Escala de Anhedonia Social Revisada se compone de 40 ítems que miden el comportamiento asocial e indiferencia respecto a las relaciones interpersonales, así como la dificultad para experimentar placer en situaciones sociales (p.ej., "hacer nuevos amigos no compensa la energía que requiere"). Esas herramientas se encuentran validadas en población española y presentan adecuadas propiedades psicométricas (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Sierra-Baigrie, y Muñiz, 2010; Ros-Morente, Rodríguez-Hansen, Vilagrà-Ruiz, Kwapil, y Barrantes-Vidal, 2010). Asimismo, se dispone de una versión abreviada de las escalas de anhedonia, interesantes si se desea recabar información de este constructo (Fonseca-Pedrero, Paino, Ortuño-Sierra, Lemos Giraldez, y Muñiz, 2013). Además, y como se comentó anteriormente, la Anhedonia ha sido un foco de interés particular por parte de los terapeutas e investigadores, posiblemente debido a su trayectoria histórica en psicopatología o a los estudios realizados en familiares sanos de pacientes (Kendler, 1985; Tarbox y Pogue-Geile, 2011).

Concretamente, para la evaluación específica de la capacidad hedónica (como medida indirecta de la anhedonia), se pueden encontrar herramientas de reciente construcción como la *Temporal Experience of Pleasure Scale* (TEPS) (Gard, Gard, Kring, y John, 2006) o la *Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale* (ACIPS) (Gooding y Pflum, 2014). Estas herramientas están siendo extensamente utilizadas en una amplia variedad de temáticas, y se encuentran validadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. Los estudios psicométricos respaldan su uso como indicadores de capacidad hedónica (Gooding, Cohen, y Pflum, 2014). Nuestro grupo de investigación ha realizado el estudio de adaptación al español de estas dos escalas en muestras de universitarios.



Los resultados preliminares, aún sin publicar, referidos a las propiedades psicométricas, respaldan su uso en nuestro contexto. En la Tabla 3 se puede observar una comparación entre los diferentes instrumentos de medida que se encuentran disponibles para la evaluación de la anhedonia o la capacidad hedónica.

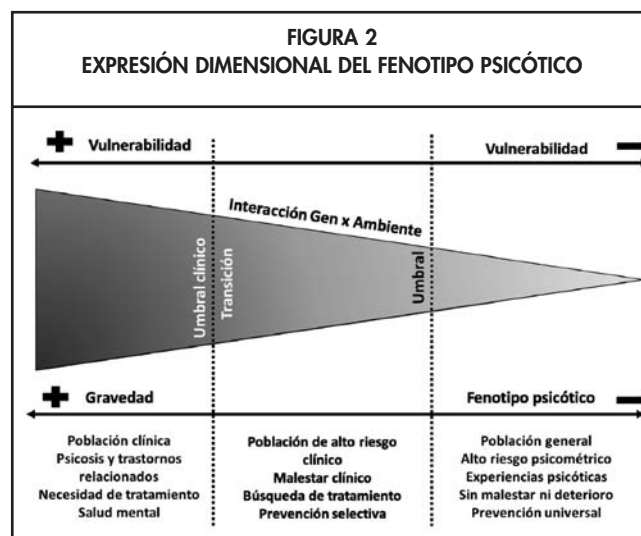
Es digno de mención que, dentro del modelo dimensional de psicosis, muchos de los instrumentos que se utilizan en población general se pueden utilizar en población clínica o de ultra alto riesgo. Por ejemplo, las escalas de Anhedonia Física y Social, se administran frecuentemente en pacientes con psicosis. En una parte del continuo, la disminución en la capacidad de experimentar placer podría ser vista como un marcador de vulnerabilidad a la psicosis o como una experiencia psicótica atenuada (sin un claro significado psicopatológico y clínico), mientras que en el polo opuesto podría ser entendida como un síntoma clínico del trastorno. En la Figura 2 se representa esta estructura dimensional del fenotipo psicótico. Como se puede observar, la expresión fenotípica de la psicosis se representa en un continuo de gravedad, oscilando desde la supuesta normalidad hasta el cuadro clínico. A medida que se acerca al polo clínico existe un mayor riesgo teórico de transición a la psicosis u otra entidad clínica (p.ej. depresión). Lógicamente la expresión clínica depende de la interacción de los factores genéticos (p.ej., familiares con psicosis) y ambientales (p.ej., estrés, trauma, consumo de cannabis). Las fronteras para discriminar entre los diferentes tipos de expresiones son borrosas, tanto para determinar el umbral clínico como para determinar el umbral subclínico. En función de cada una de las

manifestaciones de gravedad del fenotipo psicótico (p.ej., malestar, búsqueda de tratamiento, duración e intensidad) se pueden catalogar distintos tipos de poblaciones. El profesional de la psicología debería seleccionar un determinado tipo de instrumento de medida, así como una estrategia de prevención o intervención específica en función del caso.

Entre los instrumentos para la evaluación de este constructo se encuentran el *Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences* (O-LIFE) (Mason, Claridge, y Jackson, 1995), el *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) (Raine, 1991), o la *Community Assessment of Psychic Experiences-42* (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002). Todos ellos se encuentran validados en población española (Álvarez-López, 2005; Fonseca-Pedrero, Fumero, et al., 2014; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2012; Obiols, Barragán, Vicens, y Navarro, 2008; Ros-Morente, Vilagra-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman, y Barrantes-Vidal, 2011). También se dispone de instrumentos que incluyen la evaluación de la dimensión Anhedonia de la esquizotipia en población adolescente española. Un ejemplo de ello es el Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q) (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, Paino, y Villazón-García, 2010). El ESQUIZO-Q es un autoinforme desarrollado para la evaluación de los rasgos esquizotípicos que también puede ser utilizado con fines epidemiológicos. El ESQUIZO-Q consta de un total de 51 ítems, en formato *Likert* de 5 categorías en función del grado de adherencia, agrupados en 10 subescalas y tres dimensiones generales de segundo orden: Distorsión de la realidad, Anhedonia y Desorganización Interpersonal. Las propiedades psicométricas analizadas en

	SAS	PAS	TEPS	ACIPS	MAP-SR
Número de ítems	40	61	18	17	15
Medida directa de anhedonia	Sí	Sí	No	No	Sí
Adecuada para pacientes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Adecuada para muestras no clínicas	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Brevidad	No	No	Sí	Sí	Sí

Nota. SAS= revised Social Anhedonia Scale; PAS= revised Physical Anhedonia Scale; TEPS= Temporal Experience of Pleasure Scale; ACIPS= Anticipatory and Consummatory Pleasure Scale; MAP-SR= Motivation and Pleasure Scale-Self Report





muestras representativas de adolescentes respaldan su uso para la valoración de la faceta Anhedonia de la esquizofrenia (Fonseca-Pedrero, Muñiz, et al., 2010).

RECAPITULACIÓN

Los déficit en la expresión afectiva constituyen un aspecto central de los trastornos del espectro psicótico. La evaluación de los síntomas negativos es un temática compleja e interesante que se encuentra en ebullición; sólo hace falta echar la vista atrás y otear los tremendos avances que han acontecido en los últimos años. Actualmente, y aunque se dispone de pruebas y herramientas de diagnóstico sumamente sofisticadas (p. ej., técnicas de neuroimagen), la evaluación del cuadro clínico sigue basándose, en lo fundamental, en la psicopatología descriptiva y en el uso de entrevistas y escalas clínicas. No obstante, es igualmente cierto que existe un interés creciente por evaluar los síntomas negativos (o algunos de sus componentes) a través de biomarcadores dentro de una estrategia translacional (Wolf et al., 2014), con pruebas objetivas, como el análisis del discurso o de las expresiones vocálicas no verbales (Cohen, Mitchell, y Elvevåg, 2014) o con procedimientos donde el individuo tenga que informar sobre sus experiencias en el contexto real (*experience sampling method*) (Oorschot, Kwapil, Delespaul, y Myin-Germeyns, 2009). Por otro lado, algunas de las facetas de los síntomas negativos, como por ejemplo la anhedonia, están siendo objetivo de intenso análisis, debate y reconceptualización (Ritsner, 2013; Strauss y Gold, 2012), lo cual está generando nuevas formas de medición y evaluación.

Lógicamente el proceso de evaluación de los síntomas negativos se debe integrar dentro de una perspectiva holística, donde se considere el síndrome psicótico y la implicación de sus numerosos dominios psicopatológicos. Además, se deben contemplar diferentes niveles de análisis (p.ej., genético, biológico, neuropsicológico, psicológico). Es necesario considerar múltiples informantes, así como explorar tanto aspectos subjetivos como objetivos (pruebas de rendimiento) del paciente. La evaluación de los síntomas negativos no sólo se debe focalizar en las etapas agudas del trastorno, sino también en las etapas previas y posteriores. Además, el profesional de la psicología debe tener en cuenta una amplia variedad de factores asociados y las variables moduladoras que interactúan continuamente durante todo el proceso de evaluación y tratamiento de los síntomas psicóticos primarios y de los secundarios, como por ejemplo, el nivel de conciencia de enfermedad,

el grado de adherencia al tratamiento, el contexto social y familiar, o el nivel socioeconómico del paciente.

Los avances en la conceptualización y evaluación de los síntomas psicóticos negativos permiten ayudar al profesional no sólo en una evaluación más rigurosa de la sintomatología, sino también en el diseño y planificación de tratamientos de intervención y de rehabilitación. Es digno de mención que la evaluación de este tipo de sintomatología, en el contexto clínico, tiene que tener un objetivo concreto: la rehabilitación. Este aspecto es de especial importancia en los pacientes con psicosis con predominio de síntomas negativos, más resistentes al tratamiento, más estables y persistentes en el tiempo, y que impactan negativamente en el funcionamiento psicosocial del paciente. En España parece que, tras la reforma psiquiátrica, las autoridades sanitarias se han olvidado de paliar o detener esta sintomatología, antes llamaba "defectual" y de la que ahora se conoce mucho más. De hecho son escasos los programas y recursos dedicados para este fin. Posiblemente en nuestro país sea una asignatura pendiente desde hace demasiados años y, aunque hay voces en esta línea, son pocos los clínicos que hacen propuestas para trabajar estos aspectos del trastorno. Seguramente se podrían evitar recaídas y por tanto, nuevas hospitalizaciones, se garantizaría una adecuada toma de medicación, disminuirían las conductas de riesgo de los pacientes, etc. Todo ello tendría, sin lugar a dudas, repercusiones personales, familiares, sociales, sanitarias y económicas. No cabe duda de que en este campo de trabajo (y en otros), el papel del psicólogo es fundamental.

Los prometedores estudios de los paradigmas de alto riesgo clínico y psicométrico sugieren la cada vez menos remota posibilidad de que se logre anticipar el debut de la psicosis. Estos hallazgos deberían hacer reflexionar a los profesionales, las instituciones socio-sanitarias y los gobiernos que las gestionan de la necesidad de dirigir mayores esfuerzos en la prevención e intervención temprana en psicosis. Por ejemplo, en España, donde la educación es obligatoria hasta los 16 años, la detección de la población de riesgo o ultra-alto riesgo en los centros escolares es posible. Mayores esfuerzos en este sentido permitirían monitorizar, intervenir y hacer un seguimiento más estrecho de aquellos adolescentes con mayor riesgo y, por qué no, que se pudiesen evitar las posibles nefastas consecuencias de un primer episodio psicótico. Al menos, la evidencia científica sugiere que no sólo es posible, sino que sería efectivo y eficaz.

Los avances en la definición del concepto de psicosis y



de su evaluación resultan evidentes. Aunque por el momento no se disponga de marcadores patognomónicos, y el diagnóstico se fundamente desde un nivel meramente descriptivo y fenomenológico, se percibe una atmósfera de cambio entre los profesionales de la salud mental. Los modelos categoriales empiezan a dejar paso a modelos híbridos, donde se consideran dimensiones psicopatológicas. Los modelos basados en la curación comienzan a dejar paso a modelos de tipo preventivo y a intervenciones específicas e individualizadas en función de estadios. Los modelos basados en la observación clínica comienzan a dejar paso a abordajes fundamentados en la neurociencia que tratan de relacionar dimensiones psicopatológicas concretas con sustratos neurobiológicos (p.ej., criterios RDoC). La evaluación de la psicosis contribuye a todos estos cambios, siendo en sí misma objeto de progreso y evolución. Como se puede otear, los cambios acontecidos en los últimos años en la evaluación de la psicosis han sido considerables, si bien aquellos que están por llegar lo serán aún más.

REFERENCIAS

- Addington, J., Stowkowy, J., y Weiser, M. (2014). Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, doi: 10.1111/eip.12193.
- Alphs, L., Morlock, R., Coon, C., van Willigenburg, A., y Panagides, J. (2010). The 4-item negative symptom assessment (NSA-4) instrument: A simple tool for evaluating negative symptoms in schizophrenia following brief training. *Psychiatry*, 7, 26-32.
- Álvarez-López, E. (2005). *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos*. Tesis doctoral no publicada, Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Andreasen, N. C. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa.
- Axelrod, B. N., Goldman, R. S., y Alphs, L. D. (1993). Validation of the 16-item negative symptom assessment. *Journal of Psychiatric Research*, 27(3), 253-258.
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur R., Heckers, S., Malaspina, D., . . . Carpenter W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 15-20.
- Berridge, K., C., , y Kringelbach, M. L. (2008). Affective neuroscience of pleasure: reward in humans and animals. *Psychopharmacology (Berl)*, 199, 457-480.
- Blanchard, J. J., y Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press (Trad. 1950).
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., y CLAMORS Study Collaborative Group. (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 280-286.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., y Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383-402.
- Buchanan, R. W. (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin* 33, 1013-1022.
- Cascón, I. V., y García Medina, P. (1997). Propiedades psicométricas de las escalas de síntomas esquizofrénicos positivos y negativos de Andreasen. *Psicología Conductual*, 5, 93-108.
- Cohen, A. S., Mitchell, K. R., y Elvevåg, B. (2014). What do we really know about blunted vocal affect and alogia? A meta-analysis of objective assessments. *Schizophrenia Research*, 159, 533-538.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 374-382.
- Daniel, D. G. (2013). Issues in selection of instruments to measure negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 150, 343-345.
- Docherty, A. R., y Sponheim, S. R. (2014). Anhedonia as an indicator of genetic vulnerability. En M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A comprehensive Handbook (vol. II)* (Vol. II, pp. 105-123). New York: Springer.
- Eckblad, M., Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison.
- Elis, O., Caponigro, J. M., y Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928.
- Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M., y Koutsouleris, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the



- overlap with schizophrenia. *Frontiers of Psychiatry*, 5, 18.
- Fonseca-Pedrero, E., Fumero, A., Paino, M., de Miguel, A., Ortuño-Sierra, J., Lemos Giraldez, S., y Muñiz, J. (2014). Schizotypal Personality Questionnaire: New sources of validity evidence in college students. *Psychiatry Research*, 219, 214-220.
- Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D. C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2014). Measuring anhedonia in schizophrenia spectrum disorders: A selective update. En M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A Comprehensive handbook* (pp. 19-54). New York: Springer.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S., y Ordóñez-Cambor, N. (2011). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico [Measuring instruments for evaluation phenotype of psychotic]. *Papeles del Psicólogo*, 32, 129-151.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., y Villazón-García, U. (2010). *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia [ESQUIZO-Q: Oviedo Questionnaire for Schizotypy Assessment]*. Madrid: TEA ediciones.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U., y Muñiz, J. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Validation of the Community Assessment Psychic Experiences -42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 169-176.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., y Muñiz, J. (2010). Factor structure and measurement invariance of the Wisconsin Schizotypy Scales across gender and age. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 939-948.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Ortuño-Sierra, J., Lemos Giraldez, S., y Muñiz, J. (2013). Dimensionality of the Wisconsin Schizotypy Scales Brief forms in college students. *The Scientific World Journal*, (2013), Article ID 625247.
- Fonseca Pedrero, E., Paino, M., y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, 34, 190-207.
- Forbes, C., Blanchard, J. J., Bennett, M., Horan, W. P., Kring, A., y Gur, R. (2010). Initial development and preliminary validation of a new negative symptom measure: The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 36-42.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., . . . McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69, 220-229.
- Fusar-Poli, P., Carpenter, W. T., Woods, S. W., y McGlashan, T. H. (2014). Attenuated Psychosis Syndrome: Ready for DSM-5.1? *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 155-192.
- García-Portilla González, M. P., y Bobes, J. (2013). Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 141-143.
- Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., y John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1086-1102.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., y Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93, 253-260.
- Gooding, D. C., Cohen, A. S., y Pflum, M. J. (2014). Hedonic capacity and schizotypy: Evidence for the criterion validity of the ACIPS. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1455-1461.
- Gooding, D. C., y Pflum, M. J. (2014). The assessment of interpersonal pleasure: Introduction of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) and preliminary findings. *Psychiatry Research*, 215, 237-243.
- Gooding, D. C., Tallent, K. A., y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 170-175.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., . . . Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 18(377), 2093-2102.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., . . . Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research*, 150, 11-14.
- Horan, W. P., Kring, A. M., y Blanchard, J. J. (2006).



- Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 259-273.
- Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., y Blanchard, J. J. (2011). Development and Psychometric Validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, 132, 140-145.
- Kane, J. M. (2013). Tools to assess negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e12. doi: 10.4088/JCP.12045tx12042c.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 538-553.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter Jr, W. T., y Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.
- Kirkpatrick, B., Strauss, G. P., Nguyen, L., Fischer, B. A., Daniel, D. G., Cienfuegos, A., y Marder, S. R. (2011). The brief negative symptom scale: Psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 300-305.
- Kline, E., y Schiffman, J. (2014). Psychosis risk screening: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 158, 11-18.
- Kring, A. M., Gur, R. E., Blanchard, J. J., Horan, W. P., y Reise, S. P. (2013). The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final development and validation. *American Journal of Psychiatry*, 170, 165-172.
- Kwapil, T. R., Barrantes Vidal, N., y Silvia, P. J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 444-457.
- Kwapil, T. R., Gross, G. M., Silvia, P. J., y Barrantes-Vidal, N. (2013). Prediction of psychopathology and functional impairment by positive and negative schizotypy in the Chapmans' ten-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 807-815.
- Lemos Giraldez, S., Paino, M., y Fonseca Pedrero, E. y Vallina, O. (en prensa). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., . . . Miller, T. (2006). Validez predictiva de la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS) / Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-223.
- Lenzenweger, M. F. (2010). *Schizotypy and schizophrenia: The view from experimental psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., y Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373, 31-41.
- Lindenmayer, J. P., Harvey, P. D., Khan, A., y Kirkpatrick, B. (2007). Schizophrenia: measurements of psychopathology. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 339-363.
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149.
- Llerena, K., Park, S. G., McCarthy, J. M., Couture, S. M., Bennett, M. E., y Blanchard, J. J. (2013). The Motivation and Pleasure Scale-Self-Report (MAP-SR): Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 568-574.
- Mané, A., García-Rizo, C., García-Portilla, M. P., Bergé, D., Sugranyes, G., García-Alvarez, L., . . . Fernandez-Egea, E. (2014). Spanish adaptation and validation of the Brief Negative Symptoms Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1726-1729.
- Marder, S. R., y Kirkpatrick, B. (2014). Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 737-743.
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827-838.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., . . . Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703-715.
- Obiols, J., Barrantes-Vidal, N., y Zaragoza Domingo, S. (2006). La evaluación clínica y psicométrica de los



- trastornos del espectro esquizofrénico. En V. E. Caba-
llo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los*
trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e
informes psicológicos (pp. 65-88). Madrid: Ediciones
Pirámide.
- Obiols, J. E., Barragán, M., Vicens, J., y Navarro, J. B.
(2008). Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de
la población general. *Revista de Psicopatología y Psi-*
cología Clínica, 13, 205-217.
- Obiols, J. E., Salvador, J., Humbert, M., y Obiols, J.
(1985). Evaluación de los síntomas negativos de la es-
quizofrenia. *Revista del Departamento de Psiquiatría.*
Facultad de Medicina de Barcelona, 12, 85-91.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.
U., y Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain
disorders in Europe. *European Journal of Neurology*,
19, 155-162.
- Oorschot, M., Kwapil, T., Delespaul, P., y Myin-Ger-
meys, I. (2009). Momentary assessment research in
psychosis. *Psychological Assessment*, 21, 498-505.
- Park, S. G., Llerena, K., McCarthy, J. M., Couture, S. M.,
Bennett, M. E., y Blanchard, J. J. (2012). Screening
for negative symptoms: Preliminary results from the
self-report version of the Clinical Assessment Interview
for Negative Symptoms. *Schizophrenia Research*,
135(1-3), 139-143.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K.,
Isometsä, E., Pirkola, S., . . . Lönnqvist, J. (2007). Life-
time prevalence of psychotic and bipolar I disorders in
a general population. *Archives of General Psychiatry*,
64(1), 19-28.
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric prop-
erties of the positive and negative syndrome scale
(PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53,
31-40.
- Pratt, S., y Mueser, K. T. (2010). Schizophrenia. En M.
M. Antoni y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assess-*
ment and treatment planning for psychological disor-
ders (Second ed., pp. 477-528). New York, NY:
Guilford Press.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of
schizotypal personality based on DSM-III-R criteria.
Schizophrenia Bulletin, 17, 555-564.
- Reininghaus, U., Priebe, S., y Bentall, R. P. (2013). Tes-
ting the psychopathology of psychosis: evidence for a
general psychosis dimension. *Schizophrenia Bulletin*,
38, 884-895.
- Ritsner, M. S. (2013). *Anhedonia: A Comprehensive*
Handbook (Vol. I). New York: Springer.
- Rodriguez-Jimenez, R., Bagney, A., Mezquita, L., Marti-
nez-Gras, I., Sanchez-Morla, E. M., Mesa, N., . . .
PARG. (2013). Cognition and the five-factor model of
the positive and negative syndrome scale in schizoph-
renia. *Schizophrenia Research*, 143, 77-83.
- Ros-Morente, A., Rodriguez-Hansen, G., Vilagrà-Ruiz, R.,
Kwapil, T. R., y Barrantes-Vidal, N. (2010). Adaptation
of the wisconsin scales of psychosis proneness to Span-
ish. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 33-41.
- Ros-Morente, A., Vilagra-Ruiz, R., Rodriguez-Hansen,
G., Wigman, J. H., y Barrantes-Vidal, N. (2011). Pro-
cess of adaptation to Spanish of the Community As-
sessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas*
Españolas de Psiquiatría, 39, 95-105.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramo-
poulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., . . .
Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of
psychosis have a distribution in the general popula-
tion. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358.
- Strauss, G. P., y Gold, J. M. (2012). A New Perspective
on Anhedonia in Schizophrenia. *American Journal of*
Psychiatry, 169, 364-373.
- Tarbox, S. I., y Pogue-Geile, M. F. (2011). A multivariate
perspective on schizotypy and familial association
with schizophrenia: a review. *Clinical Psychology Re-*
view, 31, 1169-1182.
- Valmaggia, L. R., Stahl, D., Yung, A. R., Nelson, B., Fu-
sar-Poli, P., McGorry, P. D., y McGuire, P. K. (2013).
Negative psychotic symptoms and impaired role func-
tioning predict transition outcomes in the at-risk mental
state: a latent class cluster analysis study. *Psychologi-*
cal Medicine, 43, 2311-2325.
- van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*,
374, 635-645.
- Velligan, D. I., Alphas, L., Lancaster, S., Morlock, R., y
Mintz, J. (2009). Association between changes on the
Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and
measures of functional outcome in schizophrenia. *Psy-*
chiatry Research, 169, 97-100.
- Wolf, D. H., Satterthwaite, T. D., Kantrowitz, J. J., Katch-
mar, N., Vandekar, L., Elliott, M. A., y Ruparel, K.
(2014). Amotivation in schizophrenia: Integrated as-
sessment with behavioral, clinical, and imaging mea-
sures. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1328-1337.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J.,
Kelly, D., Dell'Olio, M., . . . Buckby, J. (2005). Map-
ping the onset of psychosis—the Comprehensive Assess-
ment of At Risk Mental States (CAARMS). *Australian*
and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 964-
971.

