

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

Departamento de Psicología Médica y Salud Mental

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:
PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
SOCIODEMOGRAFICAS**

Dr. Edgar Daniel Crail Meléndez

Tesis Para Obtener El Grado De Médico Especialista en
Psiquiatría

Asesores: Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza IMPJRF

Dr. Andrés Borbón Martínez HPFBA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

agradecimientos

a mis padres...
por su apoyo y su ejemplo

a los pacientes...
por enseñarme a ser psiquiatra

a mis tutores y maestros,
por su tiempo

INDICE TEMÁTICO

Introducción.....	2
Antecedentes.....	3
Justificación.....	12
Planteamiento del Problema.....	12
Hipótesis.....	12
Objetivos.....	12
Metodología.....	13
Resultados.....	20
Características clínicas y sociodemográficas.....	21
Comparación entre grupos.....	30
Análisis de asociación.....	31
Discusión.....	37
Conclusiones.....	44
Referencias.....	46
Anexos.....	51+

RESUMEN

Existe comorbilidad psiquiátrica o médica en el 50% de los pacientes con esquizofrenia. Un elevado número de ellos sufre de síntomas no reconocidos como típicos de la esquizofrenia como los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC). Estos suelen presentarse durante el curso de la enfermedad, pasando desapercibidos o enmascarados y teniendo un efecto negativo sobre la evolución y la calidad de vida. Objetivo principal: detectar la presencia de SOC en pacientes con esquizofrenia. Objetivos específicos: Describir las características clínicas del paciente esquizoc y compararlas con pacientes esquizofrénicos.

Metodología: A 110 pacientes de la consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios el DSM IV. Se aplicaron: PANSS, GAF, escala de ajuste premórbido para esquizofrenia y escala pronóstica de Strauss y Carpenter. A los paciente con SOC se aplicó la Escala de Verificación y la Escala de Severidad de Yale-Brown. El contenido de los SOC debió ser diferente de los delirios y alucinaciones. Se realizó análisis descriptivo y comparativo (esquizofrenicos vs esquizoTOC) usando la prueba de T para variables numéricas y prueba de Pearson para el análisis de asociación. Resultados: Se encontró una prevalencia de SOC de 10%, todos los casos cumplían criterios de TOC (comorbilidad). El promedio de SOC fue 10.9 síntomas. Las obsesiones más frecuentes fueron de contaminación, somáticas y de violencia/sexo; y las compulsiones de lavado. La severidad promedio del TOC fue YB-BOC 23.2 puntos, (severidad moderada a severa). Los SOC no tienen una correlación significativa con los síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia. En contra de lo esperado, a pesar de la mayor psicopatología, la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia-TOC no difiere significativamente de la de los pacientes sin SOC.

INTRODUCCION

La esquizofrenia está asociada con una comorbilidad psiquiátrica y médica considerable (Cassano M et al., 1998). Aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia tienen al menos alguna condición médica o psiquiátrica coexistente. Los trastornos psiquiátricos que acompañan la esquizofrenia pueden tener un efecto deletéreo en el curso de la enfermedad, como por ejemplo, el abuso de sustancias. Otros trastornos suelen no diagnosticarse debido a que sus síntomas se confunden con el espectro sintomático de la esquizofrenia, como los trastornos depresivos y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Green et al., 2003).

A pesar de que el sistema jerárquico de diagnóstico en psiquiatría limita la concurrencia de diagnósticos en el eje I, como la depresión y el TOC, los estudios sugieren que hay existencia simultánea de síndromes en hasta la mitad de los pacientes esquizofrénicos) (Cassano M et al., 1998; Fenton 2001). Aunque no está claro si esta coexistencia de síndromes representa comorbilidad o bien, una dimensión de síntomas distinta dentro de un trastorno heterogéneo; la evidencia sugiere que estos síndromes son útiles para predecir la evolución y que son potencialmente tratables (Green et al., 2003).

El primer episodio psicótico se define como el primer contacto en la vida con un servicio especializado de psiquiatría, pudiendo tratarse de psicosis no afectivas (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, psicosis reactiva) y psicosis afectivas (depresión psicótica y trastorno bipolar con síntomas psicóticos) (Fresan A et al., 2003).

ANTECEDENTES

En 1911, Bleuler propuso el término de esquizofrenia, entendiéndola como una escisión de lo psíquico, un proceso de dislocación que alteraría la capacidad asociativa del sujeto y que lo conduce a una interiorización de la vida psíquica y pérdida de los contactos sociales.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico de etiología no del todo comprendida y con presentación clínica heterogénea. Se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (delirios, alucinaciones, conducta desorganizada) y negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia). Los síntomas de la esquizofrenia afectan el pensamiento, el afecto, la conducta y el funcionamiento global del individuo. El curso de la enfermedad es crónico e incluye una fase prodrómica, una fase activa y una fase residual (Sadock BJ et al, 2001).

Es una de las enfermedades mentales que tienen un alto costo para la sociedad, su incidencia es baja (1 en 100,000 por año), pero su prevalencia es alta, pues representa 1% de la población mundial (Sadock et al., 2001; S.S.A, 2000; Jablensky et al., 1992; Eaton et al., 1991; Heinz; Wolfram 1997). Su curso es crónico y se inicia generalmente durante la adolescencia o en la etapa productiva de un individuo, generando limitaciones en el funcionamiento general. Las tasas de incidencia han permanecido estables en las diferentes sociedades, culturas y a través del tiempo. El rango de edad de mayor riesgo es entre los 20 y 35 años. En el 75% de los casos el primer internamiento está precedido por una fase prodrómica de 5 años en promedio y una fase prepsicótica de un año de duración. Las mujeres manifiestan la enfermedad 3 a 4 años después que los hombres y tienen un segundo pico de inicio alrededor de la menopausia. En consecuencia, la esquizofrenia de inicio tardío es más frecuente y más severa en mujeres que en hombres. La forma de inicio y los síntomas centrales no difieren entre sexos (Heinz; Wolfram, 1997).

Los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad están descritos en la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de la APA (DSM-IV TR), y en la décima clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIE-10). En la primera se describe a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos (apéndice I). Para el CIE-10, la esquizofrenia presenta uno o dos de los nueve grupos de síntomas propuestos, cuya duración sea mayor a un mes (apéndice II). Aunque no se reconocen formalmente como parte de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, numerosos estudios subcategorizan los síntomas de la enfermedad en 5 dimensiones: síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas cognoscitivos, síntomas de agresión-hostilidad y síntomas de depresión/ansiedad (Stahl, 2000).

ESQUIZOFRENIA Y SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS

La esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo difieren en su patogénesis, presentación clínica y tratamiento. No obstante, comparten algunas características sociodemográficas y clínicas. Ambas son condiciones crónicas con fluctuaciones en la severidad de los síntomas; la prevalencia es de 1% para la esquizofrenia y 2 a 3% para el TOC (DSM IV TR, 2000). Ambas entidades afectan a hombres y mujeres en igual proporción y tienen una edad de inicio similar, aunque el TOC tiende a iniciar en la primera y segunda década de la vida y la esquizofrenia entre los 20 y los 30 años (Poyurovsky et al, 2004). Algunos autores han reportado que de 1 a 16% de los pacientes inicialmente diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo, desarrollarán esquizofrenia (Eisen et al, 1997). La prevalencia de TOC en esquizofrenia se ha encontrado en un rango que va de 7.8 a 25% (Krüger et al., 2000 y Eisen et al 1997), aunque los síntomas obsesivo compulsivos (SOC) se han reportado hasta en el 60% de los pacientes (Berman

et al, 1998; Fabish et al., 2001). Cabe mencionar, sin embargo, que en estos estudios hay serias deficiencias metodológicas que aumentan la prevalencia.

El estudio de la ECA (1988) reportó que la comorbilidad de esquizofrenia y TOC era de 12.2%, mientras que Fenton refiere una prevalencia de entre 10 y 16% (Fenton et al., 1986), siendo esta la que se considera en la actualidad (Lóyzaga et al., 2002) Lo cierto es que la presencia de síntomas OC en los pacientes esquizofrénicos presagian un mal pronóstico, de ahí la importancia de reconocerlos.

El fenómeno esquizo-obsesivo ha sido definido por Lóyzaga et al, (2002) como un “fenómeno clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un mismo paciente”.

Tradicionalmente se había considerado fundamental la capacidad de *insight* del paciente sobre sus obsesiones como fundamental para diagnosticar TOC. Sin embargo, los pacientes con TOC exhiben un amplio rango de *insight*, y hasta el 5 al 15% se caracteriza por tener un *insight* parcial o nulo (DSM IV TR, 2000). Además, un pequeño grupo de los pacientes experimenta una transformación delirante de las obsesiones (Fenton et al, 1986). Las evidencias preliminares sugieren que los pacientes con TOC y poca capacidad de insight no difieren sustancialmente en sus características demográficas y clínicas de aquellos con buen *insight*.

Identificar los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia, así como diferenciar las obsesiones de los delirios y trastornos formales del pensamiento, no es tarea sencilla; como tampoco lo es el distinguir compulsiones, manierismos y estereotipias. La evidencia indica que en un substancial número de pacientes, las obsesiones y las compulsiones son independientes de los síntomas psicóticos (M. Poyurovsky,, 2004). Epidemiológicamente, como ya se dijo, los estudios clínicos estiman una tasa de síntomas obsesivos tan variable como 3 a 59%.

Este amplio rango puede deberse a variaciones en la definición de los síntomas de TOC y de los criterios diagnósticos utilizados en cada estudio; de la población estudiada (pacientes internados o ambulatorios) y de la fase de la esquizofrenia (aguda vs. Crónica).

Fenton y MacGlashan (1986), propusieron varias categorías conductuales de los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia: I) conductas repetitivas que interfieren con las actividades diarias (por ejemplo, rituales de tocar); II) indecisión/inmovilización, indecisión tan severa como para interferir con las actividades diarias. III) Conductas de repetición realizadas antes de alguna otra actividad orientada a una meta específica, como hacer ciertos rituales (revisar, acomodar) antes de ir a dormir. IV) conductas repetitivas dirigidas a evitar “mágicamente” algún daño. V) Lenguaje obsesivo y pedante. VI) Rituales verbales como la repetición de palabras. VII) repetición compulsiva de actos que los pacientes encuentran repulsivos; y VIII) quejas sobre ideas recurrentes y persistentes que se experimentan como repugnantes o absurdas.

Hwang y Opler (1994) propusieron 3 subtipos de pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos, basados principalmente en el momento de la aparición de los síntomas:

- a) Pacientes cuyos síntomas obsesivo-compulsivos antecedieron el inicio de la psicosis y cuyo primer diagnóstico fue el de un trastorno obsesivo-compulsivo refractario, al que posteriormente se agregaron los síntomas psicóticos.
- b) Pacientes con síntomas obsesivos persistentes que iniciaron a la par de la psicosis o que fueron seguidos por ésta. Se les calificó con poca capacidad de *insight* sobre las obsesiones y las compulsiones y su pronóstico por lo general era peor cuando se comparaban con otros pacientes esquizofrénicos.

- c) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos transitorios durante el transcurso de la esquizofrenia, cuyo perfil clínico suele ser similar al de los esquizofrénicos sin TOC.

Distinguir entre delirios, obsesiones, rumiaciones y preocupaciones puede ser difícil en pacientes con trastornos del pensamiento (Eisen et al., 1997). La clínica clásica describe a los delirios como ego-sintónicos y activamente aceptados por los pacientes, mientras que las obsesiones son típicamente ego-distónicas y reconocidas como intrusiones patológicas. Esta distinción no siempre suele ser cierta en las entrevistas con pacientes psicóticos. Las obsesiones y delirios parecen yacer bajo un continuo, y en pacientes con esquizofrenia pueden estar imbricados (Green et al., 2003).

La escasa información sobre el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos (OC) en pacientes esquizofrénicos podría deberse a que anteriormente y desde un punto de vista psicodinámico, se creía que las obsesiones y compulsiones protegían a los pacientes con esquizofrenia de la “desintegración de la personalidad” (Rosen I, 1956), y a que por lo general es difícil reconocer síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes psicóticos. Contrario a la mayoría de los autores, Poyurovsky et al (1999) ha sugerido que los síntomas obsesivo-compulsivos pueden considerarse defensas ante la descompensación psicótica y que son un indicador putativo de mejor pronóstico. Sin embargo, la opinión actual es que los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos se encuentran clínicamente más perturbados, socialmente más aislados y con mayor resistencia terapéutica que aquellos esquizofrénicos sin síntomas OC (Fenton; McGlashan, 1986; Berman et al, 1998). Y aunque limitados por el diseño transversal y lo pequeño de las muestras, estos estudios son consistentes en demostrar que los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos tienen un pobre pronóstico, que consiguen trabajo con más dificultad y que tienen mayor disfunción social. (Fenton y McGlashan, 1986, Berman et al., 1995, Poyurovsky y Koran, 2004). Por si fuera poco, los pacientes con esquizofrenia y

síntomas obsesivo-compulsivos tienen un peor desempeño en las pruebas de función ejecutiva cuando se comparan con esquizofrénicos sin síntomas del espectro OC.

Berman y Chang (1999) compararon pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos contra pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el PANSS, lo que sí se encontró fue que los pacientes con síntomas OC mostraban un mayor déficit cognitivo en las pruebas de memoria visual y en la habilidad para cambiar de una tarea cognoscitiva a otra. Sólo el 38% de los pacientes con obsesiones mostraron compulsiones (a diferencia de los pacientes con TOC, en los que por lo general las compulsiones son más severas). Los autores concluyen que en los pacientes con esquizofrenia, los síntomas obsesivo-compulsivos constituyen un grupo diferente al de los síntomas positivos y negativos; y sugieren que la esquizofrenia tiene dos formas de presentación: con y sin síntomas obsesivo-compulsivos. Otro argumento para sustentar dicha clasificación, es que una comorbilidad Esquizofrenia-TOC no parece probable si se toma en cuenta que la prevalencia de TOC en la población general es del 3% mientras que en los esquizofrénicos es, como ya se dijo, de 10 a 16%.

En cuanto al manejo de estos pacientes, la información encontrada en la literatura es escasa y basada por lo general en reportes de casos. No obstante, existe consenso en que en comparación con pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos, los pacientes con esquizofrenia y SOC es difícil y requiere de otra aproximación distinta. Los antipsicóticos convencionales son por lo general inefectivos en estos pacientes, presumiblemente debido a su escasa actividad serotoninérgica. Agregar agentes antiobsesivos parece ser eficaz para controlar estos síntomas. El hecho de que una porción substancial de pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos no responden a los inhibidores selectivos de serotonina, sugiere que estos síntomas puede ser resultado de un estado patofisiológico diferente a lo hasta ahora conocido en

pacientes puramente TOC. El papel de los antipsicóticos atípicos también es controversial (Lyouras et al, 2003), con reportes iniciales que indican que la clozapina, olanzapina y risperidona pueden inducir de novo o agravar algunos síntomas obsesivo-compulsivos en los pacientes esquizofrénicos (Baker et al., 1992; Berman; Chang, 1999; Remington; Adams, 1994; Alevizos et al., 2002).

Clozapina. Existen varios reportes de casos sobre la inducción o exacerbación de los obsesiones y compulsiones en pacientes esquizofrénicos tratados con clozapina (Rhaman et al, 1998; Patil VJ, 1992; Baker et al, 1992; Patel y Tandon, 1993; Biondi et al, 1999; Buckey PF, 1994, Eales y Layeni, 1994, Haan et al, 2002). Las dosis reportadas son variadas y van desde 150 hasta 900mg/día. En la mayoría de los casos se trataba de pacientes con esquizofrenia paranoide. Las obsesiones más reportadas fueron las de agresividad y de contenido sexual; y las compulsiones mas comunes fueron de revisar y lavar. En ningún caso se refiere que haya tenido que suspenderse el antipsicótico, incluso Patil VJ menciona remisión espontánea de los SOC en algunos pacientes. El manejo en la mayoría de los casos fue agregando un ISRS como fluoxetina a dosis de 20 a 60mg/día (Cassady y Thaker, 1992; Patel y Tandon, 1993; Eales, 1994), fluvoxamina (Poyurovsky et al, 1996), sertralina 50 a 200mg/día (Rharman et al, 1998, Suppes y Rush, 1996). Pero también se ha reportado resolución de los SOC con clorimipramina a dosis de 100mg/día (Biondi et al, 1999).

Baker y colaboradores (1992), sugieren que el marcado efecto antagonista de la clozapina sobre el receptor de serotonina 5-HT_{2A}, es el responsable de la emergencia de los SOC. Aunque más específicamente se ha implicado a los receptores 5HT_{2c} ya que la clozapina tiene una alta afinidad para éstos.

Poyurovsky et al (2004), se encargó de buscar los casos publicados sobre la “inducción” de SOC con risperidona y olanzapina. Encontró 16 reportes para la risperidona y 9 para olanzapina. Observó que en los casos con risperidona, las obsesiones predominaban sobre las compulsiones en el 87.5% (14 pacientes).

Para controlar los SOC en este grupo, fue necesario disminuir o suspender la risperidona en 9 pacientes. Para la olanzapina encontró que los 9 pacientes reportaron compulsiones y sólo 5 obsesiones. En 4 pacientes fue necesario suspender la olanzapina.

Haan et al, realizó un estudio prospectivo comparativo en 113 pacientes esquizofrénicos a quienes se les asignó de forma aleatoria risperidona u olanzapina. El 30% a las 6 semanas presentaba SOC y el 15% reunía criterios para TOC. No hubo diferencias estadísticamente significativas para la inducción de síntomas obsesivo-compulsivos entre ambos grupos, pero refiere que los SOC fueron más severos en el grupo con olanzapina. No obstante, en el algoritmo para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos o TOC, propuesto por Poyurovsky y colaboradores (2004), proponen a la olanzapina como primera opción monoterapéutica, seguido de la risperidona, quetiapina y ziprasidona. Si no hay mejoría recomienda, antes de cambiar de antipsicótico, agregar un ISRS. De no haber mejoría, cambiar a otro antipsicótico atípico y en última instancia cambiar a un típico.

El tratamiento de los pacientes esquizofrénicos suele estar enfocado a mejorar la sintomatología psicótica y los síntomas negativos, haciendo caso omiso de la información existente de que un elevado número de pacientes sufre la presencia de síntomas no reconocidos como típicos de esquizofrenia como los obsesivo-compulsivos. Sin embargo, hay suficiente evidencia de que dichos síntomas suelen presentarse durante todo el curso de la enfermedad, pasando en ocasiones desapercibidos o enmascarados, y que por lo general tienen un efecto negativo sobre la evolución y la calidad de vida del paciente. No existe información suficiente sobre el origen de dichos síntomas, pudieran ser parte del espectro esquizofrénico, ser independientes o también estar inducidos por los antipsicóticos (Baker et al., 1992; Morrison et al, 1998; Remington y Adams., 1994; Lysaker et al., 2002). Conocer la existencia de compulsiones y obsesiones en pacientes esquizofrénicos es el primer paso para identificar las características de estos

pacientes en cuanto a funcionalidad y deterioro en comparación con quienes no presentan dichos síntomas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de síntomas obsesivos-compulsivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

¿Existen diferencias neuropatológicas y clínicas entre los pacientes con esquizofrenia-TOC y los pacientes con sólo esquizofrenia paranoide?

OBJETIVO PRINCIPAL

- Detectar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir las características demográficas de pacientes con esquizofrenia y esquizofrenia-TOC; y comparar ambos grupos entre sí.
- Describir características clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos
-

HIPÓTESIS

- En pacientes mexicanos con diagnóstico de esquizofrenia, la prevalencia de síntomas obsesivo compulsivos es cercana a 10%

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia, ocupa la tercera parte de la atención que brindan los hospitales psiquiátricos en el país. Se estima que en México hay entre 500 y 600 mil personas con esquizofrenia, aunque sólo 10 por ciento recibe atención médica hospitalaria. Este trastorno se presenta entre los 15 y 25 años de edad, pero en mujeres los síntomas aparecen más tarde que en los hombres (Secretaría de Salud, 2002).

La reforma a la atención de la salud mental que se lleva a cabo en México se orienta a garantizar una atención con calidad y un mejor trato a los pacientes psiquiátricos, así como superar insuficiencias generadas por la baja inversión y los altos costos generados por la discapacidad y la atención prolongada de quienes reciben tratamientos al no exigirse la hospitalización y en cambio sí permitir su reintegración social.

El conocimiento de la incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia busca resaltar la importancia de su diagnóstico e identificación temprana para aplicar tratamientos específicos que mejoren la calidad de vida de los pacientes y facilitar la reinserción social y laboral de los mismos. Por otra parte, se ha demostrado que los esquizofrénicos con síntomas OC tienen un grado mayor de síntomas negativos, deterioro social y menor calidad de vida (Lysaker et al., 2000 y 2002; Poyurovsky et al., 2001; Bobes et al., 2001), por lo que el valor pronóstico del reconocimiento de los síntomas es de considerable importancia.

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal prospectivo, observacional, abierto, de series de casos

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez del servicio de consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios diagnósticos del DSM-IV TR

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Individuos que aceptaron participar en el estudio y que dieron su consentimiento informado por escrito.
2. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (DSM IV-TR)
3. Individuos mayores de 18 años de ambos sexos
4. Pacientes con tratamiento ambulatorio del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que acudieron al servicio de consulta externa.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Abuso o dependencia a alguna sustancia psicoactiva o alcohol.
2. Pacientes que habían sido sometidos a terapia electroconvulsiva en los 6 meses previos a la realización de la entrevista.

3. Pacientes que presentaban agitación psicomotriz o cualquier condición psicopatológica que les impedía comprender el objetivo del estudio, tales como: demencia, retraso mental y delirium.
4. Pacientes que hayan estado en algún protocolo de investigación de un nuevo psicofármaco en los 6 meses anteriores al estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes que no cooperaron en la aplicación de las escalas
2. Pacientes que retiraron su consentimiento informado durante la realización del estudio

INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Formato de obtención de variables sociodemográficos. Formato construido de ex profeso para este estudio para recabar la información respecto a: sexo del paciente, edad (años cumplidos a la fecha de la entrevista), actividad a la que se dedica (ninguna, estudia o trabaja), nivel de escolaridad (años de vida escolar), situación de pareja (tiene o no tiene pareja), lugar de origen, residencia, edad de inicio de síntomas psicóticos, tiempo transcurrido antes de recibir tratamiento antipsicótico; tratamiento farmacológico actual; y edad de inicio de síntomas obsesivo-compulsivos cuando fuera el caso.
- Escala de verificación de síntomas obsesivo-compulsivos de Yale-Brown (Goodman et al, 1989) en su traducción al español para la medición de síntomas obsesivos y compulsivos (Nicolini et al, 1996). Está formado por un total de 74 reactivos organizados por los siguientes grupos de síntomas. Obsesiones (de agresión, contaminación, contenido sexual, simetría-

exactitud, somáticas, religiosas y otras no englobadas en las anteriores); y compulsiones (de limpieza y lavado, de revisión, de repetición, y para prevenir). Cada uno de los síntomas se califica como presente o ausente tanto en el pasado como en el momento actual. La presencia de síntomas obsesivo-compulsivos fue considerada de acuerdo a la definición de obsesiones y compulsiones según el DSM-IV TR como 1) obsesiones: pensamientos, imágenes o impulsos persistentes, repetitivos, intrusivos y absurdos que generan ansiedad y cuyo contenido es diferente del de los delirios. 2) compulsiones: conductas ritualísticas repetitivas dirigidos hacia un fin específico para disminuir la angustia o evitar un daño temido y que son clínicamente distinguibles de los manierismos y las posturas esquizofrénicas.

- Escala de severidad de Yale-Brown. Esta escala está diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología de los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y para supervisar la respuesta al tratamiento. Consta de 10 variables con puntuaciones de 0 a 4 donde 0 es la ausencia del síntoma y 4 es la presentación severa. El puntaje total va de 0 a 40, con subtotales para la severidad de las obsesiones y las compulsiones. La escala cuenta además con otra serie de apartados de los que, hasta el momento, no se cuenta con evidencia que apoye su confiabilidad y validez (11 al 16). Estos apartados valoran introspección para las obsesiones y compulsiones, evitación, grado de indecisión, sentido de responsabilidad sobrevaluado, lentitud patológica y duda patológica. Los apartados 17 y 19 miden severidad global de padecimiento, calificada de 0 a 6; y mejoría global a partir de la evaluación inicial. La confiabilidad está basada en el criterio clínico. Los últimos tres apartados fueron tomados de la escala clínica de impresión global (Guy W et al, 1976). Los 19 reactivos son evaluados, pero sólo los reactivos 1 al 10 son usados para determinar la puntuación final. La puntuación total de la EY-BOC es la suma de los reactivos 1 al 10 (excluyendo 1b y 6b) mientras

que los subtotales para obsesión y compulsión son las sumas de los reactivos 1 al 5 (excluyendo 1b) y 6 al 10 (excluyendo 6b) respectivamente. En su traducción y validación al español (Nicolini et al, 1996) Las correlaciones entre pares de jueces resultaron significativas con $p < 0.001$, con una media total de la correlación interevaluador de 0.88. Los resultados de alfa de Cronbach para cada juez, estuvieron en un margen de 0.84 a 0.87 con una media de 0.85, indicando que la entrevista era homogénea

- Escala de Evaluación del funcionamiento Global (GAF). Es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. Consta de un único reactivo, el de la actividad global de paciente que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de funcionamiento. (Endicott et al, 1976; DSM III R, APA 1987).

- Escala de síntomas positivos y negativos PANSS (positive and negative syndrome scale) en su traducción validada al español (Ortega Soto et al, 1991; Herrera et al, 1993). Desarrollada por Kay y col en 1987, incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general. Cada variable se califica de acuerdo a la severidad desde 1 (ausente) hasta 7 (extremadamente severo). El punto de corte es 60. El coeficiente alfa de Cronbach indicó una consistencia interna elevada de las subescalas : 0.73, 0.83 y 0.79 para las subescalas positiva, negativa y general respectivamente. La confiabilidad interobservador es de 0.83 a 0.87. La validez de criterio se determinó comparando la valoración obtenida con la PANSS y la escala de

Andreasen (escala de síntomas positivos y de síntomas negativos), obteniendo una alta correlación para los síntomas positivos ($r=.77$, p : menor a 0.0001) y los negativos ($r= 0.77$, p menor a 0.0001), indicando una concordancia equivalente a 53% entre las escalas (Kay SR et al, 1988).

- Escala de ajuste premórbido para pacientes con esquizofrenia. Está diseñada para evaluar el nivel de funcionamiento de cuatro áreas en diferentes etapas del ciclo vital de un sujeto: socialización y aislamiento, relaciones de amistad o compañerismo, capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar, y capacidad para la vinculación socio-sexual. Los cuatro períodos del ciclo vital evaluados con la escala son la infancia (hasta los 11 años), adolescencia temprana (12-15 años), adolescencia tardía (16 a 18 años) y edad adulta (mayores de 19 años). La sección final de la escala contiene aspectos más globales para estimar el nivel máximo de funcionamiento antes de la enfermedad. Se define premórbido lo sucedido 6 meses antes a la primera hospitalización. La traducción y validación al español (López et al, 1996) mostró que la consistencia interna (alfa de Cronbach) del instrumento fue de 0.76. Los casos con esquizofrenia tuvieron puntajes significativamente menores en todas las dimensiones de la EAP que los controles sanos. Cada sección de la escala se compone de áreas de funcionamiento descritas con diferentes enunciados y cada uno de estos tiene una calificación que va de 0 a 6. El 0 corresponde al nivel más alto de funcionamiento y el 6 al nivel más bajo. La calificación se obtiene de dividir el puntaje máximo posible al obtenido por el paciente.
- Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter. Como su nombre lo dice, es una escala que trata de advertir el curso que lleva la esquizofrenia para poder dar un pronóstico. Aun no han sido publicada la validación en México, aunque ya ha sido utilizada en población mexicana. La validez interobservador reportada es excelente (0.88 para los items individuales), así como la validez de convergencia con el funcionamiento social y ocupacional ($r=0.89$, ; $p < .0001$) (McAdams LA et al, 1997). Consta de 4

reactivos, el primero evalúa el tiempo que el paciente estuvo hospitalizado durante el último año y se califica de 0 a 3 (3 si estuvo menos de 3 meses hospitalizado; 0 si estuvo más de 9 meses en el hospital); el reactivo 2 valora el contacto social y se califica de 0 (no se reúne con amigos) a 4 (se reúne con amigos una vez por semana); el tercer reactivo valora el empleo productivo, si estuvo empleado continuamente se califica 4, si no tuvo empleo 0; y el reactivo cuatro valora la ausencia de síntomas el mes pasado, también se califica de 0 a 4 (4 si no tuvo síntomas, 0 si tuvo signos y síntomas severos y continuos). La puntuación máxima es de 15 puntos (mejor pronóstico), la mas baja y de peor pronóstico es 0.

PROCEDIMIENTO

- 1) Los pacientes fueron captados al acudir a su cita de seguimiento en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, realizándose un muestreo probabilístico.
- 2) Aquellos pacientes que según su expediente clínico, tenían diagnóstico de esquizofrenia, se les realizó una entrevista clínica con el fin de confirmar el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM IV TR.
- 3) A los pacientes que les fue confirmado el diagnóstico de esquizofrenia se les explicó el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación para posteriormente solicitarles su consentimiento informado por escrito.
- 4) Aquellos que aceptaron participar en el estudio, fueron interrogados sobre la presencia de obsesiones y compulsiones y se les aplicaron los siguientes instrumentos: Formato de recolección de datos demográficos, la Escala de los Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS), la Escala

de GAF, la Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con esquizofrenia, la Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter. Además, a los pacientes que tras el interrogatorio dirigido refirieron síntomas obsesivo-compulsivos se les aplicó la Escala de Verificación de Síntomas Obsesivo-compulsivos de Yale Brown y la Escala de Severidad de Yale Brown. El contenido de los síntomas obsesivo-compulsivos debió de ser diferente del de los delirios y alucinaciones

- 5) Los datos obtenidos fueron vaciados en una base de datos para posteriormente realizar el análisis estadístico de las variables.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el paquete de software SPSS versión 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences) y la utilidad de análisis estadístico de datos de Microsoft Excel 2000. El análisis estadístico de la información fue principalmente descriptivo.

Se usó la prueba de T para comparar las medias de las variables numéricas. El análisis de asociación se realizó con la prueba de Pearson. El valor de alfa se estableció en 0.05 para la determinación de la probabilidad estadística.

RESULTADOS

La muestra consistió en 110 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM IV. La edad promedio fue de 32 años (DE 8.2) con un rango de 18 a 53 años. El 48% se encontraba entre los 25 y 34 años de edad (n=53), el 36% tenía más de 35 años de edad (n=39) y el 16% estaban entre los 18 y los 24 años de edad (n=18).

La mayoría de los entrevistados eran del sexo masculino, 70% (n=77). El 89% de la muestra dijo no tener pareja (n=98). De los 12 pacientes que contestaron que sí tenían una pareja, 6 eran hombres y 6 mujeres, lo cual equivale a decir que entre el total de mujeres, el 18% sí tenía pareja, y entre los hombres sólo el 8%.

En cuanto a la ocupación, el 54% contestó que tenía un trabajo remunerado o realizaba alguna actividad productiva (como ocuparse de su hogar en forma adecuada), o que cursaba algún tipo de estudio (n=51 y n=5, respectivamente). El 43% de las mujeres refirió tener alguna actividad remunerada (n=19); ninguna mencionó estar estudiando. El 48% de los hombres dijo trabajar y el 6% estar estudiando.

La edad de inicio promedio de los síntomas psicóticos para el total de la muestra fue de 22 años de edad (DE 6.5, rango: 12 a 45 años de edad). Y el tiempo que transcurrió entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio de tratamiento antipsicótico, es decir, la duración de la psicosis no tratada (DPNT) fue en promedio de 141 semanas (DE 134.4) con un rango de 1 a 677 semanas.

Gráfico 1. Distribución por grupos de edades de la muestra total

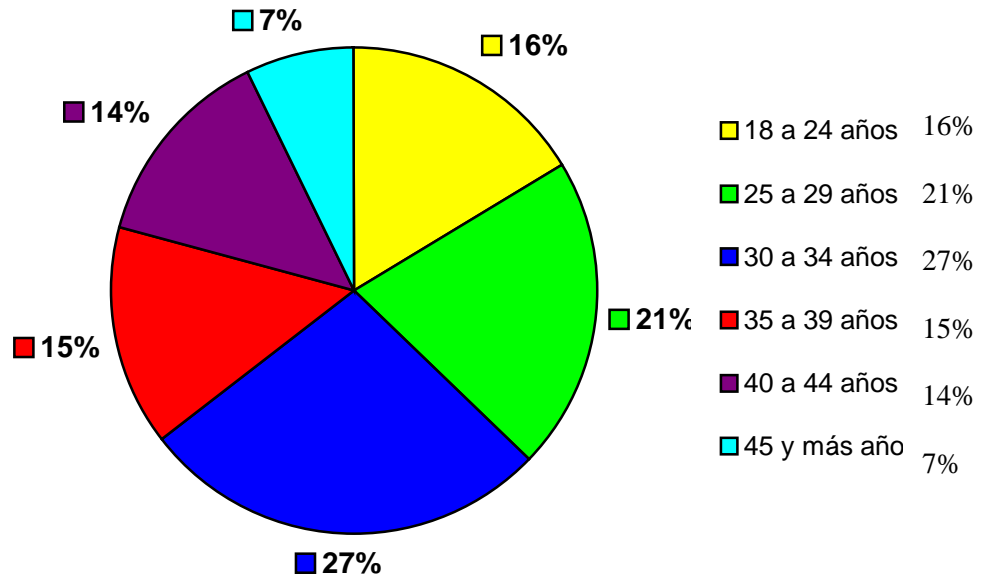
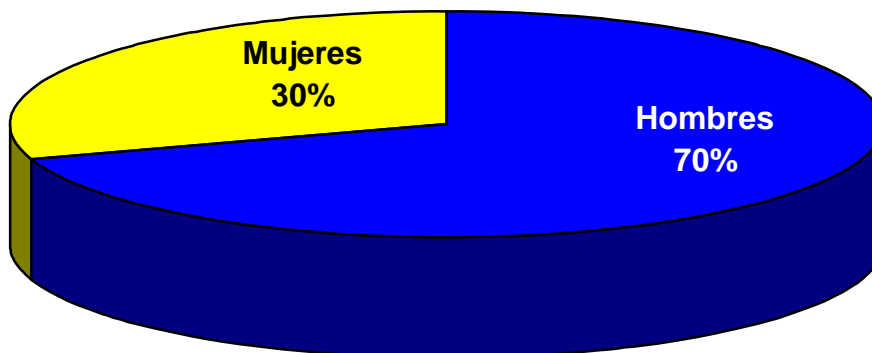


Gráfico 1: Se muestra cómo estaba conformada la muestra en relación a 6 grupos de edades. Se observa que la mayoría de los sujetos se encontraban en el rango de 25 a 34 años de edad.

Gráfico 2. Conformación de la muestra por género



Se muestra el porcentaje de mujeres y de hombres que conformaban el total de la muestra: 77 hombres y 33 mujeres

Gráfico 3. Presencia de Pareja

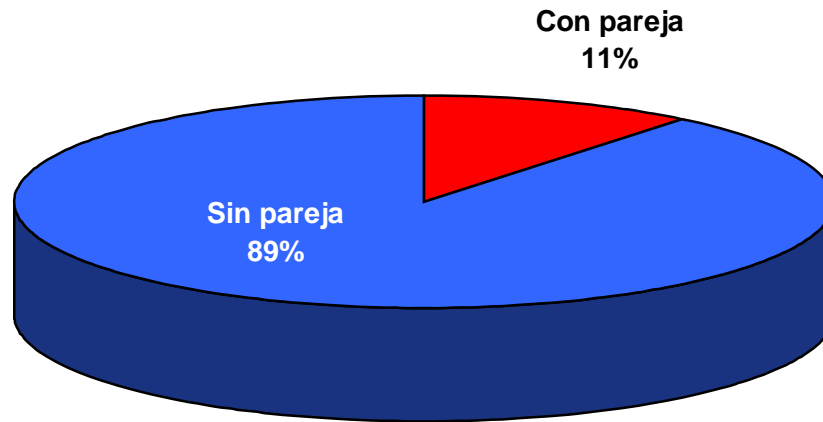
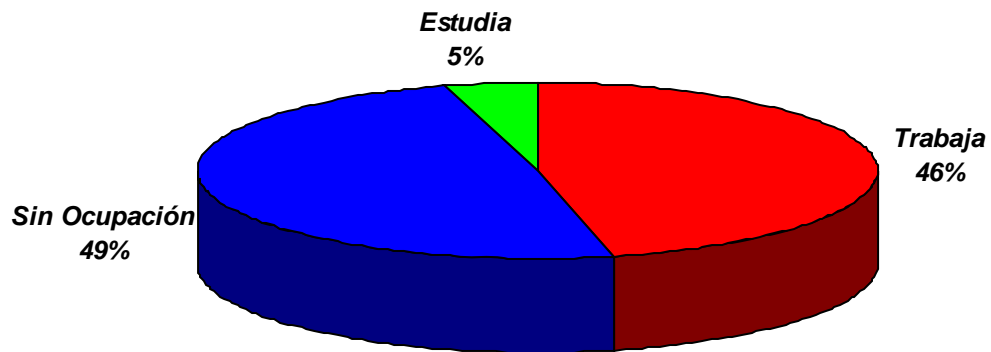


Gráfico 3. Se muestra el porcentaje de sujetos que refirieron tener (n=12) o no una pareja (n=98). En el 11% que contestó sí tener una pareja había 6 mujeres y 6 hombres

Gráfico 4. Situación ocupacional de la muestra



En lo que se refiere a las características generales del tratamiento, el 67% de la muestra recibía un antipsicótico típico (n= 74), siendo el haloperidol el más utilizado (27%, n= 27) seguido del neuroléptico de depósito pipotiazina (11% n= 12) y la trifluoperazina (8%, n= 9). La dosis/día media de haloperidol usada fue de 11mg (DE 5). En el 33% que recibía antipsicótico de los llamados atípicos (n= 36), el más frecuentemente utilizado fue la risperidona en el 19% de los casos (n= 21), seguido por olanzapina (7%, n= 8). La dosis media diaria de risperidona prescrita fue 3mg (DE 1.2) y la de olanzapina 11mg (DE 4). Sólo el 26% de los entrevistados (n=29) tenía indicado únicamente el antipsicótico (monoterapia); la mayoría (48%, n=52) utilizaba otro medicamento además del antipsicótico que por lo general era un anticolinérgico (el biperideno estaba indicado en el 41% de los pacientes, n= 46). El 26% de los pacientes tenía indicado más de dos psicofármacos (n= 29). El 30% (n=33) tomaba benzodiacepinas, que en 90% (n=30) de los casos era el clonazepam a una dosis media de 2mg/día. Finalmente, se encontró que el 18% (n=20) tenía indicado un anticomicial (carbamacepina o ácido valpróico).

Gráfico 5. Características del tratamiento antipsicótico

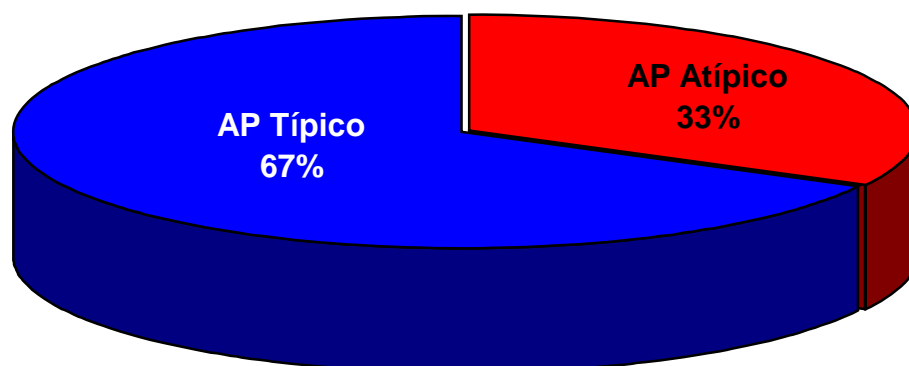


Gráfico 5. La mayoría de los pacientes (67% n=74) era tratado con antipsicóticos típicos. El resto (33%, n= 36) con antipsicóticos de los llamados atípicos.

Gráfico 6. Distribución de los antipsicóticos según la frecuencia de uso

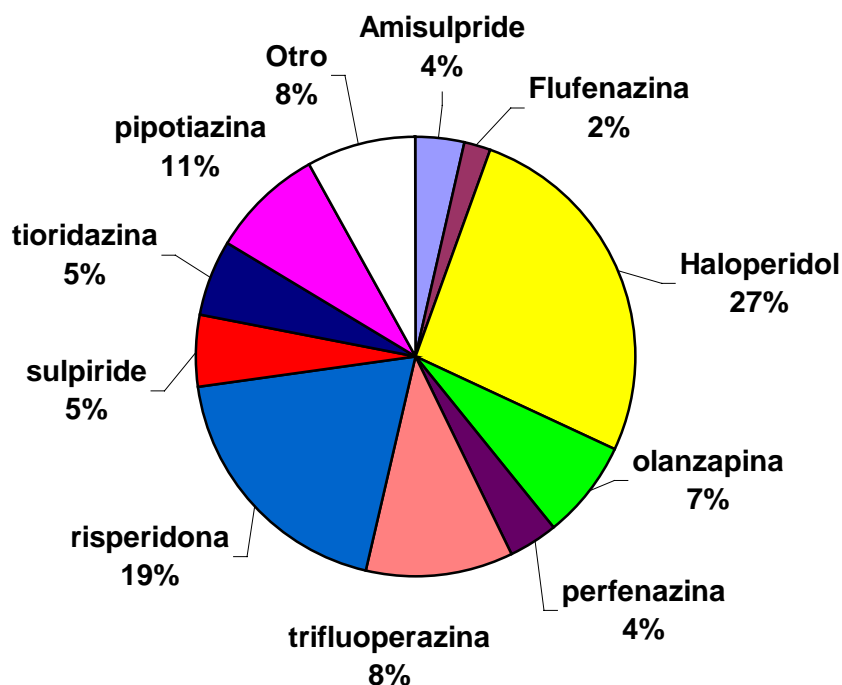


Gráfico 6. Se muestra el nombre genérico del antipsicótico y el porcentaje de pacientes tratados con dicho psicofármaco. Los antipsicóticos encontrados con mayor frecuencia en esta muestra fueron el haloperidol (n=27) y la risperidona (n=21), seguidos por la pipotiazina (n=12) y la trifluoperazina (n=9).

En el total de la muestra, la puntuación media obtenida en la Escala de Funcionamiento Global (GAF) fue de 55.9 (DE 14.7); y para la Escala de Ajuste Premórbido la calificación total media fue de 1.2 puntos (DE 0.8), lo cual representa un pobre funcionamiento. Con la Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter, la muestra total tuvo una media de 7 puntos (DE 2.8), que puede considerarse un pronóstico regular tomando en cuenta que la máxima calificación posible es 16 (mejor pronóstico) y la mínima 0 (peor pronóstico).

En la evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia con la escala de PANSS, se obtuvieron los siguientes resultados: Para los síntomas positivos, la media de calificación fue de 19.7 puntos (DE 5.8, rango de 9 a 38); para los síntomas negativos la media fue de 25 puntos (DE 6.8, rango de 10 a 39); para la subescala de psicopatología general la media fue de 44.2 puntos (DE 8.4, rango de 23 a 67); y finalmente para la calificación total, la media fue de 89 puntos (DE 17.86, rango de 43 a 122).

Prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos

En 11 de los 110 pacientes entrevistados, se detectó la presencia de obsesiones o compulsiones, según la definición operativa de obsesión y compulsión descrita anteriormente, por lo que la prevalencia encontrada fue de 10%. Todos los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos también reunían los criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM IV TR, por lo que se puede hablar de comorbilidad TOC-Esquizofrenia.

Gráfico 7. Prevalencia de Síntomas Obsesivo-Compulsivos (SOC)

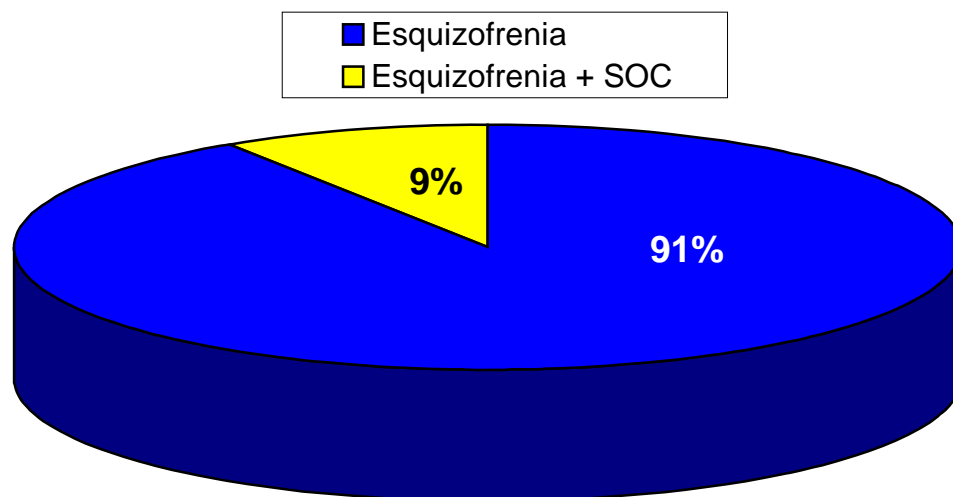


Gráfico 7. Del total de 110 pacientes, en 11 se encontraron síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) que equivale a una incidencia de 10%

Características de los grupos

- Pacientes con Esquizofrenia

De los 99 pacientes en los que no se detectó la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, 30% fueron mujeres (n=30), el 10% (n=10) dijo tener una relación actual de pareja; 49% refirió tener una ocupación remunerada (n=49) y 5% estaba cursando estudios (n=5); el resto se describió sin ocupación (n=45). La edad promedio en este grupo fue de 32.8 años (DE 8.4). La edad de inicio de los síntomas psicóticos fue en promedio de 23 años (DE 6.6, rango de 12 a 45 años) y la duración de la psicosis no tratada (DPNT) fue en promedio de 145 semanas (DE 134.7)).

En lo que se refiere a la calificación obtenida en los diferentes instrumentos, en la Escala de Funcionamiento Global la media fue de 55.9 (DE 14.3); en la Escala de Ajuste Premórbido, el puntaje promedio de la calificación total fue de 1.25 (DE 0.86) indicativo de un pobre funcionamiento psicosocial. La calificación promedio obtenida con la Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter fue de 7 (DE 2.8), pronóstico regular.

La calificación media total en la PANSS fue de 88.8 puntos (DE 17.9). En las subescalas de la PANSS se encontró: síntomas positivos, media de 19.8 (DE 5.9); síntomas negativos, media de 25 puntos (DE 6.9); y psicopatología general, media de 43.8 puntos (DE 8.2).

- Pacientes con esquizofrenia-TOC

11 pacientes con esquizofrenia presentaron síntomas obsesivo-compulsivos que reunían además criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), 8 eran hombres y 3 mujeres. Siete de ellos refirieron no tener ningún trabajo (63%), dos dijeron estudiar y sólo 2 aceptaron tener un trabajo (18%). El 81% (n=9) dijo que no tenía pareja.

La edad promedio de inicio de los síntomas psicóticos fue a los 20.5 años de edad (DE 4.8), y la duración de la psicosis no tratada fue en promedio de 102 semanas (DE 126) con un rango de 8 a 469 semanas.

Sólo dos de los pacientes estaban recibiendo tratamiento para los síntomas obsesivo-compulsivos: uno con fluoxetina 40mg y otro con sertralina 50mg. El tratamiento antipsicótico fue variado, 6 estaban con antipsicóticos típicos: perfenazina (2 pacientes), trifluoperazina, haloperidol, pipotiazina y tioridazina. Los antipsicóticos atípicos de los 5 pacientes restantes fueron: olanzapina (2 pacientes), risperidona, clozapina y amisulpride.

En la GAF se obtuvo una media de 55.8 puntos (DE 18.4); con la escala de Ajuste Premórbido, la media de calificación fue 1.18 puntos (DE 0.35); y para la Escala Pronóstica, la media obtenida fue de 7.18 (DE 2.92).

Al valorar los síntomas psicóticos con la escala de PANSS, la media de la calificación total fue de 91.3 puntos (DE 18.24); y en las subescalas de síntomas positivos, negativos y psicopatología general, la media obtenida fue de: 18.5 (DE 5.4), 25.4 (DE 5.6), y 47.5 (DE 10,3) respectivamente.

En promedio estos pacientes refirieron 10.9 síntomas entre obsesiones y compulsiones (DE 5; rango: 3 a 19) pero en su mayoría (77.5%) fueron obsesiones, es decir, de los 120 síntomas obsesivo-compulsivos 27 eran

compulsiones y el resto, 93, obsesiones. La obsesión más frecuentemente referida fue la preocupación por suciedad o gérmenes (63%), mientras que la compulsión más reportada fue el lavado excesivo de manos (63%).

Tabla 1. Obsesiones y Compulsiones encontradas

Tipo de Obsesión o Compulsión	Número de Pacientes que reportaron el síntoma (porcentaje)	
Obsesiones		
Preocupación por suciedad o gérmenes	7	(63%)
Preocupación por enfermedades o padecimientos	6	(54%)
Imágenes terribles o violentas	5	(45%)
Pensamientos o imágenes de contenido sexual o violento	5	(45%)
Preocupación excesiva por lo debido e indebdo	5	(45%)
Temor a expresar obsenidades o insultos	4	(36%)
Temor de dañar a otros por descuido	4	(36%)
Preocupación por sacrilegios o blasfemias	4	(36%)
Temor a decir ciertas cosas	4	(36%)
Preocupación o repugnancia por desechos	3	(27%)
Temor a no decir las cosas correctamente	3	(27%)
Preocupación por la apariencia y alguna parte	3	(27%)
Temor de autolastimarse	3	(27%)
Compulsiones		
Lavado excesivo de manos	7	(63%)
Medidas para prevenir dañarse así mismo	4	(36%)

Se muestran las obsesiones y compulsiones más frecuentemente referidas (aquellas que fueron mencionadas por más de dos pacientes) por los 11 sujetos con esquizofrenia-TOC. La obsesión más frecuente fue la preocupación por suciedad o gérmenes (63%, n=7), y la compulsión más referida fue el lavado de manos excesivos (63%, n=7).

Las puntuaciones medias de la escala de severidad de Yale Brown fueron de 11.4 (DE 4.3) para obsesiones, y 11.7(DE 2.5) para las compulsiones. La media de la calificación total encontrada fue de 23.1 (DE 6).

La calificación media en el ítem de insight fue de 3, ausencia severa de insight.

Tabla 2 Resumen de las características de los 11 pacientes con esquizofrenia-TOC

N	Edad (años)	GAF	PANSS				E. de Severidad de YB			Número SOC
			Síntomas Positivos	Síntomas Negativos	Síntomas Generales	PANSS total	Obs	Comp	YB Total	
1	33	40	29	28	56	113	14	15	29	6
2	32	71	16	24	32	72	16	13	29	3
3	23	71	16	26	39	81	15	13	28	12
4	19	40	15	22	48	85	8	9	17	13
5	32	40	15	31	48	94	11	11	22	8
6	22	81	12	11	29	52	13	12	25	9
7	28	80	17	24	49	90	2	12	14	16
8	27	40	22	25	59	106	8	6	14	19
9	34	40	16	29	53	98	9	11	20	17
10	25	71	28	27	48	103	16	12	28	6
11	34	40	18	32	61	111	14	15	29	11
Promedio	28.1	55.8	18.5	25.4	47.5	91.3	11.4	11.7	23.1	10.9

GAF: escala de funcionamiento global; PANSS, escala de síntomas positivos y negativos. El valor mostrado para obsesiones (Obs) y compulsiones (Comp) corresponde al puntaje obtenido en la escala de severidad de Yale Brown (YB). El número de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC), fue obtenido de la escala de verificación de Yale Brown y se refiere al total de obsesiones y compulsiones encontradas en cada paciente.

Comparación entre grupos (pacientes con esquizofrenia vs. pacientes con esquizofrenia-TOC)

Del análisis comparativo de las variables numéricas con la prueba de t se obtuvieron los siguientes resultados:

La muestra de pacientes con esquizofrenia-TOC era más joven en edad, con una media de 28 años de edad contra 32.8 del grupo con esquizofrenia. Sí hubo una diferencia estadísticamente significativa ($t= 2.6, p= .018$).

La media de edad de inicio de síntomas psicóticos en el grupo esquizofrenia fue de 20.5 años, y en el grupo esquizofrenia-TOC de 23 años. No hubo diferencia estadísticamente significativa ($t= 1.5, p= .14$).

Al comparar la duración de la psicosis no tratada que en el grupo esquizofrenia-TOC fue de 102 semanas contra 145 semanas del grupo esquizofrenia, no se encontró que hubiera una diferencia estadísticamente significativa ($t= 1.05, p= .31$).

Con la GAF, la media de 55.9 puntos del grupo esquizofrenia contra la media de 55.8 puntos del grupo esquizofrenia-TOC, no fue significativamente diferente. ($t= .016, p= .98$). Y en la puntuación total de la escala de ajuste premórbido, la media del grupo esquizofrenia-TOC (1.1) y la media del grupo esquizofrenia (1.2), tampoco fue estadísticamente significativa dicha diferencia ($t=.52, p=.60$).

Lo mismo ocurrió para la Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter, en la que al comparar los 7 puntos del grupo esquizofrenia contra los 7.1 del grupo esquizofrenia TOC, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($t= .207, p= .83$).

Al comparar las calificaciones de las subescalas de la PANSS así como la calificación total de la PANSS, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2 Comparativo entre pacientes con esquizofrenia y pacientes con esquizofrenia + Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.)

	Esquizofrenia		Esquizofrenia + T.O.C		Prueba de t	
	Media	DE	Media	DE	t	p
Edad (años)	32.8	8.4	28.0	5.3	2.63	.018
Edad al Inicio de síntomas Psicóticos	23	6.6	20.5	4.8	1.526	.148
DPNT	145	134.7	102	126	1.05	.314
GAF	55.9	14.3	55.8	18.4	.016	.988
E.A.Premórbido total	1.2	.86	1.1	.35	.527	.602
Escala Pronóstica	7	2.8	7.1	2.9	.207	.839
PANSS:						
S. Positivos	19.8	5.9	18.5	5.4	.741	.472
S. Negativos	25.0	6.9	25.4	5.6	.153	.880
Psicopatología Gral.	43.8	8.2	47.5	10.3	1.103	.293
PANSS Total	88.8	17.9	91.3	18.2	.440	.668

DPNT: duración de la psicosis no tratada.

E.A. Premórbido Total: escala de ajuste premórbido, calificación total.

Análisis de asociación entre las variables

El análisis de correlación entre las variables se realizó por separado para el total de la muestra (n=110), para el grupo de esquizofrenia-TOC (n=11) y para el grupo esquizofrenia (n=99). Las asociaciones significativas entre las variables de toda la muestra se repitieron en el análisis del subgrupo esquizofrenia, con la

excepción de que en la muestra total no hubo asociación entre la duración de la psicosis no tratada y la calificación total de la PANSS ($r = .15$, $p = .10$), pero sí hubo una asociación positiva entre la calificación total de la Escala de Ajuste Premórbido y la calificación de la PANSS ($r = .19$, $p = .044$).

- Asociación entre variables en el grupo esquizofrenia (sin TOC)

La edad del paciente estuvo asociada de forma significativa con la edad de inicio de los síntomas psicóticos ($r = .468$, $p < .01$). Pero estas dos variables no mostraron más asociaciones con el resto de las variables.

La duración de la psicosis no tratada (DPNT), se correlacionó con los síntomas positivos de la PANSS ($r = .29$, $p = .003$), pero no se logró establecer relación con la GAF ($r = -.12$, $p = .1$) la escala de ajuste premórbido ($r = .06$, $p = .5$), ni con la escala pronóstica ($r = -.08$, $p = .42$).

La GAF se asoció positivamente ($r = .65$, $p < .01$) con la puntuación de la escala pronóstica. Y se observó una asociación negativa significativa con las subescalas de la PANSS y la PANSS total: subescala de síntomas positivos $r = -.64$, $p < .01$; subescala de s. negativos $r = -.49$, $p < .01$; subescala de psicopatología general $r = -.56$, $p < .01$; PANSS total $r = -.66$, $p < .01$.

Los síntomas positivos también se asociaron a la escala pronóstica ($r = .44$, $p < .01$); y los síntomas negativos con la escala de ajuste premórbido ($r = .24$, $p < .01$). Además hubo una correlación negativa de los síntomas negativos con la GAF ($r = -.49$, $p < .01$) y la calificación de la escala pronóstica ($r = -.56$, $p < .01$). Igualmente, la subescala de psicopatología general mostró una asociación con la GAF ($r = -.56$, $p < .01$) y la escala pronóstica ($r = -.48$, $p < .01$).

En lo que respecta a la puntuación total de la PANSS, existió una correlación positiva significativa con la DPNT ($r = .21$, $p = .03$), con la escala pronóstica y con la GAF ($r = -.59$, $p < .01$; y $r = -.66$, $p < .01$, respectivamente).

- Asociación entre variables del grupo esquizofrenia-TOC

A diferencia de lo observado en el análisis de correlación del grupo de pacientes con esquizofrenia, las asociaciones entre las variables de los pacientes con esquizofrenia-TOC mostraron una asociación positiva significativa de la edad de la muestra con la calificación de la subescala de síntomas negativos de la PANSS ($r = .66$, $p = .02$). La edad también mostró una débil asociación positiva con la severidad de las obsesiones ($r = .67$, $p = .02$) y la calificación total de la escala de severidad de Yale Brown ($r = .62$, $p = .03$).

La edad de inicio de los síntomas psicóticos no tuvo correlación significativa con ninguna de las otras variables. Tampoco la DPNT tuvo asociación alguna significativa.

La puntuación de la GAF en el grupo esquizofrenia-TOC, tuvo una asociación negativa con la subescala de psicopatología general ($r = -.74$, $p < .01$) y la calificación total de la PANSS ($r = -.66$, $p = .02$). No hubo asociación con los síntomas positivos ni negativos.

La calificación total de la PANSS se asoció de manera positiva, con sus respectivas subescalas y con la Escala de Ajuste Premórbido ($r = .64$, $p = .03$). La asociación negativa con la GAF se mantuvo ($r = -.66$, $p = .02$) pero no fue ya tan fuerte como en el grupo esquizofrenia.

- Asociaciones de los síntomas obsesivo-compulsivos con el resto de las variables numéricas.

Observamos que la severidad de las obsesiones tuvo una asociación positiva significativa con la edad del paciente ($r = .67, p = .02$) y con la calificación total de la escala de severidad de YB ($r = .93, p < .01$). La severidad de las compulsiones solo se asoció a la respectiva calificación total de la escala ($r = .79, p < .01$).

La calificación total de la escala de severidad de YB, tuvo además de las asociaciones ya mencionadas con sus subescalas, una asociación positiva significativa –aunque débil– con la calificación total de la PANSS ($r = .60, p = .04$).

El número de obsesiones y compulsiones referido en la escala de verificación de síntomas, solamente se asoció de forma significativa con la severidad de las compulsiones ($r = -.6, p = .04$), de las obsesiones ($r = -.75, p < .01$), y con la calificación total de la escala de severidad YB ($r = -.79, p < .01$). Dichas asociaciones fueron negativas, lo que supone que entre mayor fue el número de obsesiones y compulsiones sufridas, menor era la severidad de éstas. El ítem que valora severidad de la falta de introspección, no tuvo asociación significativa con ninguna de las variables, ni con las calificaciones de la PANSS (PANSS total, $r = -.19, p = .55$) ni con la severidad total de la escala de YB ($r = .09, p = .79$).

Tabla 3 Asociación de variables para los casos con diagnóstico de esquizofrenia (n=99)

		Edad (años)	Edad de Inicio de Psicosis	Tiempo sin Tratamiento	EFG	E. Ajuste Premórbido Total	PANSS				
							Escala Pronóstica	Síntomas positivos	Síntomas Negativos	Síntomas Generales	PANSS Total
Edad (años)	Valor de r		.468	.095	-.020	-.101	-.045	.035	.142	-.024	.055
	P =		.000	.352	.844	.320	.656	.734	.161	.812	.585
Edad de Inicio de Psicosis	Valor de r	.468		-.166	.063	-.071	-.022	-.116	.050	-.194	-.108
	P =	.000		.100	.535	.484	.826	.254	.624	.054	.286
Tiempo sin tratamiento	Valor de r	.095	-.166		-.120	.065	-.081	.291	.107	.164	.213
	P =	.352	.100		.237	.521	.428	.003	.293	.106	.034
EFG	Valor de r	-.020	.063	-.120		-.166	.653	-.647	-.498	-.561	-.666
	P =	.844	.535	.237		.100	.000	.000	.000	.000	.000
E, Ajuste Premórbido Total	Valor de r	-.101	-.071	.065	-.166		-.203	.082	.241	.124	.178
	P =	.320	.484	.521	.100		.043	.420	.016	.221	.078
E. Pronóstica	Valor de r	-.045	-.022	-.081	.653	-.203		-.449	-.561	-.486	-.591
	P =	.656	.826	.428	.000	.043		.000	.000	.000	.000
S. positivos (PANSS)	Valor de r	.035	-.116	.291	-.647	.082	-.449		.541	.620	.827
	P =	.734	.254	.003	.000	.420	.000		.000	.000	.000
S. Negativos (PANSS)	Valor de r	.142	.050	.107	-.498	.241	-.561	.541		.555	.823
	P =	.161	.624	.293	.000	.016	.000	.000		.000	.000
S. Generales (PANSS)	Valor de r	-.024	-.194	.164	-.561	.124	-.486	.620	.555		.881
	P =	.812	.054	.106	.000	.221	.000	.000	.000		.000
PANSS Total	Valor de r	.055	-.108	.213	-.666	.178	-.591	.827	.823	.881	
	P =	.585	.286	.034	.000	.078	.000	.000	.000	.000	

Las celdas sombreadas indican que la asociación es estadísticamente significativa (p menor de 0.05). EFG. Escala de Funcionamiento Global. PANSS. El tiempo sin tratamiento se refiere a las semanas transcurridas desde el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento psiquiátrico.

Tabla 4 Asociación de variables para los casos con Esquizofrenia + S.O.C.

		Inicio de Psicosis	EFG	E.A.P Total	Escala Pronostica	PANSS			PANSS Total	obs	Comp.	YB total
						Síntomas positivos	Síntomas Negativos	Síntomas Generales				
Edad (años)	r =	.369	-.394	.443	-.523	.211	.669	.423	.512	.676	.339	.626
	P =	.264	.230	.173	.098	.533	.024	.195	.108	.023	.307	.039
Edad Inicio Psicosis	r =		-.224	.164	.127	.547	.420	.300	.466	.350	.182	.327
	P =		.507	.629	.710	.082	.198	.369	.149	.292	.591	.326
EFG	r =	-.224		-.292	.580	-.192	-.588	-.741	-.662	-.325	-.500	-.444
	P =	.507		.383	.062	.571	.057	.009	.027	.329	.117	.171
E.A.P. Total	r =	.164	-.292		-.748	.371	.856	.479	.649	.188	.312	.266
	P =	.629	.383		.008	.261	.001	.136	.031	.580	.350	.429
E. Pronóstica	r =	.127	.580	-.748		-.250	-.759	-.537	-.616	-.338	-.338	-.384
	P =	.710	.062	.008		.459	.007	.089	.044	.310	.309	.243
S. positivos (PANSS)	r =	.547	-.192	.371	-.250		.383	.507	.707	.513	.401	.537
	P =	.082	.571	.261	.459		.245	.111	.015	.106	.221	.089
S. Negativos (PANSS)	r =	.420	-.588	.856	-.759	.383		.697	.821	.411	.303	.422
	P =	.198	.057	.001	.007	.245		.017	.002	.209	.366	.196
S. Generales (PANSS)	r =	.300	-.741	.479	-.537	.507	.697		.937	.459	.523	.549
	P =	.369	.009	.136	.089	.111	.017		.000	.156	.099	.080
PANSS Total	r =	.466	-.662	.64	-.616	.707	.821	.937		.543	.512	.604
	P =	.149	.027	.031	.044	.015	.002	.000		.084	.108	.049
YB total	r =	.327	-.444	.266	-.384	.537	.422	.549	.604	.932	.790	
	P =	.326	.171	.429	.243	.089	.196	.080	.049	.000	.004	.
Número de Obs. y Comp	r =	-.460	.269	.005	-.039	-.379	-.145	-.340	-.352	-.756	-.608	-.798
	P =	.155	.424	.989	.909	.250	.670	.307	.288	.007	.047	.007

EFG: escala de funcionamiento global. EAP. Escala de ajuste premórbido. Obs, obsesiones. Comp, compulsiones. YB Total, calificación de la escala de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos de Yale Brown. Número de obsesiones (obs) y compulsiones (comp) de la escala de verificación de síntomas de Yale Brown

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia de síntomas obsesivos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, así como describir algunas características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes.

El que nuestro estudio se haya realizado en un hospital psiquiátrico público, hace que la muestra tenga ciertas características que la diferencian del resto de la población, por lo que el sesgo de selección fue inevitable. Habrá que tener en consideración que por lo general los pacientes atendidos en el tercer nivel de atención son aquellos de difícil manejo a causa de sintomatología más severa y cuyo deterioro en el funcionamiento suele ser más significativo. También hay que observar que la mayor parte de los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, vienen de familias de estratos socioeconómicos bajos, lo que en ocasiones limita las opciones farmacológicas.

Teniendo en cuenta lo anterior resultará más fácil interpretar y comprender porqué el 70% de los pacientes en nuestro estudio eran del sexo masculino (el manejo de los pacientes hombres es más complicado y por lo tanto llegan más al tercer nivel de atención) cuando sabemos que la relación hombre:mujer con esquizofrenia en la población general suele ser prácticamente de 1:1. Al observar las calificaciones medias de nuestra muestra obtenidas en la GAF, la Escala de Ajuste Premórbido y la Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter, podemos ver que en general estos pacientes tienen un pobre funcionamiento y un pronóstico incierto más inclinado hacia un mal pronóstico. Casi la mitad de los entrevistados no tiene trabajo ni estudia (46%, n=54), a pesar de que la mayor parte está en un grupo de edad económicamente activo. Su pobre funcionamiento social se ve reflejado en el hecho de que el 70% no tiene pareja, aunque hubo relativamente más mujeres con pareja, el porcentaje siguió siendo bajo (18% del total de las mujeres dijeron tener pareja, contra el 8% de los hombres). No obstante, este dato concuerda con las características

demográficas de pacientes mexicanos con esquizofrenia referidas en otros estudios mexicanos (Apiquián et al,1997).

La mayoría inició con los síntomas psicóticos en la tercera década de la vida, pero el tiempo promedio transcurrido para recibir tratamiento, es decir, la duración de la psicosis no tratada, es de subrayarse: 141 semanas (más de dos años), lo cual es más del doble de lo reportado en México por Apiquián et al., en pacientes con primer episodio psicótico. Ellos encontraron una media de 64 semanas, aunque cabe señalar que en ese estudio no solamente se admitieron pacientes con esquizofrenia sino con otras condiciones con primer episodio psicótico como depresión psicótica y manía. No obstante, nuestra media de 141 semanas fue similar a lo reportado por Lóyzaga (2001) en su estudio del fenómeno esquizo-obsesivo, donde observó una media de 146 semanas.

Atendiendo a nuestro objetivo principal, encontramos que la prevalencia de sujetos con síntomas obsesivo-compulsivos en el grupo de pacientes estudiado fue de 10%, coincidiendo con lo ya reportado en México (Loyzaga et al, 2002) y muy similar a lo encontrado en el extranjero (Fabisch et al, 2001, Fenton, 1986) como en el estudio de la ECA (1988) en el que se encontró una comorbilidad de TOC-Esquizofrenia de 12.2%.

Aunque en el presente estudio solamente se buscaba la presencia o no de obsesiones y compulsiones, se observó que los once pacientes con dichos síntomas reunían los criterios de trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM IV por lo que podemos hablar de comorbilidad esquizofrenia-TOC. Se tuvo especial cuidado en hacer la diferenciación entre obsesiones, delirios y preocupaciones, lo cual no fue sencillo puesto que en algunos casos las ideas delirantes tenían rasgos obsesivos.

La distinción entre obsesiones e inserción del pensamiento estuvo basada en la evaluación del sentido de posesión del pensamiento (propio vs. alienado). La mayoría de los pacientes con esquizofrenia y TOC mostraron una importante falta de introspección que en la mayor parte de los casos convertía a las obsesiones en ideas sobrevaloradas (el promedio en el ítem de introspección fue de 3 puntos, que corresponde a una falta de introspección severa). De acuerdo a la clasificación sugerida por Poyurovsky (2003) y Porto et al (1997), en cuanto a que existen dos subgrupos de pacientes: 1) Aquellos con obsesiones ego-distónicas y compulsiones no relacionadas al contenido delirante y las alucinaciones; y 2) aquellos que además de tener las clásicas obsesiones y compulsiones ego-distónicas también presentan SOC relacionados al contenido delirante y las alucinaciones. Podemos decir que la mayoría de los pacientes que entrevistamos correspondían al grupo 2, es decir que presentaban SOC independientes de los delirios y alucinaciones además de algunos que se confundían con los síntomas psicóticos.

El número medio de obsesiones y compulsiones reportado por los pacientes fue de 10.9 con un rango de 3 a 19, superior a lo reportado en estudios similares donde se habla de un rango de 3.8 a 7.3 (Tibbo et al 2000; Poyurovsky et al 2001), esto seguramente se debió a lo pequeño de nuestra muestra de sujetos con esquizofrenia-TOC. En lo que sí se coincide con lo ya reportado (Porto et al, 1997; Tibbo et al, 2000; Poyurovsky et al, 2001 y 2004) fue en el tipo de obsesiones y compulsiones más frecuentes, como son las obsesiones de contaminación, somáticas y de violencia/sexo; y las compulsiones de lavado. Así mismo, la severidad total de los SOC en nuestro estudio (YB-BOC media de 23.2), fue similar a la ya reportada por otros autores: Özdemiş et al (2003) y Lóyzaga (2001), reportaron una media de severidad de 25 puntos en sus respectivos estudios, mientras que en el metanálisis de Poyurovsky et al (2004) se menciona un rango de 16 a 40 puntos, que equivale a una severidad de moderada a severa.

El momento de aparición de los síntomas obsesivo-compulsivos en relación al inicio de la psicosis fue variable y no se observó tendencia alguna. En 3 de los 11 pacientes, los SOC precedieron a los síntomas psicóticos, en 3 pacientes los SOC y los síntomas psicóticos iniciaron al mismo tiempo; en otros 3 los SOC aparecieron después del primer brote psicótico; y en dos no se pudo establecer con exactitud que síntomas aparecieron primero. Lo anterior nos hace inclinarnos a pensar que ambos síntomas son independientes entre sí, tal como lo ha referido Poyurovsky et al (2004).

En otros trabajos publicados se ha observado y propuesto que los SOC son un factor pronóstico negativo en la esquizofrenia y que empeoran la sintomatología positiva y negativa (Fenton et al, 1986, Lysaker et al, 2000, Berman 1995, Nechmad et al, 2003). Al igual que otros investigadores (Berman, et al, 1998; Eisen et al, 1993, Hwang et al, 2000; Kruger et al, 2000) nosotros no logramos establecer ninguna diferencia entre la funcionalidad social, el pronóstico y la severidad de los síntomas de la esquizofrenia, cuando comparamos a los pacientes esquizofrénicos con los casos. Del análisis comparativo, la única diferencia significativa entre los 2 grupos fue la edad de los pacientes significativamente menor en el grupo con esquizofrenia-TOC, es decir, que nuestra muestra de sujetos esquizo-TOC fue más joven que la de esquizofrénicos sin TOC. Loyzaga (2001), encontró en su estudio (al parecer es el único realizado hasta la fecha sobre el fenómeno esquizo-TOC en población mexicana) una diferencia significativa en la edad de inicio de la esquizofrenia, cuya aparición fue más temprana en los pacientes con esquizo-TOC. En ese estudio tampoco se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los síntomas psicóticos evaluados a través de la PANSS. Cabe señalar que nuestro análisis supone un sesgo que hay que tener presente por el hecho de haber comparado dos grupos evidentemente

desiguales en número, cuyos tratamientos no se homogenizaron y que no fueron seleccionados de forma aleatoria.

Del análisis de asociación en el grupo esquizofrenia, se destacó que la duración de la psicosis sin tratamiento está correlacionado de forma significativa y positivamente con la severidad de los síntomas positivos y con la calificación total de la PANSS, lo cual supone que entre más tarde el individuo en recibir tratamiento más severos será los síntomas positivos en el transcurso de la enfermedad.

Como era de esperarse, la calificación de la GAF tuvo una asociación positiva con la escala pronóstica (a mayor puntuación en la GAF, mejor pronóstico), y negativa con la PANSS (a menor puntuación en las subescalas de la PANSS y PANSS total, mejor calificación de la GAF). Lo mismo sucedió para la escala pronóstica. La calificación en la Escala de Ajuste Premórbido se vio asociada levemente pero en forma significativa y positivamente con los síntomas negativos, lo cual es lógico si tenemos en cuenta que la sintomatología negativa es la principal responsable del aislamiento y pérdida de las capacidades sociales del individuo.

De la asociación de variables en el grupo Esquizofrenia-TOC, vimos que hay una asociación débil pero significativa entre la edad del sujeto y la severidad de los síntomas Obsesivo-compulsivos, en especial con las obsesiones, lo cual nos hace plantearnos la hipótesis de que con la edad los SOC suelen agravarse o aparecer con más facilidad. Esta observación ya ha sido planteada por otros autores como Craig et al (2002). En nuestro estudio, la edad de inicio de los síntomas psicóticos no parece tener asociación alguna con la severidad de la enfermedad, el pronóstico o la funcionalidad del sujeto.

En el grupo esquizofrenia-TOC, la severidad de los síntomas positivos ya no mostró asociación ni con la duración de la psicosis no tratada, la GAF ni la

escala pronóstica. No hubo asociación significativa entre severidad de obsesiones y compulsiones y las subescalas de la PANSS; tampoco podemos hablar de que la severidad de los síntomas psicóticos sea menor o peor en los pacientes con Esquizo-TOC puesto que en el análisis comparativo no se encontraron diferencias significativas.

Sin embargo, es de hacer notar que sí hubo una asociación significativa y positiva entre la puntuación total de la escala de YB y la puntuación total de la PANSS. Esto sin perder de vista que no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la severidad de síntomas esquizofrénicos entre ambos grupos, es decir, no podemos hablar de que los pacientes con esquizofrenia-TOC estén más enfermos, sólo que tienen más síntomas y que pareciera que los SOC y los de la esquizofrenia van de la mano.

El número de obsesiones y compulsiones solamente influyó en la severidad del TOC pero no hubo asociación ni con la GAF, la escala pronóstica ni la PANSS. Llama la atención la asociación negativa entre el número de síntomas obsesivo-compulsivos y la severidad del TOC: entre mayor era el número de obsesiones y compulsiones referidas, la severidad del TOC era menor. Nosotros observamos que cuando el paciente refería más obsesiones y compulsiones, la ansiedad y el tiempo invertido en éstas disminuía, como si las obsesiones y compulsiones tendieran a anularse entre sí. En cambio, cuando existía alguna obsesión o compulsión principal, el tiempo invertido y la ansiedad aumentaba al mismo tiempo que la resistencia y el control sobre el síntoma disminuía. No encontramos en la literatura reportes similares, por lo que existe también la posibilidad de que algunos pacientes hayan reportado un número mayor de obsesiones y compulsiones al adjudicar otras conductas y pensamientos como SOC aun cuando no lo eran, atendiendo al bajo nivel cultural y escolar de la muestra y a pesar del cuidado que se tuvo al interrogar a los pacientes.

El fenómeno esquizo-TOC en México ha sido poco estudiado y prácticamente limitado a lo realizado por Lóyzaga (2001). Es importante dar seguimiento a nuestra muestra de pacientes esquizo-TOC con el fin de observar la evolución de las obsesiones y compulsiones de forma longitudinal, y poder así estimar la trascendencia que tiene el recibir o no tratamiento específico para estos síntomas. Sólo demostrando la importancia del diagnóstico y tratamiento del fenómeno esquizo-TOC, dejará de ser un trastorno que pasa desapercibido o ignorado en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

El fenómeno esquizo-TOC parece ser una entidad clínica de características propias diferentes a las de los trastornos ya codificados en la DSM IV y la CIE 10. Las características sociodemográficas de estos pacientes no varían significativamente de la de los otros pacientes con esquizofrenia.

La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la población estudiada de pacientes con esquizofrenia fue de 10%, lo cual coincide con lo ya reportado en la literatura. Todos los pacientes en los que se detectó la presencia de obsesiones y compulsiones reunían criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo, por lo que podríamos hablar de comorbilidad.

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos no recibe tratamiento para los síntomas obsesivo-compulsivos. No se observó que la severidad de los síntomas de la esquizofrenia fuera mayor por la presencia de los síntomas obsesivo-compulsivos. Tampoco encontramos diferencias significativas en la funcionalidad de los pacientes esquizo-TOC y esquizofrénicos. No obstante, el primer grupo presenta síntomas que son susceptibles de ser tratados y esto podría hacer la diferencia en la funcionalidad y el pronóstico.

Existe una asociación entre la severidad de la psicosis y los SOC. Los pacientes con peores puntuaciones en la PANSS también tuvieron calificaciones más altas de severidad para las obsesiones y compulsiones en la YB. Sin embargo, esta asociación no implica que el TOC empeore la psicosis o viceversa. Los SOC y los síntomas de la esquizofrenia se presentan de forma independiente, por lo que deben existir otros factores que incidan sobre la severidad de estos dos grupos de síntomas.

Encontramos que las obsesiones y compulsiones eran más severas entre mayor fuera la edad del sujeto. La cantidad de obsesiones y compulsiones que presenta el paciente influye sobre la severidad del TOC. Nosotros encontramos que entre menor fuera el número de obsesiones y compulsiones mayor era la severidad del TOC. No encontramos nada similar reportado en la literatura en relación a este dato.

El estudio del fenómeno esquizo-TOC en nuestro país es limitado. Las características y el tamaño de la muestra estudiada limitan los alcances de los resultados obtenidos, por lo que es necesario reproducirlos en otras poblaciones.

REFERENCIAS

1. Alevizos B, Lykouras L, Zervas IM, Christodoulou GN. Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of six cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Oct;22(5):461-7. Abstract
2. Apiquián Rogelio, Páez Francisco, Loyzaga Cristina, Gutiérrez Doris, Ulloa Rosa Elena, et al, Estudio Mexicano sobre el primer episodio psicótico: Resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas, 1997, *Salud Mental* Octubre (20)1:7
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Baker RW, Bermanzohn PC, Wirshing DA, Chengappa KNR. Obsessions, compulsions, clozapine and risperidone. *CNS spectrums*. 1997;2:26-36
5. Baker RW, Chengappa KN, Baird J, Steingard S, Christ MAG, Schooler NR. Emergence of obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. *J Clin Psychiatry*, 1992; 53:439-442
6. Berman I, Chang H; Treatment Issues for Patients with Schizophrenia Who Have Obsessive-Compulsive Symptoms. *Psychiatric Annals* 29:9 Sept 1999 529-33
7. Berman I, Chang H; Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: Neuropsychological Perspectives. *Psychiatric Annals* 29:9 Sept 1999 525-28
8. Berman I, Merson A, Viegner B, et al: obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:150-156
9. Berman I, Merson A, Viegner B, Sosonczy MF: Obsessions and compulsions as a Distict cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:150-156

10. Biondi M, Fedele L, et al, Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment in schizophrenia and its positive response to clomipramine. *Psychother Psychosom* 1999 Mar-Apr; 68(2) 111-2
11. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001 Jun;16(4):239-45 Abstract
12. Buckley PF, Schulz SC, Obsessive-compulsive symptoms and clozapine (letter). *Br. J. Psychiatry* 1994, sep; 165 (3) 408.
13. Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1998;59:60-8.
14. Eaton WW. Update on the epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev* 1991;13:320–8.
15. Eisen JL, Ber DA, Pato MT, et al; Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J psychiatry* 1997;154:271-273
16. Eisen JL, Ramussen SA. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993 Oct; 54_(10):373-9
17. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch of Gen Psychiatry* 1976, 33:766-771
18. Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2001 Sep;16(6):336-41 Abstract
19. Fenton WS, McGlashan TH: The Prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:437-441
20. Fenton WS. Comorbid conditions in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:17-23

21. Fresan A, Apiquián R, Ulloa R.E., Loyzaga C., Nicolini H, Gómez L, Funcionamiento premórbido por género y su relación con la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el primer episodio psicótico. *Actas Esp Psiquiatr*, 2003;31(2);53-58
22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-16.
23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR y cols. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
24. Green A, Canuso C, Brenner M, Wojcik J. Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatric Clin of North Am* March 2003;26(1)
25. Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, Dingemans P, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent-onset schizophrenia or related disorders. *J Clin Psychiatry*. 2002 Feb;63(2):104-7
26. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia; a pilot study. *J Neuropsychiatry clin Neurosci* 2000; 12(1):91-4
27. Heinz H, Wolfram H., Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139–151
28. Herrera-Estrella M, Torner C, González G, Olivares M, Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia, *Psiquis*, 1993 2(2);47-51
29. Hwang MY, Opler LA. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann* 2000;30:23-8
30. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, and others. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different

- cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992;20:1–27.
31. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76
 32. Kay SR, Opler L.A., Lindenmayer JP, Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics *Psychiatry Res.* 1988 Jan;23(1):99-110
 33. Kay SR, Fiszbein A, Vital-Herne M, Fuentes LS. The Positive and Negative Syndrome Scale--Spanish adaptation. *J Nerv Ment Dis.* 1990 Aug;178(8):510-7
 34. Khullar A, Chue P, Tibbo P. Quetiapine and obsessive-compulsive symptoms (OCS): case report and review of atypical antipsychotic-induced OCS. *J Psychiatry Neurosci.* 2001 Jan;26(1):55-9.
 35. Krüger S, Bräunig P, Höffler J, Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia and Significance of Motor Symptoms *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* 2000 12: 16-24.
 36. Lara Muñóz Carmen, Evaluación Clínica en Psiquiatría, PAC Psiquiatría-4 Libro 3, APM, México, 2002-2004 173-177
 37. López Macario, Rodríguez S., Apiquián R., Páez Francisco, Nicolini H., Estudio de traducción y validación de la Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con esquizofrenia, *Salud Mental* 1996, Octubre 16(suplemento 3): 24-29
 38. Lóyzaga C, Nicolini H, Apiquian R, Fresán A., Una aproximación al fenómeno esquizo-obsesivo, *Salud Mental*, 2002, 25(3):12-18
 39. Lóyzaga C, Evaluación del Fenómeno Esquizo Obsesivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo. Tesis de Posgrado para obtener el grado de maestría en ciencias, UNAM, septiembre 2001.
 40. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and

- negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002 Fall;14(4):449-53
41. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, Rollins AL, Fastenau PS, Bond GR. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Feb;188(2):78-83
 42. McAdams LA, Harris MJ, Heaton SC, Bailey A, Fell R, Jeste DV. Validity of specific subscales of the positive and negative symptom scales in older schizophrenia outpatients. *Schizophr Res*. 1997 Oct 30;27(2-3):219-26.
 43. Morrison D, Clark D, Goldfarb E, McCoy L. Worsening of obsessive-compulsive symptoms following treatment with olanzapine. *Am J Psychiatry*. 1998;155:855
 44. Mozes T, Toren P, Chernauzan N, Clozapine Treatment in very early onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994 Jan 33(1): 65-70
 45. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Meged S, Avidan G, et al, Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients, *Am J Psychiatry*, 2004, May;160(5):1002-4
 46. Nicolini, Humberto ; Herrera, Karen ; Páez, Francisco ; Sánchez de Carmona, Manuel ; Orozco, Benilde ; Lodeiro, Graciela ; De la Fuente, Juan Ramón. : Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Salud Mental*. Octubre 1996 Vol. 19 (Supl 3): 13-16
 47. Nicolini H., Mejía JM, Merino J, Sánchez-DeCarmona M. Estudio del paciente obsesivo-compulsivo en una muestra mexicana. *Salud mental*,1992, 15(4);1-11.
 48. Organización Mundial de la Salud: Clasificación de los Trastornos Mentales. 10ª ed. O.M.S. 1992
 49. Ozdemir O, Toker R, Turksoy N, Clinical Characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia, *Compr Psychiatry* 2003, Jul-Ag;44(4):311-6

50. Patil VJ. Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine (letter). *Am J Psychiatry* 1992 Feb;149(2);272
51. Patel V. Tandon R. Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment (letter) *Am J Psychiatry* 1993 May; 150(5);836
52. Porto L, Bermanzohn PC, Pollack S. A profile of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *CNS spectr* 1997; 2:21-5
53. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2001 May 10;102(1):49-57
54. Poyurovsky M., Fuchs C., Weizman A.; Obsessive-Compulsive Disorder in Patients with First-Episode Schizophrenia, *Am J Psychiatry* 1999; 156:1998-2000
55. Poyurovsky M, Kriss V, Wissman G. et al. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(11):1300-7
56. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia. Clinical Characteristics and Treatment. *CNS Drugs* 2004; 18(4):989-1010
57. Programa de acción en salud mental: programa específico de esquizofrenia, http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/esquizo_cap2.htm
58. Remington G, Adams M. Risperidone and obsessive-compulsive symptoms. *J. Clin Psychopharmacol* 1994;14:358-359
59. Rosen I, The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Science* 1956, 103:773-85
60. Sadock B.J., Sadock V.A. Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 3a ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2001; 108-116
61. Secretaría de salud. COMUNICADO DE PRENSA. No. 004 05/Enero/2002

62. Stahl M, Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, Cambridge Press, 1a edición, E.U.A., 2000, p369
63. Tibbo P, Kroetsch M, Chue Pe. Et al. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia J Psychiatric Res 2000 Mar-Apr; 34(2): 139-46

EDCM

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

**Protocolo de Tesis: Prevalencia De Síntomas Obsesivo-Compulsivos En
Pacientes Con Diagnóstico de Esquizofrenia**

Formato de Recolección de Datos Sociodemográficos

Fecha: / /

Nombre: _____ -

No. Expediente: _____ Servicio _____

Edad: _____ Sexo _____

Lugar de Origen: _____ Residencia _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____ Responsable _____

Estado Civil: _____ Religión _____

Ocupación _____

Edad de inicio de síntomas psicóticos: _____

Edad de inicio de SOC: _____, Duración sin tratamiento _____

Duración de la psicosis sin tratamiento: _____

Tratamiento (medicamento, dosis, tiempo)

Notas y comentarios:

**ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA
PANSS**

Nombre del paciente: _____

Evaluación: _____ Fecha: _____ Evaluador : _____

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGICA GENERAL

G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Sub - escala	TOTAL	PERCENTIL
Positiva	_____	_____
Negativa	_____	_____
Psicopatología General	_____	_____
TOTAL	_____	

Protocolo de Esquizo-Toc

Escala de Verificación de Síntomas de Yale Brown

Nombre del paciente: _____ Folio _____

Fecha: _____ Evaluador: _____

	Fecha/puntaje	Fecha/puntaje	Fecha/puntaje
Agresión			
1. Temor a autolastimarse			
2. Temor a lastimar a otros			
3. Imágenes horribles o violentas			
4. Temor a expresar obscenidades e insultos			
5. Temor a hacer algo fuera de lugar			
6. Temor a actuar por impulsos indeseables			
7. Temor de robar cosas			
8. Temor de dañar a otros por descuido			
9. Temor de ser responsable de algo terrible			
10. Otras			
Contaminación			
11. Preocupación o repugnancia por desechos corporales			
12. Preocupación por suciedad, gérmenes			
13. Preocupación por contaminantes ambientales			
14. Preocupación por artículos de limpieza			

15. Preocupación por animales			
16. Preocupación por sustancias pegajosas			
17. Preocupación de enfermar por contaminantes			
18. Preocupación de enfermar a otros por contaminantes			
19. No se preocupa de consecuencias de contaminación sólo que le afecte directamente			
20. Otras			
Sexuales			
21. Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos			
22. El contenido involucra niños			
23. Involucra homosexualidad			
24. Conducta sexual agresiva a otros			
25. Otros			
Coleccionar/ atesorar			
26. distinguir pasatiempos			
Religiosas			
27. Preocupación por sacrilegios o blasfemias			
28. Preocupación excesiva por lo debido e indebido (moralidad)			
Simetría - Exactitud			
29. Acompañadas de pensamiento mágico			
30. No acompañadas de pensamiento mágico			

Varias			
31. Necesidad de saber o recordar			
32. Temor de decir ciertas cosas			
33. Temor de no decir las cosas correctamente			
34. Temor de perder cosas			
35. Imágenes intrusivas o violentas			
36. Sonidos, palabras, música sin sentido			
37. Perturbado por ciertos sonidos o ruidos			
38. Números de buena y mala suerte			
39. Colores con significado especial			
40. Miedos supersticiosos			
41. Otros			
Somáticas			
42. Preocupación por enfermedades o padecimientos			
43. Preocupación excesiva por alguna parte de su cuerpo o la apariencia física			
Compulsiones de limpieza y lavado			
44. Lavado de manos excesivo, ritual			
45. Baño, lavado de dientes, arreglo personal excesivo o ritual			
46. Limpieza de utensilios domésticos o inanimados			

47. Otras medidas para eliminar contacto con contaminantes			
48. Otros			
Compulsiones de Revisar			
49. Cerraduras, aparatos, estufas			
50. Que no hizo daño a otros			
51. Que no hizo daño a si mismo			
52. Que nada terrible ocurrió			
53. Que no se hayan cometido errores			
54. Chequeo ligado a obsesiones somáticas			
55. Otras			
Rituales de Repetición			
56. Releer o rescribir			
57. Necesidad de repetir actividades rutinarias			
58. Otros			
59. Compulsiones de Contar			
60. Compulsiones de ordenar			
61. Compulsiones de guardar/ coleccionar			
62. Rituales mentales			
63. Hacer listas en exceso			
64. Necesidad de decir, pregunta o confesar			
65. Necesidad de tocar, acariciar			
66. Rituales que incluyen			

parpadeo, mirada fija			
Medidas para prevenir			
67. Daño a sí mismo			
68. Daño a otros			
69. Terribles consecuencias			
70. Conductas ritualizadas al comer			
71. Conductas supersticiosas			
72. Tricotilomanía			
73. Otras de autodaño			
74. Otras			

Dr. Daniel Crail
 Protocolo Esquizo-toc

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Prevalencia de Síntomas Obsesivo-Compulsivos en Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia

Responsable de la investigación: Dr. Daniel Crail Meléndez

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Detectar síntomas obsesivos y compulsiones en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

EVALUACIONES CLINICAS

A aquellos pacientes que acepten participar en el estudio se les aplicaran diferentes escalas que se usan para evaluar y detectar distintos síntomas psiquiátricos. En ningún momento se realizarán procedimientos invasivos. La participación consistirá únicamente en responder a una serie de preguntas sobre sus síntomas y características demográficas. El beneficio que obtendrá el participante será que recibirá una evaluación psiquiátrica cuidadosa que permitirá conocer e identificar incluso síntomas que pudieran pasar desapercibidos en evaluaciones menos exhaustivas.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es completamente voluntaria y podrá abandonar el estudio en cualquier momento si así lo decide. Su única responsabilidad radica en responder a la entrevista psiquiátrica. La información proporcionada será completamente confidencial y en ningún momento se hará referencia a la identidad del paciente. Los únicos que tendrán acceso a esta información serán los médicos que realizan la investigación.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio. He recibido respuesta a todas mis dudas sobre el presente estudio y entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del mismo.

Firma y Nombre del paciente

Nombre y firma del Testigo

Firma y Nombre del representante legal

Nombre y firma del Investigador

México D.F., a ____ de _____ de 200__