



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**E INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**"DR. BERNARDO SEPULVEDA"**

**DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

## **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL:  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA**

**EN:  
PSIQUIATRIA**

**PRESENTA:  
DR. JESUS RAFAEL SANCHEZ ORDOÑEZ**

**TITULAR:  
DRA. ELIA MELINA MAGALLANES CANO  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA "DR. HECTOR TOVAR  
ACOSTA"**



**CIUDAD DE MEXICO, AGOSTO 2023**



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante COFEPRIS y número de registro ante **CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 023 2017082**.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FECHA **Martes, 04 de julio de 2023**.

**Doctor (a) ELIA MELINA MAGALLANES CANO**  
**P R E S E N T E**

Le notifico que su INFORME TÉCNICO DE SEGUIMIENTO, el cual tiene un estado actual de **Terminado**, correspondiente al protocolo de investigación con título:

#### **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

fue sometido a evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud y de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, recibió el dictamen de **A P R O B A D O**,

ATENTAMENTE

**Maestro (a) GUADALUPE VARGAS ORTEGA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

# ÍNDICE

## Contenido

ÍNDICE .....	2
DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS AUTORES.....	3
RESUMEN.....	4
MARCO TEÓRICO .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN .....	12
OBJETIVO GENERAL .....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	14
RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES .....	15
PROCEDIMIENTOS.....	22
ASPECTOS ETICOS .....	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	24
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	24
DISCUSION .....	28
CONCLUSIONES:.....	29
REFERENCIAS .....	29
ANEXOS.....	32

## **DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS AUTORES.**

1. Investigador principal:

DRA ELIA MELINA MAGALLANES CANO

CARGO: subdirectora del hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor Tovar Acosta

TELEFONO: 5513649150

MATRICULA: 98373668

DOMICILIO:

CORREO ELECTRONICO: [magallanes.elia25@gmail.com](mailto:magallanes.elia25@gmail.com)

2. AUTOR: JESUS RAFAEL SANCHEZ ORDOÑEZ

Matricula 97376343

CARGO: ADSCRIPCION: MEDICO RESIDENTE

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOMICILIO: AV. ENRIQUE TORRES CALDERON 88 UNIDAD HABITACIONAL CTM EL RISCO  
07090, GUSTAVO A. MADERO, CIUDAD DE MEXICO.

TELEFONO: 5534156326

CORREO ELECTRONICO: [rafael.ordonez2006@gmail.com](mailto:rafael.ordonez2006@gmail.com)

LUGAR DONDE SE REALIZA ESTUDIO: Dirección: Av. San Fernando 201. Col, Toriello Guerra,  
Tlalpan, 14070 Ciudad de México, CDMX

## RESUMEN

### *PREVALENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA*

**ANTECEDENTES:** El trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos son entidades clínicas comúnmente asociadas, sin embargo, la comorbilidad entre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la esquizofrenia hoy ha sido poco estudiada, tal es así que el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en el contexto de esquizofrenia representan un desafío clínico dado que son poco o nulamente explorados.

**OBJETIVO:** Identificar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia derechohabientes del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta, el cual es una Unidad Médica de tercer nivel, Complementaria del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, Se diseñó un estudio de tipo observacional descriptivo, prospectivo y transversal. Para la medición de los síntomas obsesivos se utilizará la escala validada de Yale Brown (Y. BOCS). Para una evaluación objetiva del grado de insight de las ideas y diferenciarlas de ideas delirantes se utilizó la escala BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale). El tiempo destinado para el estudio fue de un año aproximadamente. Los integrantes del grupo tienen probada experiencia investigadora en los diversos aspectos que integran el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia, están familiarizados con las fuentes y las técnicas de investigación a utilizar y han trabajado con anterioridad conjuntamente en proyectos relacionados con los temas que aquí se plantean.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, prospectivo y transversal. Con un tamaño de muestra de 44 pacientes que cuentan con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó el programa STATA v17 para la captura y análisis de los datos. La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la muestra (escala de Yale Brown  $\geq 16$ ) fue de 13.6% (n=44).

## CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia es más alta que en la población general. Sin embargo, la evidencia para considerar al fenómeno esquizo obsesivo como una entidad diagnóstica diferente que amerite un abordaje especializado distinto es poco concluyente y requiere ser analizada a profundidad considerando factores significativos limitantes en este estudio como el tamaño de la muestra, el perfil clínico de los pacientes, el tratamiento farmacológico durante la evaluación

## **MARCO TEÓRICO**

### ***INTRODUCCIÓN***

El trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos son entidades clínicas comúnmente asociadas, sin embargo, la comorbilidad entre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la esquizofrenia hoy ha sido poco estudiada, tal es así que el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en el contexto de esquizofrenia representan un desafío clínico dado que son poco o nulamente explorados. [1]

A raíz De esta problemática surge el término esquizo-obsesivo, que fue acuñado por Hwang y Opler y desde entonces el estudio de esta doble patología ha incrementado gradualmente. El llamado espectro del trastorno TOC-esquizofrenia, el cual comprende el TOC, el TOC con pobre *insight*, el TOC con trastorno esquizotípico de la personalidad, la esquizofrenia con síntomas obsesivo compulsivo, la esquizofrenia con trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia pura. [1]

Los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) pueden ser observados a lo largo del curso de la esquizofrenia, dichos síntomas pueden aparecer en individuos con ultra alto riesgo de psicosis, durante el pródromo de un episodio psicótico, en el primer episodio de esquizofrenia o durante todo el curso de la esquizofrenia crónica, incluso después del tratamiento con antipsicóticos atípicos. [2]

### **EPIDEMIOLOGIA**

Actualmente la prevalencia exacta de los síntomas obsesivo-compulsivos o del trastorno obsesivo compulsivo en pacientes que viven con esquizofrenia es poco conocida, sin embargo, algunos estudios que han tratado de evaluar la prevalencia de SOC/TOC en el primer episodio de esquizofrenia y en pacientes crónicos que viven con dicha enfermedad han reportado una prevalencia estimada que oscila entre el 3 y 59%. [2] Los estudios clínicos más recientes, los cuales han utilizado una entrevista diagnóstica basada en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -IV, la escala de Yale-Brown y la lista de verificación de síntomas (YBOCS) han estimado una prevalencia que oscila entre 14% y 26%. [2] Además, en personas que viven con trastorno esquizotípico de la personalidad se ha reportado una prevalencia de hasta el 50%. Metaanálisis recientes han mostrado que hasta 30% de los pacientes que viven con esquizofrenia reportan síntomas obsesivo-compulsivos y entre 12-14% cumplen criterios diagnósticos para trastorno obsesivo compulsivo. [3,4] Sugnyani et al. En 2015 encontró que en una población de 200 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia los cuales fueron pacientes reclutados del instituto nacional de salud mental y neurociencias de Bangalore, India. [4]

Los sujetos evaluados mediante el uso de la escala de Yale Brown Para síntomas obsesivo-compulsivos y las escala BABS para determinar el grado insight y convicción de los síntomas obsesivo-compulsivos, adicionalmente utilizaron la escala PANSS para síntomas positivos y negativos de esquizofrenia para determinar el estado clínico de los sujetos. se encontró que 24% de ellos presentaban TOC/SOC (n= 48). 18.5% (n=37) Presentaron TOC y 5.5% presentaron SOC (n= 11). [25]

A pesar de la alta prevalencia de SOC en pacientes con esquizofrenia, dichos síntomas no se consideran primarios y no son explorados de manera rutinaria en esta población, opacados por la sintomatología psicótica positiva y negativa que caracteriza a esta entidad y no existen guías clínicas, protocolos de tratamiento que permitan establecer un manejo adecuado de estos síntomas cuando son observados en pacientes con esquizofrenia. En México no existen estudios de prevalencia enfocados en la búsqueda intencionada de síntomas TOC en la población que vive con esquizofrenia por lo que su diagnóstico y eventual tratamiento resultan complicados.[2]

## **TEORIAS ACTUALES SOBRE LA COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y ESQUIZOFRENIA**

La literatura ha desarrollado cuatro posibles explicaciones para la comorbilidad entre SOC/TOC en pacientes con esquizofrenia. En la primera de ellas se habla de que uno de los trastornos supone un factor de riesgo para el desarrollo del otro. Una segunda teoría habla de la presencia de factores de riesgo en común para ambos trastornos. La tercera teoría habla de que los síntomas obsesivo-compulsivos forman parte integral del síndrome psicótico y finalmente una cuarta teoría describe que la patología obsesiva podría ser secundaria a la administración de fármacos neurolepticos. [2]

El sustrato neurobiológico de la esquizofrenia y el TOC están ampliamente relacionados con el neurodesarrollo. Estudios en la literatura han identificado anomalías en los circuitos frontoestriatales tanto como en el tálamo la amígdala y complejo hipocampo-amígdala en ambas patologías. De hecho, una disfunción de la corteza prefrontal con los ganglios basales ha sido observadas, particularmente de la corteza prefrontal dorsolateral (CPDL) en el caso de la esquizofrenia y de la corteza prefrontal ventromedial (CPVM) en el caso del TOC. [5,6]. Dado que tanto el TOC como la esquizofrenia tienen un sustrato genético considerable, se espera encontrar factores de riesgo genéticos específicos que pacientes a el desarrollo de síntomas obsesivos, para esto se requiere realizar estudios genéticos, particularmente aquellos que usan técnicas novedosas como estudios de asociación del genoma completo (GWAS) por sus siglas en ingles que permitan abrir el campo para el estudio neurobiológico de esta población.[6].



## **FEMOMENOLOGIA EN LOS PACIENTES CON TOC/SOC Y ESQUIZOFRENIA.**

Se ha observado que las obsesiones de agresión y contaminación son las más prevalentes en pacientes con esquizofrenia, sin embargo, se han reportado obsesiones de tipo sexual y somáticas. En cuanto a las compulsiones se ha descrito como más prevalentes aquellas relacionadas con la limpieza y la revisión, aunque se han reportado obsesiones de repetición y acumulación. [7]

De acuerdo con la escala de YALE BROWN para síntomas obsesivo-compulsivos el puntaje en pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo ha mostrado un rango entre 15-28 indicando un grado moderado-severo de SOC/TOC, el cual es similar a los pacientes con diagnóstico único de trastorno obsesivo compulsivo. [7]

Es importante distinguir entre aquellos pacientes con esquizofrenia y TOC/SOC de aquellos que cuentan con rasgos de personalidad esquizotípica y TOC, estos pacientes han demostrado un curso que tiene al deterioro, con pobre *insight* y pobre pronóstico, esto asociado a su vez a factores clínicos tales como el género masculino, la edad temprana de aparición de síntomas obsesivo-compulsivos el número de compulsiones y la existencia de alguna fobia específica. [7] Dichos pacientes presentan pobre desempeño en pruebas neurocognitivas y pobre respuesta a tratamiento farmacológico con ISRS, sin embargo, dosis bajas de antipsicóticos han reportado una mejor respuesta. A pesar de la similitud entre ambos fenómenos, los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad y TOC muestran características muy distintas a aquellos con diagnóstico de esquizofrenia y TOC al ser entidades distintas. [7]

A pesar de que las ideas delirantes y las obsesivas presentan características fenomenológicas distintas, en ocasiones puede ser un reto el distinguirlas. Entre las principales características que nos permiten distinguir los síntomas obsesivos de los trastornos psicóticos incluyen la egodistonia de los síntomas obsesivo-compulsivos que hace referencia a la existencia de alguna característica o elemento el cual genera malestar o incomodidad a la persona que las posee debido a al hecho de contrarí o resulta incongruente con los valores, manera de ser o de pensar o las creencias de dicha persona y la presencia de *insight*, que es la capacidad del sujeto que la experimenta de reconocer la compulsión o la obsesión como algo ajeno a él o ella y que es irracional o excesivo. [8]

Siguiendo esta línea dicha evidencia muestra que existe un espectro variable que va del TOC a la esquizofrenia y el cual se encuentra regulado por la presencia y extensión del *insight* [8], el cual al encontrarse disminuido es considerado como un epifenómeno asociado a la severidad de la enfermedad y menor control de los síntomas obsesivo-compulsivos, además se ha observado bajo nivel de *insight* en el trastorno esquizotípico de la personalidad, incluso en pacientes que se encuentran bajo tratamiento, lo cual refuerza la idea de que tanto el trastorno obsesivo compulsivo como los trastornos dentro del espectro de la esquizofrenia son modulados por el *insight*. [9]

Frías y colaboradores compararon el *insight*, la advertencia de necesidad de tratamiento y la advertencia de las consecuencias de enfermedad entre pacientes esquizo-obsesivos y pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo compulsivos utilizando la escala de inadvertencia de enfermedad mental (SUMD) por sus siglas en ingles entre pacientes esquizo-obsesivos y pacientes con esquizofrenia no obsesivos, sin encontrar ninguna diferencia en ambos grupos, sin embargo se encontró que aquellos pacientes esquizo-obsesivos presentaron menor nivel de *insight* que los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo sin esquizofrenia. [9]

Los síntomas obsesivos compulsivos pueden aparecer en diferentes etapas de la enfermedad psicótica. Dichos síntomas pueden aparecer previo y de manera independiente a la primera manifestación de síntomas psicóticos, de manera intermitente, posterior al debut de la enfermedad o como parte del pródromo de la enfermedad. Dichos síntomas pueden fluctuar o ser inducidos por el tratamiento antipsicótico o presentarse en individuos considerados como de alto riesgo para el desarrollo de psicosis, como lo son los familiares de primer grado de pacientes portadores de esquizofrenia o trastornos del espectro. [10]

## **ASOCIACION CON EL TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD Y EL TOC**

El trastorno esquizotípico de la personalidad es descrito en la literatura como una entidad premórbida de la esquizofrenia. El termino esquizotípico fue utilizado por primera vez por Kraepelin para referirse a aquellos pacientes con conductas extravagantes y que, sin embargo, no cumplen del todo criterios para el diagnóstico de esquizofrenia. Estos pacientes a menudo muestran ideas de referencia, excesiva ansiedad social, pensamiento mágico, experiencias perceptuales inusuales, comportamiento excéntrico, ausencia de amistades cercanas, discurso extravagante y afecto restringido. [11] Cuando además de esto un paciente tiene un patrón persistente de déficits a nivel social e interpersonal marcado por malestar y reducida capacidad para mantener relaciones estrechas, así como múltiples distorsiones cognitivas y perceptivas podemos decir que existe en él un trastorno esquizotípico de la personalidad. [11]

Este trastorno se ha observado en comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo, el cual conlleva un curso con mayor tendencia al deterioro, con menor insight y mayor tendencia a la transformación de obsesiones en ideas delirantes, mayor sintomatología negativa, pobre funcionamiento, mayor déficit cognitivo, resistencia al tratamiento y peor pronóstico que aquellos con trastorno obsesivo compulsivo “puro”. [12]

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON BAJO INSIGHT**

Tradicionalmente la advertencia de lo absurdo de la obsesión en el trastorno obsesivo compulsivo es referida como capacidad de *insight*, el cual es considerado fundamental en el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo, así como la falta total de insight es considerada un marcador de una idea delirante. Los pacientes con TOC, sin embargo, muestran un rango amplio de *insight* y aproximadamente 5-25% se caracterizan por pobre o nulo insight, lo que dificultaría el diagnóstico diferencial en este subgrupo. [12]

Con buen nivel de insight el individuo reconoce que las ideas obsesivas son definitiva o probablemente absurdas o irreales, con pobre insight el individuo piensa que las ideas son probablemente verdaderas, sin embargo, ante la ausencia de insight/creencia delirante, el individuo está convencido de que sus ideas son reales. Adicional a esto, de acuerdo con Insel y Akiskal solo un pequeño subgrupo de estos pacientes experimenta transformación delirante de las obsesiones. [12]

De manera paralela aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo con bajo nivel de *insight* han sido asociados con trastorno esquizotípico de la personalidad, pobre respuesta clínica, mayor número de obsesiones y compulsiones y tendencia a la cronicidad. El bajo *insight* se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollo de ansiedad y depresión, y se encuentra asociado con mayores tasas de trastornos del espectro de la esquizofrenia en familiares de primer grado. [13]

## **EL TRASTORNO ESQUIZO-OBSESIVO**

La literatura contiene resultados contradictorios sobre el perfil clínico de quienes presentan los diagnósticos de esquizofrenia y TOC (trastorno esquizo-obsesivo), como parte de dicho perfil, se ha encontrado que los pacientes esquizo-obsesivos presentan mayores fallas en las pruebas de funcionamiento frontal, particularmente en abstracción y las funciones ejecutivas que en aquellos pacientes con esquizofrenia sin TOC. [14] aunque tales resultados son controversiales pues si bien se ha encontrado que esta población presenta más síntomas positivos no hay diferencia significativa en el déficit cognitivo en pacientes con esquizofrenia comórbida con TOC y pacientes sin SOC/TOC. [15] [16]

Lo que es menos controversial es la frecuente aparición de síntomas obsesivos compulsivos durante la fase prodrómica de la psicosis y comparados con los pacientes con esquizofrenia “pura” presentan un desarrollo más temprano de los síntomas psicóticos, particularmente en hombres, mayores síntomas ansioso-depresivos e intentos suicidas, mayores tasas de hospitalización, mayor disfunción global, menores redes sociales y peor calidad de vida. [15] [16] [17]

## **CRITERIOS DIAGNOSTICOS PROVISIONALES DEL ESPECTRO ESQUIZO-OBSESIVO**

Actualmente no existen criterios diagnósticos oficiales para el trastorno esquizo-obsesivo publicados en los sistemas de clasificación más importantes en psiquiatría como son la CIE-10 y el DSM-5.

Poyurovsky y colaboradores han propuesto y desarrollado una serie de criterios diagnósticos provisionales expuestos a continuación:

1. Los síntomas obsesivo-compulsivos están presentes y cumplen el criterio A del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en algún punto durante el curso de la esquizofrenia.
2. Si el contenido de las obsesiones y/o compulsiones esta interrelacionado con el contenido de los delirios y/o alucinaciones (ejemplo: Lavado de manos compulsivo debido a alucinaciones auditivas de tipo comando), la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos clásicos adicionales que pueden ser reconocidos por la persona como irracionales y excesivos son requeridos para el diagnóstico.
3. Síntomas de trastorno obsesivo compulsivo presentes por una porción considerable de la duración total del pródromo, la fase activa y/o residual de la esquizofrenia.
4. Las obsesiones y compulsiones son consumidoras de tiempo (más de 1 hora al día), causan estrés, ansiedad o interfieren de manera significativa con la rutina normal de la persona, esto adicionalmente al deterioro asociado a la esquizofrenia.
5. Las obsesiones y compulsiones en el paciente con esquizofrenia no están directamente asociadas al efecto de agentes farmacológicos antipsicóticos, abuso de sustancias o factores orgánicos.

NOTA: El termino trastorno esquizo-obsesivo resulta para los autores más apropiado que trastorno obsesivo compulsivo con síntomas psicóticos, debido a que es mayor la proporción de pacientes con esquizofrenia que desarrollan síntomas obsesivo-compulsivos en contraste con los pocos pacientes con trastorno obsesivo compulsivo que desarrollan síntomas psicóticos [18]

## **SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS INDUCIDOS POR ANTIPSICÓTICOS**

Fármacos antipsicóticos atípicos como Olanzapina, Risperidona y Clozapina se han implicado en la aparición de novo y exacerbación de SOC en pacientes con esquizofrenia, siendo este último el más frecuentemente asociado. Los síntomas aparecen un par de semanas después del inicio del tratamiento con antipsicóticos atípicos y en el caso de la clozapina a lo largo de los primeros 12 meses. Se sabe que parece haber una relación entre la dosis de risperidona y la aparición de SOC, con dosis bajas aumentando de manera efectiva la acción de los ISRS y en dosis altas exacerbando los síntomas obsesivos. Dichos síntomas no han sido reportados en antipsicóticos de primera generación. [19]

El perfil anti-serotoninérgico predominante (antagonismo de los receptores 5HT<sub>2A</sub> y 5HT<sub>2C</sub>) de ciertos antipsicóticos atípicos como la clozapina y risperidona se han propuesto como responsables de la inducción de SOC, mientras que fármacos con un bloqueo predominantemente dopaminérgico como amisulpride o aripiprazol no son asociados con la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos. Los polimorfismos de SLC1A1, BDNF, DGLGAP3 y GRIND2B pueden conferir susceptibilidad de SOC inducidos por clozapina ya que algunos autores sugieren que los pacientes con SOC podrían poseer vulnerabilidad genética que algunos factores ambientales comunes desencadenan la expresión de síntomas SOC y Esquizofrenia. [19]

## **MANEJO DE TOC/SOC EN ESQUIZOFRENIA**

A pesar de que el TOC parece ser una comorbilidad común en esquizofrenia, la literatura en cuanto a su tratamiento es limitada. Existe evidencia de que la monoterapia con olanzapina o ziprasidona puede ayudar a la disminución de síntomas psicóticos y obsesivo-compulsivos en pacientes con SOC preexistente y no inducidos por el tratamiento. Antipsicóticos como amisulpride y aripiprazol que tienen pobres propiedades anti serotoninérgicas parecen ser útiles en el tratamiento de los SOC. Debido a su similitud con el TOC primario se busca examinar la eficacia del uso de ISRS y Clomipramina como un tratamiento útil, especialmente escitalopram a una dosis de 20 mg/día. [20]

Las guías de la APA recomiendan la combinación de ISRS y antipsicóticos para el tratamiento de esquizofrenia en comorbilidad con SOC/TOC, ya que actualmente existen datos limitados en la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del TOC en esta población. [20]

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A pesar de que la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo son entidades nosológicas distintas frecuentemente pueden coexistir en una proporción de pacientes sustancial, en algunos pacientes los síntomas son lo suficientemente severos como para ser calificados en el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros los cuales no cumplen la severidad para el diagnóstico clínico y son referidos como síntomas obsesivo-compulsivos (SOC). [15]

Diversos estudios han sido realizados en países de Europa y Asia identificando distintas tasas de prevalencia y frecuencia la cual varía entre 10 y 15%. Un metaanálisis de 34 estudios reporto una prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en esquizofrenia de 12.1%, una cifra significativamente más alta que en la población general (2-3%), algunos estudios reportan periodos de hospitalización mayores, mayor disfunción social, pobre desempeño en test neuropsicológicos y peor calidad de vida [15]

En México no se cuentan con estudios de prevalencia permitan conocer el comportamiento de este fenómeno en nuestra población, agregado a que no se cuenta con criterios diagnósticos establecidos de manera formal que permitan identificar claramente el fenómeno que suele pasar desapercibido para los clínicos y que de acuerdo con la literatura en algún caso puede agravar en pacientes tratados con algunos antipsicóticos como clozapina. El valor científico proporcionado al conocer la prevalencia en una población mexicana es un primer paso para generar estrategias alternativas de tratamiento una vez que los síntomas-obsesivo compulsivos son identificados en nuestra población derechohabiente.

Este estudio propone conocer la prevalencia con la que se manifiestan los síntomas obsesivo compulsivo en pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia y que conforman parte de la población del Hospital Héctor Tovar Acosta.

## **JUSTIFICACIÓN**

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia ha sido descrita décadas atrás y a menudo representan múltiples problemas clínicos, tanto en el diagnóstico como en el manejo de esta patología. La prevalencia exacta de SOC/TOC es actualmente desconocida sin embargo algunos estudios en población europea y asiática han arrojado datos interesantes, mostrando una prevalencia de 12.1%, la cual es superior a la población general [21].

De acuerdo con la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP), por tipo de trastornos los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%) seguido de los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Dicha encuesta no arroja datos de prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo ni de esquizofrenia [21].

Un estudio realizado en la ciudad de México reportó que la prevalencia durante la vida en la población general fue de 1.4%, mientras que la prevalencia anual fue de 1.0%. La comorbilidad se reportó en 71% de los casos, siendo mayor entre las mujeres. El 49% reportó la presencia de otro trastorno precediendo el inicio del TOC, mientras que 22% los presentó después. Entre los hombres, los trastornos comórbidos se relacionaron casi exclusivamente con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres se presentaron otro tipo de patologías. Sin embargo, no se tomó en cuenta la esquizofrenia como variable en dicha muestra. [22].

El presente estudio espera que los resultados sean de utilidad para futuras investigaciones acerca de la relación SOC/Esquizofrenia, especialmente en población mexicana derechohabiente del IMSS, ya que al conocer la prevalencia de esta comorbilidad se puede promover en los prestadores de servicios de salud mental la identificación de síntomas obsesivos-compulsivos severos específicamente en este grupo de pacientes, lo cual permite un manejo individualizado que a largo plazo, mejore la calidad de vida en los pacientes, reduciendo el malestar psíquico y discapacidad generada y probablemente la recurrencia de hospitalizaciones futuras. Los resultados obtenidos serán publicados como parte del valor social de esta investigación

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia derechohabientes del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Captar pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.
2. Entrevistar propositivamente la presencia síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta mediante la escala de verificación de síntomas Yale-Brown.
3. Determinar el grado de Insight (conciencia de enfermedad) de los pacientes y diferenciar ideas obsesivas de ideas delirantes mediante entrevista clínica y de manera objetiva mediante el uso de la escala BABS.
4. Determinar la frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia.
5. Determinar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

**HI:** la prevalencia de los síntomas obsesivo compulsivo en pacientes con esquizofrenia en el hospital Héctor Tovar acosta es mayor al 1%

**H0:** la prevalencia de los síntomas obsesivo compulsivo en pacientes con esquizofrenia en el hospital Héctor Tovar Acosta es menor al 1%

## **MATERIAL Y METODOS**

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta, el cual es una Unidad Médica de tercer nivel, Complementaria del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI cuya infraestructura pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, habilitada para el manejo ambulatorio y hospitalario de pacientes que reciben atención psiquiátrica, mediante la consulta externa, hospitalización para adultos, área de admisión continua, así como hospital parcial. Se diseñó un estudio de tipo observacional descriptivo, prospectivo y transversal.

Dentro de los criterios de inclusión se tomará a pacientes hospitalizados con el Diagnóstico de esquizofrenia mediante los criterios acorde con la CIE-10 (esquizofrenia paranoide F20.0, esquizofrenia hebefrenica F20.1, esquizofrenia catatónica F20.2, esquizofrenia indiferenciada F20.3, esquizofrenia residual F20.5) que forman parte de la población derechohabiente del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta del IMSS. Los criterios de exclusión incluyen evidencia clínica de trastorno del desarrollo intelectual, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos inducidos por sustancias, trastornos psicóticos asociados a enfermedad médica o neurológica, diagnóstico de algún trastorno afectivo primario y enfermedad neurológica comórbida. Como parte de los recursos para la medición de los síntomas obsesivos se utilizó la escala validada de Yale Brown (Y. BOCS) [23]. Un puntaje total  $\geq 16$  en la escala se tomó como clínicamente significativo sugestivo de SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS. Sin embargo, un puntaje menor a 16 será clasificado como no significativo. La entrevista se realizará siguiendo la sugerencia de Bottas et. Al. Para la identificación de obsesiones y compulsiones en presencia psicosis; un acto repetitivo fue considerado compulsión solo si ocurre en respuesta a una obsesión y no como respuesta a una idea delirante. Un pensamiento recurrente e intrusivo no fue considerado como obsesión si la obsesión está incluida en el contexto de temas o ideas delirantes. Para una evaluación objetiva del grado de insight de las ideas y diferenciarlas de ideas delirantes se utilizó solo como método diferencial de ideas delirantes la escala complementaria BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale) en donde el puntaje va de 1-24 tomándose un puntaje de a 1-8 como buen insight, 9-16 pobre insight y  $\geq 17$  como idea delirante [24].



El tiempo destinado para el estudio fue de un año aproximadamente. Los integrantes del grupo tienen probada experiencia investigadora en los diversos aspectos que integran el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia, están familiarizados con las fuentes y las técnicas de investigación a utilizar y han trabajado con anterioridad conjuntamente en proyectos relacionados con los temas que aquí se plantean

## RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES

### HUMANOS:

- **Residente de la especialidad de psiquiatría:** lleva a cabo las tareas de investigación y recolección de datos para el protocolo de investigación
- **Médico psiquiatra adscrita a la unidad:** desempeña las funciones de investigador responsable.

**RECURSOS FÍSICOS:** el consultorio donde se realizó la encuesta cuenta con equipo de cómputo y con sillas ergonómicas para entrevistador y entrevistado.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta cuenta con un promedio de ingresos hospitalarios anual de hasta 790 pacientes, distribuidos por sexos, 314 hombres y 476 mujeres. Los tres diagnósticos más frecuentes son: *trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y la esquizofrenia paranoide* Las estadísticas internacionales coinciden con lo reportado en las prevalencias de pacientes con esquizofrenia de nuestra unidad, representando hasta un 12 % de los ingresos hospitalarios anuales, es decir 95. Ya que el muestreo se realizó en 6 meses se tomó la mitad como población finita de estudio, siendo 48 La fórmula utilizada para determinar la proporción de la muestra corresponde a la de población finita:

- ❖ N (población de estudio) = 48
- ❖  $Z^2 \alpha$  (seguridad deseada del 95 %) = 1.96
- ❖ p (la proporción esperada es del 50 %) = 0.40
- ❖ q (igual a 1 – p) = 0.60
- ❖ d (precisión esperada) = 0.05

$$\frac{(N)(Z^2 \alpha)(p)(q)}{(d^2)(N - 1) + (Z^2 \alpha)(p)(q)}$$

$$n = (95) (\log 1.96) (0.60) (0.40)$$

$$\frac{304}{(0.05^2) (48-1) + (\log 1.96^2) (0.60) (0.40)}$$

$$n = 44$$

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
<p>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE. Trastorno mental grave caracterizado por síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y conducta desorganizada)</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia (más frecuente). De acuerdo con el CIE-10. Registrado en el expediente. Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización.</p> <p>F20.0 Esquizofrenia paranoide</p> <p>En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.</p>	<p>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CIE-10</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA. Subtipo de esquizofrenia caracterizado por alteraciones severas en el pensamiento y el lenguaje</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia De acuerdo con el CIE-10. Registrado en el expediente. Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización.</p> <p>Esquizofrenia hebefrénica</p> <p>Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en</p>	<p>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CIE-10</p>	<p>Dicotómica</p>

	<p>tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas negativos, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición.</p> <p>Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.</p>		
<p><b>ESQUIZOFRENIA CATATONICA.</b> Subtipo de esquizofrenia caracterizado por la presencia de síntomas catatónicos. (alteraciones motoras)</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia De acuerdo con el CIE-10 registrado en el expediente. Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización. En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesia y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos periodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden</p>	<p>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CIE-10</p>	<p>Dicotómica</p>

	<p>combinarse con un estado onírico (oneiroide), con alucinaciones escénicas vividas.</p> <p>Catalepsia esquizofrénica</p> <p>Catatonía esquizofrénica</p> <p>Estupor catatónico</p> <p>Flexibilidad cérea esquizofrénica</p>		
<p>ESQUIZOFRENIA RESIDUAL. Subtipo de esquizofrenia en el que predominan los síntomas negativos</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia De acuerdo con el CIE-10 Registrado en el expediente. Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización. Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas negativos de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.</p>	<p>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CIE-10</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA.</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia De acuerdo con el CIE-10 Registrado en el expediente.</p>	<p>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE CIE-10</p>	<p>Dicotómica</p>

<p>establece que se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos de esquizofrenia existente, o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular.</p>	<p>Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización. Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0-F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.</p>		
<p><b>ESQUIZOFRENIA SIMPLE.</b> Subtipo de esquizofrenia caracterizado por síntomas negativos que no son precedidos por sintomatología psicótica.</p>	<p>Subtipo de esquizofrenia De acuerdo con el CIE-10 Registrado en el expediente. Evaluado por médico psiquiatra en el servicio de hospitalización. Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.</p>	<p><b>CRITERIOS DIAGNOSTICOS CIE-10</b></p>	<p><b>DICOTOMICA</b></p>

SINTOMAS OBSESIVO COMPULSIVOS	Síntomas que Se caracterizan por ser imágenes mentales, pensamientos o ideas repetitivas egodistónicas que se acompañan de actos repetitivos con el fin de disminuir la ansiedad generada por los primeros.	ESCALA DE Y-BOCS con puntaje mayor a 16	CUALITATIVA ORDINAL
EDAD	Años cumplidos hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
OCUPACION	Persona que percibe un salario	Empleado/desempleado	Cualitativa nominal
SEXO	Sexo al que pertenece el paciente	Varón/mujer	Cualitativa nominal
AÑOS DE VIDA CON LA ENFERMEDAD	Años transcurridos desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la entrevista	Tiempo de vida desde el diagnóstico a la actualidad	Cuantitativa discreta
OBSESIONES AGRESIVAS	son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas que provocan malestar o ansiedad sobre el daño debido a heridas, violencia, agresión o desastres naturales	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES DE CONTAMINACION	son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas Sobre contaminación suciedad o gérmenes	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES SEXUALES	son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas de contenido sexual que provocan malestar o ansiedad	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES DE ACUMULACION/AHORRO	son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas sobre acumulación, ahorro o coleccionismo	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA

OBSESIONES RELIGIOSAS		son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas de contenido religioso	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES DE SIMETRIA O EXACTITUD		son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas relacionados con simetría en las formas, exactitud y orden	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES SOMATICAS		son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas relacionadas a síntomas físicos o enfermedades.	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OBSESIONES DE COMPROBACION		son pensamientos repetitivos o imágenes intrusivas relacionadas a la comprobación de tareas realizadas	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
RITUALES DE REPETICION		son actos, comportamientos o rituales mentales repetitivos que la persona siente que ha de llevar a cabo de manera constante para disminuir el malestar generado por el pensamiento obsesivo	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
COMPULSIONES DE CONTAR		son actos, mentales repetitivos de contar que la persona siente ha de llevar a cabo para disminuir el malestar generado por el pensamiento obsesivo.	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
COMPULSIONES DE ORDENAR O ARREGLAR		Las compulsiones son actos, comportamientos o rituales repetitivos que la persona siente que ha de llevar a cabo para establecer un orden y disminuir el malestar	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
COMPULSIONES DE ALMACENAR O COLECCIONAR		Las compulsiones son actos, comportamientos o rituales de almacenar objetos,	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA

	generalmente de escaso valor monetario.		
COMPULSIONES MISELANEAS	Las compulsiones son actos, comportamientos o rituales mentales repetitivos que la persona siente que ha de llevar a cabo y que no se encuentran en las demás categorías	CHECK LIST YALE BROWN SI/NO	DICOTOMICA
OLANZAPINA	Antipsicótico de segunda generación indicado por la FDA en el tratamiento de la esquizofrenia	Si el paciente cuenta con este tratamiento o no	DICOTOMICA
RISPERIDONA	Antipsicótico de segunda generación indicado por la FDA en el tratamiento de la esquizofrenia	Si el paciente cuenta con este tratamiento o no	DICOTOMICA
HALOPERIDOL	Antipsicótico de primera generación indicado por la FDA en el tratamiento de la esquizofrenia	Si el paciente cuenta con este tratamiento o no	DICOTOMICA
QUETIAPINA	antipsicótico de segunda generación indicado en el tratamiento de la esquizofrenia	Si el paciente cuenta con este tratamiento o no	DICOTOMICA

## PROCEDIMIENTOS

En el presente estudio se realizó una entrevista individual con el paciente en consultorio donde previo a la su autorización verbal y escrita mediante un consentimiento informado se realizó una entrevista estructurada aplicando la escala de yale Brown para la búsqueda de ideas obsesivas y compulsiones. Debido a las secuelas neurocognitivas de la esquizofrenia y a la dificultad que plantea su identificación clínica y diferenciación ante posibles ideas delirantes, se aplicó en casos particulares la escala BABS complementaria para determinar el grado de insight de las ideas y poder diferenciarlas de ideas delirantes. Utilizando la lista de comprobación de la escala de yale Brown. Los resultados fueron capturados en tablas de Excel para ser analizados. Posteriormente



se realizaron las pruebas de hipótesis de acuerdo con la variable categórica o cuantitativa. Se tomó el valor de  $p < 0.05$  estadísticamente significativo, así como un intervalo de confianza (IC) 95%. para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa STATA v17.

## **ASPECTOS ETICOS**

*Para la presente investigación sobre la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con diagnósticos de esquizofrenia se toman los aspectos éticos con base en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) con sede en Ginebra, que es la institución dependiente de las Naciones Unidas para estos temas y estrechamente vinculada a la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta los avances de la ciencia y de la tecnología biomédica y su aplicación, el CIOMS y la OMS han sido muy sensibles a adoptar patrones de conductas tendientes a proteger a los seres humanos en relación a las investigaciones científicas que con ellos se hace. Tanto para el CIOMS como para la OMS, "Se justifica éticamente la investigación que involucra seres humanos por el propósito de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de la gente. Tal investigación puede ser éticamente justificable sólo si es llevada a cabo de manera que respeta y protege y hace bien a los sujetos de investigación y son moralmente aceptables en el seno de las comunidades en las que se lleva a cabo. Se toma en cuenta la declaración de Helsinki de la cual el principio básico es el RESPETO por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.*

*También se toma en consideración el artículo 17 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud que considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio por lo anterior se trabajara con una población que entra en investigaciones de riesgo mínimo ya que se considera vulnerable dada la naturaleza sensible de su diagnóstico y toca aspectos sensibles de la conducta del sujeto de investigación. En el balance riesgo-beneficio, el beneficio siempre excederá a los riesgos.*

*La confidencialidad de los pacientes será resguardada mediante la asignación de un numero clave, sin hacer uso de nombre o datos personales que pongan en riesgo su privacidad, en caso de ser publicado no se incluirá el nombre del sujeto. así mismo todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión serán seleccionados al ser captados en el servicio de admisión continua del hospital Héctor Tovar acosta. El consentimiento informado será obtenido por el médico residente de psiquiatría colaborador de la investigación, el cual le será entregado al sujeto de investigación por escrito, el cual deberá ser leído y explicado a finalidad de que sea el paciente quien entregue su autorización colocando su firma en él. La aplicación de las escalas se realizará*

*únicamente bajo estas circunstancias firmándose ante 2 testigos. El sujeto de investigación podrá retirarse voluntariamente si así lo desea*

*El principio de Belmont de respeto a las personas se aplicará principalmente exigiendo que todos los humanos participantes de la investigación proporcionen un consentimiento informado voluntario para participar en la investigación, Donde se tomaran tres aspectos fundamentales: voluntariedad, comprensión, divulgación, Cumpliendo con la normatividad y los lineamientos establecidos por el Comité de investigación del IMSS.*

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En este estudio se describe la frecuencia y prevalencia de los síntomas obsesivo-compulsivos ese realizó a través de medidas de frecuencia y de tendencia central. Posteriormente se realizaron las pruebas de hipótesis de acuerdo con la variable categórica o cuantitativa. Se tomó el valor de  $p < 0.05$  estadísticamente significativo, así como un intervalo de confianza (IC) 95%. para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa STATA v17.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, prospectivo y transversal. Con un tamaño de muestra de 44 pacientes que cuentan con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó el programa STATA v17 para la captura y análisis de los datos. La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la muestra (escala de Yale Brown  $\geq 16$ ) fue de 13.6% (n=44).

La media de edad de los pacientes entrevistados es de 40 años. El 61% de la muestra cuenta con una escolaridad de secundaria, 36% preparatoria o superior y solo 2% estudios de primaria. la situación laboral de la mayoría de los entrevistados era de desempleado (84.1%). La edad promedio de inicio de la enfermedad fue de 22 años con una media de 17.5 años de evolución desde su diagnóstico hasta el momento actual. El 52.3% de los entrevistados eran hombres y el 47.4% mujeres. 47.7% se encontraban en manejo con Risperidona y 34.1% se encontraban en tratamiento con olanzapina.

**Tabla I. Características sociodemográficas**

<b>Características</b>	<b>n (44)</b>	<b>%</b>	<b>valor P</b>
<b>Sociodemográficas</b>			
<b>Edad en años (mediana, RI)</b>	40	30-48.5	<0.001
<b>Escolaridad (%)</b>			
Primaria	1	2.3	0.62
Secundaria	27	61.4	
Preparatoria o más	16	36.4	
<b>Situación Laboral</b>			
Empleado	7	15.9	0.77
Desempleado	37	84.1	
<b>Edad de inicio de la enfermedad (mediana, RI)</b>	22	19-28	
<b>Años de evolución de la enfermedad (mediana, RI)</b>	17.5	6.5-23.5	<0.001
<b>Sexo</b>			
Masculino	23	52.3	0.42
Femenino	21	47.4	
<b>Tratamiento Farmacológico Actual</b>			
<b>Antipsicótico</b>			
Olanzapina	15	34.1	0.81
Quetiapina	5	11.4	
Risperidona	21	47.7	
Haloperidol	3	6.8	

La mayoría de estos pacientes cuentan con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (43/44) y solo un paciente con diagnóstico de esquizofrenia residual.

En la dimensión de ideas obsesivas, sin importar la severidad en la escala 50% (n=22) de los pacientes entrevistados reportaron ideas obsesivas de agresión o violencia, 13.6% (n=6) ideas obsesivas de contaminación, 4.6% (n=2) ideas de contenido sexual, 4.6% (n=2) ideas obsesivas somáticas, 4.6%(n=2) ideas obsesivas de simetría y 4.6% (n=2) ideas obsesivas misceláneas.

**Tabla II. características de la esquizofrenia**

<b>Subtipo de esquizofrenia</b>	<b>n (44)</b>	<b>%</b>	<b>valor p</b>
Paranoide	43	97.7	0.33
Hebefrenica	0	0.0	
Catatonica	0	0.0	
Indiferenciada	0	0.0	
Residual	1	2.3	
Simple	0	0	

**síntomas obsesivo-Compulsivos De acuerdo a check Ilist de Yale Brown**

**Dimensión De Obsesiones**

Obsesiones Agresivas	22	50.0	0.17
Obsesiones de Contaminación	6	13.6	
Obsesiones Sexuales	2	4.6	
Obsesiones de Acumulación	0	0.0	
Obsesiones Religiosas	1	2.3	
Obsesiones de Simetria	2	4.6	
Obsesiones Miselaneas	2	4.6	
Obsesiones Somaticas	2	4.6	

**dimensión de compulsiones**

Compulsiones de Limpieza	5	11.4	0.86
Compulsiones de Comprobacion	4	9.1	
Rituales de Repeticion	0	0.0	
Compulsiones de Contar	0	0.0	
Compulsiones de Ordenar	0	0.0	
Compulsiones de Almacenar	1	2.3	
Compulsiones Miscelaneas	1	2.3	

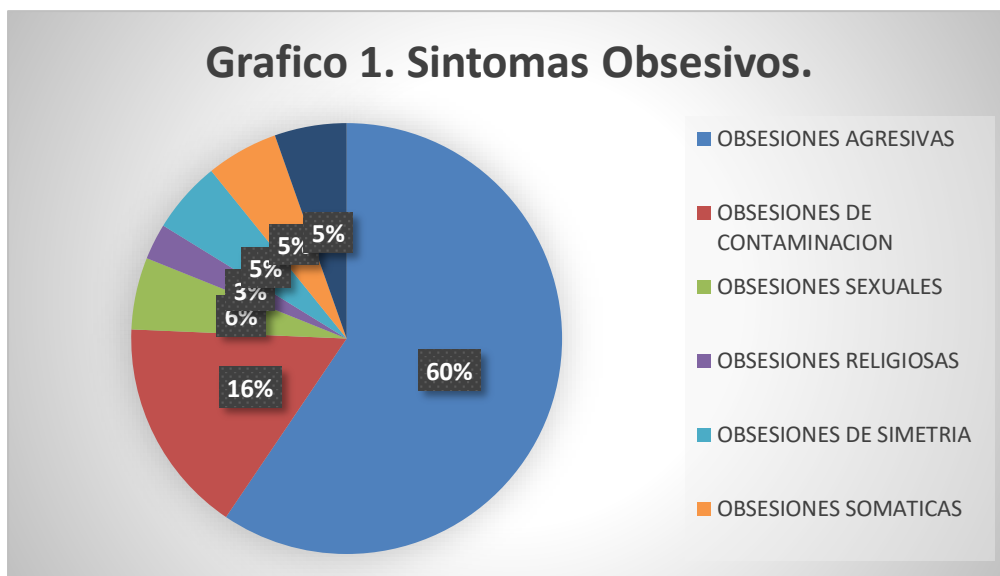
**Severidad de los síntomas mediante escala Yale Bocs**

**SEVERIDAD**

Menor a 16PTS	6	13.6	0.25
Mayor igual a 16PTS	38	86.4	

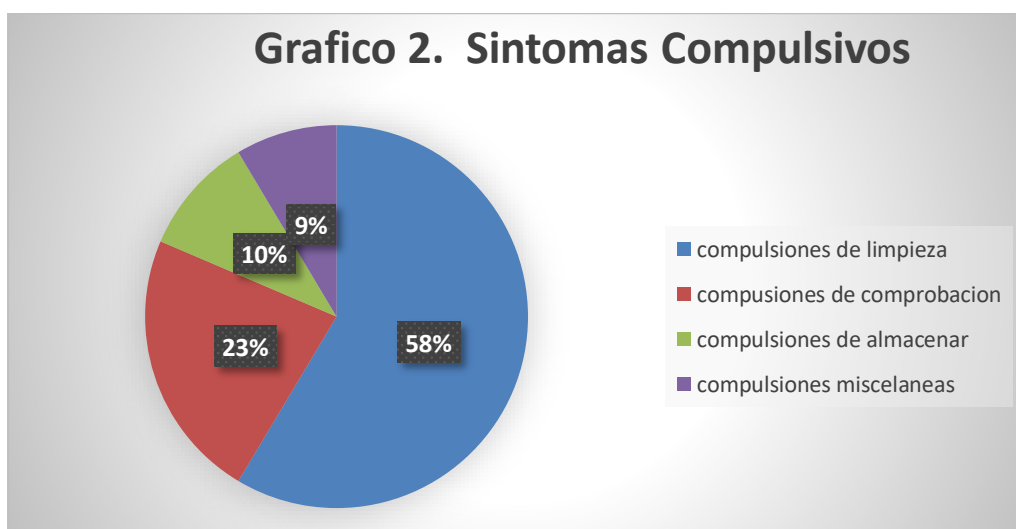
En la dimensión de compulsiones 11.4% de los pacientes (n=5) presentaron compulsiones de limpieza, 9.1% (n=4) compulsiones de comprobación. 2.3% (n=1) compulsiones de almacenamiento y 2.3% (n=1) compulsiones misceláneas.

En la evaluación de la severidad mediante la escala Yale Brown 13.6% (n=6) de los pacientes obtuvieron una puntuación igual o superior a 16 mientras que 86.4% (n=38) obtuvieron una puntuación inferior considerándose como no significativos para la prevalencia de SOC.



Fuente: elaboración propia.

El grafico 1. Describe las ideas obsesivas encontradas. La más frecuente de las ideas reportadas fueron las ideas agresivas (60%) seguidas por las obsesiones de contaminación (16%) y las de contenido sexual (6%)



Fuente: elaboración propia.

Describe los síntomas obsesivos encontrados. El síntoma compulsivo más frecuente son las compulsiones de limpieza (58%) seguidos de las compulsiones de comprobación (23%). Compulsiones de almacenar (10%) y compulsiones misceláneas (9%)

## DISCUSIÓN

Aunque la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo son entidades nosológicas distintas la literatura describe que sus síntomas coexisten en una proporción sustancial de los pacientes. En algunos pacientes los síntomas obsesivo-compulsivos son tan severos que integran un trastorno comórbido. De acuerdo con estudios de prevalencia realizados en otros países reportan una prevalencia de pacientes que integran un trastorno obsesivo compulsivo con un rango que va desde el 10% al 64%. [24]. Por otra parte, un metaanálisis de 34 estudios reportó una prevalencia de 12.1% [4].

En el presente estudio se analizó la prevalencia de pacientes con síntomas obsesivos diagnosticados con esquizofrenia que acuden al hospital Héctor Tovar Acosta en su servicio de hospitalización. La prevalencia de síntomas clasificados como significativos mediante la escala de severidad de Yale Brown fue de 13.6%. Estos datos son consistentes con los encontrados en estudios similares realizados en otros países previamente descritos. [24].

La frecuencia de los subtipos de obsesiones de acuerdo con las dimensiones descritas en el Trastorno obsesivo compulsivo también concuerda con estudios previamente realizados, siendo las más frecuentes las obsesiones de contenido agresivo, obsesiones de contaminación y obsesiones de contenido sexual las más frecuentes en pacientes con esquizofrenia [24].

Los resultados encontrados en este estudio sugieren a su vez que la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la población de pacientes con esquizofrenia hospitalizados es superior a la prevalencia en la población general. Esto podría tener un impacto en el manejo farmacológico de estos pacientes pues la aparición de estos síntomas se ha asociado típicamente a el uso de algunos antipsicóticos atípicos como clozapina.

### *Limitaciones metodológicas.*

Los hallazgos en este estudio cuentan con limitaciones. El tamaño de la muestra es limitado por lo cual se necesitaría replicar este estudio en una población mayor que permita una significancia estadística considerable. Los pacientes reclutados para este estudio fueron captados en el área de hospitalización, la mayoría de ellos encontrándose en recuperación posterior a un brote psicótico agudo, lo cual limita la generalización de los resultados, que pueden ser diferentes a los que se puedan encontrar en pacientes ambulatorios. El tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos como clozapina y olanzapina podría influir en la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos más graves.

## **CONCLUSIONES:**

La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia es más alta que en la población general. Sin embargo, la evidencia para considerar al fenómeno esquizo obsesivo como una entidad diagnóstica diferente que amerite un abordaje especializado distinto es poco concluyente y requiere ser analizada a profundidad considerando factores significativos limitantes en este estudio como el tamaño de la muestra, el perfil clínico de los pacientes, el tratamiento farmacológico durante la evaluación, ya que la literatura atribuye la presencia de los síntomas obsesivos en una proporción de los pacientes al uso de algunos antipsicóticos de segunda generación como la clozapina la quetiapina y la olanzapina, también es importante considerar en estudios futuros la edad de inicio de los síntomas tanto obsesivos como psicóticos en el fin de obtener una correlación entre ambos fenómenos.

## **REFERENCIAS**

1. **Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS Spectr.* 2017;22(3):258–72.**
2. **Sharma LP, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(Suppl 1): S140–8.**
3. **Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive-compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res.* 2014;152(2–3):458–68.**
4. **Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy M-A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.* 2011;37(4):811–21.**
5. **Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;173(S35):26–37.**
6. **Weinberger DR, Egan MF, Bertolino A, Callicott JH, Mattay VS, Lipska BK, et al. Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 2001;50(11):825–44.**

7. Grover S, Sahoo S, Surendran I. *Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a review. Acta Neuropsychiatr.* 2018;31(2):1–11.
8. Scotti-Muzzi E, Saide OL. *Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. CNS Spectr.* 2017;22(3):258–72.
9. Frías A, Palma C, Farriols N, Salvador A, Bonet J, Bernáldez I. *Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a “schizo-obsessive” subtype. Compr Psychiatry.* 2014;55(5):1165–73.
10. F, M Z. *Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol.* 2013; 4:99.
11. Brakoulis V, Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Hannan A, Viswasam K, et al. *The clinical characteristics of obsessive-compulsive disorder associated with high levels of schizotypy. Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(9):852–60.
12. Poyurovsky M, Koran LM. *Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. J Psychiatr Res.* 2005;39(4):399–408.
13. Jacob ML, Larson MJ, Storch EA. *Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry.* 2014;55(4):896–903.
14. Lysaker PH, Whitney KA. *Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. Expert Rev Neurother.* 2009;9(1):99–107.
15. Ongür D, Goff DC. *Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. Schizophr Res.* 2005;75(2–3):349–62.



16. **Tiryaki A, Özkorumak E. Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Compr Psychiatry*. 2010; 51(4): 357–362**
17. **Rajkumar RP, Reddy YCJ, Kandavel T. Clinical profile of “schizo-obsessive” disorder: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):262–8.**
18. **Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5):480–3.**
19. **Sharma LP, Reddy YCJ. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 1): S140–8.**
20. **Koran LM, Gregory Hanna CL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder WORK GROUP ON OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. 2010.**
21. **Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment (Mex) [Internet]*. 2013**
22. **Caraveo-Anduaga JJ, Bermúdez EC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico c ity [Internet]. *Medigraphic.com*. 2004**
23. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11**
24. **Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):12–8**
25. **Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekhar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry [Internet]*. 2015;56:141–8.**

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de  
investigación (adultos)

<b>Nombre del estudio:</b>	Prevalencia de síntomas obsesivo compulsivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	Ninguno
<b>Lugar y fecha:</b>	Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta delegación 37 Sur IMSS CDMX diciembre 2021-diciembre 2022
<b>Número de registro institucional:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Determinar la presencia de ideas obsesivas y compulsiones en pacientes con esquizofrenia con el fin de que a largo plazo se puedan otorgar mejores tratamientos personalizados basados en los síntomas de cada paciente
<b>Procedimientos:</b>	Aplicación de la escala de síntomas obsesivo-compulsivos YALE-BROWN, Y BABS y entrevista clínica basada en los criterios del CIE-10 para trastorno obsesivo compulsivo
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	RIESGO MINIMO (Toca aspectos sensibles de la conducta del sujeto de investigación)
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>El principal beneficio será de aspecto científico, sin embargo, en caso de identificar síntomas se optimizará esquema farmacológico en pro de mejorar la salud mental del sujeto de investigación, el beneficio siempre excederá a los riesgos,</li></ul>

<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	Se informará al paciente de sus resultados en la escala aplicada
<b>Participación o retiro:</b>	Participación única al ser evaluado mediante escala y entrevista clínica. El paciente podrá retirarse voluntariamente si así lo desea.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	Todos los datos serán confidenciales mediante el uso de un número clave y de uso exclusivo para fines de investigación en salud

### Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se realicen las escalas en este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

### Investigadora o Investigador Responsable:

DRA ELIA MELINA MAGALLANES CANO subdirectora del  
hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor Tovar Acosta  
TELEFONO: 5513649150 MATRICULA: 98373668 CORREO:  
magallanes.elia25@gmail.com

AUTOR: DR JESUS RAFAEL SANCHEZ ORDOÑEZ RESIDENTE  
DE PSIQUIATRIA 3 MATRICULA 97376343 TELEFONO  
5534156326 CORREO: Rafael.ordonez2006@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

# ESCALA YALE BROWN PARA SINTOMAS OBSESIVO COMPULSIVOS. YALE-BOCS

Identificación ..... Fecha .....

	ACTUALES		PASADAS	
	Si	No	Si	No
<b>OBSESIONES AGRESIVAS:</b>				
- Miedo a poder hacerse daño a sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a poder hacer daño a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Imágenes violentas o terribles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a hacer algo embarazoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a robar cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
<b>OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:</b>				
- Preocupación o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Preocupación por sustancias o residuos viscosos
- Preocupación por poder enfermarse por contagio
- Preocupado por poder contagiar a los demás
- Otras

.....

....

**OBSESIONES SEXUALES:**

- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos
- Contenidos acerca de niños o incesto
- Contenidos sobre homosexualidad
- Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)
- Otras

.....

.....

**OBSESIONES DE ACUMULACIÓN/AHORRO:**

(Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)

- Describir

.....

**OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD):**

- Preocupación por sacrilegio y blasfemia
- Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad
- Otras

.....

.....

Identificación ..... Fecha .....

	ACTUALES		PASADAS	
	Si	No	Si	No
<b>OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:</b>				
- Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a noser que las cosas estén en su sitio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- No acompañada de pensamiento mágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OBSESIONES – MISCELÁNEA:</b>				
- Necesidad de saber o recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a decir ciertas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a no decir justo lo correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedo a perder cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Imágenes intrusas (no violentas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Preocupación por ciertos sonidos/ruidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Números afortunados/desafortunados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colores con significado especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Miedos supersticiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
<b>OBSESIONES SOMÁTICAS:</b>				
- Preocupación por enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
.....  
**COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO:**

- Excesivo o ritualizado lavado de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, o aseo rutinario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
.....  
**COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN:**

- Comprobar cerraduras, electrodomésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprobar que no se han cometido errores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
.....

Identificación ..... Fecha .....

\_\_\_\_\_  
ACTUALES PASADAS

Si No Si No

**RITUALES DE REPETICIÓN:**

- Releer o reescribir
- Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)
- Otras

.....  
**COMPULSIONES DE CONTAR:**

- Describir

.....  
**COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR:**

- Describir

.....  
**COMPULSIONES DE ALMACENAR/COLECCIONAR:**

*(Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo, apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)*

- Describir

....

**COMPULSIONES – MISCELÁNEA:**

- |                                                                                   |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Excesiva realización de listas                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Necesidad de decir, contar o confesar                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Necesidad de tocar, rozar o frotar                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <br>                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| - Medidas para prevenir herirse; herir a los demás; consecuencias terribles _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Conducta alimentaria ritualizada                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Conducta supersticiosa                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tricotilomanía                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Otras conductas autodestructivas o automutilantes                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Otras                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....

.....



Identificación ..... Fecha .....

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL  S.S.O  S.S.C

**ESCALA COMPLEMENTARIA DE BROWN PARA CREENCIAS  
(BABS)**

---

IDENTIFICADOR \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**DESCRIBA LA CREENCIA/IDEA**

---

Para cada elemento, encierre en un círculo el número que identifica el propósito que mejor caracteriza la idea

**1. Convicción**

¿Qué tan convencido está de estas ideas/creencias? ¿Estás seguro de que tus ideas/creencias son precisas?

- 0.- Creencias completamente convencidas son falsas (0%certeza).
- 1.- Las creencias probablemente no sean ciertas o exista una duda sustancial.
- 2.- Las creencias pueden ser verdaderas o no, o no se puede decidir si las creencias son verdaderas o no.
- 3.- Bastante convencido de que las creencias son verdaderas, pero existe un elemento de duda.
- 4.- Completamente convencido de la realidad de las creencias mantenidas (100% de certeza).

**2. Percepción de los puntos de vista de los demás sobre las creencias**

PREGUNTAR ¿Qué crees que otras personas pensarían de tus creencias?

- 0.- Completamente seguro de que la mayoría de la gente piensa estas creencias son poco realistas.
- 1.- Estoy bastante seguro de que la mayoría de la gente piensa que estas ideas no son realistas.
- 2.- Otros pueden o no pensar que las creencias son poco realistas, o estar inseguros acerca de los puntos de vista de los demás con respecto a estas creencias.

3.- Bastante seguro de que la mayoría de la gente piensa que estas creencias son realistas.

4.- Completamente seguro de que la mayoría de la gente piensa que estas creencias son realistas.

### **3. Explicación de los diferentes puntos de vista**

0.- Completamente seguro de que las creencias son irreales absurdo (p. ej., "mi mente me está jugando una mala pasada").

1.- Bastante seguro de que las creencias son poco realistas.

.2- No está seguro de por qué los demás no están de acuerdo:

3.- Bastante seguro de que las creencias son verdaderas; ver otros aspectos es menos sencillo

4.- Completamente seguro de que las creencias son verdaderas

*(entrevistador no debe preguntar este ítem si las respuestas en*

*los ítems 1 y 2 son las mismas) En eso caso dar la misma*

*puntuación que los ítems 1 y 2.*

### **4. rigidez de las ideas**

Si tuviera que cuestionar (o desafiar) la exactitud de nuestras creencias, ¿cuál sería su reacción?

0.- Siempre involucrado en tratar de refutar creencias, o no es necesario refutar porque las creencias no son verdaderas.

1.- Suele tratar de refutar creencias.

2.- A veces trata de refutar creencias.

3.- Intentos ocasionales de refutar creencias.

4.- No intenta refutar creencias.

### **5. Intento de refutar ideas**

Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha intentado convencerse de que sus creencias están equivocadas?

(El entrevistador debe calificar los intentos que el paciente hace por sí mismo de la creencia, no los intentos)

0.- Deseoso de considerar la posibilidad de que las creencias pueden ser falsas; no muestra renuencia a contemplar esta posibilidad.

1.- Fácilmente dispuesto a considerar la posibilidad de que las creencias puedan ser falsas;

2.- Algo dispuesto a considerar la posibilidad de que las creencias puedan ser falsas, pero presenta resistencia moderada.

3.- Claramente reacio a considerar la posibilidad de que las creencias puedan ser falsas; la desganancia es significativa.

4.- Se niega rotundamente a considerar la posibilidad de que las creencias puedan ser falsas

## **6. INSIGHT**

¿Qué cree que le ha causado tener estos síntomas

0.- Las creencias definitivamente tienen una causa psiquiátrica/psicológica.

1.- Las creencias probablemente tengan una causa psiquiátrica/psicológica.

2.- Las creencias posiblemente tengan una causa psiquiátrica/psicológica.

3.- Las creencias probablemente no tienen una explicación psiquiátrica o psicológica.

4.- Las creencias definitivamente no tienen una causa psiquiátrica/psicológica.

**Puntaje TOTAL\_\_ = SUMA DE PREGUNTAS 1 A 6**

## **7. Ideas/delirios de referencia**

¿Alguna vez parece que la gente está hablando de que te está prestando especial atención

OPCIONAL:

¿Qué hay de recibir mensajes especiales de su entorno (¿Qué tan seguro estás de esto?)

(Esta pregunta se refiere únicamente a la(s) creencia(s) que evalúa(n) el entrevistador de BABS, no si la persona cree que se le notó por una razón no relacionada con las creencias que se están evaluando.

El entrevistador NO debe basar la respuesta en acciones o compulsiones observables;

0.- No, los demás definitivamente no ven nada especial de mí.

1.- Es probable que los demás no me presten especial atención.

2.- Los demás pueden o no tener especial atención en mí.

4.- Los demás definitivamente me prestan especial atención.

(No incluir en la puntuación total)

Identificador del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Creencia principal: \_\_\_\_\_

1. CONVICCIÓN \_\_\_\_\_

2. PERCEPCIÓN DE LAS OPINIONES DE LOS  
DEMÁS \_\_\_\_\_

3. EXPLICACIÓN DE OPINIONES DIFERENTES \_\_\_\_\_

4. RIGIDEZ DE LAS IDEAS \_\_\_\_\_

5. INTENTO DE DESAPROBAR LAS  
CREENCIAS \_\_\_\_\_

6. PERSPECTIVA \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN (total de los ítems 1-6)**

**ARTÍCULO ADICIONAL:**

**7. IDEAS DE REFERENCIA**

**EVALUE SU IMPRESIÓN GLOBAL DEL GRADO DE PERSPECTIVA DEL  
PACIENTE: 0. Percepción excelente; completamente racional**

1. Buena percepción

2. Perspectiva justa

3. Percepción deficiente

4. Carece de insight; delirante