



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

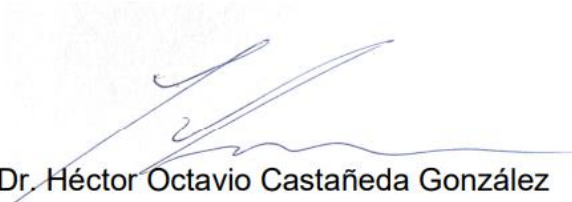
**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, EN EL
SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL, DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. ITZEL BALCÁZAR RAMÍREZ

Para obtener el grado de médico especialista en psiquiatría

Asesor Teórico:



Dr. Héctor Octavio Castañeda González

Ciudad de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Esta tesis ha sido uno de los mayores retos a los que me he enfrentado, no solo en cuatro años de especialidad, sino en el transcurso de mi andar médico, por lo que aprovecho esta oportunidad para agradecer a cada una de las personas que han estado durante el transcurso de mi vida, quienes me han visto crecer y me han inspirado en el proceso.

En primer lugar, mamá, no hay palabras que alcancen para agradecerte. Todo lo que he hecho y el lugar en donde me encuentro en este momento es gracias a ti, gracias por la vida que me has dado, por el apoyo, el amor que me das en todo lo que haces y por recordarme ir siempre arriba y adelante, eres lo que más amo en este mundo. Mis logros son tuyos y agradezco el esfuerzo que has hecho para que logre mis objetivos. Esta conclusión de cuatro años de residencia, de una carrera y de sueños de vida es para ti mamá.

A Emiliano y Rafael, son mis personas favoritas en el mundo y todo lo que soy, tengo y hago es para ustedes. Son mi mayor inspiración. A mi familia, a mi hermana, mi papá y mis padrinos, gracias por estar presentes en mi crecimiento profesional y personal, han sido piedra angular en mi desarrollo. Los amo demasiado.

A Carlos, ha sido increíble este deambular juntos, la residencia ha sido de las etapas más bonitas que he vivido y en gran parte ha sido por tenerte en mi vida. Has estado desde el primer día en que comencé a planear esta tesis, en todo el proceso, el cual no ha sido nada fácil, y has sido fundamental para mi tesis. Eres mucho más que mi mejor amigo. Gracias por estar en los peores y mejores momentos tanto académicos como personales. Estoy segura que estos cuatro años son solo una parte de toda una vida contigo.

A todos mis amigos, gracias por estar, la vida es más fácil con ustedes. A Abi, tu esencia ha influido tanto en mí, siempre estás en mi corazón.

A mi asesor teórico, Dr. Castañeda, gracias por su paciencia y amabilidad, me llevo un gran aprendizaje de este proceso para mejorar como profesional. Dra. Martha, fue un proceso complicado pero gracias a sus conocimientos y tiempo pude concluir esta tesis. Dr. Cabello, gracias por la prontitud de sus respuestas y las observaciones constantes para lograrlo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ANTECEDENTES:	8
MARCO TEÓRICO	10
DEFINICIÓN TRASTORNO ESQUIZO-OBSESIVO.....	10
EPIDEMIOLOGÍA.....	11
<i>CARACTERÍSTICAS DE SOC EN ESQUIZOFRENIA</i>	12
<i>FACTORES DE RIESGO</i>	13
<i>EVALUACIÓN</i>	14
<i>NEUROBIOLOGÍA</i>	17
<i>CLASIFICACIÓN DE SOC DE ACUERDO A LA FASE DE LA ENFERMEDAD</i>	19
<i>SOC COMO PRÓDROMOS DE TRASTORNOS PSICÓTICOS</i>	20
<i>SOC INDUCIDO POR ANTIPSICÓTICO</i>	20
<i>PRONÓSTICO</i>	22
<i>TRATAMIENTO</i>	23
<i>CONTEXTO LOCAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN</i>	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
JUSTIFICACIÓN:	26
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
METODOLOGÍA	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
<i>Criterios de inclusión</i>	28
<i>Criterios de exclusión</i>	28
<i>Criterios de eliminación</i>	29
<i>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS</i>	31
<i>PROCEDIMIENTO A EMPLEAR</i>	34

<i>ANÁLISIS DE DATOS</i>	34
ASPECTOS ÉTICOS	35
CONFLICTO DE INTERESES	36
PROSPECTIVAS	36
RESULTADOS	36
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y DIAGNÓSTICO DE SOC	40
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIÓN	52
REFERENCIAS:	53
ANEXOS	59

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.- GRADO DE SEVERIDAD DE ACUERDO A LA ESCALA DE YALE BROWN. FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.	44
FIGURA 2.- GRADO DE EVITACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SOC. REALIZADO POR MEDIO DEL SISTEMA ESTADÍSTICO IBM SPSS STATISTICS. FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.	45
FIGURA 3.- GRADO DE INDECISIÓN. REALIZADO POR MEDIO DEL SISTEMA ESTADÍSTICO IBM SPSS STATISTICS. FUENTE ELABORACIÓN PROPIA	45
FIGURA 4.- GRADO DE SEVERIDAD GLOBAL. FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
TABLA 2. SEXO EN MUESTRA TOTAL.....	37
TABLA 3. ESCOLARIDAD	38
TABLA 4. TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO	38
TABLA 5. TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO	39
TABLA 6. TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE FORMA COMPARATIVA EN PACIENTES CON Y SIN SOC.....	41
TABLA 7. TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO DE FORMA COMPARATIVA EN PACIENTES CON Y SIN SOC.....	41
TABLA 8. - FRECUENCIA DE OBSESIONES Y COMPULSIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.	42
TABLA 9. COMPARATIVA ENTRE GRUPOS CON Y SIN SOC.	43

Índice de Abreviaturas

SOC- Síntomas Obsesivos Compulsivos

TOC- Trastorno Obsesivo Compulsivo

ESQ-OC- Trastorno Esquizo-Obsesivo

UHR- Síndrome de Ultra Alto Riesgo en Psicosis

YBOCS- Escala Yale Brown para Síntomas Obsesivos Compulsivos

ISRS- Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina

SGA- Antipsicóticos de Segunda Generación

TAG. - Trastorno de ansiedad Generalizada

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de síntomas obsesivos compulsivos comórbidos en pacientes con esquizofrenia ha sido estudiada con resultados entre 3% hasta 59%, en México se ha observado una prevalencia de 10.79%. A pesar de la alta prevalencia y de los múltiples estudios que se han realizado desde el siglo pasado, con similitudes neurobiológicas y clínicas de ambas entidades, el Trastorno Esquizo-Obsesivo (ESQ-OC) continúa siendo un diagnóstico no aceptado por los sistemas nosológicos actuales, además de que, en la práctica clínica, no se interrogan de forma propositiva estos síntomas, lo cual impacta en el tratamiento y pronóstico de los pacientes. **Objetivo:** Identificar los síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acuden al servicio de Hospital Parcial, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. **Método:** Se realizará un estudio clínico epidemiológico, observacional, de tipo transversal descriptivo en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia entre 18 a 59 años, que se encuentren clínicamente estables. Se calculó la normalidad por medio de la prueba Shapiro Wilk, para el análisis se describen frecuencias para variables categóricas y medidas de tendencia central y desviación estándar para variables continuas, para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS. **Resultados:** El 26% de la muestra presentó SOC, de los cuales en obsesiones destacan por prevalencia agresiones 67%, asimetría con el 33%; en cuanto a compulsiones el 83% rituales de repetición tanto en presente como pasado, seguido del 67% que presentó compulsión de revisar en el pasado, 50% revisar en el presente, y el 33% contar en el presente contra un 17% de contar pasado. La severidad Yale Brown mostró una media de 20.8, mediana de 23.5 esta correspondiente a una severidad moderada a severa, con una desviación típica de 10.3, como mínima 8 y máxima 31 puntos de los 40 totales identificados por la escala. Hubo únicamente diferencias en cuanto a antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia, con un porcentaje mayor en pacientes con SOC. **Conclusiones:** Se identificaron síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con esquizofrenia ambulatorios en el servicio de Hospital Parcial, siendo el primer estudio que mide la frecuencia de estos síntomas en nuestro hospital, lo que refleja la importancia de mejorar la evaluación de otros síntomas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Palabras Clave: Síntomas Obsesivo Compulsivos (SOC); Síntomas psicóticos, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Trastorno Esquizo-Obsesivo (ESQ-OC).

ANTECEDENTES:

Desde el siglo XIX, autores franceses y alemanes comenzaron a describir la asociación de los síntomas obsesivos compulsivos con esquizofrenia. En 1875 el autor francés du Saule describió por primera vez casos de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y síntomas psicóticos, sin embargo, es en 1878, cuando se reconoce la primera asociación entre estos síntomas y las similitudes de ambos por el neurólogo y psiquiatra alemán Westphal. Otros autores como Seglas en 1895 y Janet en 1903 (ambos franceses) introducen términos como “alucinaciones obsesivas” o “psicastenia” dando descripciones más precisas de la coexistencia de ambos trastornos. En la primera mitad del siglo XX, múltiples autores describen las características psicopatológicas y fenomenológicas de ambos trastornos, como Bleuler en 1911, quien caracteriza a los Síntomas Obsesivo Compulsivos (SOC) como parte sintomatología de alto riesgo en psicosis, y desarrolla el término “automatismos” refiriéndose a los SOC en esquizofrenia. Schneider habla también sobre SOC explicando su existencia como parte de síntomas del segundo rango del pensamiento en esquizofrenia. Jaspers describe el término “alucinaciones compulsivas” como síntomas psicóticos que podían adoptar la forma de una idea obsesiva. Desde el punto de vista psicoanalítico Freud en 1918, describió a los SOC como un trastorno neurótico con prueba de realidad intacta, pero con la posibilidad de adoptar características psicóticas a lo largo del padecimiento. Otros autores que teorizaron sobre el fenómeno esquizo-obsesivo dentro de la corriente psicoanalítica son Abraham y Gordon intentando explicar la causa de los mismos desde este enfoque, llegando a las conclusiones previamente descritas por otros autores donde las obsesiones de curso crónico pueden concluir en psicosis. Finalizando con la primera mitad del siglo XX, es Stengel en 1945, quien postula que los pacientes con esquizofrenia y SOC podían tener menor psicopatología, con un mejor curso y pronóstico de la enfermedad (1). A partir de 1952, con la publicación de los manuales diagnósticos, se detienen las descripciones sobre la asociación entre estos dos trastornos, ya que estos

manuales no aceptaban su comorbilidad, retomando nuevamente el interés hasta 1986, en el estudio *Chestnut Lodge Follow-Up Study*, realizado por Fenton y McGlashan, quienes evaluaron la prevalencia de SOC en esquizofrenia con una mejor metodología, encontrando una prevalencia de 13% de SOC en pacientes con esquizofrenia, y demostrando peores resultados sobre todo en funcionalidad global en pacientes con ambas patologías (2). En este mismo año Insel y Akiskal sugieren una característica psicopatológica de estos síntomas de acuerdo con el insight de los pacientes (3), siendo hasta el DSM IV cuando se introduce el especificador del grado de insight en pacientes con SOC. En 1990, con la introducción de antipsicóticos atípicos, se describen por primera vez los síntomas obsesivos compulsivos secundarios al tratamiento con este tipo de fármacos (4). Es hasta 1997, cuando se sugiere por primera vez el término de “Trastorno Esquizo-obsesivo” (5). A pesar de que este fenómeno se ha estudiado a lo largo de más de un siglo, la relación entre síntomas obsesivos compulsivos y síntomas de esquizofrenia han sido de características observacionales, pero con falta de criterios diagnósticos y de herramientas diagnósticas para este trastorno.

La esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo actualmente se consideran como entidades con criterios diagnósticos, presentaciones clínicas, pronósticos y tratamientos distintos. De acuerdo al DSM- 5 TR, el diagnóstico de esquizofrenia se basa en la sintomatología (2 o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta desorganizada o catatónica y síntomas negativos), la duración de la enfermedad (al menos 6 meses, incluido al menos 1 mes de fase activa) y en el deterioro funcional. El diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo se realiza mediante la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones se definen como pensamientos, urgencias o imágenes, que se experimentan como intrusivas y no deseadas, que causan ansiedad o molestia, y que la persona trata de ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otra imagen o acción. Las compulsiones se definen como conductas repetitivas o actos mentales con la necesidad de hacer en respuesta a una obsesión o de acuerdo a reglas rígidas, estas conductas tienen el objetivo de reducir la ansiedad o molestia, o prevenir un evento temido, considerándolas poco realistas o excesivas. Causando inversión del tiempo en estos síntomas, malestar clínicamente significativo, o deterioro funcional. Dentro de los criterios diagnósticos, se cuenta con

especificadores de acuerdo al insight de los síntomas (buen insight/ pobre insight/ ausencia de insight o ideas delirantes) (6). Los sistemas nosológicos no han aceptado el concepto de “Trastorno Esquizo-obsesivo” o Trastorno “esquizo-TOC, e incluso el CIE 10, no permite realizar el diagnóstico de TOC en presencia de esquizofrenia. En el CIE-11, todavía no está claro si un paciente con esquizofrenia se puede diagnosticar con TOC comórbido (7).

Desde el punto de vista neurobiológico, tanto la esquizofrenia y el TOC son trastornos del neurodesarrollo, y ambos comparten antecedentes heredofamiliares como factor de riesgo para su desarrollo, lo que sugiere que ambas patologías tienen bases neurobiológicas comunes (8). En cuanto a los principales neurotransmisores, la dopamina y la serotonina son los principales implicados en ambos trastornos, con alteraciones que involucran zonas neuroanatómicas similares. En TOC, el principal circuito involucrado es el circuito córtico estriado tálamo cortical, mientras que en esquizofrenia se reconoce como la corteza prefrontal dorsolateral, ambos con superposición de estructuras en ambas vías como ganglios basales, tálamo, cíngulo anterior, corteza orbitofrontal y corteza temporal (9). Lo cual condiciona alteraciones específicas en el perfil cognitivo del paciente, y en la sintomatología de estos pacientes.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN TRASTORNO ESQUIZO-OBSESIVO

El trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia presentan características similares que se sobreponen en ambos trastornos, por ejemplo, una prevalencia parecida (esquizofrenia 1%, TOC 2 a 3%), una distribución equitativa en sexos (1/1), edad de inicio de síntomas (entre la segunda y tercera década de la vida) y el curso de la enfermedad (TOC crónica con mejorías y exacerbaciones; esquizofrenia crónica con múltiples episodios y remisiones (parciales o completas) en la cual los individuos presentan un estado asintomático o con síntomas mínimos que no interfieren con la conducta por un periodo de al menos 6 meses, con los respectivos fenotipos de Esquizofrenia donde se

observan no solo síntomas positivos o desorganización del pensamiento o conducta, sino también síntomas negativos, cognitivos, afectivos o manifestaciones físicas (10).

También comparten mecanismos neurobiológicos similares como anomalías cerebrales estructurales y funcionales y factores ambientales y genéticos, mismos que serán descritos más adelante.

Debido a la alta comorbilidad de SOC en pacientes con esquizofrenia, algunos autores han propuesto el término “esquizo-obsesivo” como un subtipo de la esquizofrenia considerándola como una sola entidad clínica (4). También se ha propuesto un “espectro esquizo-obsesivo” como un diagnóstico que engloba TOC, TOC con pobre insight, TOC con personalidad esquizotípica, esquizofrenia con SOC, esquizofrenia con TOC y esquizofrenia pura (11).

Se proponen cuatro posibles explicaciones para los SOC/TOC comórbido en pacientes con esquizofrenia (4).

- Un trastorno como factor de riesgo para el otro: En el grupo de pacientes con UHR y SOC hay menor riesgo de sufrir psicosis a mediano plazo (1 año), pero mayor probabilidad de desarrollar psicosis a largo plazo (7 años).
- Factores de riesgo comunes para ambos trastornos en términos neuroanatómicos, neurofisiológicos, neuroendocrinológicos, neurocognitivos.
- TOC como un pródromo de síntomas psicóticos de esquizofrenia o como parte de UHR
- Secundario a neurolépticos, con una asociación y posible causa entre los antipsicóticos de segunda generación y aumento de la prevalencia de SOC (12).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia exacta de SOC/TOC en pacientes con esquizofrenia es desconocida, con tasas del fenómeno obsesivo compulsivo de 3% hasta 59% (4). En 2013 un meta análisis que incluyó 3978 participantes con diagnóstico de esquizofrenia, observaron una prevalencia de TOC del 12,3% y de SOC de 30,3% (13). En un estudio más reciente, se reportó una prevalencia de 25,75% para TOC en esquizofrenia y una prevalencia de SOC de 18,5% (14).

En México, en 2001, se evaluó el fenómeno esquizo-obsesivo, encontrando una prevalencia de 10.79% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de SOC, en una muestra de 130 pacientes ambulatorios y hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia (15).

Los SOC preceden a los síntomas psicóticos iniciales en aproximadamente el 40% de los pacientes, 40% después de la psicosis y ocurren simultáneamente con síntomas psicóticos en el 20% de los pacientes (16). De acuerdo a las fases en que se observa la presentación de síntomas obsesivos, en el UHR se observó una prevalencia de SOC de 12.1% y de TOC de 5.2%, en pacientes con primer episodio psicótico se obtuvo una prevalencia de 17.1% y de TOC de 7.3% y durante el curso de esquizofrenia una prevalencia de 25% de SOC y 12.1% comórbido con TOC (17).

Los antipsicóticos atípicos se han asociado con SOC, sobre todo en los pacientes tratados con clozapina, reportándose SOC secundario a tratamiento antipsicótico en 77.9% de pacientes, 44.3% de novo y 33.6% en SOC preexistente, y prevalencia de TOC asociado a antipsicótico en 47% de pacientes (18).

CARACTERÍSTICAS DE SOC EN ESQUIZOFRENIA

La relación entre esquizofrenia y los SOC es compleja. Se han encontrado complejos psicopatológicos obsesivos compulsivos específicos exclusivamente en pacientes con esquizofrenia, como compulsiones asociadas a alucinaciones auditivas imperativas u obsesiones egodistónicas experimentadas como inserción del pensamiento, siendo rasgos psicopatológicos complejos no captados por instrumentos diagnósticos como la YBOCS (19), con una evolución continua, iniciando con obsesiones, con progresión a ideas sobrevaloradas en un continuo de dudas obsesivas, a la certeza de una idea delirante, hasta llegar al espectro esquizo obsesivo (20).

Se han propuesto cinco dimensiones psicopatológicas en pacientes con ESQ-OC que se asemejan a las observadas en el TOC “puro” (21).

1. Pensamientos prohibidos: obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y las compulsiones de contar.
2. Simetría: obsesiones de simetría y las compulsiones de ordenar.

3. Limpieza: obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza.
4. Somático: obsesiones somáticas y las compulsiones de repetir.
5. Acaparamiento: obsesiones de acumulación y las compulsiones de comprobar y repetir.

Las obsesiones agresivas y de contaminación son las más frecuentes, los tipos de compulsiones más prevalentes son aquellas de limpieza y acaparamiento (22). En pacientes con SOC inducidos por Clozapina, la fenomenología es específica, observando que las obsesiones y compulsiones de verificación son más frecuentes y presentando puntajes de compulsión más altos que de obsesiones. La Clozapina, secundario a su antagonismo por receptores 5HT_{2A} y 5HT_{2C} conduce a una alteración en el control conductual, esto se explica debido a que el sistema de serotonina a nivel cerebral es el responsable de la deficiencia en la flexibilidad cognitiva, condicionando la dificultad de los pacientes en el control conductual durante las compulsiones (23).

La gravedad media de los SOC en los pacientes con ESQ-OC oscila entre moderada y grave (puntaje 15 y 28 en la escala YBOCS) (22). Se ha observado que son más frecuentes las obsesiones que las compulsiones, con puntuación media de obsesiones de 10.27 y las compulsiones de 8.03 en YBOCS (9).

FACTORES DE RIESGO

Tanto el TOC como la esquizofrenia muestran agregación familiar. Familiares de pacientes con ESQ-OC y esquizofrenia, tienen un mayor riesgo de trastornos del espectro de la esquizofrenia (9.4 %, 7.5 %), comparable al riesgo promedio de esquizofrenia en familiares de primer grado en estudios familiares de esquizofrenia (6%–9%) (11).

En comparación con los familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia, los familiares de los pacientes ESQ-OC tenían un porcentaje significativamente mayor de riesgo mórbido de trastorno esquizo-obsesivo, trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y una mayor tasa de TOC. Los familiares de primer grado de pacientes con TOC tenían un riesgo significativamente mayor de esquizofrenia (riesgo relativo 1.9, esquizoafectivo 1.5 y trastorno bipolar 1.7) (24)

Los pacientes con TOC mostraron un riesgo 12 veces mayor de recibir un diagnóstico comórbido de esquizofrenia, y las personas diagnosticadas con esquizofrenia tenían un riesgo de 7 veces más de recibir un diagnóstico posterior de TOC, independientemente de la prescripción de antipsicóticos (25). Los pacientes con inicio más temprano tienen más probabilidad de tener familiares con la misma enfermedad, lo que sugiere que la edad temprana al inicio puede relacionarse con una mayor vulnerabilidad genética (21). La alta comorbilidad, el riesgo longitudinal y el riesgo entre familiares entre TOC y esquizofrenia, sugiere que ambas entidades comparten características genéticas, etiológicas y pato fisiológicas.

EVALUACIÓN

Todavía no existen unas guías formales para la evaluación, la identificación y el tratamiento de los fenómenos obsesivo-compulsivos, ni un método universalmente aceptado para identificar SOC en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, para la evaluación es importante evaluar los SOC usando alguno de los instrumentos de tamizaje como la *Escala Yale Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (YBOC)*, *Lista de Verificación YBOC-CS*, *Obsessive Compulsive Inventory Revised*, *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* y *Padua Inventory* (4).

La evaluación de SOC/TOC entre pacientes con esquizofrenia debe realizarse en relación con la secuencia de aparición de SOC de acuerdo con otros síntomas de esquizofrenia, uso de antipsicóticos atípicos, fase de la enfermedad y severidad de SOC/TOC, por lo que la evaluación deber ser un proceso continuo con revaloraciones constantes de acuerdo al estado del paciente. Se han observado mayores tasas de SOC en pacientes ambulatorios a diferencia de pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia, esto puede deberse a la facilidad para evaluar los SOC cuando el pensamiento se encuentra mejor organizado (4).

Dentro de las características de los SOC, es fundamental hablar del insight que presentan los pacientes sobre las ideas obsesivas y las conductas compulsivas, ya que este especificador será una diferencia fundamental con las ideas delirantes. En los criterios del DSM-5 del TOC, la conciencia del trastorno es un especificador con tres categorías: “con buen insight, “con pobre insight” o “con ausencia de insight/ idea delirante” (6). En

pacientes con TOC, la ausencia del insight puede ser común, con una prevalencia entre 13.8% a 30.7%. En pacientes con ESQ-OC, se ha observado que hasta el 85% de los pacientes tendrán un insight bueno o regular de sus síntomas obsesivos compulsivos, sin embargo, de estos pacientes, el 15.8% tenían una falta de percepción de sus SOC y el 43.8% negaban el diagnóstico de esquizofrenia, esto a diferencia de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia únicamente, donde hasta el 60% desconocían su diagnóstico (26). El insight denota la severidad de los SOC, siendo uno de los factores propuestos como contribuyente de la conversión de SOC a síntomas psicóticos, condicionando el trastorno ESQ-OC (12). Así mismo, es un especificador que se ha asociado con un peor pronóstico, curso crónico, resistencia al tratamiento y que finalmente requerirá la combinación de diferentes medicamentos, incluyendo antipsicóticos durante el tratamiento (18). El pensamiento recurrente, intrusivo, egodistónico no debe ser considerado una obsesión si giran exclusivamente a temas delirantes y los actos repetitivos solo se deben considerar una compulsión si son en respuesta a una pensamiento obsesivo y no en respuesta a una idea delirante, lo cual se logra a través de la reflexividad mental, en la cual los individuos tienen la capacidad de reflejar su conciencia y sus ideas en su experiencia confrontando sus creencias con el entorno, por ejemplo, en el TOC puro, los pacientes con "pobre insight" aún pueden experimentar un conflicto con la naturaleza irrazonable de las obsesiones, mientras que las ideas delirantes no están sometidas a la reflexividad del sujeto(27).

Fenomenológicamente, las obsesiones se pueden malinterpretar como ideas delirantes, y los síntomas motores de la esquizofrenia se pueden malinterpretar como compulsiones. Algunas otras características de ayuda para diferenciar ideas obsesivas de ideas delirantes incluyen el contenido (obsesiones de contaminación vs ideas delirantes de persecución), insight (presente en TOC, ausente en esquizofrenia), afecto (la ansiedad relacionada con las ideas obsesivas vs el afecto del paciente condicionado por ideas delirantes) y percepción (intacta, vs delirante). De forma similar, las compulsiones se pueden distinguir de trastornos del movimiento en esquizofrenia por la expresión motora típica (verificación vs estereotipias), impulso (obsesión vs autonomía), función (ansiolítica vs sin propósito) (28).

En la práctica clínica diaria, en ocasiones es difícil distinguir entre ideas delirantes e ideas obsesivas, y generalmente el grado de insight es una característica definitoria, pero en algunos casos es difícil distinguir si un pensamiento intrusivo es una obsesión en TOC con pobre o nulo insight o una idea delirante, así como en las compulsiones, ya que algunos síntomas positivos en esquizofrenia pueden condicionar conductas repetitivas (29). Así mismo, los fenómenos sensoriales y trastornos del pensamiento serán raros en TOC (30).

Para identificar las obsesiones en presencia de síntomas psicóticos, se sugirieron 5 puntos (31).

- Obsesión y compulsión similares a las presentes en el TOC puro.
- Presencia de SOC fuera de episodios psicóticos agudos.
- Compulsión en respuesta a una obsesión y no a una ideación psicótica.
- Reevaluación de ideas obsesivas después de un episodio agudo.
- Tratamiento empírico con ISRS para diferenciar ambas ideas.

Secundario a lo previamente comentado, se han propuesto criterios diagnósticos del Trastorno “Esquizo-Obsesivo” (32).

- A. Síntomas que cumplen el criterio A para el trastorno obsesivo-compulsivo en algún momento del curso de la esquizofrenia.
- B. Si el contenido de los SOC está interrelacionado con el contenido de los delirios y/o las alucinaciones, se requiere la presencia de obsesiones y compulsiones típicas del TOC adicionales reconocidas por la persona como irracionales y excesivas.
- C. Los SOC están presentes durante una parte de la duración total del período prodrómico, activo y/o residual de la esquizofrenia.
- D. Las obsesiones y compulsiones consumen mucho tiempo, causan angustia e interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, además del deterioro funcional asociado a la esquizofrenia.
- E. Las obsesiones y compulsiones en el paciente con esquizofrenia no se deben al efecto de los antipsicóticos, al abuso de una sustancia psicoactiva o a una causa médica.

NEUROBIOLOGÍA

La serotonina y la dopamina son los principales neurotransmisores involucrados en ambos trastornos. En esquizofrenia se ha aceptado la hipótesis de la dopamina, sin embargo, se ha observado mejor eficacia en el tratamiento con los antagonistas de receptores tanto de dopamina como de serotonina, lo cual habla del involucro de la serotonina en la fisiopatología de esquizofrenia, y su papel en la modulación de sistemas dopaminérgicos. En cuanto al TOC se ha propuesto la hipótesis de la serotonina, apoyada por la respuesta al tratamiento con ISRS, sin embargo, solo el 40 al 60% tendrán mejoría con estos fármacos, lo que sugiere otros sistemas de neurotransmisión, como la dopamina, la cual está implicada en comportamientos estereotipados, en síndrome de Tourette, y con evidencia en la modulación recíproca de la dopamina en el sistema de serotonina (31). En ambas patologías también se han observado alteraciones en el sistema glutamatérgico. El antagonismo de NMDA interfiere con el desarrollo neuronal predisponiendo a trastornos psicóticos. Un déficit en la neurotransmisión glutamatérgica mediante el receptor de NMDA está asociado con esquizofrenia, mientras que estudios con neuroimagen funcional se han observado niveles incrementados de glutamato en la corteza en pacientes con SOC, incluso estudiándose la posibilidad de que el aumento con antagonistas de NMDA pudiera mejorar síntomas obsesivos compulsivos (33).

Los factores genéticos que influyen en ambos trastornos se ha observado que el sistema dopaminérgico está asociado a una variedad de genes marcadores de riesgo de esquizofrenia como el COMT (catecol-O- metil-transferasa) que contiene el polimorfismo Val158Met. El alelo COMT Met codifica una isoforma de enzima menos activa que pudiera incrementar el tono dopaminérgico, asociando también este genotipo con SOC (33).

En cuanto a la neuroanatomía, en pacientes con TOC se han evidenciado las anomalías estructurales en el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, en la corteza orbitofrontal, prefrontal, corteza cingulada anterior, estriado, hipocampo y globo pálido, sin embargo, se han reportado otros circuitos afectados que explican otras manifestaciones clínicas comórbidas (34), por ejemplo, hallazgos en el que la afectación se extiende hasta la amígdala, condicionando una desregulación afectiva (35). La conexión amígdala-estriado ventral juega un rol importante en la evaluación y la

generación de respuestas emocionales y comportamientos basados en la recompensa, este circuito alterado en el TOC explica el aumento de ansiedad y de comportamientos repetitivos, conexión correlacionada con esquizofrenia donde el procesamiento de emociones también se encuentra afectado (36). En cuanto a la esquizofrenia, los circuitos de la corteza prefrontal dorsolateral contiene sustratos anatómicos similares a los de TOC, con alteraciones en el giro superior del frontal, la circunvolución recta, la ínsula, el tálamo, en lóbulo parietal y occipital lateral con anormalidades en el circuito cortico-estriado-tálamo-cerebelar. Sin embargo, en pacientes con ESQ-OC existen tanto similitudes como diferencias neuroanatómicas comparadas con pacientes con diagnóstico únicamente de esquizofrenia o TOC. Ambos trastornos presentan regiones superpuestas afectadas (sobre todo lóbulo frontal, cuerpo estriado y tálamo) que sustentan la coexistencia de ambas patologías, lo cual condiciona la sintomatología clínica, así como los déficits cognitivos (31).

En pacientes con ESQ-OC se observa una reducción en el volumen de la sustancia gris y disminución en el grosor cortical en varias estructuras. Existe una disminución de volumen en el giro frontal superior medial, relacionado con déficit en la planeación ejecutiva, control conductual, afecto y cognición social. En cuanto a las anormalidades en la corteza orbitofrontal, estas se han asociado con afecto inapropiado, desinhibición y pobre toma de decisiones tanto en esquizofrenia como en TOC. La disfunción del tálamo se ha asociado con síntomas positivos en esquizofrenia o síntomas compulsivos en pacientes con TOC. La reducción en el grosor cortical en la parte orbital del giro medial frontal puede estar asociado con alteraciones en cognición, memoria, atención, procesamiento ejecutivo, alucinaciones visuales y trastornos visoespaciales, mientras que la reducción en el grosor cortical en el área motora suplementaria derecha puede estar asociada con comportamiento motor alterado y desinhibición motora. La reducción en el giro temporal superior puede asociarse con disminución en la memoria de trabajo, déficits en función cognitiva y síntomas psicóticos, mientras que la reducción en el grosor de la corteza en el giro angular derecho puede estar asociado con memoria semántica y episódica alterada. Dentro de las estructuras afectadas en el sistema límbico existe una disminución del volumen de sustancia gris en la circunvolución recta asociadas a una evaluación errónea de las recompensas, problemas en la regulación emocional y en la

memoria de trabajo y disminución en volumen de la corteza cingular anterior asociada con apatía y en la corteza cingular medial asociándose con alteraciones en el mantenimiento de la atención y funcionamiento ejecutivo (36).

Así mismo, existe una relación importante entre los síntomas de TOC y los de psicosis con una superposición entre las diferentes dimensiones cognitivas. En cuanto al perfil cognitivo, se ha observado que los pacientes con ESQ-OC tienen una velocidad de procesamiento significativamente menor, en comparación con los pacientes con esquizofrenia, con déficits específicos en la inhibición y mayor impulsividad, así como un funcionamiento ejecutivo disminuido. Mayores déficits en las tareas de percepción visoespacial y memoria visual, flexibilidad cognitiva, y aprendizaje verbal inmediato en el grupo con SOC (37). Otro dominio cognitivo afectado es la metacognición definido como procesos y estrategias que monitorean, controlan o interpretan el pensamiento, propuesto como un vínculo entre psicosis y TOC. La metacognición desempeña un papel en el desarrollo y mantenimiento de todos los procesos psicológicos y trastornos psicopatológicos del TOC y de trastornos psicóticos (30).

CLASIFICACIÓN DE SOC DE ACUERDO A LA FASE DE LA ENFERMEDAD.

Se han propuesto 3 tipos emergentes de SOC de acuerdo a la fase de enfermedad, patrones de aparición y progresión de la enfermedad (21), con posibilidad de existencia de muchos otros tipos de ESQ-OC (25).

1. SOC como pródromo de trastornos psicóticos, con la presencia de SOC/TOC antes del inicio de psicosis como diagnóstico independiente o presencia de SOC/TOC como parte del UHR (26).
2. SOC co-ocurrentes con síntomas psicóticos, con aparición durante un episodio agudo o durante el curso de la esquizofrenia crónica. Suelen resolverse con la mejoría global de la psicosis. Las experiencias psicóticas pueden convertirse en un «foco de preocupación obsesiva», que dará lugar a la aparición de fenómenos psicopatológicos complejos de contenido psicótico y forma obsesiva, con la presencia de un continuum psicopatológico entre los fenómenos obsesivo-compulsivos y psicóticos.
3. SOC inducidos por antipsicóticos.

Otros tipos incluyen (25):

- TOC en personalidad esquizotípica: Inicio temprano, más en hombres, con pobre insight, comúnmente con contenido de acumulación, antecedentes heredofamiliares de trastornos del espectro de esquizofrenia, peor pronóstico y menos eficacia de Terapia Cognitivo Conductual.
- TOC en autismo de alto funcionamiento.
- TOC con pobre insight.

Los SOC pueden presentarse a lo largo de la vida de pacientes con esquizofrenia. El curso del trastorno ESQ-OC es crónico y la posibilidad de remisión completa es baja. La gravedad de los síntomas fluctúa a lo largo del tiempo (21).

SOC COMO PRÓDROMOS DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los SOC son un criterio de UHR según ciertas definiciones (31), sin embargo, el valor clínico de SOC en comparación con otros síntomas prodrómicos es desconocido, ya que ningún estudio ha ofrecido resultados significativos sobre el riesgo de transición de SOC en personas con UHR, por lo que aún no está definida la presencia de los SOC y la gravedad de los síntomas como predictores de transición a una franca psicosis. Los SOC pueden resolverse o atenuarse tras el inicio de la psicosis (38). En esta fase, el ESQ-OC se ha correlacionado con más severidad de los síntomas positivos, angustia, depresión y suicidalidad. (25) Los síntomas comunes en las personas con UHR son las obsesiones agresivas, las compulsiones de control y la acumulación. En la gran mayoría de los pacientes con esquizofrenia, los SOC continúan más allá de la fase prodrómica de la esquizofrenia (39).

SOC INDUCIDO POR ANTIPSICÓTICO

El ESQ-OC inducido por antipsicóticos se define como el resultado de la administración de neurolepticos, con asociación y posible causa entre los antipsicóticos de segunda generación (SGA), condicionando aumento de la prevalencia de SOC, siendo más

prevalente en tratamiento con clozapina > olanzapina > risperidona. (4). El perfil antiserotonérgico predominante de estos SGA (antagonismo del receptor 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}) es responsable de inducir SOC (11) ya que los SGA tienen mayor afinidad de unión a 5HT_{2A} (con relación de ocupación 5HT_{2A}/D₂ de 20:1 para clozapina, 12:1 para olanzapina, 11:1 para risperidona) (26) También se ha observado que el uso crónico de clozapina regula a la baja la hipersensibilidad de receptores 5-HT_{2C}. Otra hipótesis implica hipersensibilidad de la dopamina secundaria al tratamiento con antipsicóticos con alta afinidad por receptores D₂, por lo que cuando se cambia el tratamiento por clozapina, el aumento de la actividad dopaminérgica resultante de la reducción de la inhibición dopaminérgica estriatal puede desenmascarar SOC (18).

En pacientes con TOC resistentes a ISRS el aumento de los antipsicóticos ha sido eficaz, lo que implica la participación dopaminérgica en TOC. En cuanto a los factores genéticos las personas con polimorfismos en los genes que regulan la transmisión de glutamato como SLC1A1 y GRIN2B son más susceptibles a SOC inducido por clozapina (40).

Por el contrario, los antipsicóticos predominantemente dopaminérgicos, como la amisulpirida o el agonista parcial dopaminérgico serotoninérgico aripiprazol tienen un efecto benéfico o neutral en SOC ya que tienen una baja ocupación del receptor 5HT_{2A}/D₂. (36) La monoterapia con aripiprazol (10-30 mg/día) ha dado lugar a una mejoría clínica significativa de los SOC en pacientes con esquizofrenia que respondieron parcialmente a una exposición previa a agentes antipsicóticos típicos o atípicos (21).

Existe una correlación de la gravedad de SOC con un patrón dosis respuesta, duración de tratamiento y niveles séricos de los antipsicóticos, con mejoría en SOC después de la reducción de la dosis o del cambio de fármaco. Un amplio rango de dosis se asocia con los efectos provocadores de TOC, olanzapina (5-25 mg/día), clozapina (150-900 mg/día), y solo una dosis relativamente alta de risperidona (>4 mg/día) (11). La mayor duración del tratamiento con SGA se asocian con mayor prevalencia de novo SOC (4).

Los SOC por lo general se manifiestan dentro de las primeras semanas del inicio del tratamiento con un SGA (4 semanas), sin embargo, con la clozapina, los SOC surgen gradualmente durante los primeros 12 meses, con mayor riesgo a partir de las 12

semanas de tratamiento, con niveles plasmáticos de clozapina entre 595.1 ng/ml +- 252 ng/ml) (17).

Ante el inicio de SOC posterior al tratamiento con clozapina, las dosis decrecientes podrían reducir SOC, pero también podría aumentar el riesgo de exacerbación de psicosis y no puede ser considerado como alternativa terapéutica (26).

Los pacientes con esquizofrenia generalmente reciben tratamiento con ISRS, ISRSN o tricíclicos, lo cual disminuye la severidad de SOC afectando la detección de la relación entre la severidad de SOC y otras variables. Se ha observado que pacientes en tratamiento con antidepresivos el puntaje en YBOCS fue mayor comparado con el grupo sin ISRS lo que indica que la severidad de los SOC es mayor a pesar de tratamiento (38).

Existe una prevalencia de TOC inducido por clozapina de 47%, por lo que se necesita buscar síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con clozapina y antipsicóticos similares con esta acción antiserotoninérgica (23).

PRONÓSTICO

Los pacientes con SOC en esquizofrenia tienen mayor psicopatología general, por lo que se considera que están más gravemente enfermos con una correlación positiva significativa de las obsesiones con los síntomas positivos, negativos y generales, concluyendo que los SOC influyen en los síntomas de la esquizofrenia (9).

El efecto de los SOC en el funcionamiento de pacientes con esquizofrenia, independientemente de los síntomas psicóticos, se relacionó positivamente con SOC leves e inversamente con SOC moderados a graves, denominando este efecto como "Janus Bifrons Effect". Las conductas rutinarias y repetitivas, cuando son leves, resultan en cierta organización y orden de las actividades diarias dando estabilidad y alcanzando metas en pacientes con esquizofrenia, sin embargo, la interferencia de SOC severos afecta la funcionalidad (38). Se ha sugerido que la esquizofrenia comórbida con SOC puede ser un predictor de resistencia a tratamiento (41).

El efecto de los SOC sobre el fenotipo clínico de la esquizofrenia no está claro, con hallazgos contradictorios. Los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos y esquizofrenia tienen una edad más temprana al inicio de los síntomas psicóticos,

síntomas psicóticos más severos, mayor duración de psicosis (15.6 meses frente a 6.2 meses), mayor severidad global, mas síntomas positivos y negativos, mayor embotamiento y aplanamiento afectivo, menor funcionamiento social y global, mayores tasas de hospitalización, peor rendimiento neurocognitivo, menor probabilidad de estar empleado o casado, menor calidad de vida, peor funcionamiento premórbido, mayor discapacidad, mayor nivel de desesperanza, más prevalencia de trastorno de ansiedad, más comorbilidad en el eje II de trastornos, mayor severidad de alteraciones conductuales, más hostilidad, mayor prevalencia de síntomas depresivos, tendencias suicidas, e intentos de suicidio. Sin embargo, otros estudios han tenido diferentes resultados, no encontrando ninguna diferencia respecto a las puntuaciones de la PANSS entre los dos grupos, menos síntomas positivos y una mejor calidad de vida, menor severidad de delirios, alucinaciones, y menor anergia. Sin diferencias significativas en tasas de recaída y menor discapacidad (11, 26, 4, 9, 12).

TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento que se han utilizado para manejar SOC/TOC en pacientes de esquizofrenia incluyen antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, terapia electro-convulsiva, estimulación magnética transcraneal repetitiva y medidas no farmacológicas como la terapia cognitiva conductual. En la actualidad, el nivel de evidencia para las opciones de tratamiento disponibles de pacientes con esquizofrenia y TOC comórbido es pobre (4).

Existen propuestas de tratamiento en el fenómeno ESQ-OC (12).

1. Antipsicóticos atípicos como monoterapia (Aripiprazol, amisulpirida, ziprasidona)
2. Antipsicóticos atípicos + ISRS
3. Otro antipsicótico + ISRS o antipsicótico + otro ISRS o Clorimipramina
4. Antipsicóticos convencionales + ISRS/Clorimipramina
5. Añadir Lamotrigina
6. Añadir Terapia Cognitivo Conductual
7. Bajas dosis de Clozapina 75-300 mg
8. Bajas dosis de Clozapina + ISRS (Sertralina y Citalopram)

9. Terapia Electro-convulsiva

CONTEXTO LOCAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Hospital de día psiquiátrico (Llamado Hospital Parcial en Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez) tiene el objetivo de brindar una atención estrecha similar a una unidad de tratamiento intrahospitalario, pero manteniendo al paciente fuera del mismo, en comunidad, tomando mayor importancia desde el enfoque de la Psiquiatría comunitaria, utilizando estrategias de intervención biopsicosociales disminuyendo ingresos hospitalarios o tiempos de internamiento. Hospital de día tiene la ventaja de ser viable y costo efectivo y siendo una de las recomendaciones terapéuticas de las guías NICE (National Institute of Health Care Excellence) para el tratamiento y prevención de enfermedades como esquizofrenia (42).

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Hospital Parcial funciona fines de semana de 8:00 a 14:30 horas, destinando los domingos para pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, contando con servicios de psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología, contando con taller de pintura y taller de música, además de intervenciones terapéuticas en grupo, consulta psiquiátrica y administración de medicamentos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un gran interés sobre la coexistencia de esquizofrenia y síntomas obsesivos compulsivos desde hace más de un siglo, con información relativa a las características similares entre ambos trastornos, y evidencia sobre los hallazgos específicos entre pacientes con un diagnóstico únicamente de esquizofrenia o de trastorno obsesivo compulsivo en comparación con pacientes con trastorno esquizo-obsesivo. Este diagnóstico como una sola entidad clínica continúa siendo controversial, sin ser aceptado en los sistemas nosológicos actuales.

Las investigaciones epidemiológicas, donde se ha demostrado la coexistencia de ambas patologías, las similitudes neurobiológicas, y las especificidades que existen entre cada trastorno como entidades únicas y como trastorno comórbido (Trastorno Esquizo-Obsesivo), debe ser esencial que los psiquiatras sean conscientes de que las personas que viven con TOC tienen mayor probabilidad de desarrollo de esquizofrenia, y viceversa, donde las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen mayor probabilidad de desarrollo de SOC; aumento en la incidencia de SOC tras el inicio de tratamiento con antipsicóticos atípicos; diferencias neurocognitivas en estos pacientes a diferencia de pacientes con una sola patología; especificidades en el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes. A pesar de la evidencia, estos síntomas no se consideran como síntomas primarios de la Esquizofrenia y los pacientes no son evaluados de rutina para estos síntomas, condicionando que no se realice un diagnóstico preciso, con implicaciones pronósticas y terapéuticas de lo que deriva su importancia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los síntomas obsesivos-compulsivos en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, en el servicio de Hospital Parcial, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

JUSTIFICACIÓN:

En 2013 un meta análisis que incluyó 3978 participantes con diagnóstico de esquizofrenia, observaron una prevalencia de TOC del 12,3% y de SOC de 30,3% (13). La magnitud del problema puede puntualizarse en un estudio más reciente, se reportó una prevalencia de 25,75% para TOC en esquizofrenia y una prevalencia de SOC de 18,5% (14).

Los estudios que han evaluado la prevalencia de SOC y TOC entre los pacientes con esquizofrenia muestran la magnitud de ambas patologías, en su mayoría estudios transversales, con tamaños de muestra que varían de 37 a 400 participantes, con heterogeneidad en la muestra. Estos estudios se han apoyado en el test *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*, *SCID*, *DSM-IV* y *YBOCS* (4). Al ser estudios de diferentes países, se puede observar la universalidad de estos síntomas y su relación entre SOC y TOC.

En México, uno de los ejes de vulnerabilidad detectados está en relación a que existe únicamente un estudio de prevalencia de dichos síntomas, evaluando pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados dentro de la misma muestra (15), en este se denota un número importante de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de SOC comórbidos.

Lo anterior sugiere que un gran número de pacientes valorados en nuestra unidad con diagnóstico de esquizofrenia han presentado SOC a lo largo de la historia de su padecimiento o presentaran los mismos durante su evolución clínica, lo cual hace factible el desarrollo de la presente investigación, aunado a la gran prevalencia de SOC observados en pacientes con tratamiento antipsicótico; sin embargo, al ser síntomas que no se valoran a priori en nuestra unidad, condicionando que no haya un tratamiento dirigido a estos síntomas, lo que genera vulnerabilidad del sistema de salud reflejado en el pronóstico de los pacientes, por lo que se propone valorar la frecuencia de SOC en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en un servicio ambulatorio de nuestro hospital, ya que, de acuerdo a la literatura, existirá mayor prevalencia en pacientes que no se encuentren con sintomatología psicótica aguda, lo cual busca generar un enfoque

que a largo plazo tenga una trascendencia positiva en el pronóstico de los pacientes aquí englobados.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acuden al servicio de Hospital Parcial, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y pacientes con SOC
- Describir los antecedentes heredofamiliares de TOC y esquizofrenia en pacientes con Esquizofrenia y pacientes con SOC
- Describir las comorbilidades médicas y psiquiátricas en los pacientes que cuentan con diagnóstico de Esquizofrenia y pacientes con SOC
- Describir la frecuencia de tratamiento antipsicótico en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y pacientes con SOC

METODOLOGÍA

- Tipo y diseño general del estudio
 - a) Objeto de estudio: Estudio clínico epidemiológico
 - b) Fuente de datos: Datos primarios
 - c) Tiempo en el que se estudia el evento: Transversal
 - d) Control de las variables: etnográfico. Observacional
 - e) Fin o propósito: Descriptivo
- Muestreo, tamaño de la muestra, cálculos de poder.
 - Para el cálculo de tamaño de muestra se evaluarán como universo el total de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial.
 - Fórmula:

$$n = 3 + K / C^2$$

Donde:

n= Tamaño de muestra buscado

$$K = (Z\alpha + Z\beta)^2$$

$$C = 0.5 \ln(1+r) / (1-r)$$

r = coeficiente de correlación esperado.

Al sustituir la fórmula:

$$n = 3 + \frac{6.2}{0.693^2} = \frac{6.2}{0.480} = 3 + 12.9 = 15.9$$

n= 15 pacientes.

El tipo de muestreo para el presente estudio fue no probabilístico de tipo consecutivo, esto debido al tiempo para ejecutar la investigación, dicho muestreo es ampliamente utilizado como parteaguas para observar si un tema particular necesita un análisis a profundidad.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- a) Pacientes de 18 a 59 años de ambos sexos.
- b) Pacientes del servicio de Hospital Parcial con diagnóstico de esquizofrenia.
- c) Pacientes clínicamente estables.

Criterios de exclusión

- a) Trastornos psicóticos diferentes a la esquizofrenia o comorbilidades como trastorno neurológico, trastorno afectivo, discapacidad intelectual o trastorno por consumo de sustancias.

- b) Pacientes con conductas de riesgo que ameriten tratamiento intrahospitalario.

Criterios de eliminación

- a) Aquellos pacientes en los que no se pueda completar los cuestionarios.

Tabla 1. Operacionalización de variables.			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	MEDICIÓN (UNIDAD DE MEDIDA)	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO ASIGNADO AL NACER	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	0= Mujer 1= Hombre	Cualitativa nominal Dicotómica
EDAD	Número de aniversarios del nacimiento transcurridos en la fecha de referencia, es decir, a la edad en el último cumpleaños	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	0 = Maestría 1 = Licenciatura 2 = Licenciatura en curso 3 = Licenciatura trunca 4 = Preparatoria 5 = Preparatoria trunca 6 = Secundaria	Cualitativa nominal Politómica
EMPLEO	Ocupación u oficio	0 = Empleado 1 = Estudiante 2 = Desempleado	Cualitativa nominal Politómica
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE ESQUIZOFRENIA	Diagnóstico de Esquizofrenia en familiares de primer grado	Recabado de entrevista 0= NO 1= SI	Cualitativa nominal
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE TOC	Diagnóstico de TOC en familiares de primer grado	Recabado de entrevista 0= NO 1= SI	Cualitativa nominal
COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS	Variedad de otras afecciones diferentes a TOC/ esquizofrenia	Recabado de expediente y entrevista 0 = NO 1 = Trastorno de ansiedad generalizada 2 = Trastorno depresivo recurrente 3 = Trastorno depresivo recurrente + Trastorno	Cualitativa nominal Politómica

		de ansiedad generalizada	
COMORBILIDADES MÉDICAS PSQUIÁTRICAS	NO Variedad de otras afecciones diferentes a enfermedades psiquiátricas	Recabado de expediente y entrevista 0 = No 1 = Dislipidemia 2 = Gastropatía	Cualitativa nominal Politómica
AÑOS DE VIDA CON ESQUIZOFRENIA	Edad del paciente en que fue diagnosticado con diagnóstico de esquizofrenia hasta su edad actual	Recabado de expediente y entrevista Medido en años	Cuantitativa discreta
OBSESIONES	Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importantes El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento.	M.I.N.I. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Presentes Ausentes Lista de verificación de Síntomas de EY-BOC Agresión Contaminación Sexuales Ateorar/coleccionar Religiosas Simetría y exactitud Varias Somáticas Limpieza/Lavado 0= NO 1= SI Escala de Yale Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS) Severidad 0-7 subclínica 8 a 15 leve 16 a 23 Moderada 24 a 31 Severa 32 a 40 Extrema	Cualitativa nominal
COMPULSIONES	Comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo a reglas que ha de aplicar de manera rígida Con el objetivo de prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida sin que estos comportamientos estén	M.I.N.I. Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Presentes Ausentes Lista de verificación de Síntomas de EY-BOC Limpieza/lavado Revisar Repetición Contar Ordenar/arreglar	Cualitativa nominal Dicotómica

	conectados de manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir o resultan claramente excesivos	Guardar/coleccionar Varias 0= NO 1= SI Escala de Yale Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS) Severidad 0-7 subclínica 8 a 15 leve 16 a 23 Moderada 24 a 31 Severa 32 a 40 Extrema	
TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS	Bloqueo pos sináptico de receptores D2 de dopamina Agonistas parciales de receptor D2 de dopamina	0 = Clozapina 1 = Aripiprazol 2 = Risperidona 3 = Risperidona, combinada 4 = Quetiapina 5 = Quetiapina, Zuclopentixol 6 = Trifluoperazina 7 = Paliperidona 8 = Haloperidol 9 = Olanzapina	Cualitativa nominal Politómica
TRATAMIENTO CON ISRS	Medicamentos inhibidores de la recaptura de serotonina	Recabado del expediente y entrevista 0 = NO 1 = Citalopram 2 = Escitalopram 3 = Fluoxetina 4 = Sertralina	Cualitativa nominal Politómica
Nota. * La Operacionalización de variables es un proceso que se presenta solamente en el enfoque cuantitativo para que las variables sean susceptibles a ser observadas y medidas. Fuente: Elaboración propia.			

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- M.I.N.I. *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*: es una entrevista diagnóstica estructurada desarrollada para trastornos psiquiátricos del DSM IV y CIE 10, con un tiempo de administración aproximado de 15 minutos. Puede ser utilizado para asegurar que los pacientes cuenten con los criterios diagnósticos de forma consistente y asegurar la precisión diagnóstica. Los diagnósticos del MINI se caracterizan por tener valores

kappa buenos y muy buenos. Cuenta con una sensibilidad de 0.62 y especificidad de 0.98 para TOC, con un VPP de 0.68 y VPN de 0.98. Para trastorno psicótico actual cuenta con sensibilidad de 0.84 y especificidad de 0.89, con VPP de 0.46 y VPN de 0.98, y para trastorno psicótico a lo largo de la vida cuenta con una sensibilidad de 0.88, especificidad de 0.92, VPP de 0.77 y VPN de 0.96, trastorno obsesivo compulsivo y dependencia a sustancias. La especificidad y los valores predictivos negativos son de 0.85 o más en todos los diagnósticos. El valor predictivo positivo fue de más de 0.75 para trastorno psicótico y entre 0.60 y 0.74 para TOC (43,44).

- Escala Yale Brown (Y-BOCS) y Escala Yale Brown Checklist (Y-BOCS-CS): Existen 2 tipos de escalas, la YBOCS Symptoms Checklist Interview y YBOCS Symptoms Severity Scale (44). La escala YBOCS se diseñada por Goodman en 1989 (45), diseñada para resolver los problemas existentes en otras escalas dando medidas específicas en la severidad de los síntomas obsesivos compulsivos no influenciado por el tipo de obsesiones o compulsiones presentes. Siendo un instrumento confiable para medir la severidad de la enfermedad en pacientes con SOC (45). La Y-BOCS es una escala de severidad de 10 ítems, administrado por el clínico, con un rango 0 (sin síntomas) a 4 (síntomas extremadamente severos), respecto a tiempo invertido, interferencia con funcionalidad, angustia, resistencia y control con puntajes de 0 a 40, para todos los ítems, un puntaje más alto corresponde a mayor severidad. Se separan los subtotales en la severidad de las obsesiones y de las compulsiones los ítems del 11 al 16 evalúan insight, evitación, indecisión responsabilidad patológica, lentitud patológica y duda patológica, sin estar dentro de la puntuación total de la escala por evidencia insuficiente como parte de los síntomas centrales de TOC. El propósito de esta escala es la cuantificación de la severidad de los síntomas y la evaluación de la respuesta al tratamiento. Para asegurar que no se esté pasando por alto algún síntoma, existe una lista comprensiva de los diferentes tipos de obsesiones y compulsiones dividida en 15 categorías de

acuerdo a la conducta expresada o el contenido temático, lista derivada de la experiencia clínica de los creadores de la YBOCS y del material contenido en otros inventarios clínicos. Se debe iniciar la evaluación de los SOC administrando la YBOCS Symptoms Checklist Interview que es una escala de 64 ítems administrados por el clínico que evalúa la presencia de obsesiones y compulsiones pasadas o presentes, que ayudan a identificar 36 diferentes tipos de obsesiones y 23 tipos de compulsiones, dentro de los cuales se encuentran los siguientes síntomas: agresión, contaminación, sexuales, atesorar/coleccionar, religiosas (escrupulosidad), necesidad de simetría y exactitud, varias y somáticas, dentro de las compulsiones se encuentra de limpieza/lavado, de revisar, de repetición de contar, de guardar/coleccionar varias, posteriormente el clínico utilizara la YBOCS Checklist usualmente se administra el inicio del tratamiento a cuando los pacientes llegan a reportar un cambio en SOC. El tiempo necesario para la aplicación de YBOCS-CS depende del número de síntomas de cada paciente, la Escala Yale Brown es sensible y selectiva a los cambios en la severidad, su aplicación es práctica y rápida. Fue validada en nuestro país en 1996 (46) siendo la primera escala para la identificación de síntomas obsesivos compulsivos a lo largo de la historia longitudinal del padecimiento, dentro de la cual se pueden definir síntomas previos y síntomas actuales

PROCEDIMIENTO A EMPLEAR

- De Primera instancia se somete a valoración del protocolo de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación.
- Se solicitará permiso al Jefe de Servicio de Hospital Parcial para realizar la investigación.
- De acuerdo al diseño de estudio transversal analítico se localizan a los pacientes que cumplan los criterios de selección, para lo cual se corroborará el diagnóstico con el expediente clínico, se les informará la finalidad de la investigación para solicitar el consentimiento informado al paciente y/o familiar.
- A los pacientes que acepten participar se les aplicarán los siguientes instrumentos de medición para lograr el objetivo planeado por esta investigación.
 - *Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*.
 - Cuestionario el *Yale Brown Obsession Compulsion Checklist (Y-BOSC-SC)* para evaluar la presencia de SOC a lo largo de la historia longitudinal del padecimiento.
 - La escala *Yale Brown Obsession Compulsion Checklist* para definir la severidad.
- Se codificará la información y se concentra en una hoja Excel para su análisis posterior se exporta la base al sistema IBM SPSS Statistics versión 23 para Windows en el programa estadístico

ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos se somete en primera instancia al análisis de la distribución de la muestra por medio de la variable cuantitativa continua, puesto que es preciso investigar la normalidad con la que se cuenta, para lo cual se aplica la prueba de Shapiro Wilk puesto que se trata de una muestra menor a 50 datos, donde la hipótesis para evaluar la normalidad de la muestra es:

H0: La variable edad, edad de diagnóstico y de inicio de síntomas para Esquizofrenia en la población tiene una distribución normal

H1: La variable edad, edad de diagnóstico y de inicio de síntomas para Esquizofrenia en la población es distinta a la distribución normal (47)

Se realiza análisis descriptivo enfocado a cada una de las variables por separado, es decir, se describen las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencia y porcentajes para las variables categóricas y con medias de desviación estándar (DE) para las variables continuas, para lo cual se han descrito la operacionalización de dichas variables anteriormente, para ser incluidas en el sistema estadístico SPSS para su análisis.

ASPECTOS ÉTICOS

Se llevará a cabo de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en su Título Segundo, Capítulo I, artículos 13 y 14. El riesgo de la investigación se describe en o estipulado en el Reglamento de la Ley, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I “investigación con riesgo mínimo”. Los individuos seleccionados fueron incluidos en la investigación posterior a haber brindado su consentimiento informado, de acuerdo al Capítulo Segundo de la Ley, artículo 20, 21 y 22. La investigación fue supervisada y apoyada por un Comité de Ética en Investigación y un Comité de Investigación de acuerdo a la Ley en su Título Quinto, artículo 99, fracción I y III. El estudio actual fue llevado a cabo en una institución de atención a salud. Se siguió lo establecido por los consensos de la Declaración de Helsinki de 1975, en su última enmienda de Fortaleza, presenciada en Brasil 2013, la cual refiere los principios éticos para la investigación médica que involucre seres humanos, adicionalmente el Consejo para las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y Guías Éticas Internacionales

Derivado del informe Belmont llevado a cabo el 18 de abril de 1979, se establecieron tres principios bioéticos básicos en la población a estudiar, posteriormente fueron retomados por Beauchamp y Childress como cuatro principios biomédicos (48):

Autonomía: que confiere la libertad del paciente a decidir si participa en el protocolo de estudio, mediante una información completa y oportuna que determine su acción.

Beneficencia: La presente investigación busca aportar herramientas para la toma de decisiones oportunas en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de tal manera que tenga un impacto positivo en su pronóstico.

No Maleficencia: Se reitera la confidencialidad y protección de datos, con la finalidad de utilizar los datos para el beneficio y aplicación designado. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica.

Justicia: el derecho a la salud de calidad, del cual es responsabilidad del estado dar garantía, para lo cual la presente investigación brinda herramientas que aporten a un tratamiento oportuno o mejore el pronóstico de pacientes.

La presente investigación toma en cuenta todos los aspectos éticos anteriormente descritos.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaró que la presente investigación no tiene conflicto de interés de ninguna índole.

PROSPECTIVAS

Fomentar la cultura de investigación, para el impacto directo en el beneficio de los pacientes en cuanto a tratamiento oportuno e impacto en el pronóstico de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y SOC.

RESULTADOS

Se contó con 44 pacientes al momento del estudio que acudían al servicio de Hospital Parcial en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, realizando la entrevista a 24 pacientes, 10 pacientes, se negaron a participar en la entrevista, 2 pacientes, a pesar de tener diagnóstico de esquizofrenia en expediente, no contaba con los criterios diagnósticos para el trastorno y 8 pacientes no acudieron a la unidad durante el momento

del estudio. Se incluyeron 23 pacientes en la muestra, quienes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. De estos pacientes, 6 de ellos presentaron síntomas obsesivos compulsivos de acuerdo al instrumento utilizado para esta investigación (45). Así, la frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos en esta muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue del 26%.

En cuanto a la muestra total de pacientes, para las variables categóricas, se encontró que fueron incluidos 80% hombres vs 20% mujeres, tal como se observa en la tabla 2. En relación a su lugar de origen el 66.7% son originarios de Ciudad de México, 29.2% corresponden al Estado de México, encontrando el 4.2% manifestó ser originario de Veracruz, sin embargo, como lugar de residencia se encontró un 50% perteneciente a la Ciudad de México y un 50% del Estado de México.

Tabla 2. Sexo en muestra total					
		Frecuencia n=23	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulado %
Válidos	MUJER	5	21.7	21.7	21.7
	HOMBRE	18	78.3	78.3	100.0
	Total	23	100.0	100.0	
Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia					

Al realizar el análisis de frecuencias de Escolaridad (tabla 3), se encontró que el 29.2% cuentan con preparatoria terminada, seguido del 20.8% con preparatoria trunca, el 16.7% cuentan con una licenciatura terminada y el 12.5% están realizando una licenciatura actualmente; en menor frecuencia se encontró maestría 8.3%, al igual para licenciatura trunca 8.3%, en último lugar encontrándose un caso con secundaria el cual representa el 4.2% de la muestra. Para ocupación se encontró una equivalencia entre empleado y desempleado con un 41.7%, restando un 16.7% correspondiente a estudiantes de grado de licenciatura.

En cuanto a consumo de sustancias, no se incluyeron pacientes con consumo actual, a excepción del tabaco, el cual fue detectado como activo en el 29.2% de casos de Esquizofrenia.

Tabla 3. Escolaridad					
		Frecuencia n=23	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulado %
Válidos	MAESTRÍA	2	8.7	8.7	8.7
	LICENCIATURA	4	17.4	17.4	26.1
	LICENCIATURA EN CURSO	2	8.7	8.7	34.8
	LICENCIATURA TRUNCA	2	8.7	8.7	43.5
	PREPARATORIA	7	30.4	30.4	73.9
	PREPARATORIA TRUNCA	5	21.7	21.7	95.7
	SECUNDARIA	1	4.3	4.3	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

Adicionalmente se investigó el uso de tratamiento antipsicótico al momento del estudio, encontrando una mayor incidencia en el uso de olanzapina con un 25%, seguido de risperidona combinada (risperidona/trifluoperazina, risperidona/zuclopentixol, risperidona/paliperidona y risperidona/aripiprazol) en el 20.8%, risperidona como monoterapia en el 16.7% de los casos con criterios de inclusión para la presente investigación, tal como se observa en la tabla 4 que se muestra a continuación.

Tabla 4. Tratamiento antipsicótico					
		Frecuencia n=23	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulado %
Válidos	CLOZAPINA	1	4.3	4.3	4.3
	ARIPIPAZOL	1	4.3	4.3	8.7
	RISPERIDONA	4	17.4	17.4	26.1
	RISPERIDONA COMBINADA	4	17.4	17.4	43.5

	QUETIAPINA	3	13.0	13.0	56.5
	QUETIAPINA MAS ZUCLOPENTIXOL	1	4.3	4.3	60.9
	TRIFLUOPERAZINA	1	4.3	4.3	65.2
	PALIPERIDONA	1	4.3	4.3	69.6
	HALOPERIDOL	1	4.3	4.3	73.9
	OLANZAPINA	6	26.1	26.1	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

Se indagó acerca de tratamiento antidepresivo tomado al momento de la encuesta donde se observó que el 54.2% no contaban con algún tratamiento antidepresivo, tal como se aprecia en la tabla 5, el 25% contaba con prescripción para fluoxetina, el 12.5% para sertralina, y un 4.2% para citalopram de igual manera un caso contaba con tratamiento con base en escitalopram.

Tabla 5. Tratamiento antidepresivo					
		Frecuencia n=23	Porcentaje %	Porcentaje válido %	Porcentaje acumulado %
Válidos	NO	12	52.2	52.2	52.2
	CITALOPRAM	1	4.3	4.3	56.5
	ESCITALOPRAM	1	4.3	4.3	60.9
	FLUOXETINA	6	26.1	26.1	87.0
	SERTRALINA	3	13.0	13.0	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

De igual manera se interrogó para conocer la frecuencia de otros tratamientos médicos, encontrando que el 62.5% afirmó tener indicación para otro tratamiento incluyendo estabilizadores del estado de ánimo y benzodiacepinas.

En relación a otra comorbilidad psiquiátrica, se encontró en 12.4% un episodio depresivo mayor, el 16.7% presenta un trastorno distímico, el 16.6% tiene diagnóstico de trastorno

de ansiedad generalizada. En cuanto a comorbilidades médicas no psiquiátricas se observó que el 4.2% refirió dislipidemia, y un caso más (4.2%) reportó gastropatía como comorbilidad médica.

Para la fecha de inicio de síntomas de Esquizofrenia la edad mínima fue de 22 años, máxima de 30 años, con una media de 21 años. Para la edad a la cual se realizó el diagnóstico la mínima fue de 16 años, máxima de 42 años, media de 24 años.

Como antecedentes heredofamiliares, se interrogó la presencia de Esquizofrenia en familiares de primer grado, resultando una frecuencia positiva en el 37.5% de los casos; mientras que antecedentes de Trastorno Obsesivo Compulsivo se encontró una frecuencia positiva en tan solo el 8.3%.

La comorbilidad psiquiátrica, médica, edades de inicio y de diagnóstico y antecedentes heredofamiliares del total de la muestra, se observan los resultados en la tabla 9 al hacer comparativos estos datos con los pacientes con SOC.

Pacientes con esquizofrenia y diagnóstico de SOC

En el 26% de los pacientes en quienes se identificaron los SOC, 3 pacientes eran hombres y 3 mujeres. La edad al momento de la entrevista tuvo una media de 29.3 años (DE 5.2), mínima de 24 años, máxima 35 años. En relación al lugar de origen el 66.7% corresponde a Ciudad de México, el 16.7% al Estado de México y el 16.7% a Veracruz; se refieren como residentes de Ciudad de México el 50% y Estado de México 50%, es decir, 3 pacientes respectivamente. En cuanto a la escolaridad el 66.7% cuenta con una educación superior (maestría 1, licenciatura 2, licenciatura en curso 1), el 33.3% restante cuentan con preparatoria. Así el 50% de los pacientes con esquizofrenia y SOC se encontraban empleados, el 33% de pacientes estudiando y el 16.7% desempleado.

En cuanto a tratamiento farmacológico en estos pacientes, como se aprecia en la tabla 6, se encontró una mayor incidencia en el uso de risperidona con un 33%, en comparación con los pacientes sin SOC.

Tabla 6. Tratamiento antipsicótico de forma comparativa en pacientes con y sin SOC.

		Frecuencia CON SOC n=6	Porcentaje CON SOC %	Frecuencia SIN SOC n = 17	Porcentaje SIN SOC %
Válidos	CLOZAPINA	1	16.7	0	0
	ARIPIRAZOL	1	16.7	0	0
	RISPERIDONA COMBINADA	2	33.3	2	11.7
	TRIFLUOPERAZINA	1	16.7	0	0
	OLANZAPINA	1	16.7	5	29.4
	OTROS	0	0	10	58.8
	Total	6	100.0	17	100.0

Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

Tabla 7. Tratamiento antidepresivo de forma comparativa en pacientes con y sin SOC.

		Frecuencia CON SOC n=6	Porcentaje SIN SOC %	Frecuencia SIN SOC n = 17	Porcentaje SIN SOC %
Válidos	NO	3	50	9	52.9
	CITALOPRAM	0	0	1	5.8
	ESCITALOPRAM	0	0	1	5.8
	FLUOXETINA	2	33.3	4	23.5
	SERTRALINA	1	16.6	2	11.7
	Total	6	100.0	17	100.0

Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

En cuanto a los tipos de obsesiones y compulsiones de los pacientes con esquizofrenia y SOC, se observa que el 67% tuvieron contenido de tipo agresión, siendo este el tipo de obsesión más frecuente, mientras que el tipo de compulsión más frecuente fue el de repetición tanto en presente como pasado, mostrándose en la tabla 8, la frecuencia y porcentaje de los contenidos de obsesiones y compulsiones presentes y pasados

Tabla 8. - Frecuencia de obsesiones y compulsiones en pacientes con Esquizofrenia.			
Tipo de obsesión		Tipo de compulsión	
	n= 6 n (%)		n=6 n= (%)
Agresión presente	4 (67%)	Limpieza pasado	1 (17%)
Agresión pasado	4 (67%)	Revisar presente	3 (50%)
Contaminación pasada	1 (17%)	Revisar pasado	4 (67%)
Sexual presente	1 (17%)	Rituales repetición pasado	5 (83%)
Sexual pasada	1 (17%)	Rituales repetición presente	5 (83%)
Religiosa presente	1 (17%)	Contar presente	2 (33%)
Religión pasada	1 (17%)	Contar pasado	1 (17%)
Asimetría presente	2 (33%)	Ordenar presente	1 (17%)
Asimetría pasada	2 (33%)	Guardar presente	1 (17%)
Varias presente	2 (33%)	Guardar pasado	1 (17%)
Varias pasadas	2 (33%)	Varias pasado	1 (17%)

Nota: * La n (6) corresponde al número de pacientes que presentaron SOC, mientras la n (%) corresponde a la frecuencia y porcentaje de estos, tomando en cuenta los 6 pacientes en los cuales se evaluó los reactivos del cuestionario Yale Brown. Fuente elaboración propia.

Se identificaron antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia en el 66.7%; al interrogar sobre antecedentes familiares de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se constató que tan solo el 16.7% afirmó tener un antecedente de TOC

En cuanto a comorbilidades psiquiátricas el 16.7% reportó trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el 16.7% trastorno depresivo más TAG. Al examinar las comorbilidades médicas no psiquiátricas un paciente con esquizofrenia y SOC adicionalmente contaba con una gastropatía, los 5 pacientes restantes no tienen diagnóstico de otra patología adicional.

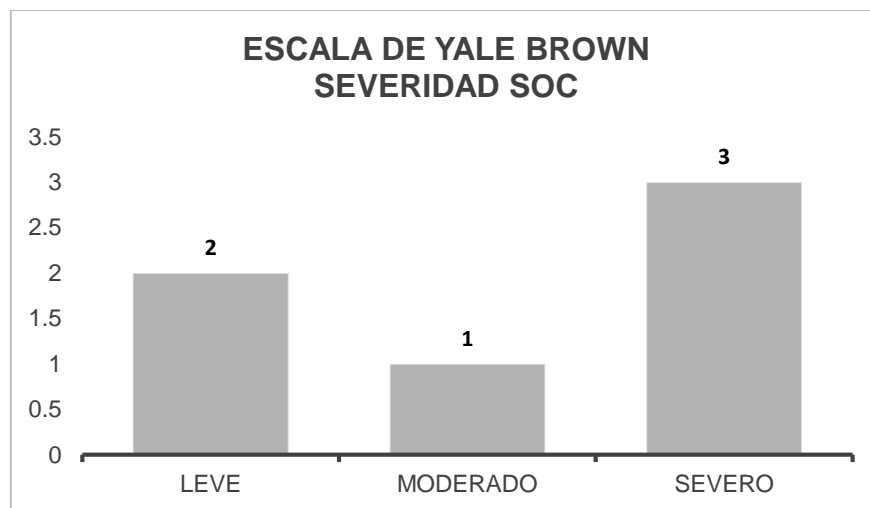
Tabla 9. Comparativa entre grupos con y sin SOC.								
	Esquizofrenia (n=23)				Esquizofrenia + SOC (n=6)			
	%	Mínimo	Máximo	Media	%	Mínimo	Máximo	Media
EDAD		22	50	30.7		24	35	29
FECHA INICIO DE SINTOMAS		6	16	21.4		18	29	23.6
EDAD DE DIAGNÓSTICO		16	42	24.04		16	30	24.8
ANTECEDENTE FAMILIARES DE ESQUIZOFRENIA	37				66.7			
ANTECEDENTE FAMILIAR DE TOC	8.3				16.			
COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS	45.7				33.4			
COMORBILIDADES MÉDICAS	4.34				16.6			

Nota. * Se realizó a manera comparativa tabla de frecuencias. Fuente: Elaboración propia.

En relación a la edad actual, la edad de inicio de síntomas de esquizofrenia y la edad de diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes con SOC, se detalla lo siguiente: la edad promedio de inicio de síntomas de esquizofrenia fue a los 23 años, con una mínima de 18 años y máxima de 29 años, desviación de 5.2 años; mientras que la media en años a la cual se realizó el diagnóstico de esquizofrenia fue de 24 años, con mínima de 16 años y máxima de 30 años y con una desviación típica de 5.7 años, tal como observamos en la tabla 7; mientras que en la muestra total se observó una variabilidad en la edad mínima de 22 años, máxima de 50 años, para la edad de inicio de síntomas se observó principalmente la mínima de 6 años, para la edad de diagnóstico se detectó un comportamiento similar en ambos grupos. (Tabla 9)

Para la escala de severidad de Yale Brown, que especifica la severidad de SOC, se observó como mínimo cero puntos, máximo 31 puntos de 40 puntos totales que evalúa la escala, con una media de 18 puntos, desviación típica de 11 puntos. La escala de severidad de Yale Brown de igual manera se evaluó en los 6 pacientes que presentaron SOC, encontrando un grado leve en el 33%, un 16% en grado moderado, mientras que el 50% presento un grado severo tal como se detalla en la figura 1.

Figura 1.- Grado de severidad de acuerdo a la escala de Yale Brown. Fuente elaboración propia.

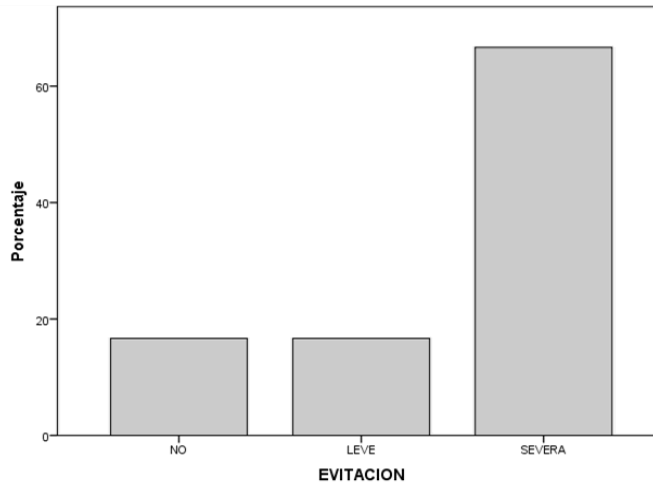


Nota. * Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia

De igual manera se evaluó el grado de introspección en pacientes con SOC, encontrando una excelente introspección en el 50%, buena para el 50%.

Para evitación se determinó que el 16.7% no tiene evitación, el 16.7% cuenta con una evitación leve, y el 66.7% cuentan con un grado severo de evitación, como se observa en la figura 2.

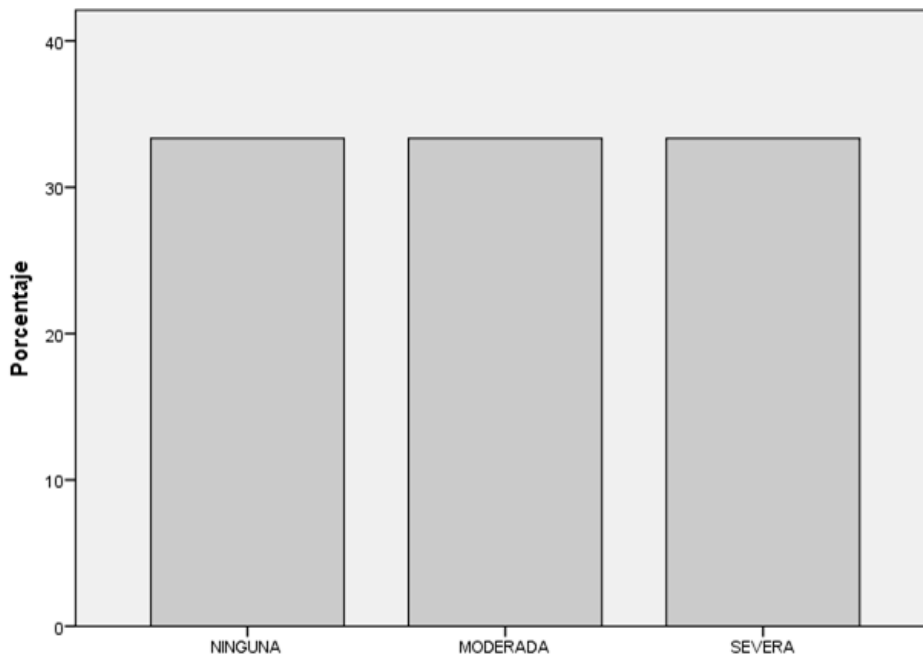
Figura 2.- Grado de evitación en pacientes con Esquizofrenia y SOC.



Nota. *Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia.

El grado de indecisión se aprecia en la figura 3, la cual muestra que está ausente en el 33% de pacientes con SOC, de igual manera se observó un 33% de indecisión moderada, al igual que para severa.

Figura 3.- Grado de indecisión.



Nota. *Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia.

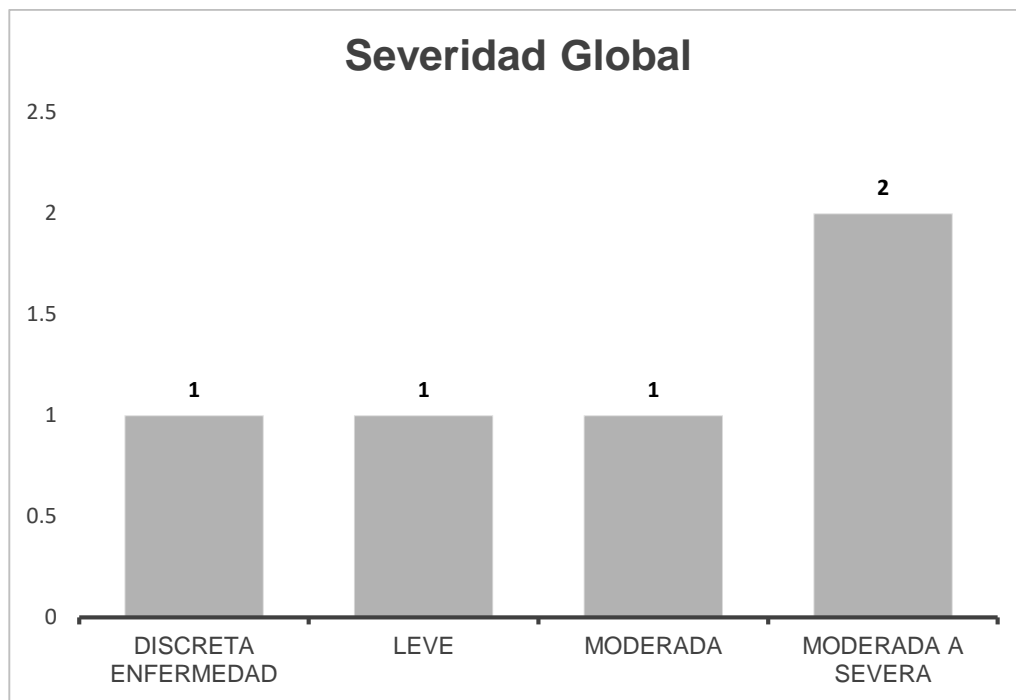
Al evaluar el sentido de responsabilidad, se encontró que el 33.3% de pacientes cuentan con sentido de responsabilidad leve, mientras que el 66.7% tiene un sentido severo de responsabilidad.

Enlentecimiento o alteración en inercia, dentro de la sub muestra de esquizofrenia y SOC, se clasificó como ausente en el 16.7%, en contraparte con el 83.3% que presentó una forma leve.

La duda patológica se evaluó clasificada como leve en el 33.3%, severa en el 50%, y extrema en el 16.7%

La severidad global, en los 6 pacientes con Esquizofrenia y SOC, se clasificó como discreta enfermedad, enfermedad leve y moderada en el 16.7% respectivamente, moderada a severa en el 33.3%, y severa en el 16.7%, como se observa en la figura 4.

Figura 4.- Grado de severidad global. Fuente elaboración propia.



Nota. *Realizado por medio del sistema estadístico IBM SPSS Statistics. Fuente elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue identificar los síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en el servicio de Hospital Parcial. Se decidió la realización de la investigación en este servicio, al ser pacientes ambulatorios, con adecuado control de sintomatología psicótica, y en quienes hay mayor facilidad para evaluar los SOC, ya que el pensamiento se encuentra mejor organizado (4). La totalidad de pacientes evaluados lograron identificar los síntomas psicóticos como consecuencia del diagnóstico de esquizofrenia, y estos síntomas no condicionaban en el momento de la evaluación la presencia de alteraciones conductuales.

Para identificar las obsesiones en presencia de síntomas psicóticos, se cumplieron con tres de los 5 puntos propuestos para su identificación (SOC similares a los presentes en el TOC puro; presencia de SOC fuera de episodios psicóticos agudos, y, compulsión en respuesta a una obsesión) (31). En cuanto a los criterios diagnósticos propuestos por Poyurovsky (32), los SOC evaluados cumplieron con el criterio A para el trastorno obsesivo-compulsivo, presencia de obsesiones y compulsiones reconocidas por las personas como irracionales y excesivas a pesar de los síntomas psicóticos, SOC presentes durante el período activo o residual de la esquizofrenia, los cuales consumen tiempo, generan angustia e interfieren con la rutina normal de la persona. (32). Consideramos que las evaluaciones de los SOC no fueron confundidas con síntomas o conductas de esquizofrenia o de alguna otra comorbilidad, al cumplir con las características de SOC previamente mencionadas, además del apoyo en las escalas utilizadas (M.I.N.I. *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*, YBOCS). Es importante resaltar que los SOC identificados no corresponden a un diagnóstico de TOC comorbido con esquizofrenia, sino únicamente a la coexistencia de SOC en esta población, con una “coincidencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos” (15).

En cuanto a la identificación de SOC en pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia observamos una frecuencia de 26%, similar a otros estudios realizados (13, 15), con un porcentaje mayor al realizado en población mexicana donde se observó una prevalencia de 10.79% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de SOC (15),

sin embargo, la presente investigación es difícil de comparar, ya que estos estudios han contado con una muestra mayor de pacientes, superioridad metodológica, medición de prevalencia, y con población diferente al evaluar sujetos hospitalizados y ambulatorios.

En las variables sociodemográficas de pacientes con Esquizofrenia y pacientes con SOC, no hubo diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias en cuanto a comorbilidades médicas. En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, hubo mayor frecuencia de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con presencia de SOC, corroborando dichos diagnósticos en el expediente y con la realización de la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), similar a otros estudios donde se han encontrado más comorbilidades, destacando trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con SOC (11, 26, 4, 9, 12)

Se ha encontrado en la literatura que los pacientes con esquizofrenia y SOC presenta una edad de inicio y de diagnóstico más temprano, incluyendo el estudio previo realizado en población mexicana (11, 15), sin embargo, en el presente estudio, a pesar de que no hubo diferencia significativa en la edad de inicio de sintomatología psicótica, los pacientes únicamente con esquizofrenia tuvieron edades más tempranas en el inicio de sintomatología, sin diferencias en cuanto a la edad de diagnóstico.

Se observó que los pacientes con SOC tenían mayor frecuencia de antecedentes heredofamiliares con diagnóstico de esquizofrenia, siendo esto similar a lo encontrado en la literatura, donde se ha observado que los familiares de primer grado de pacientes con SOC tenían un riesgo significativamente mayor de esquizofrenia (24). Solo un paciente con SOC tuvo el antecedente heredofamiliar de TOC.

En cuanto a los tratamientos antipsicóticos utilizados en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia se detectó principalmente el uso de Risperidona como monoterapia y combinada con un 37,5%, seguido de Olanzapina con un 25%, mientras que Clozapina se utilizó en tan solo en el 4.2%, siendo que esta última esta descrita como predeterminante de síntomas obsesivos compulsivos, este resultado se considera relevante, ya que se deben de continuar valorando los SOC en estos pacientes, pues los antipsicóticos utilizados tienen riesgo de iniciar con SOC. En cuanto a los pacientes con ESQ-OC, los tratamientos utilizados con más frecuencia fueron Risperidona y Aripiprazol,

al ser medicamentos con menor riesgo pro obsesivo, nos hace sospechar la presencia de SOC primarios, es decir, no secundarios a tratamiento antipsicótico. Cabe señalar, que uno de los pacientes con SOC severo de acuerdo a la escala de Yale Brown, se encontraba en tratamiento con clozapina, siendo esto importante ya que se debe de valorar riesgo beneficio de su retiro o ajuste. Estos resultados se deben tomar con precaución ya que se debe diferenciar si el tratamiento fue causante de los SOC, sin embargo, no se estudió el inicio de tratamiento con el inicio de SOC, y por el tamaño de muestra, el estudio no logra identificar el tratamiento antipsicótico como causante de SOC. En cuanto al tratamiento con ISRS, la mitad de los pacientes que presentaron SOC contaban con el mismo. Se considera que a pesar de que algunos pacientes sin SOC tenían tratamiento con ISRS, las dosis no eran lo suficientemente altas como para considerar que el tratamiento pudiera estar enmascarando los SOC.

En cuanto a la severidad de la SOC, se observó que un 50% de los pacientes presentaban sintomatología grave. En cuanto al contenido de la sintomatología las obsesiones de tipo agresión fueron las más frecuentes, seguidas de varias, y en igual frecuencia obsesiones de contaminación, religiosas y asimetría. En cuanto a las compulsiones, el contenido más frecuente fue de repetición, seguido de contar y revisar en igual frecuencia. Estos resultados son similares en cuanto al contenido de las obsesiones establecidas en la literatura siendo el contenido de tipo agresión el más frecuente (22). Con diferencia en cuanto a las compulsiones, evidenciando en nuestra muestra las más frecuentes fueron las de contenido de revisión, a diferencia de la literatura donde se reportó que el contenido de limpieza es el más frecuente (22).

De acuerdo a la Escala de Yale Brown validada en población mexicana, se añaden reactivos no incluidos en el puntaje total de la YBOCS pero con utilidad para la valoración de la sintomatología (46), observando que los SOC condicionan, en la mayoría de pacientes, una evitación severa en su funcionalidad, un mayor grado de indecisión ante decisiones mínimas, un sentido de responsabilidad sobrevalorado por las consecuencias de sus actos o eventos que no están bajo su control de severidad moderada, un enlentecimiento leve y duda patológica severa. A pesar de que estos reactivos están considerados dentro de la escala Yale Brown para la valoración de síntomas obsesivos

compulsivos, y que estos se proponen como dominios que tienen fines de investigación para la evidencia de la patología asociadas a SOC (49), estas características también se pueden explicar por la sintomatología cognitiva de los pacientes con sintomatología psicótica, o incluso mediante el modelo de la saliencia aberrante (en ambos trastornos), ya que al haber un aumento desproporcionado en la neurotransmisión dopaminérgica mesolímbica, los estímulos irrelevantes o neutros tanto externos como internos se interpretan anómalamente, pudiendo ser generadores de recompensa o generadores de castigo y esto condicionando conductas alteradas (50). En pacientes con esquizofrenia habrá alteración en la toma de decisiones debido a una tendencia a evaluar muy rápido la información y con evidencia insuficiente, con errores de predicción (51), en pacientes con TOC, se ha observado menor precisión en la toma de decisiones, así como comportamientos más impulsivos con decisiones arriesgadas (52). En cuanto al sentido de responsabilidad sobrevalorado, en el TOC los pensamientos maladaptativos condicionan que ciertos estímulos generen la formación de creencias erróneas alrededor de la responsabilidad de hacer daño, que conlleva a pensamientos intrusivos que de otro modo serían inocuos con el sentido de responsabilidad de no llevar a cabo una obsesión ante una compulsión (53), en cuanto a síntomas psicóticos, el sentido de responsabilidad sobrevalorado no está bien definido ni estudiado en esta población, sin embargo presentan alteración en la experiencia de controlar las propias acciones, sus procesos de pensamiento pueden ser percibidos como eventos externos, con una alteración sensorial de las consecuencias de sus acciones (54). La evitación se define como una falta de voluntad para permanecer en contacto o experimentar eventos desagradables a través de intentos de escapar de estas experiencias, en el TOC existen características evitativas repetitivas, asociadas a disfuncionalidad (55). En esquizofrenia hay una evitación en el comportamiento secundario a mayor sensibilidad a estímulos que se consideran aversivos por ansiedad, novedad y o miedo y es responsable de detener el comportamiento (56). En cuanto al enlentecimiento en pacientes con esquizofrenia, este se puede explicar cómo secundario a las alteraciones cognitivas presentes en ellos, así como a síntomas negativos o conductuales, a diferencia de los pacientes con los SOC quienes el enlentecimiento va más orientado a la conducta en cuanto al tiempo que tardan a iniciar y terminar tareas. Estos reactivos se consideran de relevancia para la

continuación de investigación en el fenómeno ESQ-OC, donde también se puedan aplicar a pacientes sin SOC, ya que, de acuerdo a la literatura, pueden estar presentes en ambas patologías.

En cuanto al grado de introspección, los pacientes mostraban entre excelente y buena introspección de los SOC, siendo una característica que permite distinguir SOC de síntomas psicóticos (29, 30). A pesar del excelente y buen insight, los pacientes no habían expresado durante sus valoraciones estos síntomas de forma espontánea, lo cual nos habla de la importancia de interrogarlos de forma dirigida.

Cabe mencionar que, al aplicar el instrumento de evaluación (45), no se detectó ningún caso de los siguientes: episodio maníaco o hipomanía, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, dependencia de alcohol, dependencia a sustancias, abuso de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

Como limitaciones del presente estudio de investigación, a pesar de cumplir con el tamaño de muestra planteado, se asume que el contar con un número mayor de pacientes incluidos aumenta la validez de los resultados. A nuestro saber, solo contamos con un estudio realizado en población mexicana que estudia el fenómeno ESQ-OC (15) el cual cuenta con una metodología y validez superior al realizado en esta tesis, sin embargo, consideramos que este estudio apoya la importancia de continuar estudiando esta sintomatología en la población con esquizofrenia, siendo el primer estudio de este tipo realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y siendo relevante para el desarrollo de estudios con mayor solidez científica, tales como estudios de asociación causa efecto, casos y controles o cohorte, por citar algunos y la relevancia de continuar con estudios que evalúen de forma longitudinal a todo paciente con diagnóstico de esquizofrenia, tanto por las similitudes de ambos trastornos como por el tratamiento antipsicótico implementado, pudiendo estos últimos ser causantes de SOC o exacerbantes del mismo.

CONCLUSIÓN

La presente investigación representa un aporte inicial para una perspectiva general, que llegue a incidir en la creación de guías de atención para pacientes con Esquizofrenia, con el objetivo de mejorar su evaluación, resultando crucial continuar con futuras investigaciones donde se les pueda dar seguimiento a los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y SOC, para determinar no solo la presencia de SOC sino la incidencia de diagnóstico de TOC e inclusive medir el impacto del tratamiento y del pronóstico posterior a esta intervención, mediante una búsqueda intencionada.

A pesar del tamaño de muestra, destaca el principal objetivo de este estudio, observando una frecuencia importante de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con síntomas obsesivo compulsivos, lo cual refleja la necesidad de valoración de estos síntomas de forma propositiva. Adicionalmente la aplicación de un muestreo probabilístico impacta directamente en la validez externa y su factibilidad de extrapolable por lo que se sugiere su utilización en siguientes investigaciones. Cabe señalar, que, a pesar de un adecuado control de la sintomatología psicótica en todos los pacientes entrevistados, dos de ellos contaban con SOC severos no valorados previamente.

La frecuencia observada de pacientes con ESQ-OC se puede explicar ya que la muestra de pacientes era exclusivamente ambulatoria, y con estabilidad en cuanto a la sintomatología psicótica.

En cuanto a los factores sociodemográficos, no hubo diferencias estadísticamente significativas, esto semejante a lo encontrado en la literatura. Tampoco se evidenciaron diferencias en cuanto a edad de inicio, edad de diagnóstico o comorbilidades médicas. Sin embargo, si se observó un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes heredofamiliares con esquizofrenia en el grupo de pacientes con SOC.

A pesar de las limitaciones en el presente estudio, previamente comentados, obtuvimos información de pacientes de nuestra unidad, donde no se había valorado previamente la sintomatología obsesivo compulsiva, mostrando la relevancia de mejorar la evaluación en este grupo de población. Como se ha comentado previamente, es necesario realizar investigaciones con tamaños de muestra mayores, evaluación longitudinal de la

sintomatología obsesiva compulsiva, evaluación de acuerdo a las fases de enfermedad, estudios de asociación entre SOC con tratamiento antipsicótico, severidad de sintomatología de acuerdo a número de hospitalizaciones, funciones cognitivas o calidad de vida, por mencionar algunos ejemplos, y así poder incluso afirmar, de acuerdo a próximas investigaciones, la necesidad y relevancia del tratamiento y pronóstico de pacientes con esquizofrenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Attademo L, Bernardini F, Paolini E, Quartesan R. History and conceptual problems of the relationship between obsessions and hallucinations. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(1):19–27.
2. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1986-22403-001>
3. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *AJP*. diciembre de 1986;143(12):1527–33.
4. Grover S, Sahoo S, Surendran I. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a review. *Acta Neuropsychiatr*. abril de 2019;31(2):63–73.
5. Is There Room for a New Diagnostic Subtype—The Schizo-obsessive Subtype? | *CNS Spectrums* | Cambridge Core [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/is-there-room-for-a-new-diagnostic-subtypethe-schizoobsessive-subtype/4106881AC03994F67A6180E322900636>
6. *Psychiatry.org - DSM* [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
7. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
8. Yu XM, Qiu LL, Huang HX, Zuo X, Zhou ZH, Wang S, et al. Comparison of resting-state spontaneous brain activity between treatment-naive schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. el 3 de noviembre de 2021;21(1):544.
9. Singh A, Beniwal RP, Bhatia T, Deshpande SN. Prevalence and clinical correlations of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*. el 1 de enero de 2019;39:48–52.

10. Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6962>
11. Trastorno obsesivo-compulsivo comórbido con esquizofrenia y... : Indian Journal of Psychiatry [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2019/61001/Obsessive_compulsive_disorder_comorbid_with.19.aspx
12. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS Spectr.* junio de 2017;22(3):258–72.
13. 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.* febrero de 2014;152(2–3):458–68.
14. Bener A, Dafeeah EE, Abou-Saleh MT, Bhugra D, Ventriglio A. Schizophrenia and comorbid obsessive - compulsive disorder: Clinical characteristics. *Asian J Psychiatr.* octubre de 2018;37:80–4.
15. 299308.pdf [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000299308/3/299308.pdf>
16. Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekhar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* enero de 2015;56:141–8.
17. Obsessive–compulsive symptoms in psychotic disorders: longitudinal associations of symptom clusters on between- and within-subject levels - PMC [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6726663/>
18. Kim DD, Barr AM, Lu C, Stewart SE, White RF, Honer WG, et al. Clozapine-Associated Obsessive-Compulsive Symptoms and Their Management: A Systematic Review and Analysis of 107 Reported Cases. *Psychother Psychosom.* 2020;89(3):151–60.
19. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia. *CNS Drugs.* el 1 de diciembre de 2004;18(14):989–1010.
20. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Transition from Obsession to Delusion in Schizo-obsessive Disorder: A Case Report and Literature Overview. *Innov Clin Neurosci.* 2018;15(7–8):23–6.
21. Psychotic Disorders - 1st Edition [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/psychotic-disorders/veras/978-0-323-68309-8>

22. Tonna M, Ottoni R, Borrelli DF, Gambolò L, Dell'Uva L, Di Donna A, et al. The association between childhood trauma and motor structure in obsessive-compulsive rituals: An ethological and evolutionary approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023;No Pagination Specified-No Pagination Specified.
23. Fernandez-Egea E, Worbe Y, Bernardo M, Robbins TW. Distinct risk factors for obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Psychol Med*. diciembre de 2018;48(16):2668–75.
24. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull*. septiembre de 2015;41(5):1076–83.
25. The relationships between obsessive-compulsive disorder and psychosis: an unresolved issue | *Clinical Neuropsychiatry* [Internet]. 2020 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/the-relationships-between-obsessive-compulsive-disorder-and-psychosis-an-unresolved-issue/>
26. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. el 1 de julio de 2019;21(8):64.
27. Oulis P, Konstantakopoulos G, Lykouras L, Michalopoulou PG. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. *World J Psychiatry*. el 22 de septiembre de 2013;3(3):50–6.
28. Naguy A. Schizo-obsessive disorder: A clinical quagmire! *Asian Journal of Psychiatry*. el 1 de diciembre de 2019;46:9–10.
29. Psychosis or Obsessions? Clozapine Associated with Worsening Obsessive-Compulsive Symptoms [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crips/2016/2180748/>
30. Hagen K, Solem S, Opstad HB, Hansen B, Hagen R. The role of metacognition and obsessive-compulsive symptoms in psychosis: an analogue study. *BMC Psychiatry*. el 29 de junio de 2017;17(1):233.
31. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? - PubMed [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15944743/>
32. Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Comprehensive Psychiatry*. el 1 de julio de 2012;53(5):480–3.

33. Neurobiology Confirms Psychopathology | Psychopathology | Karger Publishers [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://karger.com/psp/article-abstract/41/5/279/284688/Neurobiology-Confirms-PsychopathologyOn-the?redirectedFrom=fulltext>
34. Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?search=34.%09Simpson,%20H.%20\(2023\).%20Obsessive-compulsive%20disorder%20in%20adults:%20Epidemiology,%20pathogenesis,%20clinical%20manifestations,%20course,%20and%20diagnosis.%20UpToDate.%20Retrieved%20April%202015,%202023,%20from%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?search=34.%09Simpson,%20H.%20(2023).%20Obsessive-compulsive%20disorder%20in%20adults:%20Epidemiology,%20pathogenesis,%20clinical%20manifestations,%20course,%20and%20diagnosis.%20UpToDate.%20Retrieved%20April%202015,%202023,%20from%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
35. Fronteras | Un marco para comprender el papel emergente de las redes corticolímbicas-estriatales ventrales en los comportamientos repetitivos asociados con el TOC [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnsys.2015.00171/full>
36. Reduced activity and connectivity of left amygdala in patients with schizophrenia treated with clozapine or olanzapine | SpringerLink [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-018-0965-4>
37. Neuropsychological profile of schizophrenia with and without obsessive compulsive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*. el 1 de octubre de 2017;29:30–4.
38. Anxiety in youth at clinical high risk for psychosis - McAusland - 2017 - Early Intervention in Psychiatry - Wiley Online Library [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12274>
39. Soyata AZ, Akışık S, İnhanlı D, Noyan H, Üçok A. Relationship of obsessive-compulsive symptoms to clinical variables and cognitive functions in individuals at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Research*. el 1 de marzo de 2018;261:332–7.
40. Gürcan G, Şenol ŞH, Yağcıoğlu AEA, Ertuğrul A. Clinical risk factors, phenomenology and the impact of clozapine induced obsessive compulsive symptoms. *Psychiatry Research*. el 1 de febrero de 2021;296:113665.
41. Early Onset Schizophrenia Associated With Obsessive-Compulsi...: Clinical Neuropharmacology [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalneuropharm/Abstract/2017/11000/Early_Onset_Schizophrenia_Associated_With.2.aspx
42. Vázquez-Bourgon J, Gómez Ruiz E, Hoyuela Zatón F, Salvador Carulla L, Ayesa Arriola R, Tordesillas Gutiérrez D, et al. Differences between psychiatric disorders in the clinical and functional effectiveness of an acute psychiatric day hospital, for acutely

ill psychiatric patients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. el 1 de enero de 2021;14(1):40–9.

43. La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI). Una entrevista diagnóstica estructurada breve: confiabilidad y validez según la CIDI | *Psiquiatría Europea (Ed. Española) | Núcleo de Cambridge* [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry-ed-espan-ola/article/abs/la-entrevista-neuropsiquiatrica-internacional-reducida-mini-una-entrevista-diagnostica-estructurada-breve-fiabilidad-y-validez-segun-la-cidi/AA4B0AF755E079682F8C17AA09F60784>
44. Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión | *Poiésis* [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co//index.php/poiesis/article/view/2303>
45. 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. *Archives of General Psychiatry*. el 1 de noviembre de 1989;46(11):1006–11.
46. Nicolini H, Herrera K, Paez F, Sanchez de Carmona M, Orozco B, Lodeiro G. Traducción al español y confiabilidad de la Escala de Yale-Brown para Trastorno Obsesivo-Compulsivo [Spanish translation and reliability of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale]. el 15 de marzo de 2006;5:13–6.
47. CONTRASTES DE NORMALIDAD [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.ub.edu/aplica_infor/spss/cap5-6.htm
48. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
49. Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A, Dan A, Sharma M, et al. Association of insight, avoidance behavior, indecisiveness, and inflated responsibility with other clinical characteristics in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2021;43(2):160–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0952>
50. Lahera G, Freund N, Sáiz-Ruiz J. Asignación de relevancia (saliencia) y desregulación del sistema dopaminérgico. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2013;6(1):45–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.05.003>
51. Sterzer P, Voss M, Schlagenhaut F, Heinz A. Decision-making in schizophrenia: A predictive-coding perspective. *Neuroimage* [Internet]. 2019;190:133–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.05.074>
52. Chen Y, Liu Y, Wang Z, Yang T, Fan Q. Accumulation of evidence during decision making in OCD patients. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022;13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.980905>

53. Mitchell R, Hanna D, Dyer KFW. Modelling OCD: a test of the inflated responsibility model. *Behav Cogn Psychother* [Internet]. 2020;48(3):327–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s135246581900067>
54. Haggard P. Sense of agency in the human brain. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2017;18(4):196–207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn.2017.14>
55. Wetterneck CT, Steinberg DS, Hart J. Experiential avoidance in symptom dimensions of OCD. *Bull Menninger Clin* [Internet]. 2014;78(3):253–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2014.78.3.253>
56. Felice Reddy L, Green MF, Rizzo S, Sugar CA, Blanchard JJ, Gur RE, et al. Behavioral approach and avoidance in schizophrenia: An evaluation of motivational profiles. *Schizophr Res* [Internet]. 2014;159(1):164–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.047>

ANEXOS

Yale Brown Obsession Compulsion Checklist (Y-BOSC-SC) y el Yale Brown Obsession Compulsion Checklist.



www.gmc.org.mx

VERSIÓN COMPLETA DE LA ESCALA DE YALE-BROWN PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

La escala inicia dándole al paciente una explicación de que es una obsesión y una compulsión:

"OBSESIONES: son ideas, pensamientos, imágenes ó impulsos no deseados y molestos que repetidamente entran a su mente. Estos, parecen presentarse en contra de su voluntad. Pueden resultarle repugnantes, puede reconocerlos como sin sentido y no van de acuerdo a su personalidad".

"COMPULSIONES: Por otro lado, son conductas o actos que usted se siente impulsado a realizar, a pesar de que los reconoce como sin sentido y exagerados. En ocasiones, puede tratar de resistir llevarlos a cabo pero esto resulta difícil. Es posible que experimente ansiedad que no disminuye hasta que la acción ha sido terminada".

"Permítame darle algunos ejemplos de obsesiones y compulsiones".

"Un ejemplo de una obsesión es: el pensamiento ó impulso recurrente de causar un daño físico serio a sus hijos, a pesar de que usted nunca lo haría."

"Un ejemplo de una compulsión es: la necesidad de revisar repetidamente aparatos, llaves de agua y cerraduras antes de que pueda salir de la casa. La mayoría de las compulsiones son actos observables, mientras que algunas son actos mentales no observables, como el revirar en silencio, o tener que recitarse frases sin sentido cada vez que ha tenido un mal pensamiento."

"Tiene alguna pregunta acerca de lo que estas palabras quieren decir?" (sino, continúe).

En la primera forma usted anotará sus principales obsesiones y compulsiones, posteriormente en el listado de obsesiones y compulsiones usted podrá completar, la lista de síntomas blanco, con algunas otras obsesiones y compulsiones que padezca.

Finalmente, encontrará las preguntas de la escala, con las que podrá evaluar la severidad de su enfermedad.

ESCALA YALE-BROWN PARA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (EYBOC)-Versión extensa

1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿Que tanto de su tiempo es ocupado por pensamientos obsesivos? [cuando las obsesiones aparecen como intrusiones breves e intermitentes puede ser difícil establecer el tiempo que ocupan en términos de horas totales. En estos casos, estime que tan frecuentemente ocurren. Considere tanto el número de veces que las intrusiones aparecen como las horas del día que están afectadas. Pregunte: ¿Con que frecuencia aparecen los pensamientos obsesivos? [esté seguro de excluir rumiaciones y preocupaciones, las cuales a diferencia de las obsesiones son ego-sintónicas y racionales (pero exageradas).]

0= **Nada**

1= **Poco**, menos de 1 hr al día, o intrusión ocasional.

2= **Moderado**, 1 a 3 hrs/día o intrusión frecuente .

3= **Mucho**, más de tres y hasta 8 hrs/día, o intrusiones muy frecuentes

4= **Extremo** , más de 8 hrs/día, o casi intrusión constante.

1.b INTERVALOS LIBRES DE OBSESIONES (No se incluyen en el puntaje total)

p: En promedio, ¿cuanto es el número mayor de horas consecutivas, que ha podido pasar libre de pensamientos obsesivos, estando despierto? [si es necesario pregunte:] ¿Cual ha sido período de tiempo más largo en el que los pensamientos obsesivos se encuentran ausentes?

0= **Sin síntomas**

1= **Intervalos largos** libres de síntomas, más de 8 hrs consecutivas al día libres de síntomas.

2= **Intervalos relativamente largos** libres de síntomas, más de 3 y hasta 8 hs consecutivas al día libres de síntomas.

3= **Intervalos cortos** libres de síntomas, de 1 a 3 hs consecutivas al día libres de síntomas.

4= **Intervalos extremadamente cortos** libres de síntomas, menos de una hora consecutiva al día libre de síntomas.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

Ciudad de México a JUNIO del 2023

Héctor Cabello Rangel
Jefe de Servicio de Investigación
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"


Presente

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor TEÓRICO de Tesis** de la **Dra. Itzel Balcázar Ramírez**, Médico Residente de cuarto año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollará y la elección del tema de este.**
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E



Dr. Héctor Octavio Castañeda González

Medico jefe de servicio de UCEP

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____981_____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____981_____

Nombre del investigador principal: Itzel Balcázar Ramírez

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, Alcaldía Tlalpan. Contacto del Investigador: 5586163221

En cumplimiento a los principios de la Declaración de Helsinki y a la *Ley General de Salud* Capítulo III Art. 41 Bis, Fracción II, Título Quinto, Capítulo Único Art.100 Fracción IV.

En apego al *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* Art. 13 que a la letra dice "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar"; al Art. 17 esta investigación se considera de riesgo: **marque con X**

I. Investigación sin riesgo	X	II. Investigación con riesgo mínimo	III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo
-----------------------------	---	-------------------------------------	--

Ver nota al final del documento

Con base al Artículo 20 del citado Reglamento se le solicita su autorización para participar en la presente investigación, su consentimiento lo da con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para dar cumplimiento al Art. 21 del citado Reglamento se realiza la siguiente explicación:

<p>I. La justificación y los objetivos de la investigación:</p> <p>FRECUENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ</p>
<p>II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales:</p> <p>Se realizará el estudio con pacientes del servicio de Hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, quienes cuenten con diagnóstico de esquizofrenia, ya que son pacientes ambulatorios con adecuado control de sintomatología psicótica. Se corroborara el diagnostico con el expediente clínico y con la entrevista clínica, así como la Entrevista Clínica Estandarizada M.I.N.I. Posteriormente se realizara el cuestionario Yale Brown Check List (Y-BOSC-SC) y Yale Brown (Y-BOCS) previo consentimiento informado por parte de paciente y familiar</p>
<p>III. Las molestias o los riesgos esperados:</p> <p>El tiempo en que se realizara la escala entre 30 minutos a 45 minutos</p>
<p>IV. Los beneficios que puedan obtenerse:</p> <p>Detectar síntomas obsesivos compulsivos previos o actuales en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, evidenciar los mismos y sugerir la evaluación y tratamiento de los mismos durante su evaluación por médico tratante</p>
<p>V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto:</p> <p>Mejoría en evaluación y tratamiento terapéutico con el objetivo de la disminución o remisión de estos síntomas</p>
<p>VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. Se responderán todas las dudas previo a la realización de la entrevista, tanto de familiar como de paciente, los riesgos y beneficios del mismo, tanto del familiar como de paciente.</p>

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento: A pesar de la realización de la entrevista, tanto el familiar como el paciente pueden retirar el consentimiento del uso de sus datos para este estudio en cualquier momento durante la realización del mismo sin que esto genere distinciones en la atención.
VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad: Durante los resultados no se brindará información sobre su identidad, sin ser necesario el uso del nombre o el número de expediente para la realización de este estudio.
IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando: Previo a la realización de la entrevista, en caso de que haya dudas sobre el objetivo del estudio, se responderán las mismas. En caso de que se encuentren síntomas obsesivos compulsivos no detectados previamente se realizara una nota de evolución agregándose al expediente clínico para la posterior valoración y tratamiento con su médico tratante.
X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación. Al ser una investigación sin riesgo, únicamente, en caso de que se detecte síntomas obsesivo compulsivos, el médico tratante será quien tome la decisión del ajuste en el tratamiento.
XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación. No habrá gastos adicionales ya que se valorará durante su estancia en hospital parcial.

Con fecha junio 2023 habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado:

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, EN EL SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL, DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Nombre y firma del participante Nombre y firma del Investigador

Testigo 1 Testigo 2

Clasificación de los riesgos de una investigación de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo Itzel Balcázar Ramírez como residente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.

Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

Me comprometo que, al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.

No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.

En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.

No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.

No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.

En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.

Ante todo, protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.

En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepta y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: junio 2023



NOMBRE Y FIRMA: Itzel Balcázar Ramírez