

11.262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

17

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.
RAMÓN DE LA FUNTE

EVALUACIÓN DEL FENÓMENO ESQUIZO-OBSESIVO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA Y TRANSTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA:
DRA. CRISTINA ELVIRA ALIDA ELISA LOYZAGA MENDOZA

TUTOR: DR. HUMBERTO NICOLINI SÁNCHEZ
COTUTOR: DR. HÉCTOR ALEJANDRO ORTEGA SOTO

299308



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo es un estudio original que cumple con los requisitos indispensables de calidad y aporta un nuevo conocimiento en el área de la psiquiatría, planteando futuras líneas de investigación.

Dr. Humberto Nicolini Sánchez

Tutor

Este proyecto se pudo realizar gracias a la dirección de mis tutores, el Dr. Humberto Nicolini Sánchez y el Dr. Héctor Alejandro Ortega Soto.

Agradezco el apoyo que CONACYT me brindó como becario y por su apoyo financiero en el periodo de 1999 a 2001, a través del proyecto ...

Así mismo agradezco el apoyo en la revisión y sugerencias a esta tesis y al proyecto del Dr. Rogelio Apiquian G. y la Lic. en psicología Ana Fresán O.

Índice Temático

I.- Introducción	2
II.- Antecedentes	4
1.- Esquizofrenia	4
2.- Estudios de pacientes con esquizofrenia y síntomas psicóticos	7
2.1 Aspectos históricos y fenomenología	7
2.2 Prevalencia	9
2.3 Estudios Clínicos Transversales	11
2.4 Estudios sobre tratamiento en pacientes de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia	17
2.5 Estudios de surgimiento de síntomas obsesivos tras el tratamiento con antipsicóticos	19
2.6. Estudios Neuropsicológicos en pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos	21
2.7 Estudios genéticos de esquizofrenia y TOC	24
3.- Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC).....	25
4.- Estudios en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y síntomas psicóticos	28
4.1 Aspectos históricos y fenomenología	28
4.2 Prevalencia	30
4.3 Estudios Clínicos Transversales	31
4.4 Estudios de TOC y esquizotipia	39
III Justificación	41

IV Objetivos	44
V Hipótesis	45
VI Metodología	47
1.- Diseño del estudio	47
2.- Población	47
3.- Criterios de referencia	48
4.- Criterios de Inclusión	48
5.- Criterios de exclusión	50
6.- Descripción de las escalas y entrevistas	50
7.- Procedimiento	55
8.- Análisis estadístico	56
VII Resultados	58
1.- Resultados en la muestra de pacientes con esquizofrenia y de pacientes con esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos	58
2.- Resultados en la muestra de pacientes con TOC y de pacientes con TOC y síntomas psicóticos	66
3.- Resultados de la comparación de pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos vs. los pacientes con TOC y síntomas psicóticos	76
VIII Discusión	86
IX Conclusiones	104
X Bibliografía	107
XI Anexos	116

Índice de Tablas

Tabla 1.- Tipo y frecuencia de las tres obsesiones principales entre los pacientes con esquizo-TOC -----	60
Tabla 2.- Grados de insight y de resistencia a la obsesión principal en los pacientes con esquizo-TOC -----	61
Tabla 3.- Tipo y frecuencia de los tres principales delirios en los pacientes con esquizofrenia y esquizo-TOC -----	62
Tabla 4.- Frecuencia y porcentajes de los síntomas negativos en los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia -----	62
Tabla 5.- Severidad de los síntomas en pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia -----	63
Tabla 6.- Puntuaciones en las escalas de funcionamiento en los pacientes con esquizo-TOC y con esquizofrenia -----	64
Tabla 7.- Tipo de Respuesta al primer antipsicótico utilizado en los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia -----	65
Tabla 8.- Tipo y frecuencia de las tres principales obsesiones en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	67
Tabla 9.- Severidad de los síntomas en los pacientes TOC-esquizo y TOC --	68
Tabla 10.- Puntuaciones en las escalas de funcionamiento en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	69
Tabla 11.- Grados de Insight y de resistencia a la primera obsesión en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	70
Tabla 12.- Tipo y frecuencia de las tres principales compulsiones en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	71
Tabla 13.- Grados de Insight y resistencia a la compulsión principal en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	72

Tabla 14.- Tipo y frecuencia de los tres principales delirios en los pacientes TOC-esquizo y TOC -----	72
Tabla 15.- Frecuencia y porcentaje de los síntomas negativos en los pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	73
Tabla 16.- Frecuencia y porcentajes de conductas del espectro del TOC y tics en pacientes con TOC-esquizo y TOC -----	74
Tabla 17.- Forma de respuesta al primer inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y al primer antipsicótico prescritos-----	75
Tabla 18.- Tipo y frecuencia de las tres principales obsesiones en los pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC -----	77
Tabla 19.- Grados de Insight y resistencia a la primera obsesión en los pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	78
Tabla 20.- Tipo y frecuencia de las tres compulsiones principales en los pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	79
Tabla 21.- Grados de Insight y resistencia a la compulsión principal en los pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	80
Tabla 22.- Severidad de los síntomas en pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	81
Tabla 23.- Puntuaciones en las escalas de funcionamiento en los pacientes con TOC-esquizo y TOC-esquizo -----	82
Tabla 24.- Tipos y frecuencia de los tres principales delirios en los pacientes esquizo-OC y TOC-esquizo -----	83
Tabla 25.- Frecuencia y porcentaje de los síntomas negativos en los pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	83
Tabla 26.- Frecuencia y porcentajes de conductas del espectro del TOC y tics en pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC-----	84
Tabla 27.- Forma de respuesta al tratamiento con el primer inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y al primer antipsicótico -----	85

Resumen

El fenómeno esquizo-obsesivo, es un fenómeno clínico ampliamente heterogéneo, caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos en un paciente. Este fenómeno se ha observado en entidades como la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Objetivos

Determinar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia y síntomas psicóticos en pacientes con TOC.

Evaluar las diferencias en características sociodemográficas y clínicas entre pacientes con diagnósticos "puros" y aquellos que presenten el fenómeno esquizo-obsesivo.

Metodología

Se trata de un estudio transversal, prospectivo, comparativo. Se utilizó el SCAN para hacer los diagnósticos y para detectar los síntomas coexistentes. Se evaluó a dos grupos de pacientes, uno con diagnóstico inicial de esquizofrenia y otro con diagnóstico inicial de TOC y detectó a aquellos que presentaran el fenómeno esquizo-obsesivo. Se evaluaron las características clínicas y sociodemográficas y se les aplicaron instrumentos clinimétricos para evaluar la severidad de síntomas psicóticos, obsesivos y afectivos.

Resultados

Se entrevistó a 130 pacientes con esquizofrenia y se determinó que 14 de ellos presentaban síntomas obsesivos (denominados pacientes esquizo-TOC), con una prevalencia de 10.79%. Los pacientes con esquizo-TOC tuvieron una edad de inicio más temprana (17.5 vs 23.93 años), también tuvieron antecedente de hospitalización más frecuente (71.4% vs. 6.7%), presentaron mayor severidad de los síntomas afectivos y mayores puntuaciones de la escala de severidad global (CGI) (5.57 vs. 4.12).

Por otro lado se entrevistó a 112 pacientes con TOC y se encontró que 18 tenían síntomas psicóticos (denominados pacientes TOC-esquizos), con una prevalencia del 18%. Cuando se comparó a los pacientes TOC vs. los obseso-esquizos, estos últimos tenían una edad de inicio más temprana (16.9 vs. 21.8 años) un antecedente de hospitalización más frecuente (44.4% vs. 16.7%), mayor severidad de los síntomas afectivos y mayores puntuaciones de la escala de severidad global (CGI) (4.8 vs. 4).

Conclusiones

Los pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo refieren edad de inicio más temprana, mayor antecedentes de hospitalización que los pacientes con diagnósticos puros, ambos son indicadores de peor pronóstico y el antecedente de hospitalización pudiera ser indicador de mayor severidad del trastorno y mala respuesta al tratamiento.

I.- INTRODUCCION

La coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos ha sido observada desde principios del siglo XX, sin embargo la forma en que éstos se relacionan ha sido poco estudiada. Existen abordajes que parten de pacientes inicialmente diagnosticados con algún trastorno psicótico y que desarrollan síntomas obsesivos; o bien de pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que en un momento durante el curso de su trastorno presentan síntomas psicóticos. Hasta la fecha pocos estudios han investigado el significado clínico y neurobiológico de estos fenómenos clínicos.

Entre las hipótesis sugeridas para explicar la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos se postula la presencia de comorbilidad entre el TOC y la esquizofrenia; otra propuesta sugiere que la confluencia de síntomas obsesivos y psicóticos pudiera representar variables o subgrupos de cada uno de los trastornos primariamente diagnosticados; una tercera posibilidad propone que se trata de una nueva entidad clínica aún no reconocida, con antecedentes familiares, características clínicas, curso, respuesta al tratamiento y correlaciones neurobioquímicas propias.

Mientras que los estudios controlados son pocos, los reportes clínicos descriptivos indican que los pacientes con TOC y síntomas psicóticos tienden a presentar formas más severas de la enfermedad y una menor respuesta al tratamiento; por otro lado, los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos, comparados con los esquizofrénicos sin estos síntomas, tienen niveles más bajos de funcionamiento y peor pronóstico a largo plazo. (1)

En los antecedentes presentamos los resultados de los principales estudios publicados hasta el momento de realización de este documento. Cabe

mencionar que todos estos estudios, parten de un solo tipo de abordaje; el nuestro, es el primer estudio que evalúa globalmente el fenómeno esquizo-obsesivo desde los dos abordajes propuestos, ya que consideramos, que la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos, es un fenómeno clínico presente en diversas entidades clínicas, especialmente en la esquizofrenia y el TOC.

Así, para propósitos de nuestro estudio y considerando las diversas descripciones, **definimos al fenómeno esquizo-obsesivo como un fenómeno clínico, ampliamente heterogéneo, caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente.**

II.- ANTECEDENTES

1.- Esquizofrenia

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más frecuentes, su prevalencia mundial es del 1%. Es sin duda uno de los trastornos mentales que produce un mayor deterioro psicosocial con un alto costo social y económico (2).

La esquizofrenia se cataloga dentro de los trastornos psicóticos, se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y síntomas negativos.

Los delirios son alteraciones en el contenido del pensamiento, consistentes en ideas falsas, irreducibles a la razón y sostenidas con absoluta firmeza. Existen diferentes tipos de delirios, los más frecuentes en la esquizofrenia, son los de referencia, daño y persecución, pero también pueden ser bizarros, mesiánicos, megalomaniacos, nihilistas, celotípicos, somáticos. (3)

Las alucinaciones son alteraciones de la función perceptual, consistentes en la percepción de estímulos en ausencia de éstos, pueden ser de cualquier modalidad sensorial, es decir, visuales, táctiles, olfatorias o gustativas. El tipo de alucinaciones más frecuentes en la esquizofrenia, son las auditivas,. El individuo las percibe como ajenas a su persona, originadas en el mundo exterior y las detecta como sonidos o bien como una o varias voces que comentan su propia conducta, lo critican; le dan instrucciones o le ordenan cosas (3).

Los trastornos de la forma del pensamiento, esenciales y característicos de la esquizofrenia, son evidenciados a través del discurso, se caracterizan por

la circunstancialidad, tangencialidad, perseveración, bloqueos, neologismos.

Otros síntomas que pueden presentarse en la esquizofrenia son la conducta catatónica y la conducta desorganizada. La conducta catatónica puede consistir en agitación intensa o inmovilidad, mutismo y ausencia de reacciones a estímulos, sin alteración de la conciencia. Pueden presentar posturas extrañas o incómodas, lo que se conoce como flexibilidad cérea (3).

Así mismo, estos pacientes pueden presentar alteraciones motoras primarias, como manierismos, estereotipias, o ecopraxia.

Otra dimensión de la sintomatología, son los llamados síntomas negativos, como la alogia, el aplanamiento afectivo, la abulia, la anhedonia y la atención pobre. La alogia se caracteriza por una disminución del discurso espontáneo, lenguaje concreto y contenido del pensamiento pobre. El aplanamiento afectivo, consiste en una disminución de la respuesta afectiva, manifestada por disminución de la expresividad facial, tono de voz monótono y sin inflexiones, así como disminución de los movimientos espontáneos. La abulia o apatía es la incapacidad del individuo para iniciar y concluir actividades dirigidas hacia una meta. La anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, o disfrutar de las actividades, ya sea cotidianas o recreativas. La atención disminuida consiste en la incapacidad para concentrarse en una actividad o discurso (4).

Aunque la etiología de la esquizofrenia se desconoce, los estudios recientes, apoyan un modelo multifactorial, que comienza con una vulnerabilidad genética, sobre la que actúan diferentes factores ambientales (3).

La evidencia de la participación genética en la esquizofrenia, proviene de estudios familiares, con gemelos, y de adopción. Los estudios familiares han confirmado la mayor prevalencia de la enfermedad entre familiares de individuos con esquizofrenia. Los hermanos tiene un riesgo del 10% de padecer el trastorno, los hijos de un padre o madre tiene un riesgo de 6%, el riesgo para gemelos monocigotos es del 46% y para los dicigotos del 14%. Estudios de adopción en Dinamarca, señalan una mayor frecuencia de esquizofrenia y trastornos del espectro entre los familiares biológicos de los individuos adoptados con esquizofrenia (3).

Desde el punto de vista neuroanatómico, las anomalías más frecuentemente encontradas en los estudios de imágenes cerebrales, son la dilatación ventricular y el ensanchamiento de los surcos, ambos son datos de atrofia cerebral. Los estudios de resonancia magnética muestran una disminución del volumen de la corteza cerebral. Estudios recientes han mostrado disminución del tamaño de los lóbulos frontales, tanto en pacientes crónicos como en pacientes de primer episodio. (5). Estudios con resonancia magnética han muestran disminución del tálamo (6)

Una revisión de 30 estudios sobre flujo sanguíneo cerebral, encontró que solo el 30% de éstos, mostraron una reducción del flujo sanguíneo global. Se ha mencionado que la disminución del metabolismo frontal, puede jugar un papel en la patología de la esquizofrenia. Otros estudios han mostrado una disminución relativa del flujo sanguíneo en regiones frontales. Varias líneas de evidencia sugieren un deterioro de la función cortical.

2.-Estudios de pacientes con Esquizofrenia y Síntomas Obsesivos.

2.1. Aspectos Históricos y Fenomenología

Hasta el momento existen varios reportes publicados, que parten de pacientes inicialmente diagnosticados con esquizofrenia que desarrollaron síntomas obsesivos; uno de los estudios más representativos es el de Hwang y Opler (7), quienes presentan una revisión de la literatura sobre la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos en la esquizofrenia.

Afirman que desde hace más de cien años, desde las descripciones iniciales de la esquizofrenia, se observó la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos, que fueron considerados como un prodromo o como parte integral de esta entidad . Tanto, Westphal (1878) como Bleuer (1919), citados por los autores, consideraban a los síntomas obsesivo-compulsivos como una variante de esquizofrenia.

Como se mencionó en la introducción, el abordaje psicopatológico es crucial para el entendimiento de este fenómeno clínico. Si bien las obsesiones y delirios tienen límites precisos y excluyentes en las clasificaciones actuales, no ocurre así en la psicopatología de muchos pacientes.

Si tomamos en cuenta las definiciones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición, (DSM IV) (9), encontramos que obsesión es "una idea, imagen o impulso persistente, que es experimentado por lo menos en una etapa del trastorno como intrusiva e inapropiada y que causa marcada ansiedad, a pesar de los intentos por suprimirla o ignorarla" .

Para Capponi (8) una obsesión es una vivencia imperativa, persistente, que el paciente no puede controlar, ni desechar, absurda o por lo menos dominante y persistente de modo inapropiado. Agrega que el contenido de las obsesiones no necesariamente es absurdo, pero lo que si le resulta absurdo a quien la sufre, es la tendencia a la repetición constante y uniforme de las mismas.

Las obsesiones son vividas como interferencias imperativas y obstructivas en el curso natural del pensamiento, y la percepción es que surgen de la propia mente.

En contraposición, el DSM IV (9) define a los delirios como "una idea falsa basada en una inferencia incorrecta sobre la realidad externa que es firmemente sostenida a pesar de que la evidencia prueba lo contrario".

Según Capponi (8) un delirio es un idea falsa defendida con certeza subjetiva, no influenciada por la realidad o la experiencia. Es decir, son juicios falsos de la realidad.

Entre las obsesiones y los delirios, se encuentran las ideas sobrevaloradas que son definidas como creencias falsas e irracionales que son sostenidas con menos intensidad que un delirio y la persona es capaz de acceder a la posibilidad de que la creencia es falsa (9)

Aunque los conceptos de obsesiones y delirios se encuentran claramente delimitados en las definiciones anteriores, investigaciones recientes proponen que los límites entre las obsesiones y los delirios no son necesariamente dicotómicos, sino que pueden ser un continuo del insight. (Eisen, Phillis, Rasmusen) (10)

2.2.- Prevalencia

La prevalencia reportada de síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia, varía ampliamente, desde el 1.1 al 59%. Las razones que explican estas diferencias están relacionadas con la manera en la que se define la presencia de síntomas obsesivos en los pacientes con esquizofrenia, y la forma como se aborda el problema, ya que en algunos estudios los criterios para considerar a un paciente con esta coexistencia pueden ser tan estrictos como buscar la presencia de comorbilidad entre TOC y esquizofrenia, o bien, tan laxos como considerar una obsesión como la sola preocupación excesiva por sus otros síntomas psicóticos. Por ejemplo, Jahrreiss y Rosen citados por Fenton y Mc Glashan (11) en estudios retrospectivos, consistentes en la revisión de expedientes clínicos de pacientes esquizofrénicos, observaron la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en el 1.1 % de mil pacientes y 3.5% de 848 pacientes de sus poblaciones respectivamente. Sin embargo ninguno de los autores, utilizó criterios estrictos para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, y solo Jahrreiss evaluó de forma estricta la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos.

Fenton Y Mc Glashan (11), en un estudio retrospectivo consistente en revisión de expedientes de pacientes con esquizofrenia, reportan una prevalencia de síntomas obsesivos de 12.8%. Berman y cols (12), también en estudio un retrospectivo, reportan una prevalencia de estos síntomas del 25%. En ninguno de estos estudios se aclara como definieron la presencia de síntomas obsesivos, por lo que desconocemos si se trata de verdaderas obsesiones o conductas que se pueden confundir con esto.

En un estudio puramente descriptivo, Eisen y cols. (13) evaluaron la presencia de TOC en 52 pacientes con esquizofrenia y 25 pacientes con

trastorno esquizoafectivo, a través de la entrevista clínica estructurada para el DSM III R, y la escala de verificación de síntomas obsesivos de Yale-Brown. Encontraron que 6 de los 77 pacientes (7.8%) además del trastorno psicótico tenían TOC. En estos pacientes, la puntuación media de la escala de severidad de Yale-Brown fue de 22.3 (DE = 5.2). La edad media de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos fue de 15.2 años (DE = 9.9). No encontraron diferencias significativas en la edad de inicio de los síntomas psicóticos, número de hospitalizaciones, estado laboral, ni género entre los pacientes con y sin TOC.

Bermanzohn y cols. (14), evaluaron a 37 pacientes con esquizofrenia a través del SCID, entrevista diagnóstica semiestructurada, y la escala de verificación de síntomas de Yale Brown, encontraron que 16 pacientes, (43.2%) presentaba síntomas obsesivos, y 11 de ellos (29.7%) cumplían además con criterios para TOC. Sin embargo de estos 16 pacientes, 8 presentaron sólo preocupaciones obsesivas sobre sus delirios. El autor concluye que las obsesiones de los pacientes con esquizofrenia, pueden comportarse de forma "camaleónica", en el sentido en que cambian y son difíciles de evaluar. Considera que estos síntomas, son obsesivos en la forma, pero delirantes en el contenido; sin embargo, en nuestro trabajo se considera que estas preocupaciones excesivas no son obsesiones ni siquiera en la forma, si no más bien parecen corresponder a pensamientos estereotipados, o bien a un fenómeno de perseveración del pensamiento, ambos característicos de la esquizofrenia. Así, al definir de esta forma las obsesiones, se obtienen prevalencias mayores a las reportadas cuando se consideran las obsesiones desde criterios más estrictos.

Por otro lado, en un estudio epidemiológico multicéntrico en USA (ECA) (15), se encontró que los pacientes diagnosticados con TOC, tenían una comorbilidad con esquizofrenia de 12.2% y con trastorno

esquizofreniforme (trastorno similar al de esquizofrenia pero con un tiempo de duración menor de seis meses) del 1.3%.

Cassano y cols, (16), en un artículo de comorbilidad en pacientes con trastornos psicóticos, encontró que en 31 pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia, 9 (29%), tenían comorbilidad con TOC.

Otro aspecto que influye en la variabilidad de las prevalencias reportadas, es el problema que la estabilidad diagnóstica representa, ya que estudios de seguimiento (17), encontraron que entre el 1 y el 16% de los pacientes inicialmente diagnosticados con TOC, fueron finalmente diagnosticados con esquizofrenia, por lo que en estudios retrospectivos, los síntomas obsesivos reportados inicialmente pudieron representar exclusivamente parte del prodromo de la esquizofrenia y no un diagnóstico distinto.

2.3.- Estudios Transversales

Hwang y Opler (7), proponen que, de acuerdo a su experiencia, existen 3 subtipos de pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas obsesivos, estos subtipos difieren entre sí por la forma de inicio y el significado clínico de los síntomas obsesivos.

El primer subgrupo se integró con pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos de larga evolución previo al inicio de la psicosis. Estos pacientes inicialmente se diagnosticaron de acuerdo al DSM III-R con trastorno obsesivo-compulsivo y en el curso de su trastorno, frecuentemente refractario, desarrollaban obsesiones delirantes. Habían sido referidos como TOC maligno o psicótico y al momento del estudio cumplieron con criterios para esquizofrenia. El segundo subgrupo lo constituyeron pacientes con síntomas obsesivos persistentes y de inicio

reciente, con o seguidos del inicio de síntomas esquizofrénicos. Estos pacientes tuvieron un diagnóstico inequívoco de esquizofrenia, con poco o ningún *insight* sobre sus síntomas obsesivo-compulsivos. Ellos frecuentemente manifiestan un peor curso clínico y una mala evolución a largo plazo, comparándolos con los esquizofrénicos sin obsesiones-compulsiones. El tercer subgrupo incluyó a pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos transitorios y diversos durante el curso de la esquizofrenia, en estos pacientes los síntomas obsesivos tuvieron perfiles clínicos y de evolución similares a los pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos.

Los autores concluyen que existe fuerte evidencia clínica y epidemiológica que apoya la existencia de una variable de esquizofrenia con fenómenos obsesivo-compulsivos, la cual puede ser heterogénea en términos de su fisiopatología subyacente.

Fenton y Mc Glashan en 1986 (1), describieron las características clínicas y el curso a largo plazo de 21 pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivos; posteriormente los compararon con pacientes esquizofrénicos sin estos síntomas. Los datos del seguimiento fueron colectados en promedio 15 años después del ingreso del paciente, a través de entrevistas por un investigador ciego a los datos basales. Consideraron la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos si encontraban dos o más de los siguientes: a) Conductas repetitivas que interferían con las actividades diarias, b) indecisión o conducta vacilante, c) conductas repetitivas previas a la realización de una actividad dirigida, o bien con contenido mágico para evitar un daño, e) discurso obsesivo, f) rituales verbales como la repetición de frases, sílabas en reversa o números, g) repetición de actos que el paciente considera aversivos, g) obsesiones clásicas.

De acuerdo a esto encontraron que de la cohorte de 163 pacientes con esquizofrenia, 21 (12.8%) presentaba síntomas obsesivos, encontraron que en 13 de estos pacientes, los síntomas obsesivo-compulsivos habían precedido al inicio de la esquizofrenia, la edad media de inicio para los síntomas obsesivo-compulsivos fue de 10 años; solo se demostró transformación de las ideas obsesivas a las delirantes en 2 pacientes. Cuando se comparó a los esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos vs esquizofrénicos sin estos síntomas, no se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas, ni en las medidas de ajuste premórbido. La edad media de inicio de los primeros síntomas fue significativamente menor entre los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos (16 vs. 21 años; $p < 0.007$). En relación con el tratamiento los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos, tuvieron el doble de tiempo de hospitalización.

En cuanto al funcionamiento psicosocial, se observaron diferencias significativas en el área ocupacional; el grupo de los esquizofrénicos con obsesiones-compulsiones, pasó solo el 7% del periodo de seguimiento con un empleo, comparado con el 33% de los pacientes sin síntomas obsesivo-compulsivos. Los autores concluyen que entre los pacientes estudiados, los datos encontrados, sugieren fuertemente que los síntomas obsesivo-compulsivos tienen un poder predictivo de mal pronóstico.

Este artículo tiene el inconveniente de ser un estudio retrospectivo consistente en la revisión de expedientes para buscar síntomas obsesivos en pacientes captados entre 10 y 35 años antes de la realización del estudio; sin embargo, si estos síntomas no se investigan de forma propositiva, otros síntomas pudieran ser interpretados como obsesiones y bajo estas circunstancias los resultados e incluso la prevalencia son cuestionables.

Berman y cols. (12) evaluaron la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en 108 pacientes esquizofrénicos de un centro de salud mental comunitario en New York. Basados en los criterios propuestos por Fenton y Mc Glashan (1), consideraron la manifestación de síntomas obsesivos como la presencia de dos o más síntomas obsesivo-compulsivos, con una duración mínima de 6 meses, de acuerdo a lo reportado por los terapeutas de este grupo de pacientes (trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras), pero sin una entrevista directa al paciente en busca de tales síntomas. Encontraron que 27 pacientes, el 25% de la muestra, presentaba síntomas obsesivos, esto es el doble de lo reportado por Fenton y Mc Glashan no encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin síntomas obsesivos en género, ni edad al momento del estudio. La edad media de inicio del trastorno en los pacientes con síntomas obsesivos fue de 20 años y en los pacientes sin síntomas obsesivos de 23,7 ($t= 2.3$, $p= .025$). También reportaron diferencias significativas en los días de hospitalización con una media de 82 días (DE 90.6) para el grupo con síntomas obsesivos, vs. 37 días (DE 43.7) para los paciente sin síntomas obsesivos. El 4% de los pacientes con síntomas obsesivos tuvieron pareja al momento del estudio, vs. 22.5% de los pacientes sin síntomas obsesivos ($\chi^2 = 4.4$, $df= 1$, $p= .04$). Finalmente el 2% de los pacientes con obsesiones tenían empleo, vs. el 21.6% de los pacientes sin obsesiones, ($\chi^2 = 2.04$, $df= 1$, $p= .02$).

Sin duda la principal crítica a este artículo, y que desde luego le resta validez es la forma de determinar la presencia de los síntomas obsesivo compulsivos, ya que si bien es difícil la detección de estos síntomas en pacientes con un insight deteriorado, es necesaria la exploración directa sobre la presencia de obsesiones y compulsiones y la repercusión de estos síntomas en el funcionamiento del paciente así como la forma de afrontarlos. Considerando que pueden existir preocupaciones excesivas

que se confunden con obsesiones y estereotipias y manierismos que se confunden con rituales.

En una revisión de la literatura del mismo Bermanzohn (18), manifiesta la misma visión del estudio arriba mencionado, considerando obsesiones a aquellas preocupaciones excesivas que los pacientes pueden tener sobre sus delirios, piensan que estos pacientes tienen síntomas híbridos, que parecen ser obsesivos en la forma, pero delirantes en el contenido y nombran a esto "obsesiones delirantes"; sin embargo los autores olvidan que es necesario evaluar no solo las características repetitivas de estos pensamientos, sino también la forma en que el paciente se enfrenta al síntoma, y las preocupaciones de estos pacientes carecen de las repercusiones compulsivas, que aunque pueden estar ausentes hasta en un 25% de los pacientes diagnosticados exclusivamente con TOC, ante las verdaderas obsesiones, existe un mecanismo por lo menos evitativo ante estos pensamientos y un deterioro en el funcionamiento a causa de estos síntomas, pero que está ausente en el caso de las preocupaciones excesivas. Nuevamente observamos como una forma diferente de considerar las obsesiones, puede sesgar los resultados.

Tibbo y cols. (19), estudiaron 52 pacientes con esquizofrenia, estableciendo comorbilidad con TOC en el 25% de ellos. Similar a los estudios tempranos de Rosen, Tibbo y cols. reportan que estos pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivos, tiene mejor pronóstico que aquellos sin la coexistencia de estos síntomas. Esto es contrario a lo que reportan el resto de los estudios con estos pacientes.

Poyurovsky y cols (20) evaluaron la presencia de TOC en una muestra de 50 pacientes con primer episodio de esquizofrenia, partiendo de la base que este tipo de estudios permiten evaluar los síntomas sin los efectos de la

enfermedad crónica, el tratamiento con antipsicóticos y la institucionalización. Incluyeron a 37 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, nueve con trastorno esquizofreniforme y cuatro con trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico de esquizofrenia y la presencia de síntomas obsesivos se realizó a través de la entrevista estructurada SCID y complementadas con escalas para evaluar síntomas psicóticos y obsesivos, compulsiones y severidad de la enfermedad. Siete pacientes, (14%), - cinco con trastorno esquizofreniforme, uno con esquizofrenia indiferenciada y uno con trastorno esquizoafectivo - tuvieron además, diagnóstico de TOC. La edad de inicio de los síntomas obsesivos fue de 16 años (DE 8.7) y la edad media de inicio de los síntomas psicóticos fue de 23 años (DE 5.9). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con trastornos psicóticos y aquellos que además tenían TOC, en las variables sociodemográficas, ni en edad de inicio de los síntomas psicóticos, ni en la edad de la primera hospitalización.

Los pacientes con esquizofrenia y TOC tuvieron una puntuación significativamente más baja en el trastorno formal del pensamiento que los pacientes con esquizofrenia sin TOC. Lo mismo sucedió con el aplanamiento afectivo.

Los autores concluyen que sus hallazgos apoyan la hipótesis de que los síntomas obsesivo compulsivos son independientes de los síntomas psicóticos.

2.4.- Estudios sobre tratamiento de síntomas obsesivos en pacientes con esquizofrenia

Las investigaciones que evalúan el efecto del tratamiento en este grupo de pacientes, indican que los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos responden menos al tratamiento, que aquellos sin la coexistencia de síntomas.

Chang y cols (21) reportaron una revisión de 10 estudios abiertos, con un total de 58 pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos, quienes habían sido manejados con clorimipramina, 30 pacientes (67.2%) mostraron mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos, sin empeoramiento de los síntomas psicóticos, once pacientes (19%) mostraron mejoría de los síntomas obsesivos, con empeoramiento de los síntomas psicóticos.

Berman y cols (22) reportan un estudio controlado, en pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos a los que se les prescribió clorimipramina vs. placebo durante 6 semanas, al cabo de las cuales se realizó un ensayo cruzado y aquellos que inicialmente recibieron placebo, en la segunda fase recibieron clorimipramina y viceversa por otras 6 semanas. Fueron evaluados con las escalas de severidad de síntomas de Yale Brown, el PANSS y CGI. La dosis promedio de clorimipramina fue de 175 mg/día (rangos de 100-250). Los pacientes mejoraron más con la clorimipramina que con el placebo en todas las escalas.

Hwan y Opler (23) sugieren que en los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo compulsivos, primero se deben controlar los síntomas psicóticos, después se deben usar los agentes anti-obsesivos basados en su farmacocinética, el perfil de efectos adversos y como se espera que

interactúen con el antipsicótico. Aquellos pacientes que reciben clozapina deben ser evaluados especialmente por la posibilidad de surgimiento o exacerbación de síntomas obsesivos.

Zohar y cols. (24) reportaron el manejo de cinco casos de pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos, a quienes se les administró clorimipramina en dosis promedio de 250-300 mg/día además del tratamiento antipsicótico. Cuatro de los cinco pacientes presentaron mejoría tanto de los síntomas psicóticos como de los obsesivos, solo un paciente presentó exacerbación de los síntomas psicóticos. Al suspender el tratamiento con clorimipramina los cinco pacientes presentaron recaída de los síntomas obsesivos, 2 a 4 semanas después.

La fluvoxamina también se ha utilizado en el manejo de los síntomas obsesivos en pacientes con esquizofrenia, como lo señalan Poyurovski y cols (25), en un estudio abierto durante 12 semanas. Al momento del estudio, los pacientes tenían tratamiento antipsicótico y se encontraban estables de los síntomas psicóticos, se añadió fluvoxamina en dosis de hasta 150 mg/día. Los pacientes fueron evaluados cada dos semanas con las escalas de severidad y para síntomas extrapiramidales y acatisia. Después del tratamiento, los pacientes presentaron una mejoría significativa de las obsesiones, de los síntomas positivos) y negativos de la esquizofrenia), pero no mejoraron las compulsiones. Tres pacientes abandonaron el estudio en las primeras 4 semanas, dos por agresividad y uno por exacerbación de los síntomas psicóticos.

De acuerdo con Bermanzohn (14), la falla en el reconocimiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia puede ocasionar que el paciente sea innecesariamente clasificado como resistente a tratamiento, cuando lo que ocurre es que presenta otro cortejo

sintomático que debe ser abordado terapéuticamente de forma distinta, por lo que sugiere la evaluación propositiva de estos síntomas obsesivos en aquellos pacientes clasificados como resistentes.

2.5.- Surgimiento de síntomas obsesivo-compulsivos con antipsicóticos atípicos

Existen reportes de casos en la literatura, de pacientes con esquizofrenia, quienes tras el tratamiento con clozapina se presenta tanto el surgimiento, como de exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos (26,27,28).

Eales y Layeni (29), reportaron el caso de un paciente con esquizofrenia de larga evolución, parcialmente respondedor, a quien se inició tratamiento con clozapina 250 mg/ día, el paciente mejoró de los síntomas positivos y la agitación, no así de los síntomas negativos, sin embargo, posterior al inicio de clozapina se incrementó paulatinamente la severidad de algunas conductas obsesivas, y a los 6 meses, éstas fueron francamente obvias. Tras el tratamiento con fluoxetina, mejoraron los síntomas obsesivo-compulsivos. Los autores concluyen que aunque éste, es un posible efecto adverso de la clozapina, ocurre solo en pacientes con una vulnerabilidad específica; consideran que tal fenómeno, pudiera no ser reconocido en estos pacientes, especialmente en los casos crónicos, donde el tratamiento con clozapina es más frecuentemente prescrito.

Baker y col (30), revisaron su experiencia clínica con 49 pacientes con esquizofrenia crónica, tratados con clozapina; 5 pacientes experimentaron síntomas obsesivo-compulsivos de novo, o bien, exacerbación de síntomas pre-existentes. Estos 5 pacientes con respuesta previa pobre, presentaron mejoría de la sintomatología psicótica con el tratamiento con clozapina, pero presentaron síntomas obsesivo-compulsivos. Consideran que el

surgimiento de estos síntomas podría representar, la trayectoria natural de la respuesta clínica, más que un efecto particular de la clozapina.

Las hipótesis bioquímicas para el desarrollo de estos síntomas, se basan en la potente acción de la clozapina como antagonista de los receptores serotoninérgicos, los autores de estos reportes de caso (26), proponen que "poca serotonina causa síntomas obsesivos, mientras que mucha, causa síntomas psicóticos".

Analizando las hipótesis de este fenómeno relacionado a la clozapina, Dursun y Revely (31), sugieren que es poco probable que la clozapina produzca los síntomas obsesivo-compulsivos a causa de su acción antagonista sobre los receptores serotoninérgicos del tipo 5-HT_{2a}. Justifican esta afirmación mencionado que fármacos como pimozide, haloperidol, flufenazina, loxapina, y tioridazina, también tienen actividad sobre estos receptores, pero no exacerban, ni inducen síntomas obsesivos. Postulan que los receptores involucrados son los 5-HT_{2c}, los que ya han sido implicados en el TOC. Consideran que dado que la clozapina tiene una alta afinidad por estos receptores, su administración crónica los bloquea, lo que puede permitir el estado de supersensibilidad. Finalmente sugieren que esta hipersensibilidad contribuye a la exacerbación de los síntomas obsesivos tras el tratamiento con clozapina.

Existen en la literatura reportes de casos (32) de manejo exitoso de síntomas obsesivo-compulsivos secundarios a clozapina con diversos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, los más señalados son fluoxetina y sertralina.

Kopala (33) y otros autores (34,35) han reportado que otros antipsicóticos como la risperidona pueden generar o exacerbar síntomas obsesivos.

En el caso de la olanzapina los resultados son controvertidos, hasta el momento existen dos reportes de caso (36, 37), uno de exacerbación y otro de presentación *de novo* de síntomas obsesivo-compulsivos con olanzapina. Sin embargo, Baker y cols (38) reportan un estudio de comparativo de olanzapina vs. placebo para evaluar el desarrollo de síntomas obsesivos relacionadas con el uso de este antipsicótico en 2324 pacientes, no encontrando diferencias significativas entre los grupos tras 12 semanas de tratamiento.

En otro estudio (39) se ha reportado que la olanzapina es útil en el manejo de síntomas obsesivos en pacientes con esquizofrenia.

2.6.- Estudios Neuropsicológicos

Berman y cols (40,41), evaluaron si los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia estaban asociados con los déficits cognoscitivos normalmente vistos en los pacientes con TOC. Para ello valoraron a los 30 primeros pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia, sin antecedente de exacerbación en las 4 semanas previas al estudio. A todos los pacientes se les interrogó sobre la presencia de pensamientos recurrentes e intrusivos sobre temas religiosos, somáticos, sexuales, de contaminación y perfeccionismo, así como sobre rituales compulsivos secundarios a pensamientos obsesivos. Se les aplicó la escala PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia) y la lista de verificación de síntomas de Yale Brown. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de síntomas obsesivo-compulsivos.

La evaluación neuropsicológica consistió en una batería que incluía pruebas en las que se ha observado déficits en pacientes con esquizofrenia como la función ejecutiva, la atención y la memoria; pruebas

que muestran déficits en los pacientes con TOC, como pruebas motoras, habilidades viso espaciales, y retraso en la memoria visual. Finalmente, se aplicaron otras pruebas neuropsicológicas, en las que ni pacientes con esquizofrenia, ni con TOC, han mostrado deterioro como la memoria visual y verbal inmediatas, a las que se les llamó pruebas control.

De los 30 pacientes que ingresaron, 14 tuvieron síntomas obsesivo-compulsivos, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones - del PANSS total, ni en sus sub-escalas entre ambos grupos. Tomados en conjunto los pacientes obsesivos tuvieron un peor desempeño en las funciones cognoscitivas que están alteradas en los pacientes con TOC. El grupo obsesivo, tuvo puntuaciones menores puntuaciones en el WAIS. Presentaron también un mayor deterioro en las pruebas viso-espaciales, clásicamente asociado con TOC. Para determinar si los pacientes podrían ser clasificados como obsesivos o no obsesivos de acuerdo al desempeño cognoscitivo, se utilizó un análisis discriminativo de los factores que se hipotetizaron estar asociados con los síntomas obsesivos (puntuaciones en el diseño de bloques, las puntuaciones B del WCST, la prueba de asociación de palabras, el retardo de la memoria visual y de similitudes, así como en las respuestas y errores perseverantes del WCST). A través de esta técnica se pudo clasificar adecuadamente a los pacientes como TOC o no TOC en un 81% de los casos.

Por otro lado, en los pacientes con síntomas obsesivos, las puntuaciones de la escala Yale Brown, se correlacionaron directamente, con los errores perseverantes y con las respuestas perseverantes del WCST y mostraron también asociación con un peor desempeño del área B de esta misma prueba ($r = .56$, $p = .02$). También se encontró una asociación directa entre puntuaciones más altas en la escala de Yale-Brown y peor desempeño en la memoria visual tardía ($F = 5.4$, $p = .01$). Finalmente, no se encontraron

asociaciones entre las puntuaciones de la escala Yale-Brown y el desempeño de las pruebas cognoscitivas control.

Así, los autores concluyen que los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos, presentan un deterioro en las pruebas neuropsicológicas que se encuentran afectadas los pacientes con TOC, apoyando la hipótesis de que estos pacientes constituyen un subgrupo de pacientes con esquizofrenia.

Lysaker y cols. (42) investigaron si los síntomas obsesivo-compulsivos (OC) en la esquizofrenia están relacionados con mayor deterioro cognoscitivo y con altos niveles de síntomas positivos y negativos del PANSS. Para ello evaluaron a 46 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de acuerdo al DSM IV. Se encontraron 21 pacientes con síntomas obsesivos o compulsivos y 25 sin estos. No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas, ni edad de inicio. El grupo de esquizofrenia con síntomas (OC), tuvo puntuaciones en el PANSS positivo significativamente más altas que en el grupo sin síntomas OC ($F \{1,44\} = 8.52, p < .01$), lo mismo que en las puntuaciones de malestar emocional ($F \{1,44\} = 10.04, p < .01$).

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de síntomas negativos, cognoscitivos ni en los síntomas de excitación del PANSS entre estos grupos. Por otro lado los pacientes con altas puntuaciones de compulsiones, tuvieron también altas puntuaciones en la subescala negativa del PANSS ($F \{1,44\} = 5.23, p = .05$) y para el PANSS positivo, ($F \{1,44\} = 9.91, p = .01$). Para evaluar la relación con la función cognoscitiva, utilizaron la prueba ANOVA, encontrando que el grupo con síntomas OC, completó menos categorías de la prueba de Wisconsin, que el grupo sin síntomas OC ($F \{1,44\} = 3.72, p < .05$). No se encontraron diferencias significativas en las otras evaluaciones neuropsicológicas utilizadas.

Los autores (42), concluyen que sus resultados son consistentes con lo reportado en la literatura en el sentido de que los pacientes con síntomas OC tienen cuadros más severos, como lo muestra el hecho de que los pacientes con puntuaciones más altas de síntomas obsesivos y/ o compulsivos tienen también mayores puntuaciones en las sub escalas positiva, y negativa del PANSS, lo mismo que mayores déficits de la función ejecutiva. El grupo de pacientes con síntomas OC completó más rápidamente la primera categoría de la prueba de Wisconsin, sin embargo, tuvieron más dificultades para cambiar el grupo de pruebas, lo que significa que aunque puedan responder a cambios ambientales más rápido, no pueden flexibilizar el cambio a sus respuestas ante problemas que requieren de otra solución.

2.7 .- Estudios genéticos de Esquizofrenia y TOC

Lewis y cols (43), evaluaron la relación entre TOC y esquizofrenia al estudiar a tres pares de gemelos monocigotos concordantes para TOC y discordantes para esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Encontraron que los 6 pacientes tenían diagnóstico de TOC y uno de cada pareja tenía un trastorno psicótico crónico, ya sea esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Los autores afirman que los hallazgos en estos tres casos reportados, no apoyan la afirmación de que los pacientes con TOC pueden convertirse en psicóticos con la sola pérdida del insight, sino que la psicosis es independiente del TOC, ya que el contenido de los síntomas psicóticos fue cualitativamente diferente del contenido pre-existente de los síntomas obsesivos, haciendo imposible que la simple pérdida del insight, sea una explicación suficiente.

Los autores concluyen que el TOC y los trastornos del espectro de la esquizofrenia pueden coexistir.

3.- Trastorno Obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), es el cuarto trastorno psiquiátrico más común, es una condición clínica heterogénea y crónica, caracterizada por obsesiones, que son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, repentinos, repetitivos, absurdos y sumamente angustiantes, acompañados por compulsiones, que son conductas repetitivas, estereotipadas, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión. Descripciones reconocibles y concordantes con lo que ahora conocemos como TOC se encontraron en el siglo XV en documentos religiosos y de demonología, y en el siglo XVII con observaciones de conductas sobre escrupulosidad religiosa excesiva. Las descripciones propias de la psicopatología aparecieron a partir del siglo XVIII y XIX. (44)

Aunque al TOC, previamente se le consideraba un trastorno raro, actualmente se sabe que la prevalencia es de alrededor de 2.5%. En muestras clínicas de pacientes adultos, la relación entre sexos es casi 1:1; en el estudio epidemiológico de captación de áreas en EUA, (ECA) (15), la relación hombres mujeres es de 1.5 – 1.1. Sin embargo cuando el TOC se inicia en la infancia, el 70% son varones (44).

De acuerdo al estudio epidemiológico de Caraveo y cols. (45) , la prevalencia de TOC en la Ciudad de México en adultos de 18 a 56 años es del 1.4%.

El TOC suele iniciarse en la adolescencia o en la edad adulta temprana, sin embargo aproximadamente el 30% de los primeros síntomas ocurren entre los 10 y 15 años. El inicio es generalmente insidioso, sigue un curso crónico y

frecuentemente progresivo. Existen evidencias de asociación con traumatismos craneoencefálicos, complicaciones en el trabajo de parto, epilepsia, así como observaciones de inicio de los síntomas durante la gestación (44).

Las obsesiones son fenómenos mentales intrusivos, involuntarios repetitivos y generadores de ansiedad intensa. Pueden consistir en ideas, pensamientos, imágenes, dudas, temores o impulsos, desagradables y absurdas, que suelen ser de naturaleza agresiva, sexual, religiosa, o de contaminación entre otras. Los temores obsesivos se relacionan con la contaminación, con temas de enfermedad, o miedo a sufrir algún daño o a provocarlo a otro.

El individuo que sufre obsesiones y compulsiones intenta resistirse a ellos, la resistencia es la lucha interna contra las obsesiones, y el control es la capacidad para desviar o eliminar estos pensamientos o compulsiones (44).

Otra característica fundamental asociada, es la duda persistente sobre los temas obsesivos y las conductas compulsivas. Los pacientes con TOC son incapaces de conseguir certeza entre la integración sensorial y sus creencias.

Las compulsiones se presentan entre el 75 y 85 % de los pacientes, son conductas estereotipadas, realizadas bajo presión y con el fin de disminuir, por lo menos temporalmente, la ansiedad provocada por las obsesiones. Las compulsiones incluyen rituales de limpieza, repetición, revisión, perfeccionismo y evitación, aunque se discute sobre si esta última es un síntoma independiente de las compulsiones. Existen también compulsiones mentales, que consisten en la repetición mental de frases, palabras, o listas. Aunque éstas, no siempre son preguntadas, diversos estudios las señalan

como la tercera compulsión más frecuente, seguida del lavado y la comprobación . Los rituales tiene gran impacto en el deterioro del funcionamiento, ya que lentifican de manera muy importante las actividades del paciente (44).

Entre las teorías para explicar el TOC, a través de estudios familiares y de gemelos, se ha observado mayor concordancia entre gemelos monocigotos que en dicigotos. (44)

El tratamiento farmacológico del TOC se basa en el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina, el fármaco más estudiado es la clorimipramina, ha demostrado su eficacia antiobsesiva desde hace más de 20 años. Es superior al placebo y a otros antidepresivos . La clorimipramina disminuye la sintomatología obsesiva y la ansiosa de un 35 a un 42 %, evidenciado por el cambio en las puntuaciones de la escala de severidad Yale Brown para TOC (46,47) después de la sexta semana de tratamiento y progresivamente hasta la décima.

Otros medicamentos útiles en el TOC, son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram. De éstos, la fluoxetina, es la más estudiada, tiene una respuesta muy similar a la observada con la clorimipramina (47). Un 60 % de los pacientes con TOC responden al fármaco y es igual de efectivo cuando se administra a pacientes con TOC y depresión (47). A diferencia de la clorimipramina, la fluoxetina no produce pocos efectos secundarios.

La terapia cognitivo-conductual para el TOC, engloba varios componentes, primero, la reformulación cognoscitiva sobre temas relacionados con la percepción del peligro, estimación de la catástrofe,

expectativas sobre la ansiedad y sus consecuencias, responsabilidad excesiva, procedimientos de exposición dirigidos a disminuir la ansiedad asociada a las obsesiones; técnicas para disminuir la frecuencia de los rituales y obsesiones. Existe acuerdo general en que las técnicas combinadas producen mejores resultados. También se ha informado que los pacientes que tiene únicamente obsesiones y realizan pocos rituales son los que menos se benefician de las técnicas conductuales (44).

4.-Estudios de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivos y Síntomas psicóticos.

4.1.- Aspectos históricos y fenomenología.

Ya que la presente investigación es esencialmente fenomenológica y clínica, es importante incluir los aspectos históricos y fenomenológicos relacionados con fenómeno esquizo-obsesivo.

El síndrome obsesivo-compulsivo, ha sido reconocido desde hace más de tres siglos, se ha descrito con diferentes nombres a lo largo el tiempo; tempranamente se designó como melancolía religiosa, neurosis obsesivo-compulsiva y recientemente como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los síntomas obsesivos y compulsivos están presentes en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos además del TOC, como en los trastornos afectivos, la esquizofrenia, anorexia nervosa, síndrome de Tourette, e incluso como parte de la vida mental "normal" (48).

Históricamente los conceptos de obsesión y compulsión han variado; inicialmente en la escuela psiquiátrica germana. En 1867 se acuñó el término técnico *Zwangvorstellung* para referirse a pensamientos irresistibles;

expectativas sobre la ansiedad y sus consecuencias, responsabilidad excesiva, procedimientos de exposición dirigidos a disminuir la ansiedad asociada a las obsesiones; técnicas para disminuir la frecuencia de los rituales y obsesiones. Existe acuerdo general en que las técnicas combinadas producen mejores resultados. También se ha informado que los pacientes que tiene únicamente obsesiones y realizan pocos rituales son los que menos se benefician de las técnicas conductuales (44).

4.-Estudios de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivos y Síntomas psicóticos.

4.1.- Aspectos históricos y fenomenología.

Ya que la presente investigación es esencialmente fenomenológica y clínica, es importante incluir los aspectos históricos y fenomenológicos relacionados con fenómeno esquizo-obsesivo.

El síndrome obsesivo-compulsivo, ha sido reconocido desde hace más de tres siglos, se ha descrito con diferentes nombres a lo largo el tiempo; tempranamente se designó como melancolía religiosa, neurosis obsesivo-compulsiva y recientemente como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los síntomas obsesivos y compulsivos están presentes en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos además del TOC, como en los trastornos afectivos, la esquizofrenia, anorexia nervosa, síndrome de Tourette, e incluso como parte de la vida mental "normal" (48).

Históricamente los conceptos de obsesión y compulsión han variado; inicialmente en la escuela psiquiátrica germana. En 1867 se acuñó el término técnico *Zwangvorstellung* para referirse a pensamientos irresistibles;

esto refleja la visión del autor sobre el origen del trastorno, proviene de la palabra *Zwang* que significa opresión y de la palabra *Vorstellung* que significa representación. Posteriormente Westphal equiparó presentación a idea, y concluyó que los estados obsesivos resultaban de trastornos de la función intelectual. También Westphal fue el primero en considerar que la compulsión era secundaria a la obsesión parásita (49).

En la terminología francesa, las obsesiones viajaron bajo varios términos, como manía sin delirio, locura intelectual y locura lúcida, los tres términos enfatizan cambios patológicos en la esfera intelectual y la conservación de la prueba de realidad. Esquirol realizó una apertura nosológica para el trastorno obsesivo, considerándolo como "una actividad involuntaria, instintiva e irresistible, que encadena al paciente a acciones que no están originadas en la razón o la emoción, que rechaza y no puede suprimir".

En la segunda mitad del siglo XIX, la visión de que las emociones pueden estar primariamente involucradas en la etiología de las obsesiones, fue desarrollada por Morel, reflejado en el término, "delirio emotivo".

Otra contribución importante fue la de Du Saulle (1875), que consideró que las obsesiones tenían un curso fluctuante e inicio insidioso. Caracterizó 3 estadios en su evolución, "el primero caracterizado por pensamientos involuntarios e irresistibles, sin ilusiones o alucinaciones, acompañados por sentimientos de duda y ocasionalmente acompañados por representaciones mentales o imágenes de los pensamientos, estos síntomas generaban miedo y ansiedad, lo cual conducía al desarrollo de rituales. El segundo estadio estaba marcado por revelaciones inesperadas hechas a familiares sobre su problema guardado por años, acompañado por depresión y ansiedad; los rituales y la conducta excéntrica complicaban el cuadro. El insight no estaba perdido y fluctuaba la severidad de los síntomas. El tercer estadio comenzaba con rituales y parálisis obsesiva que deterioraba severamente la competencia social. Algunos pacientes

mantenían solo una semblanza del insight, tenían una actitud psicótica, sin embargo no evolucionaban a la demencia". (49,50)

La palabra obsesión derivada del latín *obsidere*, este término ganó significado en la terminología médica, gracias al trabajo de Falret, donde obsesiones patológicas se referían a eventos subjetivos anómalos y repetitivos sin estímulo externo.

Janet y Schneider para la neurosis obsesivo-compulsiva, definieron a las obsesiones a partir de los siguientes criterios: 1) un sentimiento subjetivo de ser forzado a pensar, sentir o actuar. 2) El contenido de la obsesión es percibido como absurdo o sin sentido, esto es, el insight se mantiene. 3) La resistencia acompaña a la obsesión. A pesar de este acuerdo general en la definición, el diagnóstico diferencial entre psicosis y neurosis aún persiste como problema clínico (50).

En la escuela británica, la palabra obsesión había sido usada en el siglo XVI, para describir el acto de ser asediado por el diablo, pero se introdujo en la terminología médica en 1862 para referirse a una idea imperativa

4.2.- Prevalencia

El estudio de la ECA (15), evaluó a individuos de cinco comunidades a través del Entrevista diagnóstica estructurada (DIS) y de acuerdo a los criterios del DSM III. Reportó una prevalencia de TOC a lo largo de la vida de 1.9 al 3.3%. Así mismo reportaron una notable comorbilidad de TOC, con varios trastornos psiquiátricos, 12.2% con esquizofrenia y 1.3% con trastorno esquizofreniforme. Los pacientes con esquizofrenia tuvieron un

inicio más temprano que los pacientes con TOC, cuando ambos ocurrieron juntos.

Fenton y McGlashan (11), reportaron porcentajes de comorbilidad de esquizofrenia y TOC entre 10 y 15%. Observaciones clínicas de Ingram (51), así como Solymon y col (52), han observado manifestaciones psicóticas en el 15% de los pacientes con TOC.

4.3.- Estudios clínicos transversales

Hwang y Hollander (53), enfatizan el hecho que mientras la presencia de psicosis en el TOC, ha sido largamente reconocida, la mayoría de las modernas clasificaciones, han colocado al TOC como un trastorno de ansiedad y le han restado énfasis a su cualidad delirante; estas clasificaciones, están basadas en las definiciones de Janet (1908) y Schneider (1925), quienes puntualizaron como característica esencial, la naturaleza egodistónica del TOC.

Sin embargo, Lewis en 1936, observó que mientras la experiencia subjetiva de la compulsión es central, la apreciación crítica, es decir la cualidad y naturaleza de la idea, así como el insight del paciente con TOC puede no ser siempre reconocida, como en aquellos pacientes que pierden el insight y la resistencia a las obsesiones.

Hwang y Opler, citan a Bumke quien observó también una línea tenue entre obsesiones y delirios, al señalar que "las obsesiones son delirios naciotes y que puede existir solo un grado entre las obsesiones y delirios".

Otros puntos de vista de la relación entre estos síntomas, provienen de la visión psicoanalítica; Stengel en 1945 postuló una posible interacción entre manifestaciones neuróticas y psicóticas durante le curso del TOC como

parte de un mecanismo de defensa adaptativo. Por otro lado Freud postuló que los síntomas obsesivo-compulsivos, podrían ser una forma de psicosis y no necesariamente un signo de neurosis. Ana Freud resumió la visión psicoanalítica de la neurosis obsesivo-compulsiva, puntualizando que los estados obsesivos deberían ser vistos como un tipo específico de constelación mental, desde el fenómeno cercano a la normalidad, hasta el extremo de los trastornos neuróticos que ocasionalmente se acercan a las propiedades esquizoides o esquizofrénicas.

Después de esta revisión, Hawn y Hollander (53), centran su discusión sobre la importancia que el insight tiene en la incertidumbre del diagnóstico diferencial y el tratamiento de los pacientes con TOC atípico y síntomas psicóticos.

En otro estudio, Hollander (54) ha reportado un significativo traslape entre de las ideas sobre valoradas y síntomas delirantes durante el curso del TOC. Sugirió que la dimensión del insight en estos pacientes se extiende desde la obsesión neurótica incierta a la certeza delirante.

Solymon y col, (52) reportan los resultados de su estudio con pacientes que presentaban experiencias obsesivas importantes y constantes, pero que no cumplieron con los criterios de definición clásicos para TOC. Su muestra consistió en 45 pacientes y fue dividida en 2 grupos: a) Grupo de "obsesivos típicos", integrado por 37 pacientes con síntomas obsesivos clásicos, b) "TOC atípico", constituido por 8 pacientes (17.7%), cuyo síntoma obsesivo se encontrara claramente en los márgenes del delirio (es decir, sin el sentimiento subjetivo de compulsión, sin insight ni resistencia) y en ausencia de "síntomas esquizofrénicos" como delirios, alucinaciones, o trastornos formales del pensamiento.

Los resultados mostraron una tendencia en el grupo de "TOC atípicos" de incluir más hombres que mujeres (62% vs 46%), no casados (62% vs 40%) y con mejores niveles de educación (13vs 11 años) comparados con los TOC típicos. En cuanto a la historia familiar, los padres de los pacientes del grupo atípico tuvieron más rasgos obsesivos. El grupo atípico se caracterizó por mayor inestabilidad laboral ($p < .01$) y con un bajo ajuste social fue peor. El grupo atípico, respondió con menos éxito a la psicoterapia ($p < .05$) y a la farmacoterapia ($p < .01$).

Los autores (52) concluyen que sus hallazgos apoyan la hipótesis original de que el grupo de obsesivos atípicos, sufren de una forma más maligna de enfermedad que el grupo típico, y consideran que el TOC tiene una forma psicótica, a la que llaman "psicosis obsesiva", donde los síntomas obsesivos son egosintónicos, la prueba de realidad es débil, la personalidad premórbida no es obsesiva, y la respuesta al tratamiento fue siempre peor.

En otro estudio pionero, Insel y Akiskal (55) postularon que el TOC podría representar un espectro psicopatológico que varía a lo largo del continuo del *insight*, así, los pacientes que se encuentra en el extremo más severo del final de este espectro, tienen poca conciencia de enfermedad y se clasifican como psicosis obsesivo-compulsivas. Observaron que puede presentarse una transición desde la idea obsesiva a la delirante, cuando se abandona la resistencia (lucha interna contra la idea) y cuando se pierde la conciencia de enfermedad. Así mismo, consideran tres formas diferentes en el curso de los síntomas psicóticos en el TOC.

La primera forma propuesta, incluye a los pacientes con TOC, que desarrollan un cuadro de psicosis reactiva cuando la obsesión se transforma a delirio por la pérdida de la resistencia, se precipita por un estresor, el cual es circunscrito, reversible y puede ocurrir de dos formas: a) Afectiva, el temor a contaminarse es reemplazado por la culpa delirante a

contaminar a otros y b) Paranoide, la duda de haber cometido un acto reprensible, es substituida por el delirio de persecución por haber cometido dicho acto.

Otro tipo de relación que los autores observaron entre los síntomas psicóticos y obsesivos, es la que ocurre cuando los pacientes con TOC presenta síntomas psicóticos crónicos. Este grupo está constituido por pacientes severamente enfermos, con presentan obsesiones y delirios, pero sin TOC clásico. La característica principal en ellos es que el insight y la resistencia pueden estar solo marginalmente presentes, así el paciente puede reconocer la obsesión como egodistónica e irracional, pero no puede luchar contra ella.

Ocasionalmente observaron un tercer tipo de pacientes con pensamientos intrusivos, que tomaban la cualidad de "voces internas" acusatorias, sin embargo carecían de la cualidad conversatoria de la alucinación auditiva, lo que fue definida como pseudo alucinación (55).

Insel y Akiskal (55) evaluaron cualitativamente el insight y la resistencia en 23 pacientes con TOC después de cuatro semanas sin tratamiento antiobsesivo a través de una entrevista estructurada que evaluaba la actitud del paciente hacia sus obsesiones y compulsiones en una escala de 0 a 8. La gran mayoría (18 pacientes) consideraban a la obsesión y a la compulsión sin sentido, sin embargo cuando se les preguntó sobre lo que podría ocurrir si no realizaban la compulsión, manifestaban incertidumbre sobre la posibilidad de las consecuencias indeseables. Los autores consideran esto como una diferencia entre el insight intelectual y el emocional. Proponen que el insight y la resistencia son un continuo, más que variables dicotómicas; en el final más severo de este continuo es encuentran los pacientes quienes intelectualmente reconocen sus obsesiones como absurdas, pero conductualmente parecen más abrazar la idea obsesiva, que resistirla.

Foa (81) ha descrito este problema como ideas sobrevaloradas.

Insel y Akiskal (55), concluyen recomendando que estos pacientes sean asignados con la frase cualitativa de "con síntomas psicóticos", de manera similar a como se hace con los trastornos afectivos.

En otro estudio, Eisen y Rasmusen (56) estudiaron a 475 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, 67 pacientes (14%) presentaron además síntomas psicóticos, definidos por los autores como, alucinaciones, delirios y/o trastornos del pensamiento, estos síntomas fueron identificados a través de una entrevista semiestructurada. Sin embargo, del total de pacientes con síntomas psicóticos, 27 presentaron como único síntoma psicótico la pérdida del insight y la firme convicción de que su idea era razonable y no absurda, 18 pacientes reunieron criterios para TOC y esquizofrenia, 8 para TOC y trastorno delirante, y 14 para TOC y trastorno de personalidad esquizotípica.

Como grupo, los pacientes con TOC y síntomas psicóticos, mostraron diferencias significativas comparándolos con el grupo de TOC sin síntomas psicóticos. En el grupo de pacientes con TOC y síntomas psicóticos, predominó el sexo masculino (63% vs. 44%, $df = 1$, $\chi^2 = 8.3$, $p = .004$) y los solteros (72% vs 50%, $\chi^2 = 11.6$, $df = 1$, $p = .001$) con edades menores al momento de su primer contacto con atención profesional (media 20.5 +- 10.9 vs 25.5 +- 7.7 años), $df = 472$, $p = .001$) y un mayor porcentaje de este grupo tuvo un curso con mayor deterioro (42% vs 8%, $df = 2$, $p = .000$). Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables, cuando se compararon los TOC sin síntomas psicóticos y los pacientes con TOC sin insight.

Los resultados de Eisen y Rasmussen, son compatibles a lo reportado en la literatura, con respecto al curso, edad al primer contacto y género. Así

mismo pone de manifiesto que no existen diferencias entre los pacientes con y sin insight.

Catapano y cols, (57) evaluaron el insight y la resistencia en noventa y cuatro pacientes con diagnóstico de acuerdo al DSM IV de TOC, a través de los ítems correspondientes de la escala de severidad de Yale-Brown. 79 pacientes (84%) mostraron un insight adecuado, los 15 pacientes restantes (16%) tuvieron un insight pobre. Cuarenta y nueve pacientes (52%), presentaron una resistencia muy baja o prácticamente ausente, a las obsesiones y compulsiones. Sesenta y ocho pacientes (64%) tenían poco o ningún control sobre sus obsesiones y 61 (64%), no fueron capaces de controlar sus compulsiones.

El grado de insight se correlacionó significativamente con las puntuaciones totales de la escala de severidad de Yale-Brown ($r = 0.364, p < .01$). El grado de resistencia a las obsesiones y compulsiones se correlacionó significativamente con las puntuaciones totales de la escala de Yale-Brown. También se evaluaron los antecedentes de psicopatología familiar, y se encontró que los familiares de primer grado de los pacientes con pobre insight tenían altos porcentajes de trastornos del espectro de la esquizofrenia ($\chi^2 = 11.5, d.f. = 1, p < .01$), así como una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos durante la infancia ($\chi^2 = 12.33, df = 1, p < .001$).

Todos los pacientes de la muestra fueron sometidos a tratamiento farmacológico por 24 semanas, al final de este periodo, los pacientes con insight adecuado, mostraron una mayor reducción, estadísticamente significativa en las puntuaciones totales de la escala de Yale-Brown al compararlos con los pacientes sin insight. Cuarenta y dos pacientes con insight adecuado y ninguno de los pacientes con pobre insight fueron clasificados como respondedores.

Los autores concluyen que sus resultados apoyan la hipótesis de Insel y Akiska (55) referentes a un continuo del insight y la resistencia. Sin embargo, afirman en la distinción entre obsesiones y delirios no puede hacerse exclusivamente con base en la presencia o ausencia del insight, ya que se deben tomar en cuenta características como la forma y el contenido de las obsesiones y el pensamiento delirante, así como las consecuencias conductuales del pensamiento del paciente, es decir la forma de enfrentarse al síntoma.

Fear y cols (58), valoraron el proceso cognoscitivo en pacientes con TOC y delirios. Para ello evaluaron a 30 pacientes con TOC, 29 con trastornos delirantes (TD), (aunque no se aclara que tipo) y un grupo control de 30 sujetos sin psicopatología. Encontraron que en 16 pacientes coexisten los diagnósticos de TOC y TD. Fueron evaluados con diferentes instrumentos que valoraban ideación mágica, esquizotipia, la escala de evaluación de delirios de Maudsley y la escala de severidad de Yale-Brown. Al comparar las puntuaciones de la escala de ideación mágica, el grupo TOC - TD tuvo niveles más altos de pensamiento mágico, pero no que el grupo con TD. Lo mismo ocurrió con la esquizotipia.

El concepto de espectro de un trastorno psiquiátrico es una propuesta que permite explicar la relación existente entre diferentes trastornos psiquiátricos y que puede explicar también el continuo entre diversos síntomas (58).

En el caso del TOC, el concepto de espectro hace referencia al traslape fenomenológico y neurobioquímico entre el TOC y un amplio rango de condiciones que incluyen el síndrome de Tourette, autismo, trastorno de movimientos estereotipados, trastornos somatomorfos, tricotilomanía y juego patológico.

Sobre este concepto, Hollander (54) realiza una revisión sobre el espectro del trastorno obsesivo compulsivo; señala que este concepto tiene implicaciones en el diagnóstico, nosología, neurobiología y tratamiento de la amplia variedad de trastornos que se encuentran dentro de este espectro y que afectan a un porcentaje considerable de la población. Estos trastornos están caracterizados por pensamientos o preocupaciones obsesivas respecto a su imagen corporal (dismorfofobias), sensaciones corporales (despersonalización), su peso (anorexia nervosa), ideas de padecer alguna enfermedad (hipocondriasis), o por conductas ritualistas y estereotipadas como los tics (Síndrome de Tourette), arrancamiento de cabello (tricotilomanía), trastornos del control de impulsos (compulsiones sexuales, juego patológico), delirios (trastorno delirante somático, esquizofrenia), trastornos neurológicos (Corea de Sydenham, epilepsia), autismo y otros trastornos permanentes del desarrollo.

Además de las características clínicas que relacionan a estos trastornos dentro de un espectro, existen también hallazgos biológicos que apoyan este concepto. La mayoría de los modelos biológicos en el TOC, se centran alrededor del papel de la serotonina en la fisiopatología de este trastorno. Este modelo se basa principalmente en los resultados efectivos que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) tienen en los síntomas del TOC y los trastornos de su espectro. Al parecer son útiles en síntomas del trastorno dismórfico corporal y conductas auto lesivas en pacientes con retraso mental. También han mostrado ser útiles en estudios abiertos en la hipocondriasis, cleptomanía, y juego patológico entre otros, sin embargo no han demostrado su utilidad en estudios comparativos.

Este concepto se ve apoyado por la elevación de los niveles del ácido 5 hidroxí-indol acético (5- HIAA), metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo en un grupo de pacientes con TOC y otro con anorexia nervosa (59).

Las evidencias neuroanatómicas se basan en estudios de imágenes estructurales que sugieren patología prefrontal y de los ganglios basales. Las imágenes funcionales muestran actividad alterada en estas mismas estructuras en el reposo y en la estimulación. Además se han observado cambios en estas áreas antes y después del tratamiento farmacológico y conductual (54).

Las evidencias genéticas están apoyadas por estudios sobre la transmisión familiar del TOC. Desde la perspectiva del constructo del espectro del TOC, los estudios genéticos del traslape entre el TOC y Síndrome de Tourette ha sido de particular interés. Los tics son más comunes de lo esperado en los familiares de pacientes con TOC, y el TOC es más común en los familiares de pacientes con síndrome de Tourette que en los controles.

4.4 TOC Y Esquizotipia

Dentro del mismo concepto del espectro de los trastornos psiquiátricos, existen estudios que evalúan la relación entre las obsesiones y trastornos del espectro de la esquizofrenia, se encuentran aquellos que avalúan la relación entre el TOC y la esquizotipia, como el estudio de Jenike y cols (60), que parten de la evaluación de pacientes con TOC resistentes al tratamiento, encontraron que aquellos que además tenían trastorno de personalidad esquizotípica, tenían peor respuesta al tratamiento. Compararon 14 pacientes TOC con características esquizotípicas, y 29 pacientes no esquizotípicos, encontraron que el 90% de estos últimos respondían por lo menos moderadamente al tratamiento y solo uno de los pacientes (7%) con características esquizotípicas. En adición, el número de características esquizotípicas se correlacionó negativamente con la respuesta al tratamiento.

En estos pacientes encontraron características como pensamiento mágico, con ideas de referencia, discurso extraño, sobre-elaborado, metafórico y circunstancial, aislamiento y ansiedad en situaciones sociales.

En el mismo enfoque, Sobin y cols (61) proponen que el traslape entre el TOC y la esquizofrenia, sugiere que los rasgos esquizotípicos pueden ser útiles para distinguir un subtipo relativamente homogéneo de pacientes con TOC. Para evaluar esto, obtuvieron las puntuaciones de esquizotipia a través de un instrumento diseñado para tal efecto en 119 pacientes con diagnóstico de TOC de acuerdo al DSM IV. La entrevista semiestructurada para esquizotipia evaluó la presencia de ideas de referencia, suspicacia, pensamiento mágico, ilusiones y trastornos del pensamiento. Se utilizaron también las escalas de verificación de Yale Brown y el inventario de tics de Yale. Así mismo se evaluó la edad de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos, así como la edad de inicio del TOC, considerando para este último, el criterio de inicio del deterioro de acuerdo al DSM IV.

El 50% de la muestra tuvo puntuaciones de esquizotipia mayores a 7 y el 25% mayores a 12. Usando el criterio de evaluación, encontraron que el 50% de la muestra tenía esquizotipia. Un análisis de regresión logística sugirió que problemas de aprendizaje, fobia específica, obsesiones somáticas y compulsiones de contar, incrementan significativamente el porcentaje de tener esquizotipia. Estos factores han sido asociados en otros estudios con la esquizofrenia y con el TOC con síntomas psicóticos.

A través de los reportes presentados en los antecedentes, y a pesar de que los resultados son inconsistentes, podemos observar como desde ambos tipos de aproximaciones, encontramos que los pacientes que presentan síntomas obsesivos y psicóticos coexistentes muestran diferencias en algunas variables clínicas y sociodemográficas que los diferencia de los pacientes con diagnósticos puros contra los que se comparó.

Sin embargo los datos reportados hasta el momento, son insuficientes para probar cualquiera de las hipótesis planteadas para explicar este fenómeno clínico.

A pesar de esto queda claro que estos pacientes presentan dificultades diagnósticas al generar confusión en la evaluación de los síntomas, presentan también dificultades en el tratamiento, dado que la respuesta farmacológica generalmente es menor e incluso pueden ser clasificados como resistentes al tratamiento, y finalmente su pronóstico parece ser reservado.

III JUSTIFICACION

La primera justificación para el estudio del fenómeno esquizo-obsesivo, radica en que se trata de un asunto clínico y fenomenológico aún no entendido, que tiene repercusiones en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes que lo presentan.

Si bien desde hace más de un siglo se ha observado la confluencia entre síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos en pacientes con esquizofrenia, con trastorno obsesivo compulsivo y con trastorno de personalidad esquizotípico, hasta el momento existen pocos estudios sistematizados que evalúen la forma en que estos síntomas se relacionan.

Se han planteado tres posibilidades para explicar esta coexistencia. Una hipótesis plantea que esta confluencia de síntomas representa una variable de TOC o bien una variable de la Esquizofrenia; otra posibilidad es la presencia de comorbilidad entre el TOC y la esquizofrenia, y una tercera hipótesis plantea la posibilidad de una "nueva entidad nosológica", aún no reconocida, con antecedentes, características y curso clínico, así como una respuesta al tratamiento propia e independiente del TOC y de la esquizofrenia.

Una característica esencial que debe tomarse en cuenta en el estudio de este fenómeno clínico, es la evaluación del límite en las definiciones de síntomas obsesivos y psicóticos, especialmente en lo referente a las ideas con características obsesivas y delirantes. Con apego estricto a las definiciones clásicas de autores como Jaspers, la conservación del *insight* es un criterio esencial para hacer excluyentes las ideas obsesivas de las delirantes.

En el caso de pacientes con TOC, las variaciones en el *insight* son contempladas en los criterios diagnósticos del DSM IV, donde existe la subcategoría "con pobre insight", sin embargo, esta subcategoría no explica las diferencias clínicas entre estos pacientes y los que mantienen el insight, y mucho menos cuando el insight ya no existe.

En el caso de los pacientes con esquizofrenia, la pérdida del *insight*, es precisamente lo que le brinda al síntoma, la cualidad de delirio, aún cuando la idea pueda ser intrusiva, y repetitiva. Por lo anterior podemos suponer que una evaluación más detallada del *insight* nos permitirá una mejor aproximación al fenómeno esquizo-obsesivo.

Otro punto relevante para la justificación de esta investigación, es el alto porcentaje de pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo como parte de su cuadro clínico: los porcentajes de prevalencia de los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivos oscilan entre el 10 y 15% y entre los pacientes con TOC, entre el 10 y 12% presentan síntomas psicóticos, así se puede observar que existe un porcentaje importante de pacientes con cuadros atípicos en ambos grupos, los cuales, dadas sus características clínicas presentan dificultades diagnósticas, mala respuesta al tratamiento y peor pronóstico, por lo que es indispensable realizar estudios cuyos objetivos sean evaluar las diferencias existentes en los pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo, en la esquizofrenia y el TOC, con el fin de obtener un mejor entendimiento del fenómeno y mejores formas de aproximación y tratamiento para estos pacientes.

IV OBJETIVOS.

1. Estimar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
2. Describir las características sociodemográficas y clínicas en los pacientes con Esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos (esquizo-TOC).
3. Evaluar si existen diferencias entre los pacientes con esquizofrenia y aquellos con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos (esquizo-TOC) en cuanto a las variables clínicas y sociodemográficas.
4. Estimar la prevalencia de síntomas psicóticos en los pacientes con diagnóstico de TOC.
5. Describir las características sociodemográficas y clínicas en los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (obseso-esquizos).
6. Evaluar las diferencias entre los pacientes con TOC y entre aquellos con TOC y síntomas psicóticos (obseso-esquizos), en cuanto a las variables clínicas y sociodemográficas.

V. HIPÓTESIS

H1.- Los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos (esquizo-TOC), tienen edades de inicio del trastorno más tempranas, presentan una duración de la enfermedad no tratada más corta, una mayor severidad de los síntomas, un peor ajuste premórbido, un peor funcionamiento global, y una menor respuesta al tratamiento convencional, así como la necesidad de utilización de un mayor número de medicamentos que los pacientes con esquizofrenia sin síntomas obsesivos.

H0.- Los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos (esquizo-TOC), no tienen edades de inicio del trastorno más tempranas, ni presentan una duración de la enfermedad no tratada más corta, ni una mayor severidad de los síntomas, ni peor ajuste premórbido, ni peor funcionamiento global, ni menor respuesta al tratamiento convencional, así como tampoco la necesidad de utilización de un mayor número de medicamentos que los pacientes con esquizofrenia sin síntomas obsesivos.

HA.- Los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos (esquizo-TOC), tienen edades de inicio del trastorno más tardías, presentan una duración de la enfermedad no tratada más larga, una menor severidad de los síntomas, un mejor ajuste premórbido, un mejor funcionamiento global, y una mayor respuesta al tratamiento convencional, así como la necesidad de utilización de un menor número de medicamentos que los pacientes con esquizofrenia sin síntomas obsesivos.

H2.- Los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizo), tienen edades de inicio del trastorno más tempranas, presentan una duración de la enfermedad no tratada más corta, una mayor severidad de los

síntomas, un peor ajuste premórbido, un peor funcionamiento global, y una menor respuesta al tratamiento convencional, así como la necesidad de utilización de un mayor número de medicamentos que los pacientes con TOC sin síntomas psicóticos.

H0. - Los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), no tienen edades de inicio del trastorno más tempranas, ni presentan una duración de la enfermedad no tratada más corta, ni una mayor severidad de los síntomas, ni un peor ajuste premórbido, ni un peor funcionamiento global, ni una menor respuesta al tratamiento convencional, así como tampoco la necesidad de utilización de un mayor número de medicamentos que los pacientes con TOC sin síntomas psicóticos.

HA.- Los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizo), tienen edades de inicio del trastorno más tardías, presentan una duración de la enfermedad no tratada más larga, una menor severidad de los síntomas, un mejor ajuste premórbido, un mejor funcionamiento global, y una mejor respuesta al tratamiento convencional, así como la necesidad de utilización de un menor número de medicamentos que los pacientes con TOC sin síntomas psicóticos.

H3.- Al comparar al grupo de pacientes con esquizofrenia con síntomas obsesivos (esquizo-TOC) vs. los pacientes con diagnóstico de TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), no encontraremos diferencias en la edad y forma de inicio, ni en el ajuste premórbido, ni en el funcionamiento psicosocial, ni en la forma de respuesta al tratamiento.

H0.- Al comparar al grupo de pacientes con esquizofrenia con síntomas obsesivos (esquizo-TOC) vs. los pacientes con diagnóstico de TOC y

síntomas psicóticos (obseso-esquizos), si encontraremos diferencias en la edad y forma de inicio, en el ajuste premórbido, en el funcionamiento psicosocial, y en la forma de respuesta al tratamiento.

HA.- Al comparar al grupo de pacientes con esquizofrenia con síntomas obsesivos (esquizo-TOC) vs. los pacientes con diagnóstico de TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), encontraremos semejanzas en la edad y forma de inicio, ni en el ajuste premórbido, ni en el funcionamiento psicosocial, ni en la forma de respuesta al tratamiento.

VI METODOLOGÍA

1.- Diseño del estudio

Es un estudio comparativo, transversal, prospectivo.

2.- Población estudiada

Grupo 1. Conformada por 14 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y 15 pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos (esquizo-obsesivos).

Grupo 2. Integrada por 18 pacientes con diagnóstico de TOC y 18 pacientes con diagnóstico de TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos).

Los pacientes fueron captados en la consulta externa o bien del área de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

síntomas psicóticos (obseso-esquizos), si encontraremos diferencias en la edad y forma de inicio, en el ajuste premórbido, en el funcionamiento psicosocial, y en la forma de respuesta al tratamiento.

HA.- Al comparar al grupo de pacientes con esquizofrenia con síntomas obsesivos (esquizo-TOC) vs. los pacientes con diagnóstico de TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), encontraremos semejanzas en la edad y forma de inicio, ni en el ajuste premórbido, ni en el funcionamiento psicosocial, ni en la forma de respuesta al tratamiento.

VI METODOLOGÍA

1.- Diseño del estudio

Es un estudio comparativo, transversal, prospectivo.

2.- Población estudiada

Grupo 1. Conformada por 14 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y 15 pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos (esquizo-obsesivos).

Grupo 2. Integrada por 18 pacientes con diagnóstico de TOC y 18 pacientes con diagnóstico de TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos).

Los pacientes fueron captados en la consulta externa o bien del área de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

3.- Criterios de Referencia

Grupo 1.

1a.- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de cualquier tipo de acuerdo al DSM IV, en los que se detectó o sospechó la presencia de obsesiones y/o compulsiones al momento de la evolución del estudio y de por lo menos un mes de duración, cuyo tema fuera diferente del tema de los delirios.

1b.- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia cualquier tipo.

Grupo 2

2a.- Pacientes con diagnóstico de TOC de acuerdo al DSM IV, en quienes se detectó o se sospechó la presencia de delirios en el momento de la evaluación y de por lo menos un mes de duración, cuyo contenido tuviera un tema diferente del tema de las obsesiones y/o compulsiones.

2b.- Pacientes con diagnóstico de TOC.

Para ambos Grupos

- 1.-Ausencia de cualquier otro diagnóstico del eje I
- 2.-Cualquier Sexo
- 3.-Edades 16-50 años
- 4.-Con sintomatología del diagnóstico principal de por lo menos 6 meses de duración
- 5.-Sin impedimentos para la comunicación verbal y escrita

4.- Criterios de Inclusión

Grupo 1

1a.- Pacientes con diagnóstico corroborado de Esquizofrenia de acuerdo al cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN), en los que se comprobó la presencia de obsesiones y/o compulsiones en el

momento de la evaluación del estudio y cuyo contenido fuera diferente del presentado en los delirios. A este grupo se le designó como "Grupo Esquizo-TOC"

1b.- Pacientes con diagnóstico corroborado de Esquizofrenia de acuerdo al SCAN sin síntomas obsesivos ni compulsivos, que se le llamó "Grupo Esquizofrenia"

* Para propósitos de esta investigación se definió la presencia de síntomas obsesivo compulsivos, como la detección de éstos a través del SCAN y de la lista de verificación de síntomas de Yale Brown y basados en las definiciones de obsesiones y compulsiones del DSM IV.

GRUPO 2

2a.- Pacientes con diagnóstico corroborado de TOC de acuerdo al SCAN, en quienes se constató la presencia de delirios y/o alucinaciones presentes en el momento de la entrevista y cuyo contenido fue diferente del tema de las obsesiones. Se designó a este grupo, como "Grupo TOC-esquizo"

2b.- Pacientes con diagnóstico corroborado de TOC de acuerdo al SCAN, sin presencia de delirios ni alucinaciones, que se incluyeron dentro del "Grupo TOC".

Para propósitos de esta investigación se definió la presencia de síntomas psicóticos, como la presencia de alucinaciones y / o de delirios con un tema diferente al contenido de las obsesiones, ya que esto podría representar solo la pérdida del *insight*.

Para ambos Grupos

1.-Ausencia de cualquier otro diagnóstico del eje I

- 2.-Cualquier Sexo
- 3.-Edades 16-50 años
- 4.-Con sintomatología del diagnóstico principal de por lo menos 6 meses de duración
- 5.-Sin impedimentos para la comunicación verbal y escrita
- 6.-Firmar el consentimiento informado

5.- Criterios de Exclusión.

- 1.- Cualquier otro diagnóstico del eje I de acuerdo al DSM- IV distinto de Esquizofrenia o TOC. El diagnóstico de un episodio depresivo mayor es un criterio excluyente, sin embargo se permite la presencia de síntomas depresivos aislados.
- 2.- Cualquier condición médica concomitante severa
- 3.- Antecedente de abuso o dependencia a cualquier sustancia en los 6 meses anteriores al estudio
- 4.- Antecedente de haber recibido cualquier fármaco experimental en los 6 meses anteriores

6.- Descripción de las Escalas y Entrevistas

1. - Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría. (Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN).

Es una entrevista semiestructurada, creada por la OMS y la Administración de alcohol y drogas de los Estados Unidos (ADAMHA), la cual es compatible con los dos principales sistemas de clasificación psiquiátrica internacional. Se realizó tomando como base la entrevista del estado actual (PSE), que es un cuestionario integrado también por preguntas semiestructuradas. Está conformada por 3 partes: a) PSE, b) un listado de

reactivos conocido como lista ICG, que es un validador externo de la información y se obtiene de expedientes clínicos, otros médicos y otros informantes. c) Cédula de información clínica (CLINFO), que investiga el nivel intelectual, aspectos de la personalidad, alteraciones del funcionamiento social y diagnóstico clínico. Puede cubrir 3 periodos de la vida, que son el episodio actual, el episodio más representativo, a bien evaluar el cuadro a lo largo de la vida. (OMS 1992, 62)

Al ser una entrevista semiestructurada debe ser aplicada por psiquiatras con experiencia en psicopatología, la información se procesa en el programa de cómputo Catego 5.

La confiabilidad del sistema SCAN para realizar diagnósticos, se ha demostrado en diversos estudios con valores de kappa 0 .70 (63) y en estudios de campo desarrollados tanto a nivel internacional como en nuestro país .

2. - Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con Esquizofrenia.

Evalúa el funcionamiento del individuo en 4 etapas del ciclo vital, infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y edad adulta, y abarca 4 esferas de la vida, que son: socialización, relaciones de amistad, relaciones fuera del núcleo familiar, y vinculación psicosexual. Finalmente tiene un apartado para el funcionamiento global máximo previo al inicio de la enfermedad. La validación de la escala, se comprobó con la diferencia de las puntuaciones obtenidas en las diferentes sub-escalas y las globales entre dos poblaciones, controles normales y pacientes con esquizofrenia. Para la confiabilidad inter-evaluador el coeficiente de correlación intraclase para los dos fue de $r = 0.85$ (64).

La validación en español, comprobó que la traducción al castellano de esta escala, se comportó con una consistencia interna adecuada y discrimina en forma similar al instrumento original, entre los casos de esquizofrenia y los controles sanos. (65)

3. - Escala de Funcionamiento Psicosocial.

Para su aplicación se utiliza una entrevista semiestructurada, que está compuesta por 5 áreas de evaluación: ocupacional, social, económica, sexual y familiar. Cada una tiene 5 categorías de calificación: 1 muy satisfecho, 2 satisfecho, 3 neutral o indiferente, 4 insatisfecho, 5 muy insatisfecho. El periodo de evaluación puede variar de acuerdo al tipo de estudio que se pretenda realizar. Se califica cada área y se obtiene un promedio global. El promedio de "1", indica un adecuado funcionamiento, mientras que el de 5 traduce un mayor deterioro del funcionamiento. La validación de la escala, realizada por el mismo autor, reportó un alto grado de confiabilidad y validez. (66)

4. Escala de Síntomas Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS).

Realizada por Kay y cols (67,68,69), es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Consta de 30 reactivos, de los cuales, 7 constituyen la escala positiva, que incluye, delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia y grandiosidad; 7 reactivos más conforman la escala negativa, evalúan, afecto aplanado o inapropiado, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, para la conversación fluida y pensamiento estereotipado. Los 16 reactivos restantes conforman la subescala de psicopatología general, que valora preocupación, ansiedad, tensión, depresión, sentimientos de culpa, retraso motor, manierismos, alteración de la voluntad, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido de pensamientos inusuales, desorientación, deficiente control de impulsos, y preocupación somática. Cada apartado

es calificado de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo.. La validación en México fue realizada en 90 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría (70).

5.- Escala de Yale Brown

Esta escala fue diseñada específicamente para medir la severidad de los síntomas obsesivos y compulsivos; tiene 10 ítems, que se califican con puntuaciones de 0-4, donde 0 es la ausencia del síntoma y 4 es la presentación extrema, la puntuación total va de 0 a 40, con subtotales separados para la severidad de las obsesiones y las compulsiones. Posee un alto grado de consistencia interna, lo que sugiere que es un instrumento confiable para la evaluación de la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos. (71,72). La validación en México fue realizada por Nicolini y cols. (73)

6. – Formato de datos sociodemográficos.

Este formato fue diseñado para el presente estudio, incluye espacios para nombre, edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil, fecha de inclusión al estudio, número de registro y de expediente, así como dirección, nombres y teléfonos de familiares de referencia.

7.- Formato de datos clínicos

Este formato también fue realizado específicamente para este estudio, contiene 6 áreas de evaluación. La primera parte valora la historia médica del paciente, contiene información sobre los antecedentes gineco-obstétricos, enfermedades importantes, uso de sustancias, estudios de laboratorio y gabinete, así como examen físico. En la sección dos, se evalúa la forma de inicio del trastorno, los síntomas con los que debutó el paciente, la edad de inicio del trastorno y de cada tipo de síntomas, los

factores desencadenantes relacionados, la duración del intervalo entre el inicio de los síntomas y la llegada a la atención especializada. El tercer apartado es específico para los síntomas obsesivos, aquí se pregunta sobre el tipo y contenido de las obsesiones y compulsiones principales, así como el grado de *insight* y de la resistencia a cada una de éstas. Decidimos utilizar el término anglosajón *insight* por consenso, cuya traducción más aproximada es auto esclarecimiento.

La Cuarta parte es para investigar los síntomas psicóticos, se incluye tipo y contenido de las ideas delirantes, presencia de alucinaciones y de que tipo, presencia de discurso o conducta desorganizada, así como sobre síntomas negativos. La quinta parte es para consignar los tratamientos utilizados por el paciente, agrupados en antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos y otros. Se investiga sobre cada uno de ellos, el tipo de medicamento, la dosis, duración y tipo de respuesta, así como causas de los cambios de tratamiento si es que los hubo. Finalmente la sección 6 evalúa los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, especificando que miembro de la familia, el trastorno y el tratamiento. Se presenta este formato en el anexo 1.

8.- CGI

Este instrumento que puede ser utilizado en cualquier condición diagnóstica. Permite valorar el estado del paciente en un periodo de hasta 3 días antes del momento de evaluación. Consta de un solo reactivo en el que el clínico asigna una calificación de 0 a 6, en donde 1 indica sin enfermedad, 2 enfermedad límite, 3 levemente enfermo, 4 medianamente enfermo, 5 marcadamente enfermo, 6 gravemente enfermo, 7 dentro de los pacientes más gravemente enfermos. La calificación se basa en el juicio clínico y experiencia del médico en la patología a evaluar. La validez de la escala está dada por la asumida capacidad clínica del evaluador (74,75)

9.-Escala de Depresión para pacientes con esquizofrenia . Calgary

Es un instrumento diseñado para medir la severidad de síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia y tiene la capacidad para diferenciarlos de los síntomas negativos y los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos. Consta de 9 reactivos cada uno de los cuales tiene tres posibles grados de severidad (76). La traducción y validación al español se llevó a cabo por Ortega y cols (77,78), los resultados mostraron que la escala tiene una validez concurrente y reproductibilidad satisfactoria.

9.- Escala de Depresión de Hamilton

Este instrumento evalúa la severidad de los síntomas depresivos en cuadro de depresión mayor. Consta de 17 reactivos, casi todos con calificación de 0 a 4, algunos con calificación de 0 a 2 que evalúan la severidad de los síntomas depresivos en sus diversas dimensiones, físicos, cognoscitivos, propiamente afectivos. Con una calificación total máxima de 52. Es altamente válida y confiable. (79)

Procedimiento

De Junio de 1999 a Agosto 2001, en la etapa inicial de escrutinio se entrevistaron a 130 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, a quienes se les aplicó el SCAN para corroborar el diagnóstico. Con este instrumento, también se buscó la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, y se encontró que 14 de estos pacientes los presentaron, formando así el subgrupo de "esquizo-TOC"

Así mismo, el SCAN nos permitió descartar la presencia de otro diagnóstico del eje I.

En el mismo periodo, se entrevistaron a 112 pacientes con diagnóstico de TOC, con el SCAN se corroboró el diagnóstico y se detectaron síntomas psicóticos, encontrando a 18 pacientes que los presentaban, constituyendo el grupo de pacientes TOC-esquizos.

Una vez detectado cada paciente en particular, se clasificó en los subgrupos diagnósticos de acuerdo al diagnóstico principal y a los síntomas comórbidos que presentaron, después se les aplicó el cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario de datos clínicos.

En la segunda entrevista, se les aplicaron los siguientes instrumentos clinimétricos: escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS), escala de Calgary, escala de severidad de Yale Brown, escala de verificación de síntomas obsesivos de Yale, de evaluación global del TOC, escala de espectro del TOC, y escala de depresión de Hamilton para determinar la severidad de los síntomas.

En la tercera entrevista se aplicaron las escalas de ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial.

Cabe aclarar que las entrevistas de evaluación se realizaron semanal o quincenalmente para los pacientes de la consulta externa y para los pacientes hospitalizados se completaron durante su periodo de internamiento.

Análisis estadístico

Una vez obtenidas todas las variables, se procedió a la comparación entre grupos diagnósticos. Primero se comparó al "Grupo de pacientes Esquizo-TOC" vs. "Grupo de los pacientes con esquizofrenia". Después se contrastó a los pacientes del "Grupo TOC-esquizo" vs. "Grupo de pacientes TOC".

Finalmente, se realizó la comparación de los pacientes "Esquizo-TOC vs. Obseso-esquizo".

Las variables comparadas entre los diferentes grupos, fueron: edad, forma de inicio del trastorno, severidad de los síntomas psicóticos, obsesivos y afectivos, grados de insight y resistencia a las obsesiones y compulsiones, antecedentes familiares de psicopatología, ajuste premórbido, funcionamiento psicosocial, y respuesta al tratamiento.

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos diagnósticos se utilizaron la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos, la prueba exacta de Fisher se utilizó cuando las observaciones tuvieron una frecuencia menor a 5 y para las variables continuas se utilizó la t de Student para muestras independientes.

Resultados en el Grupo de Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

Entre junio de 1999 y agosto 2001 se entrevistaron a 130 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia corroborado por SCAN; 14 de estos pacientes presentaron síntomas obsesivo compulsivos de acuerdo a la definiciones consideradas para este estudio. Así, la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en esta muestra de pacientes con esquizofrenia fue del 10.8%.

Para realizar el análisis, se comparó a estos 14 pacientes, que a partir de ahora llamaremos esquizo-TOC, con otros 14 pacientes con esquizofrenia pero sin síntomas obsesivo-compulsivos, que se eligieron aleatoriamente de entre la muestra inicial.

Como se señaló, para definir a los pacientes como esquizo-TOC, además de tener el diagnóstico de esquizofrenia, éstos deberían presentar obsesiones y/o compulsiones; así los 14 pacientes de este grupo (100%), presentaban obsesiones y 12 de ellos (85.7%) presentaban, además, compulsiones.

Características Sociodemográficas

Entre los pacientes esquizo-TOC, 9 pacientes (64.3%) eran hombres y 5 (35.7%) mujeres. La edad al momento de la entrevista tuvo una media de 28.3 años (DE 9.9); la escolaridad media fue de 12 años (DE 2.7) y 12 (85.7%) pacientes no tenían pareja en el momento del estudio. En cuanto a la actividad laboral, la definimos como el hecho de dedicarse a algún tipo de actividad de forma principal, fuera ésta remunerada o no, por lo que se incluyeron además de los profesionistas, obreros, oficinistas, empleados y comerciantes, a las amas de casa y a los estudiantes. Así, 9 pacientes se

encontraban sin ocupación alguna y 5 con algún tipo de ocupación. La duración del trastorno no tratado (DTNT), fue definido como el tiempo entre el inicio del trastorno y llegada a atención especializada, en esta muestra tuvo una media de 146 semanas (DE 114.8). Tres pacientes (21.4%) tuvieron un inicio súbito y 11 (78.6%) insidioso.

Entre los pacientes con esquizofrenia 9 eran hombres (60%) y 6 (40%) mujeres. La edad al momento de la entrevista tuvo una media de 31.3 años (DE 10.53); la escolaridad de 10,9 años (DE 2.7) y 15 pacientes (83.8%) no tenían pareja. Al momento del estudio, 9 pacientes tenían algún tipo de ocupación y 6 sin ocupación. El tiempo entre el inicio del trastorno y llegada a atención especializada tuvo una media de 145 semanas (DE 162.4). Tres pacientes (20.1%) tuvieron un inicio súbito y 12 (80%) insidioso.

Entre los paciente esquizo-TOC, la edad de inicio del trastorno fue más temprana, con una media de 17.5 (DE 4.4), en los pacientes con esquizofrenia fue de 23.9 (DE 6.3), $t = 3.14$, $gl\ 27$, $p = .004$.

Evaluamos el antecedente de hospitalización durante el año anterior al estudio, por una exacerbación de síntomas psicóticos u obsesivos, se encontró que más pacientes con esquizo-TOC tuvieron hospitalizaciones que los pacientes con esquizofrenia, 10 (71.4%) vs. 4 (6.7%) ($\chi^2 = 5.8$, $gl\ 1$, $p = .02$)

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes esquizo-TOC y esquizofrenia, en los antecedentes de problemas perinatales, ni alteraciones electroencefalográficas, ni antecedentes de psicopatología familiar.

Cinco de los 14 pacientes esquizo-TOC, tuvieron por lo menos 3 obsesiones, 12 pacientes tuvieron dos tipos de obsesiones y 2 pacientes tuvieron solo un tipo de obsesión.

En la siguiente tabla, se muestra la frecuencia y porcentajes de los tres principales tipos de obsesiones y compulsiones en los pacientes con esquizo-TOC.

Tabla 1.- Tipo y frecuencia de las tres obsesiones y compulsiones principales entre los pacientes con esquizo-TOC

Tipo Obsesión n = 14 n (%)		Tipo de Compulsión n = 14 n (%)	
Agresiva	13 (63.3)	Limpieza	8 (33.3)
Sexual	9 (30)	Ritual mental	3 (12.5)
Somática	1 (3.3)	Repetición	4 (16.6)
Contaminación	3 (10)	Revisión	4 (16.6)
Religiosa	2 (6.6)	Evitación	1 (4.1)
Simetría	2 (6.6)	Coleccionar	1 (4.1)
Atesoramiento	0	Contar	1 (4.1)
		Rezar	2 (8.3)

La n (14) corresponde al número de pacientes evaluados, y la n(%) corresponde a la frecuencia de delirios y el porcentaje de éstos, tomando en cuenta que los 14 pacientes presentaron en conjunto 30 obsesiones y 24 compulsiones.

El grado de *insight* a la obsesión y a la compulsión principal, se evaluó preguntando a los pacientes que tan absurda les resultaba la idea, lo que podía ser respondido de tres formas principales: con alguna validez, moderadamente absurda y francamente absurda.

Por otro lado, el grado de resistencia se evaluó con otra pregunta, con que frecuencia intentaba resistirse a la idea o al ritual, teniendo tres posibles respuestas: se resiste siempre, algunas veces, nunca.

En cuanto a la presencia de síntomas negativos, 12 pacientes esquizo-TOC (86%), tuvieron estos síntomas, en tanto que el 100% de los esquizofrénicos los presentó.

En la siguiente tabla se reporta el grado de *insight* y resistencia a la obsesión y compulsión principal.

Tabla 2.- Grados de *Insight* y de resistencia a la obsesión principal en los pacientes con esquizo-TOC.

Grado de <i>Insight</i> y de Resistencia a la obsesión principal n (%)		Grado <i>insight</i> y de Resistencia a la compulsión principal n (%)	
<i>Insight</i>	Resistencia	<i>Insight</i>	Resistencia
Pobre <i>Insight</i> Cierta Validez 6 (42.9)	Sin Resistencia Nunca se resiste 5 (35.7)	Pobre <i>Insight</i> Cierta Validez 7 (50)	Sin Resistencia Nunca se resiste 10 (71.4)
Regular <i>Insight</i> Absurda 4 (28.6)	Regular resistencia Algunas veces 5 (35.7)	Regular <i>Insight</i> Absurda 4 (28.6)	Regular resistencia Algunas veces 5 (35.7)
Buen <i>Insight</i> Extremo absurda 4 (28.6)	Buena resistencia Se resiste siempre 4 (28.6)	Buen <i>Insight</i> Extremo absurda 3 (21.4)	Buena resistencia Se resiste siempre 4 (28.6)

En la tabla 3 presentamos el tipo y frecuencia de los delirios en los pacientes con esquizofrenia, para esto se interrogaron a los pacientes sobre los tres tipos principales de delirios que presentaban, 13 pacientes tuvieron por lo menos tres tipos diferentes de delirios, 15 tuvieron dos tipos diferentes y tres pacientes tuvieron solo un tipo de delirio. Ente los pacientes con esquizo-TOC, 10 pacientes tuvieron tres tipos de delirios y 14 pacientes tuvieron dos tipos.

Tabla 3.- Tipo y frecuencia de los tres principales delirios en los pacientes con esquizofrenia y esquizo-TOC.

Tipo de delirio	Esquizo-TOC n = 14 n (%)	Esquizofrenia n = 18 n (%)
Referencia	13 (43.3)	15 (34)
Daño	6 (20)	10 (22.7)
Bizarro	5 (16.6)	6 (13.6)
Somático	3 (10)	1 (2.2)
Transmisión y control del pensamiento	1 (3.3)	3 (6.8)
Persecución	1 (3.3)	4 (9)
Mesiánico	1 (3.3)	2 (4.5)
Megalomaniaco	0	1 (2.2)
Celotípico	0	1 (2.2)
Suplantación	0	1 (2.2)

El 100% de los pacientes con esquizofrenia presentaron alucinaciones auditivas, mientras que 13 de los 14 pacientes con esquizo-TOC (92.9%).

En la tabla 4 presentamos la frecuencia y porcentajes con que los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia presentaron síntomas negativos. No observamos diferencias entre los grupos.

Tabla 4.- Frecuencia y porcentajes de los síntomas negativos en los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia.

Síntomas Negativos	Esquizo-TOC n = 14 n (%)	Esquizofrenia n = 15 n (%)
Afecto plano	9 (64.3)	11 (73.3)
Aislamiento	13 (92.9)	14 (93.3)
Pobre empatía	11 (78.3)	11 (73.3)

En la tabla 5 presentamos la media y la desviación estándar de las puntuaciones en las escalas de severidad de síntomas psicóticos, obsesivos y afectivos. Observamos que los pacientes con esquizo-TOC presentan una mayor severidad global del trastorno evaluado a través del CGI.

Tabla 5.- Severidad de los síntomas entre los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia.

	Esquizo-TOC Media (DE)	Esquizofrenia Media (DE)
Escalas Síntomas Psicóticos		
PANSS positivo	21.21 (5.01)	21.13 (5.42)
PANSS negativo	23.79 (6.19)	24.20 (7.39)
PANSS general	46.14 (8.20)	40.53 (8.58)
PANSS total	91.14 (13.98)	85.87 (18.30)
Escalas Síntomas Obsesivos		
Yale obsesiones	14.61 (3.07)	0
Yale Compulsiones	11.71 (4.93)	0
Yale Total	25.64 (7.32)	0
Severidad de Yale	3.50 (.76)	0
Severidad global obsesiones y compulsiones (NIMH)	10.57 (3.20)	0
Síntomas afectivos		
Escala de Hamilton	5.64 (5.70)	2.53 (4.22)
Escala de Calgary	5.07 (5.84)	2.27 (2.93)
Escala de Severidad Global		
CGI	5.57 (1.15)	4.12 (.83) *1

*1 t= 4.07, gl 27, p = .001

En la tabla 6 se presentan las puntuaciones de las escalas de funcionamiento evaluados con dos instrumentos, solo se encontraron diferencias significativas en el área de funcionamiento familiar, con peores puntuaciones en el grupo de pacientes esquizo-TOC.

Tabla 6.- Puntuaciones promedio y DE en las escalas de funcionamiento de los pacientes esquizo-TOC y con esquizofrenia.

Escalas de Funcionamiento	Esquizo-TOC Media (DE)	Esquizofrenia Media (DE)
Escala de Ajuste Premórbido		
Infancia	.28 (.18)	.20 (.15)
Adolescencia temprana	.32 (.27)	.27 (.13)
Adolescencia tardía	.37 (.17)	.38 (.20)
Edad Adulta	.55 (.23)	.56 (.22)
Ajuste Premórbido General	.57 (.20)	.61 (.19)
Ajuste Premórbido Total	.45 (.21)	.40 (.14)
Escala de Funcionamiento Psicosocial		
Funcionamiento ocupacional	3.36 (.84)	3.27 (.96)
Funcionamiento social	3.71 (.91)	2.13 (.99)
Funcionamiento económico	3.50 (.76)	3.13 (1.12)
Funcionamiento sexual	3.71 (.91)	3.67 (1.04)
Funcionamiento familiar	3.36 (1.00)	2.40 (.91) *1
Funcionamiento Global	3.57 (.64)	3.27 (.96)

*1 t=2.68, gl 27, p = .013

Al evaluar la presencia de trastornos del espectro del TOC, encontramos que ningún paciente con esquizofrenia presentó alguna de estas conductas. Entre los pacientes con esquizo-TOC, ninguno presentó compras compulsivas, juego patológico ni ejercicio compulsivo, pero dos presentaron cleptomanía, uno comportamiento sexual compulsivo, 3 tricotilomanía ($\chi^2 = 3.58$, gl 1, $p = .05$) y 4 (28%) mostraron trastorno explosivo intermitente ($\chi^2 = 4.9$, gl 1, $p = .02$).

Los tics estuvieron ausentes en los pacientes con esquizofrenia. Un paciente esquizo-TOC presentó un tic fónico simple.

En los pacientes evaluamos también la respuesta previa al tratamiento, valorando el porcentaje subjetivo de mejoría con el uso de antipsicóticos e inhibidores de la recaptura de serotonina.

Definimos de acuerdo a los estándares convencionales, una respuesta satisfactoria cuando esta era mayor al 35%, moderada del 30 al 35% e insatisfactoria menor al 30%.

Entre los pacientes con esquizofrenia, 11 requirieron de un segundo antipsicótico y 3 hasta un tercer antipsicótico por falta de respuesta terapéutica. Entre los pacientes con esquizo-TOC, nueve requirieron de un segundo antipsicótico y cinco de un tercer o.

Tabla 7.- Tipo de respuesta al primer antipsicótico prescrito a los pacientes con esquizo-TOC y esquizofrenia

	Esquizo-TOC n (%)	Esquizofrenia n (%)
Satisfactoria	4 (28.6)	7 (46.7)
Moderadamente satisfactoria	7 (50)	6 (40)
Insatisfactoria	3 (21.4)	2 (13.3)

A todos los pacientes con esquizo-TOC se añadió al tratamiento con antipsicótico un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS), la respuesta a éste fue satisfactoria en 5 pacientes, moderadamente satisfactoria en 6 e insatisfactoria en los 3 restantes.

En el grupo de pacientes con esquizofrenia, dos de los pacientes necesitaron de un ISRS para potenciar el efecto antipsicótico.

Grupo 2. Pacientes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Entre junio de 1999 y agosto 2001, se entrevistaron a 112 pacientes con diagnóstico de TOC corroborado por SCAN; 18 de estos pacientes presentaron síntomas psicóticos, de acuerdo a las definiciones consideradas para este estudio. Así, la prevalencia de síntomas psicóticos en estos pacientes fue del 16%.

Para realizar el análisis, se compararon a estos 18 pacientes, que a partir de ahora serán llamados TOC-esquizo, con otros 18 pacientes con TOC, pero sin síntomas psicóticos, que se eligieron aleatoriamente de entre la muestra inicial de pacientes con TOC.

Características Sociodemográficas

Entre los pacientes TOC-esquizo, 10 pacientes (55.6%) eran hombres y 8 (44.4%) mujeres. La edad promedio al momento de la entrevista fue de 24.7 años (DE 6.5); la escolaridad media fue de 11.7 años (DE 3.6) y 14 (77.8%) no tenían pareja. Al momento del estudio, 5 pacientes (27.8%) se encontraban sin ocupación y 13 (72.2%) con algún tipo de ocupación. El tiempo entre el inicio del trastorno y su llegada a la atención especializada tuvo una media de 195 semanas (DE 146.5). Siete pacientes (38.9%) tuvieron un inicio súbito y 11 (61.1%) insidioso. Ocho pacientes (44.4%) presentaron una tendencia a ser hospitalizados con mayor frecuencia en el año anterior al estudio por su sintomatología psicótica u obsesiva, vs. 2 pacientes (16.7%) con diagnóstico de TOC, ($\chi^2 = 3.3$, gl 1, $p = .07$).

Los pacientes obseso-esquizos, tuvieron una edad de inicio más temprana que los pacientes TOC, 16.9 años (DE 4.62) vs. 21.8 (DE 10.34), mostrando una tendencia a la significancia, ($t = 3.95$, gl 34, $p = .07$).

Entre los pacientes con TOC, 9 pacientes (50%) eran hombres y 9 (50%) mujeres. La edad al momento de la entrevista tuvo una media de 29.89 años (DE 12); la escolaridad de 11 años (DE 2.4 y 11 pacientes (61.1%) no tenían pareja. Al momento del estudio, 2 pacientes (11.1%) se encontraban sin ocupación y 16 pacientes (80.6%) con ocupación. El tiempo entre el inicio del trastorno y llegada a atención especializada tuvo una media de 230 semanas (DE 259.4). Seis pacientes (33.3%) tuvieron un inicio súbito y 12 (66.7%) insidioso.

Siete pacientes obseso-esquizo (38.9%) tuvieron antecedente de parto distócico y solo en un paciente con TOC se registro este antecedente ($\chi^2=5.87$, gl 1, $p = .04$).

Entre los pacientes obseso-esquizo, 13 de los 14 pacientes presentaron alucinaciones auditivas.

En la tabla 8 presentamos el tipo y frecuencia de las obsesiones que presentaron los pacientes con esquizo-TOC y TOC, para esto preguntamos sobre los 3 principales tipos de obsesiones que presentaba cada paciente, así la n significa la frecuencia del tipo de obsesión y el porcentaje (%), corresponde al porcentaje del total de obsesiones.

Tabla 8.- Tipo y frecuencia de las tres principales obsesiones en los pacientes con esquizo-TOC y TOC.

Tipo de obsesión	TOC-Esquizo n (%)	TOC n (%)
Agresión	13 (28.2)	12 (32.4)
Sexual	12 (26)	9 (24.3)
Contaminación	10 (21.7)	5 (13.5)
Religiosa	4 (8.7)	5 (13.5)
Simetría	2 (4.3)	1 (2.7)
Somática	2 (4.3)	0
Rituales mentales	3 (6.5)	5 (13.5)

En la tabla 9 presentamos la severidad de los síntomas psicóticos, obsesivos y afectivos en los pacientes con esquizo-TOC y TOC, donde se encontraron varias diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 9.- Severidad de síntomas en pacientes TOC-esquizos y con TOC

	TOC-esquizos n = 18 Media (DE)	TOC n = 18 Media (DE)
Escalas de síntomas psicóticos		
PANSS positivo	16 (3.63)	8.94 (2.73) * ¹
PANSS negativo	18.28 (7.25)	8.94 (2.73) * ²
PANSS general	40.11 (10.35)	28.89 (9.43) * ³
PANSS total	74.39 (19.71)	51.28 (15.53) * ⁴
Escalas de Síntomas Obsesivo-compulsivos		
Yale obsesiones	16.17 (2.64)	14.44 (2.03) * ⁵
Yale Compulsiones	13.39 (5.01)	13.28 (3.33)
Yale Total	29.44 (6.33)	26.94 (6.31)
Severidad de Yale	3.83(.78)	3.33 (.76) * ⁶
Severidad global para TOC NIMH	9.94 (2.55)	8.56 (2.64)
Escalas de síntomas depresivos		
Calgary	5.39 (3.77)	.72 (1.74) * ⁷
Hamilton Depresión	11.22 (.21)	2.78 (4.45) * ⁸
Escala de severidad Global		
CGI	4.78 (.87)	4 (1.32) * ⁹

*¹ t = 6.58, gl 34, p < .001

*² t = 2.14, gl 34, p = .03

*³ t = 3.40, gl 34, p < .001

*⁴ t = 3.90, gl 34, p < .001

*⁵ t = 1.81, gl 34, p = .07

*⁶ t = 1.93, gl 34, p = .06

*⁷ t = 4.76, gl 34, p < .001

*⁸ t = 3.83, gl 34, p < .001

*⁹ t = .46, gl 34, p = .04

En la tabla 10 presentamos las puntuaciones de los instrumentos de evaluación del funcionamiento en las diferentes etapas y áreas entre los pacientes con esquizo-TOC y TOC. No encontramos diferencias significativas entre los subgrupos diagnósticos.

Tabla 10 .- Puntuaciones promedio y DE en las escalas de funcionamiento en los pacientes esquizo-TOC y con TOC

	TOC-esquizos Media (DE)	TOC Media (DE)
Escala de Ajuste Premórbido		
Infancia	.18 (.20)	.23 (.19)
Adolescencia temprana	.26 (.20)	.21 (.17)
Adolescencia tardía	.33 (.19)	.21 (.25)
Edad Adulta	.40 (.16)	.36 (.26)
Ajuste Global	.41 (.16)	.40 (.21)
Ajuste Total	.31 (.16)	.29 (.17)
Escala Funcionamiento Psicosocial		
Funcionamiento ocupacional	3.17 (.98)	3.0 (1.08)
Funcionamiento social	3.06 (1.05)	2.89 (1.07)
Funcionamiento económico	3.11 (1.02)	3.06 (1.21)
Funcionamiento sexual	3.39 (.97)	2.89 (1.02)
Funcionamiento familiar	2.78 (.87)	2.39 (.85)
Funcionamiento global	3.11 (.75)	2.89 (1.07)

Entre los pacientes TOC–esquizos 17 de 18 (94.4%) tuvieron presencia de delirios de contenido diferente al de las obsesiones y 14 de 18 (77.8%) tuvieron alucinaciones auditivas.

En la tabla 11 presentamos los grados de insight y resistencia a la primera obsesión en los pacientes con TOC-esquizo y TOC. Observamos que un mayor número de pacientes con TOC presentan un insight adecuado vs.

Los pacientes con TOC-esquizo. No hay diferencias en el grado de resistencia.

Tabla 11 .- Grado de *Insight* a la primera obsesión entre los pacientes con diagnósticos de TOC-esquizos y TOC

	TOC-esquizo n = 18 n (%)	TOC n = 18 n (%)
Grado de <i>Insight</i>		
Pobre <i>Insight</i> Le concede alguna validez	8 (44.4)	3 (16.2)
Regular <i>Insight</i> Considera absurda	6 (33.3)	4 (22.2)
Buen <i>Insight</i> Sumamente absurda	4 (22.2)	11 (6.11) * ¹
Grado de Resistencia		
Nula Resistencia (Nunca se resiste)	3 (16.7)	1 (5.6)
Pobre Resistencia (Se resiste algunas veces)	4 (22.2)	8 (44.4)
Buena Resistencia (Se resiste siempre)	11 (61.1)	9 (50)

*¹ $\chi^2 = 5.93$, gl 2, p = .05

En la tabla 12 se presentan los tres tipos principales de compulsiones que presentan los pacientes con TOC-esquizo y TOC. El grupo de pacientes TOC-esquizo tuvo un total de 46 compulsiones, mientras que el grupo TOC un total de 38 compulsiones. Los tipos de compulsiones se presentaron con una frecuencia de distribución similar en ambos grupos. Las compulsiones más frecuentes son las de limpieza, revisión y repetición.

Tabla 12 .- Tipo y frecuencia de las tres principales compulsiones entre los pacientes obseso-esquizos y pacientes con TOC

Tipo de compulsiones	TOC –esquizo n (%)	TOC n (%)
Limpieza	8 (13.4)	10 (26.3)
Revisión	7 (15.2)	5 (13.1)
Repetición	9 (19.6)	9 (23.6)
Contar	1 (2.1)	5 (13.15)
Ordenar	4 (8.7)	1 (2.6)
Coleccionar	1 (2.1)	0
Rezár	3 (5.6)	2 (5.2)
Ritual Mental	9 (19.6)	4 (10.1)
Evitación	5 (10.8)	2 (5.2)

En la tabla 13 presentamos los grados de *insight* y de resistencia entre los pacientes con esquizo-TOC y TOC. No hay diferencias entre los grupos estas variables.

Tabla 13.- Grados de *Insight* y de resistencia a la compulsión principal

	Obseso-esquizo n = 18 n (%)	TOC n = 18 n (%)
Grado de <i>Insight</i>		
Pobre <i>Insight</i> (Le concede alguna validez)	10 (55.6)	6 (33.3)
Regular <i>Insight</i> Considera absurda	3 (16.7)	5 (27.8)
Buen <i>Insight</i> Sumamente absurda	5 (27.8)	7 (38.9)
Grado de resistencia		
Nula resistencia (Nunca se resiste)	10 (55.6)	11 (61.1)
Pobre resistencia (se resiste algunas veces)	5 (27.8)	4 (22.2%)
Buena resistencia (se resiste siempre)	3 (16.7)	3 (16.7%)

En la tabla 14 presentamos el tipo y frecuencia de las tres principales obsesiones que presentaron los 18 pacientes con TOC-esquizo, que en total presentar 30 delirios. Los resultados que se presentan muestran las frecuencias por tipo y el porcentaje del total de los delirios.

Tabla 14.- Tipo y frecuencia de los tres principales delirios en los pacientes con TOC-esquizo.

Tipo de delirio	TOC-esquizo n (%)
Referencia	13 (43.3)
Daño	6 (20)
Bizarro	5 (16.6)
Somático	3 (10)
Transmisión y control del pensamiento	1 (3.3)
Persecución	1 (3.3)
Mesiánico	1 (3.3)

En la tabla 15 presentamos las frecuencias y porcentajes de los pacientes que presentaron síntomas negativos entre los pacientes con TOC-esquizo y TOC. Observamos como aquellos pacientes con TOC-esquizo presentaron significativamente más frecuencia de aislamiento y pobre empatía que los pacientes con TOC.

Tabla 15.- Frecuencia y porcentajes de los síntomas negativos entre los pacientes con TOC-esquizo y TOC

Síntomas Negativos	TOC- esquizo n = 16 n (%)	TOC n = 4 n (%)
Afecto plano	4 (22.2%)	2 (11.1%)
Aislamiento	9 (50%)	2 (11.1%) * ¹
Pobre empatía	4 (22%)	0 ²

*¹ $\chi^2 = 6.41$, gl 1, p = .027

² $\chi^2 = 4.50$, gl 1, p = .034

En la tabla 16 presentamos la frecuencia y porcentajes de conductas del espectro del TOC, así como de tics, en estos subgrupos de pacientes. No encontramos diferencias significativas.

Tabla 16.- Frecuencias y porcentajes de las conductas del espectro del TOC y tics en los pacientes con diagnósticos de TOC- esquizo y TOC.

Conducta	TOC-esquizo n = 18 n (%)	TOC n = 18 n (%)
Conducta del Espectro del TOC		
Compras compulsivas	2 (11.1)	2 (11.1)
Cleptomanía	2 (11.1)	3 (16.7)
Tricotilomanía	2 (11.1)	4 (22.2)
Trastorno explosivo	2 (11.1)	6 (33.3)
Piromanía	0	0
Juego patológico	0	0
Comportamiento sexual compulsivo	2 (11.1)	2 (11.1)
Ejercicio compulsivo	0	0
Tics		
Tic motor simple	4 (22.2)	3 (16.7)
Tic motor complejo	4 (22.2)	2 (11.1)
Tic fónico simple	4 (22.2)	0
Tic fónico complejo	2 (11.1)	0

En cuanto a los antecedentes familiares de psicopatología, solo dos pacientes TOC-esquizo tuvieron algún familiar de primer grado con algún trastorno psiquiátrico, un paciente con antecedente de esquizofrenia y el otro paciente con antecedente de episodio depresivo mayor.

En el grupo TOC-esquizo, 8 pacientes (44.4%) tuvieron antecedente de hospitalización en el año previo a la entrevista, vs. 3 pacientes (16.7%) en el grupo TOC, sin embargo no se encontraron diferencias significativas.

En la tabla 17 se presentan los tipos de respuesta al primer inhibidores selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) y al primer antipsicótico (AP) que recibieron los pacientes TOC-esquizo y TOC. Los 18 pacientes de cada grupo recibieron alguno de los ISRS; 17 de los pacientes con TOC-esquizes y 5 de los pacientes con TOC recibieron algún tipo de AP. Observamos que

un mayor número de pacientes TOC-esquizo tuvieron respuesta insatisfactoria a los ISRS, aunque esto no fue estadísticamente significativo.

Tabla 17.-Forma de respuesta al primer inhibidor de la recaptura de serotonina y al primer antipsicótico utilizado.

Forma de respuesta	TOC-esquizo n (%)	TOC n (%)
Inhibidor Selectivo de Recaptura Serotonina	n = 18	n = 18
Satisfactoria	8 (47.1)	10 (55.6)
Moderadamente satisfactoria	4 (23.5)	6 (33.3)
Insatisfactoria	5 (29.4)	2 (11.1)
Antipsicótico	n = 17	n = 5
Satisfactoria	7 (41.2)	1 (5.6)
Moderadamente satisfactoria	6 (35.3)	2 (11.1)
Insatisfactoria	4 (23.5)	2 (11.1) *1

*1 $\chi^2 = 20.15$, gl 3, $p = <.001$

Resultados de la comparación entre pacientes Esquizo-TOC y TOC-esquizos.

En los dos secciones anteriores de resultados presentamos las características descriptivas del grupo esquizo-TOC y del grupo TOC-esquizo cuando los comparamos con sus respectivos grupos de los diagnósticos primarios, por lo que aquí relataremos las comparaciones entre estos dos grupos de pacientes con síntomas coexistentes.

No se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio del trastorno, la presencia de pareja, ni problemas perinatales, traumatismo craneoencefálico, ni alteraciones electroencefalográficas entre los pacientes esquizo-TOC y TOC-esquizos.

Al analizar la ocupación entre estos grupos diagnósticos, encontramos que 9 de los 14 pacientes con esquizo-TOC (64.3%), tenían ocupación, vs. 5 de los 18 pacientes con TOC-esquizo (27.8%), ($\chi^2 = 4.26$, gl 1, $p = .07$)

Un número significativamente mayor de pacientes esquizo-TOC que de pacientes TOC-esquizos presentaron conducta desorganizada, 13 pacientes (92.9%), vs. 6 pacientes (33.3%) ($\chi^2 = 11.56$, gl 1, $p = .001$). Tres pacientes TOC-esquizo (16.6%) vs. 11 pacientes con esquizo-TOC (78.6%) presentaron lenguaje desorganizado ($\chi^2 = 12.26$, gl 1, $p = .001$).

Así mismo, al analizar los síntomas negativos en conjunto, observamos que 12 pacientes con esquizo-TOC (85.7%) tuvieron este tipo de síntomas, vs. 9 pacientes obseso-esquizos (50%) ($\chi^2 = 4.45$, gl 1, $p = .06$)

En cuanto a los antecedentes familiares de psicopatología, solo dos pacientes del grupo TOC-esquizos (14.2%), tuvieron algún familiar de primer grado con algún trastorno psiquiátrico, un paciente con antecedente de esquizofrenia y el otro paciente con antecedente de episodio depresivo mayor. Entre los pacientes con esquizo-TOC 2 pacientes (11.2%) tuvieron antecedentes de psicopatología familiar, uno con esquizofrenia y otro con episodio depresivo mayor.

En el grupo TOC-esquizo, 8 pacientes (44.4%) tuvieron antecedente de hospitalización en el año previo al estudio, vs. 10 pacientes (71.4%) en el grupo Esquizo-TOC, estas diferencias no fueran significativas.

En la tabla 18 se presentan los tipos, frecuencias y porcentajes de las tres principales obsesiones presentadas por los pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC. De igual manera que en las secciones anteriores de resultados la n y el porcentaje corresponden a los tipos de obsesiones y no al número de pacientes que las presentaron.

Tabla 18.- Tipo y frecuencia de las tres principales obsesiones en los pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC

Tipo de Obsesiones	Obseso-esquizos n = 18 n (%)	Esquizo-TOC n = 14 n (%)
Agresiva	13 (28.8)	13 (40.6)
Sexual	12 (26.6)	9 (28.1)
Somática	2 (4.4)	1 (3.1)
Contaminación	10 (22.2)	3 (9.3)
Religiosa	4 (8.8)	2 (6.2)
Simetría	2 (4.4)	2 (6.2)
Ritual mental	2 (4.4)	2 (6.2)

En la tabla 19 presentamos los grados de insight y resistencia a la obsesión principal. No se encontraron diferencias significativas al comparar los grados de insight y resistencia a las obsesiones entre los dos grupos diagnósticos. Observamos como ambos factores varían en los dos grupos diagnósticos, lo que refleja que su comportamiento es continuo y no categórico .

Tabla 19.- Grados de *Insight* y de resistencia a la primera obsesión entre los pacientes con diagnósticos de TOC-esquizos y Esquizo-TOC

	Obseso-esquizo n (%)	Esquizo-TOC n (%)
Grado de <i>Insight</i>		
Pobre <i>Insight</i> Le concede alguna validez	8 (44.4)	6 (42.9)
Regular <i>Insight</i> Considera absurda	6 (33.3)	4 (28.6)
Buen <i>Insight</i> Sumamente absurda	4 (22.2)	4 (28.6)
Grado de Resistencia		
Nula resistencia (Nunca se resiste)	3 (16.7)	5 (35.7)
Pobre resistencia (se resiste algunas veces)	4 (22.2)	5 (35.7)
Buena resistencia (se resiste siempre)	11 (61.1)	4 (28.6)

En la tabla 20 observamos los tipos y frecuencia de la principal compulsión. En ambos diagnósticos las compulsiones más frecuentes son las de limpieza, revisión y repetición.

Tabla 20.- Tipo y frecuencia de las tres principales compulsiones en los pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC

Tipo de Compulsiones	TOC-esquizos n (%)	Esquizo-TOC n (%)
Limpieza	8 (19)	8 (33.3)
Revisión	7 (16.6)	4 (17.4)
Repetición	9 (19.5)	4 (17.4)
Contar	1 (2.3)	1 (4.1)
Ordenar	4 (9.5)	0
Coleccionar	1 (2.3)	1 (4.1)
Rezar	3 (7.1)	2 (8.3)
Ritual Mental	4 (9.5)	3 (12.5)
Evitación	5 (11.9)	1 (4.1)

En la tabla 21 presentamos los grados de insight y resistencia a la compulsión principal. Observamos como por lo menos el 50% de los pacientes de ambos grupos presentan un *insight* pobre a la compulsión principal, lo mismo que una pobre resistencia a ésta.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 21.ª Grados de *Insight* y de resistencia a la compulsión principal entre los pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC.

	TOC-esquizo n (%)	Esquizo- TOC n (%)
Grado de <i>Insight</i>		
Pobre <i>Insight</i> Le concede alguna validez	10 (55.6)	7 (50)
Regular <i>Insight</i> Considera absurda	3 (16.7)	4 (28.6)
Buen <i>Insight</i> Sumamente absurda	5 (27.8)	3 (21.1)
Grado de resistencia		
Nula resistencia (Nunca se resiste)	10 (55.6)	10 (71.4)
Pobre resistencia (se resiste algunas veces)	5 (27.8)	2 (14.3)
Buena resistencia (se resiste siempre)	3 (16.7)	2 (14.3)

Al evaluar síntomas no psicóticos, característicos de la esquizofrenia encontramos que la conducta desorganizada estaba presente en el grupo TOC-esquizo en 6 pacientes (33.3%) vs. en 13 pacientes esquizo-TOC (92%) (X^2 11.56, gl1, $p = .001$), el lenguaje desorganizado se presentó en 3 pacientes esquizo-TOC(16.6%), y en ningún TOC-esquizo (X^2 12.26, gl 1, $p = .001$) y los síntomas negativos en general en 12 pacientes esquizo-TOC (85.7%) vs. en 9 pacientes (50%) (X^2 4.45, gl 1, $p = .06$).

La edad media de los síntomas obsesivo-compulsivos en los pacientes TOC-esquizos, fue de 17.8 años(DE 5.7) vs. 22.7 (DE 9.5) en los pacientes con esquizo-TOC, sin encontrarse diferencias significativas.

En la tabla 22 presentamos las puntuaciones en la severidad de los síntomas psicóticos, obsesivos-compulsivos y afectivos. Observamos que los pacientes con esquizo-TOC presentan calificaciones más altas en las subescalas positiva, negativa y general del PANSS, así como en la escala de severidad global CGI, mientras que los pacientes con TOC presentan mayor severidad de los síntomas afectivos.

Tabla 22.- Severidad de Síntomas en pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC

	TOC-esquizo media (DE)	Esquizo-TOC media (DE)
Síntomas Psicóticos		
PANSS positivo	16 (3.63)	21.21 (5.0) * ¹
PANSS negativo	18.28 (7.25)	23.79 (6.19) * ²
PANSS general	40.11 (10.35)	36.14 (8.20)
PANSS total	74.39 (19.71)	91.14 (13.98) * ³
Síntomas obsesivos		
Yale obsesiones	16.17 (2.64)	14.71 (3.07)
Yale Compulsiones	13.39 (5.01)	11.71 (4.93)
Yale Total	29.44 (6.33)	25.64 (7.32)
Severidad de Yale	3.83(.78)	3.50 (.76)
Severidad global para TOC NIMH	9.94 (2.55)	10.57 (3.20)
Síntomas Afectivos		
Calgary	5.39 (3.77)	5.07 (5.48)
Hamilton Depresión	11.22 (.21)	5.64 (5.70) * ⁴
Escala de Severidad Global		
CGI	4.78 (.87)	5.57 (1.15) * ⁵

*¹ t = 3.41, gl 30, p = .003

*² t = 2.3, gl 30, p = .28

*³ t = 2.8, gl 30, P = .009

*⁴ t = 2.16, gl 30, P = .03

*⁵ t = 2.60, gl 30, P = .04

En la tabla 23 presentamos las puntuaciones de las escalas de funcionamiento. Muestran que los pacientes esquizo-TOC tiene niveles más bajos de funcionamiento en las categorías de adolescencia tardía y general de la escala de ajuste premórbido que los pacientes TOC-esquizo.

Tabla 23.- Puntuaciones en las escalas de funcionamiento en los pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC

Escalas de Funcionamiento	TOC-esquizos media (DE)	Esquizo-TOC media (DE)
Ajuste premórbido		
Infancia	.18 (.20)	.28 (.18)
Adolescencia temprana	.26 (.20)	.32 (.27)
Adolescencia tardía	.33 (.19)	.37 (.17) ^{*1}
Edad Adulta	.40 (.16)	.55 (.23)
Ajuste General	.41 (.16)	.57 (.20) ^{*2}
Ajuste premórbido Total	.31 (.16)	.45 (.21) ⁺³
Escala Funcionamiento Psicosocial		
Funcionamiento ocupacional	3.17 (.98)	3.36 (.84)
Funcionamiento social	3.06 (1.05)	3.71 (.91) ⁺⁴
Funcionamiento económico	3.11 (1.02)	3.50 (.76)
Funcionamiento sexual	3.39 (.97)	3.71 (.91)
Funcionamiento familiar	2.78 (.87)	3.36 (1.00)
Funcionamiento global	3.11 (.75)	3.57 (.64)

*1 t = .56, gl 21, p = .04

*2 t = .68, gl 30, p = .02

+3 t = 1.52, gl 30, p = .06

+4 t = 3.53, gl 30, p = .06

En la tabla 24 presentamos el tipo y frecuencia del principal delirio entre los pacientes con esquizofrenia y TOC. Observamos como los pacientes con ambos diagnósticos presentan todos los tipos de delirios, sin embargo los más frecuentes son los de referencia, daño y los bizarros.

Tabla 24.- Tipos y frecuencia de los tres principales delirios entre los pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC

Tipo de delirio	TOC-esquizo n (%)	Esquizo-TOC n (%)
Referencia	13 (43.3)	13 (34.2)
Daño	6 (20)	11 (28.9)
Bizarro	5 (16.6)	5 (13.1)
Somático	3 (10)	2 (5.2)
Transmisión y control del pensamiento	1 (3.3)	1 (2.6)
Persecución	1 (3.3)	2 (5.2)
Mesánico	1 (3.3)	2 (5.2)
Suplantación	0	1 (2.6)
Megalomaniaco	0	1 (2.6)

En la tabla 25 presentamos las frecuencias y porcentajes de la presencia de síntomas negativos en los pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC. Observamos como los tres tipos de estos síntomas presentados en la tabla son significativamente más frecuentes en los pacientes esquizo-TOC que en los TOC-esquizos.

Tabla 25.- Frecuencia y porcentajes de los síntomas negativos entre los pacientes con TOC-esquizo y esquizo-TOC

Síntomas Negativos	TOC-esquizo n = 18 n (%)	Esquizo-TOC n = 14 n (%)
Afecto plano	4 (22.2)	9 (64.3) *1
Aislamiento	9 (50)	13 (92.9) *2
Pobre empatía	4 (22)	11 (78.6) *3

*1 $\chi^2 = 5.77$, gl 1, $p = .02$

*2 $\chi^2 = 6.7$, gl 1, $p = .01$

*3 $\chi^2 = 10.04$, gl 1, $p = .004$

En la tabla 26 presentamos las frecuencias y porcentajes de las conductas del espectro del TOC, sin encontrar diferencias significativas. También presentamos las frecuencias y porcentajes de los tipos de tics, observamos como estos se presentaron significativamente más frecuente en los pacientes TOC-esquizo.

Tabla 26.- Frecuencias y porcentajes de las conductas del Espectro del TOC y tics en los pacientes con diagnósticos de TOC- esquizo y esquizo-TOC.

	TOC-esquizo n (%)	Esquizo-TOC n (%)
Compras del espectro del TOC		
Compras compulsivas	2 (11.1)	0
Cleptomanía	2 (11.1)	2 (14.3)
Tricotilomanía	2 (11.1)	3 (21.4)
Trastorno explosivo	2 (11.1)	4(28.6)
Piromanía	0	1 (7.1)
Juego patológico	0	0
Comportamiento sexual compulsivo	2 (11.1)	1 (7.1)
Ejercicio compulsivo	0	0
Tics		
Tic motor simple	4 (22.2%)	0
Tic motor complejo	4 (22.2%)	0
Tic fónico simple	2 (11.1%)	1 (7.1%)
Tic fónico complejo	2 (11.1%)	0

En la tabla 27 presentamos la forma de respuesta al primer ISRS y al primer antipsicótico en los pacientes TOC-esquizo y esquizo-TOC. No observamos diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 27.-Forma de respuesta al primer inhibidor de la recaptura de serotonina (ISRS) y al primer antipsicótico (AP).

Forma de respuesta	TOC-esquizo n = 18 n (%)	Esquizo-TOC n = 14 n (%)
Inhibidor Selectivo Recaptura Serotonina		
Satisfactoria	8 (47.1)	5 (35.7)
Moderadamente satisfactoria	4 (23.5)	6 (42.9)
Insatisfactoria	5 (29.4)	3 (21.4)
Antipsicótico	n = 17	n = 14
Satisfactoria	7 (41.2)	4 (28.6)
Moderadamente satisfactoria	6 (35.3)	7 (50)
Insatisfactoria	4 (23.5)	3 (21)

VIII.- Discusión

Uno de los objetivos principales del estudio, fue determinar la prevalencia de síntomas obsesivos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, así como la prevalencia de síntomas psicóticos en pacientes con diagnóstico de TOC.

De acuerdo al primer objetivo, en nuestro estudio, encontramos que la prevalencia de síntomas obsesivos en una muestra de pacientes inicialmente diagnosticados con esquizofrenia, fue de 10.79%, este porcentaje se encuentra dentro de los márgenes de prevalencia más consistentemente reportados en la literatura, ya que como mencionamos en el capítulo de prevalencia en los antecedentes, existe una gran variabilidad en las prevalencias reportadas de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia, que van del 1 al 59%.

Encontramos comorbilidad entre esquizofrenia y TOC en dos pacientes, decidimos incluir a estos pacientes en el grupo de pacientes con esquizofrenia y síntomas psicóticos (esquizo-TOC), dado que ambos debutaron con síntomas psicóticos y posteriormente se agregaron los síntomas obsesivos y porque su funcionamiento era mas similar al de los pacientes con esquizofrenia, que al de los pacientes con TOC. El estudio epidemiológico de captación de áreas en USA (ECA) (15), reportó un porcentaje de comorbilidad entre esquizofrenia y TOC del 12.2% .

La explicación de la variabilidad en la prevalencia, radica en la diferencia de los criterios utilizados para definir la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia; algunos autores como Bearman (12) utilizaron criterios muy laxos, considerando que un paciente

tenía obsesiones si presentaba preocupaciones excesivas sobre temas diversos de la vida cotidiana o incluso sobre sus síntomas psicóticos, los consideraban obsesiones así, por el simple hecho de tener características repetitivas, aunque carecieran de las cualidades en la forma del pensamiento de ser absurda y angustiante, e incluso careciendo de las repercusiones compulsivas, que aunque no están presentes en el 100% de los casos, existe por lo menos un mecanismo evitativo a este tipo de conductas, por lo que estos síntomas podrían corresponder pensamientos y/o conductas estereotipadas. Esta aproximación conduce a prevalencias altas y equivocadas del fenómeno.

Por otro lado, investigadores como Eisen y cols (13) utilizaron criterios estrictos, considerando que un paciente con esquizofrenia sufre de síntomas obsesivo-compulsivos solo si cumple con los criterios completos para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), lo que conduce a prevalencias bajas del fenómeno clínico, ya que evalúa exclusivamente la presencia de comorbilidad entre TOC y esquizofrenia.

Esta variación de las aproximaciones conduce además de diferencias en las prevalencias, a interpretaciones diferentes de los datos; así, la aproximación basada en criterios estrictos, apunta al hecho de interpretar la coexistencia de síntomas en términos exclusivos de comorbilidad, es decir al diagnóstico de dos trastornos diferentes en un paciente, lo que solo correspondería a una posibilidad en la presentación de este fenómeno clínico.

Dadas estas aproximaciones decidimos evaluar el problema desde el punto de vista de la coexistencia de síntomas, es decir como la "coincidencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un

paciente", considerando la presencia de cada uno de estos síntomas como lo definimos en el capítulo de procedimiento que corresponde a las definiciones ampliamente aceptadas (8). Esto nos brinda por un lado criterios suficientemente "estrechos" para evaluar exclusivamente la presencia de los síntomas de interés sin confundirlos con otros síntomas o conductas, y por otro lado suficientemente "amplios" al no restringirnos solo a la búsqueda de comorbilidad, y permitirnos la evaluación de las hipótesis propuestas para la explicación de este fenómeno clínico, es decir, la presencia de subgrupos de los trastornos primarios o bien la comorbilidad.

Otro objetivo fue establecer que los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia más síntomas obsesivo-compulsivos (esquizo-TOC) eran diferentes de los pacientes con esquizofrenia, lo mismo que los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), son diferentes de los pacientes con TOC en algunas de las variables clínicas y sociodemográficas.

De forma similar a lo reportado en la literatura internacional (Fenton y Mc Glasahan (11), Berman (12), Hwang y Opler (7)), no encontramos diferencias significativas entre los pacientes con esquizofrenia y esquizo-TOC en las características sociodemográficas de nuestra muestra, en lo que respecta a la relación hombre – mujer, el hecho de tener ocupación, el tiempo entre el inicio del trastorno y la llegada a la atención especializada, o la forma de inicio, así como tampoco en los antecedentes de problemas perinatales, o de alteraciones electroencefalográficas o de psicopatología familiar.

La presencia de pareja, no resultó con diferencias significativas en ningún estudio, excepto en el de Bearman y cols. (12) que si encuentran que los pacientes esquizo-TOC tiene con menos frecuencia pareja.

Aunque en varios reportes (Poyurovski (20), Fenton y Mc Glasahan (11), Bermazhon (14), no se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio del trastorno entre pacientes con esquizofrenia y esquizo-TOC, en nuestra población si encontramos que los pacientes con esquizo-TOC, tienen edades de inicio significativamente más tempranas que los pacientes con esquizofrenia, similar a lo reportado por Berman y cols (12).

Los estudios en pacientes con esquizofrenia (80), han establecido, que edades de inicio más tempranas se relacionan con peor pronóstico; esta edad de inicio más temprana en nuestra población, parece ser congruente con la severidad de la sintomatología, el antecedente de hospitalización y el tipo de respuesta a tratamiento que estos pacientes presentaron.

El antecedente de hospitalización en el año anterior al estudio debido a exacerbación de síntomas psicóticos u obsesivos estuvo más frecuentemente presente en los pacientes con esquizo-TOC, que en el grupo de pacientes con esquizofrenia, (χ^2 4.4, gl 1, $p = .04$). El mayor número de hospitalizaciones podría traducir mayor severidad de la sintomatología y menor respuesta al tratamiento, la mayor severidad ha sido reportada en los varios estudios, y es compatible con parte de nuestra hipótesis.

En este sentido, Bearman y cols. (12) evaluaron el número de días de hospitalización en su muestra, encontrando que los pacientes esquizo-TOC tuvieron una media de 82 días (DE 90.6) vs. los pacientes con esquizofrenia sin síntomas obsesivos 37 días (DE 43.7%) ($z = -2.65, p = .008$).

Aunque en las obsesiones predominaron los contenidos agresivos y sexuales, y en las compulsiones los rituales de limpieza y repetición, los pacientes con esquizo-TOC presentaron todos los tipos posibles de obsesiones y compulsiones que pueden presentar los pacientes con TOC, lo que deja de manifiesto que las obsesiones no se restringen a temas relacionados con el contenido de sus delirios, por lo que los pensamientos con características obsesivas son diferentes de los delirios evidentemente en la forma, pero también en el contenido. La afirmación anterior permite aseverar que los síntomas obsesivos son independientes de los síntomas psicóticos, aunque estos puedan presentarse de manera conjunta y no es solo la transformación de un tipo de pensamiento a otro.

Consideramos importante valorar el insight y la resistencia por que como señalamos en los antecedentes, son características esenciales en la evaluación y delimitación de ideas obsesivas y delirantes, además de que de acuerdo a la propuesta de Insel y Akiskal (55), el insight y la resistencia son variables dimensionales y no categóricas como lo propone el DSM IV.

En relación al *insight* sobre las obsesiones, la mayoría de los pacientes esquizo-TOC (42.9%) tuvieron pobre insight al considerar la obsesión con cierta validez, el resto de los pacientes se dividió igual, entre regular y buen insight. En cuanto a la resistencia a la obsesión los pacientes se dividieron de forma similar entre resistirse siempre, algunas veces y nunca. Sin embargo, a pesar de que la obsesión y la consecuente compulsión se considera absurda, el 71.4% de los pacientes no se resisten nunca a la

realización de la compulsión debido a que temen a las consecuencias de no realizar el ritual.

Estas mismas variaciones del insight y las resistencias son las que se presentan entre los pacientes con TOC clásico. Esta forma psicopatológica de presentación de las obsesiones y compulsiones apoya la adecuada evaluación de los síntomas como verdaderas obsesiones.

Características sintomáticas esenciales y más permanentes de la esquizofrenia que los propios síntomas psicóticos, son los síntomas negativos, que estuvieron presentes en los pacientes con esquizofrenia en los mismos porcentajes que lo estuvieron en los pacientes con esquizo-TOC, este resultado podría apoyar el hecho de que los pacientes esquizo-TOC primariamente padecen esquizofrenia y los síntomas obsesivos se agregan a este trastorno.

Al evaluar la severidad de la sintomatología, no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de los síntomas psicóticos evaluados a través del PANSS, diferente de lo que habíamos propuesto en la hipótesis, sin embargo sí encontramos diferencias en el funcionamiento global evaluado a través del CGI, con peores calificaciones para los pacientes con esquizo-TOC 5.57 (DE 1.15), que para los pacientes con esquizofrenia 4.12 (DE .83) ($t = 4.07$, $gl\ 27$, $p = .001$).

Poyurovski y cols. (12) tampoco encontraron diferencias significativas en la severidad de los síntomas psicóticos, aunque los evaluaron con otros instrumentos clinimétricos, y a diferencia nuestra, no encontraron diferencias significativas en el CGI.

Al evaluar el funcionamiento psicosocial, también encontramos que los pacientes con esquizo-TOC tienen peor funcionamiento en el área familiar que los pacientes con esquizofrenia, con calificaciones de 3.36 (DE 1.0) vs. 2.40 (DE .91), ($t = .038$, $gl = 27$, $p = .01$). Consideramos que este resultado podría estar relacionado con el hecho de que la familia de los pacientes con obsesiones, frecuentemente se ve involucrada y afectada en y por la realización de los rituales de los pacientes, repercutiendo esto, en el funcionamiento del paciente de su núcleo familiar.

Al evaluar la presencia de trastornos del espectro del TOC, encontramos que ningún paciente con esquizofrenia presentó alguna de ellas. Entre los pacientes con esquizo-TOC, tres pacientes presentaron tricotilomanía y 4 trastorno explosivo intermitente, al comparar ambas conductas con los pacientes con esquizofrenia obtuvimos resultados significativos. Estas conductas del espectro del TOC, relacionadas fenomenológica y bioquímicamente con los síntomas obsesivo-compulsivos propios del TOC, podrían evidenciar la relación de los pacientes esquizo-TOC con los pacientes con TOC. No encontramos ningún estudio que evalúe estas conductas en los pacientes esquizo-TOC.

Aunque las diferencias no fueron significativas, si observamos que un porcentaje mayor de pacientes con esquizofrenia que de pacientes con esquizo-TOC, tuvieron una respuesta satisfactoria al primer antipsicótico que los (46.7% vs. 28.6%). Los reportes de la literatura señalan que los pacientes con esquizo-TOC tiene menores índices de respuesta al tratamiento farmacológico que los esquizofrénicos clásicos (Hwang y Opler (23)).

Además de la menor respuesta al antipsicótico, el 100% de los pacientes con esquizo-TOC requirió de la agregación de un inhibidor selectivo de la

recaptura de serotonina (ISRS) para el manejo de los síntomas obsesivos, lo que condujo a una respuesta satisfactoria en el 35.7% de los pacientes, moderadamente satisfactoria en el 42.8% e insatisfactorio en el 21.42%.

En los pacientes con esquizofrenia, solo dos recibieron ISRS para el manejo de síntomas afectivos.

Al evaluar los síntomas psicóticos en los pacientes con TOC, existen discrepancias similares a las reportadas en el caso de determinar síntomas obsesivos en pacientes psicóticos.

Hwang y Hollander (53) evalúan el problema desde el punto de vista teórico, centrando la discusión de la relación de síntomas obsesivos y psicóticos desde la importancia que el insight y la resistencia tienen en la diferenciación de estos, sin embargo no toman en cuenta otras características indispensables en la definición de las obsesiones.

Una aproximación interesante es la de Solymon y cols. (52), que definen la presencia de síntomas psicóticos en el TOC como la aparición de delirios, alucinaciones y/o trastornos del pensamiento, y no solo la pérdida del *insight* en la obsesión, ya que ésta, es una posibilidad en el curso del TOC, incluso codificada en el DSM IV y no necesariamente un síntoma psicótico independiente de los síntomas obsesivos.

Finalmente una aproximación más amplia es la propuesta por Insel y Akiskal (55), que observan que la coexistencia de síntomas psicóticos en pacientes con TOC, puede presentarse de formas diferentes y con significados clínicos distintos.

Para nuestro estudio consideramos definir la presencia de síntomas psicóticos en pacientes con TOC, como la presencia de delirios y/o

alucinaciones de contenido diferente al tema de las obsesiones para evitar la confusión entre la pérdida del insight de una obsesión y la idea delirante.

De acuerdo a esta definición, encontramos una prevalencia de síntomas psicóticos del 16%, similar a los reportes de Solymon y cols (52), así como de Ingram (51) del 15%.

En cuanto a las características sociodemográficas, no encontramos diferencias significativas entre los grupos de pacientes con TOC y los TOC-esquizos en lo referente a la relación entre géneros, escolaridad, presencia de pareja, forma de inicio o duración de la enfermedad no tratada, antecedentes de psicopatología familiar, ni presencia de alteraciones electroencefalográficas.

Nuestros resultados en estos aspectos son diferentes de lo reportado por autores como Solymon y cols. (52) o por Eisen y cols. (56) quienes si encontraron que los pacientes con TOC y síntomas psicóticos, tienden a ser preferentemente hombres, sin pareja y con menores porcentajes de ocupación que los pacientes con TOC clásico. El tamaño de la muestra (475 pacientes con TOC y 75 obseso-esquizos) en el caso del estudio de Eisen y Rasmussen podría explicar el hecho de que ellos si encontraran diferencias significativas y nosotros no, sin embargo no sucede así con el estudio de Solymon, ya que su muestra de pacientes obsesivos con síntomas psicóticos es menor que la nuestra (8 vs. 18).

Encontramos que los pacientes TOC-esquizo tienen un edad de inicio del trastorno más temprana que los pacientes con TOC (16.9 años (DE) 4.6 vs. 21.8 (DE 10.34), $t = 3.95$, gl 34, $p = .07$). Eisen y cols. encontraron edades de inicio significativamente más tempranas en su población de pacientes con TOC y síntomas psicóticos.

La edad de inicio más temprana es un factor de mal pronóstico, lo podría traducir una mayor severidad de la enfermedad.

El antecedente de hospitalización fue más frecuente en los pacientes TOC-esquizos con una tendencia a la significancia, esto podría traducir una mayor severidad de la enfermedad y una menor respuesta al tratamiento. En la literatura no encontramos reportes de este aspecto.

El tipo y frecuencia de las obsesiones y compulsiones entre los dos grupos de pacientes fue similar.

Los pacientes con TOC-esquizo, tuvieron mayor severidad que los pacientes con TOC en las puntuaciones de las obsesiones, aunque solo con una tendencia a la significancia. Esto indica que estos pacientes tuvieron no solo síntomas diferentes a los presentes con TOC clásico, sino que los síntomas propios del TOC son más severos.

Los pacientes TOC-esquizo tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de severidad global (CGI), lo que mostró que estos pacientes estaban más gravemente enfermos, similar a lo reportado por Eisen y cols. (56).

Sin tener un cuadro depresivo completo, ya que el hecho de tenerlo fue incluso, un criterio de exclusión, los pacientes TOC-esquizo presentaron significativamente más síntomas depresivos que los pacientes con TOC, evidenciado por los dos instrumentos que evaluaron la severidad de estos síntomas. Esto podría sugerir que la severidad del trastorno en los pacientes TOC-esquizos, está relacionado con la presencia de síntomas afectivos probablemente reactivos, como la tristeza, desesperanza, insomnio, y baja

autoestima, pero no suficientes en número ni severidad para constituir un episodio depresivo mayor.

Un mayor número de pacientes TOC-esquizo presentaron pobre *insight* a su obsesión principal, lo que muestra que además de tener delirios con un tema diferente al de las obsesiones, estos pacientes tiene un menor *insight* a sus obsesiones.

Los pacientes TOC-esquizo presentaron significativamente más síntomas negativos que los pacientes con TOC como aislamiento y pobre empatía, la mayor presentación de estos síntomas negativos que constituyen otra dimensión de la esquizofrenia, podría representar algún tipo de relación de las obsesiones con los trastornos psicóticos.

En el 95% de los pacientes TOC-esquizo se requirió añadir un antipsicótico al tratamiento con un ISRS para el manejo de los síntomas psicóticos, ya que estos pacientes no presentaban una mejoría de sus síntomas.

Los pacientes TOC-esquizos y los pacientes con TOC, presentaron tipos y frecuencias similares de conductas del espectro del TOC, así como de tics. Ninguno de estos aspectos ha sido evaluado en los estudios hasta el momento publicados.

Con estos resultados podemos observar que los pacientes con TOC y TOC-esquizos, comparten las características psicopatológicas esenciales del TOC, como los tipos y frecuencias de obsesiones y compulsiones, los grados de *insight* y de resistencia a estos y la severidad de los síntomas obsesivos. Sin embargo los pacientes de estos subgrupos son diferentes evidentemente en cuanto a la presencia de los síntomas psicóticos, en la mayor severidad global del trastorno y en la forma de respuesta al

tratamiento antiobsesivo, ya que los pacientes TOC-esquizo requirieron de dos o más intentos con diferentes medicamentos antiobsesivos y la administración de medicamentos antipsicóticos.

En la tercera y última parte de los resultados presentamos las comparaciones realizadas entre pacientes TOC-esquizos y esquizo-TOC con el fin de evaluar similitudes o diferencias que pudieran encontrarse en estos pacientes que comparten el fenómeno esquizo-obsesivo.

Hasta el momento no existe ningún reporte publicado que evalúe el fenómeno desde esta aproximación, por lo que no podremos comparar nuestros resultados con algunos otros.

No encontramos diferencias significativas en características sociodemográficas como la relación entre géneros, la presencia de pareja, forma de inicio, antecedentes de problemas perinatales, ni de psicopatología familiar, sin embargo, sí se encontró que un mayor número de pacientes TOC-esquizos tenían algún tipo de ocupación al momento de la evaluación con una tendencia a la significancia; consideramos que este resultado podría estar relacionado con el hecho de que los pacientes con esquizo-TOC arrastraban desde el inicio un peor funcionamiento que los pacientes TOC-esquizo, ya que el diagnóstico primario de los primeros era esquizofrenia, y estos pacientes tienen peor funcionamiento que los paciente con TOC, como está ampliamente probado.

Al comparar el antecedente de hospitalización entre los pacientes esquizo-TOC y TOC-esquizo, encontramos que no había diferencias significativas, lo que probablemente traduce que la severidad fue alta y la respuesta al tratamiento fue pobre en estos dos grupos de pacientes que presentaron el fenómeno esquizo-obsesivo.

Al evaluar los síntomas negativos, como el afecto plano, el aislamiento y la pobre empatía, síntomas más característicos y constantes que los síntomas positivos de la esquizofrenia, encontramos que aunque están presentes en porcentajes importantes en ambos tipos de pacientes, predominan de manera significativa en la esquizofrenia, lo mismo ocurre con los síntomas positivos característicos de la esquizofrenia como la conducta desorganizada y el lenguaje desorganizado, mostrando esto, diferencias considerables entre ambos grupos, lo que probablemente es reflejo de una patología primariamente diferente.

Los grados de *insight* y de resistencia tanto a las obsesiones como a las compulsiones, fueron similares entre los pacientes TOC-esquizo, esquizo-TOC y TOC, lo que muestra que estas variables se mueven de forma similar a lo largo de un continuo, independientemente de que se acompañen o no de otros síntomas. Estos datos demuestran también que son variables dimensionales y no categóricas.

Al evaluar la severidad de los síntomas psicóticos a través del PANSS, encontramos que en las dimensiones de síntomas positivos, negativos y en la puntuación total, los pacientes esquizo-TOC tienen calificaciones significativamente más altas y por lo tanto mayor severidad de los síntomas psicóticos diferente de lo planteado en una de nuestras hipótesis.

En la dimensión de psicopatología general las puntuaciones son más altas en los pacientes TOC-esquizos que en los pacientes esquizo-TOC, lo que puede estar relacionado con que esta subescala incluye ítems de síntomas diversos como ansiedad, depresión, conciencia de enfermedad y otros que no son necesariamente propios de la esquizofrenia.

Los pacientes TOC-esquizos tiene mayor severidad de los síntomas depresivos.

Al evaluar la severidad global a través del CGI, encontramos calificaciones más altas en el grupo de pacientes con esquizo-TOC, consideramos que esto probablemente está relacionado con que la esquizofrenia, diagnóstico primario de los pacientes esquizo-TOC, es una enfermedad más deteriorante que el TOC.

En el ajuste premórbido encontramos que los pacientes esquizo-TOC tuvieron un peor funcionamiento en la etapa de adolescencia tardía, que incluye el periodo en el que generalmente comienza la esquizofrenia. Lo mismo ocurrió con las puntuaciones del funcionamiento general, subescala que permite evaluar globalmente al individuo al calificar características como el máximo nivel de funcionamiento alcanzado en la vida, la consolidación de la pareja, la escolaridad máxima, y el grado de independencia entre otros. Esto probablemente es el reflejo de la diferencia en el funcionamiento de las entidades nosológicas primarias, es decir del diagnóstico establecido previo a la determinación de la presencia del fenómeno esquizo-obsesivo.

Al evaluar el funcionamiento psicosocial, encontramos que en la subescala de funcionamiento social, también los pacientes con esquizo-TOC presentan puntuaciones mayores que los pacientes TOC-esquizos, con tendencia a la significancia, lo que probablemente refleja la mayor incapacidad de los primeros para relacionarse, síntoma característico de los pacientes con esquizofrenia.

La forma de respuesta al tratamiento tanto a los antiobsesivos como a los antipsicóticos fue similar en ambos grupos.

No se encontraron diferencias entre los pacientes esquizo-TOC y TOC-esquizos en la presencia de conductas del espectro del TOC ni la de tics.

Finalmente, con lo descrito en esta discusión, podemos observar que los pacientes esquizo-TOC y TOC-esquizo son similares en cuanto a la presentación y severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos, el grado de *insight* y resistencia, y la forma de respuesta a los medicamentos. Sin embargo son diferentes en la severidad global y en las puntuaciones del funcionamiento en ciertas etapas de la vida.

Las diferencias entre los pacientes esquizo-TOC y TOC-esquizo, probablemente son el resultado de que pertenecen a entidades diagnósticas iniciales diferentes, es decir a la esquizofrenia y al TOC.

Por otro lado los pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo son diferentes en algunas características de aquellos pacientes con el mismo diagnóstico primario que no presentan coexistencia. Sin embargo aunque observemos estas diferencias, los datos obtenidos son insuficientes para apoyar la hipótesis de que los pacientes con fenómeno esquizo-obsesivo constituyen subgrupos de sus diagnósticos iniciales o primarios y se requiere de estudios con muestras más grandes, así como de estudios longitudinales.

Por otro lado la hipótesis de la comorbilidad tampoco puede descartarse ya que se requiere evaluar la estabilidad temporal de los síntomas coexistentes entre otras variables.

El término de comorbilidad en psiquiatría se ha definido de diferentes formas, Cassano y cols (83), la definen como la co-ocurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos con un diagnóstico principal. La comorbilidad

se estudió inicialmente en los trastornos afectivos y de ansiedad, donde se ha observado que la comorbilidad afecta la severidad, curso y respuesta al tratamiento.

La comorbilidad puede constituir un artefacto debido a múltiples causas como la diferencia en los métodos utilizados en la evaluación clínica, la confusión de comorbilidad con coexistencia de síntomas, la clasificación nosológica en forma de trastornos en lugar de síndromes, este último es un término más adecuado, ya que permite a los clínicos considerar la especificidad jerárquica y cualitativa de los síntomas, la excesiva división de los síndromes clásicos en pequeños trastornos con límites inapropiados y traslapantes, y la frecuente revisión de los criterios que cambia el umbral diagnóstico.

El concepto de comorbilidad ha permitido a los clínicos encontrar conexiones útiles entre distintas enfermedades, ampliando el conocimiento sobre su etiopatogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Vella y cols (84) delimitan el término comorbilidad como la presencia de dos entidades nosológicas y no solo de dos tipos de síntomas, así mismo consideran importante delimitar el tiempo del que se habla, una semana, un año o a lo largo de la vida. Por lo tanto definen comorbilidad como la presencia de dos o más enfermedades con etiopatogenias diferentes presentes en un individuo en un periodo de tiempo definido.

En este punto debemos recordar que en Psiquiatría el diagnóstico se establece con base en la evolución longitudinal del cuadro clínico, lo que permite diferenciar entidades que en un primer momento aparecen con características clínicas similares y es la evolución de los síntomas lo que establece el diagnóstico diferencial junto con los antecedentes familiares,

la respuesta al tratamiento y los posibles hallazgos en los estudios paraclínicos.

Con los resultados reportados y los conocimientos hasta el momento sobre estas entidades clínicas se puede especular que es lo que ocurre a nivel neurobioquímico en el traslape de estos síntomas clínicos.

Esta bien establecido y relatado en la parte introductoria, aunque no del todo esclarecida la participación de los sistemas neurotransmisores de dopamina y serotonina tanto en la esquizofrenia, como en el TOC.

Los estudios transversales como el nuestro, tiene limitaciones en la evaluación del significado de un fenómeno clínico en el que se pretende diferenciar la presencia de comorbilidad, de un subgrupo del trastorno primario o de una nueva entidad clínica.

Los estudios longitudinales que permiten evaluar la estabilidad a través del tiempo de los síntomas coexistentes, la respuesta a tratamiento, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida, todo esto a largo plazo, así como los índices de recuperación, lo que brinda la posibilidad de explorar hipótesis como las planteadas para explicar este fenómeno clínico.

El presente estudio continuará su evaluación en forma de un estudio longitudinal - como parte del proyecto de doctorado- tratando de evaluar otros aspectos del fenómeno esquizo-obsesivo.

IX Conclusiones

El fenómeno esquizo-obsesivo parece ser un fenómeno clínicamente heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos en un paciente presente en la esquizofrenia, y el TOC.

Tanto la prevalencia de síntomas obsesivos en la esquizofrenia, como las características sociodemográficas de estos pacientes son similares a las reportadas en la literatura.

Los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos (esquizo-TOC), tienen edades de inicio más tempranas, mayor calificación en la escala de severidad global, mayor frecuencia de antecedente de hospitalización en el año anterior al estudio, así como necesidad de prescripción de un mayor número de psicofármacos, que los pacientes con esquizofrenia. Estos resultados indican que en algunas variables importantes existen diferencias entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con esquizo-TOC.

También podría traducir una mayor severidad de la sintomatología y un pronóstico más reservado

Los pacientes con TOC y síntomas psicóticos (TOC-esquizos), tienen edades de inicio más tempranas, un antecedente de hospitalización más frecuente, mayor severidad en la escala de severidad global un mayor número de psicofármacos utilizados para el control de la sintomatología y un peor funcionamiento en el área familiar que los pacientes con TOC. Lo que muestra que los pacientes TOC-esquizos presentan diferencias con los pacientes con TOC en algunas variables clínicas importantes y esto podría

traducir una mayor severidad de la enfermedad y un pronóstico más reservado.

Entre los pacientes esquizo-TOC y obseso-esquizos no existen diferencias en la edad de inicio, ni antecedente de hospitalización, pero si encontramos que los pacientes esquizo-TOC tienen mayor severidad global, peor ajuste premórbido en etapas de adolescencia temprana, general y total.

El grado de insight y de resistencia con varían entre los tres tipos de pacientes que presentan obsesiones y compulsiones independientemente de cual sea el diagnóstico que padezcan.

Los estudios transversales como el presente, tienen limitaciones en la evaluación del significado de un fenómeno clínico en el que se pretende diferenciar la presencia de comorbilidad, de un subgrupo del trastorno primario o de una nueva entidad clínica. Por lo que se requiere de estudios longitudinales que evalúen la estabilidad temporal de los síntomas, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial a largo plazo, así como los índices de recuperación.

El presente estudio abre una nueva línea de investigación, que comienza a explorarse a través de estudios prospectivos.

REFERENCIAS

1. Fenton Ws, Mc Glashan TR. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatr.*; 143: 437-441. 1986
2. Bromet EJ, Fennig S. Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46: 871-881, 1999.
3. Black D, Andreasen NC, Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y transtornos deliranes. En Hales RE, Yudovski SC, Talbot JA. *Tratado de psiquiatría DSM IV*. The American psychiatric press 3a edición, pp 420-450, 2000
4. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives Generals of Psychiatry*, 39: 784-788, 1982.
5. Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn V. Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance image study. *Archives Generals of Psychiatry*, 43: 136-144, 1986.
6. Andreasen NC, Arndt S, Swayse V. Thalamic abnormalities in schizophrenia visualized through magnetic resonance image. *Science* 266: 294-298, 1994.
7. Hwang M.Y, Opler L.A, Schizophrenia with obsessive-compulsive features: assessment and treatment. *Psychiatryc Annals*; 9: 468-472, 1994.
8. Capponi E. *Tratado de Psicopatología*, pp112-213, 1980.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, 4 th edition. Washington DC: APA 1994.
10. Eisen J.L, Phillips K.A, Rasmussen S. A. Obsessions and delusions: The relation between obsessive-compulsive disorder and psychotic disorders. *Psychiatric Annals*, 9: 515-522, 1999.

11. Fenton W'S, Mc Glashan T.H. The long term outcome of obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Nervous and Mental Disease* ; 187: 760-766, 1992.
12. Berman I, Kalinowski A, Berman S, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 36: 6-10 1995.
13. Eisen JL, Beer D, Pato M, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry* 154: 271-273, 1997.
14. Bermanzohn P, Porto L, Arlow PB, Pollack S, Stronger R, Siris SG. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study. *Schizophrenia Bulletin*. In press
15. Karno M, Golding J, M, Soreson S.P, Burnam M.A, The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Archives General Psychiatry*.; 45: 1094-1099, 1988.
16. Cassano G, Pini S, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co morbidity in patients with psychotic disorders. *Journal Clinical Psychiatry* 59, 2: 60- 68, 1998.
17. Nelson E, Rice J, Stability of diagnosis of obsessive compulsive disorder in epidemiology catchment area study. *American Journal of Psychiatry*, 5: 973-974, 1999.
18. Bermanzohn P. Prevalence and prognosis of obsessive-compulsive phenomena in schizophrenia: A critical View. *Psychiatric Annals*, 29: 5508-512, 1999.
19. Tibbo P, Warneke L. Obsessive compulsive disorder in schizophrenia: epidemiological and biologic overlap. *Journal of Psychiatry and neuroscience*. 24,1:15-24, 1999.
20. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-Compulsive disorder in patients with first episode schizophrenia. *American Journal Psychiatry*; 156: 1998-2000, 1999.

21. Chang H, Berman I. Treatment issues for patients with schizophrenia who have obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatric Annals*; 29,9: 529-532, 1999.
22. Berman I, Sapers B, Chang H, Losonzy M, Schmilder J, Green A. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clorimipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15: 206-210, 1995.
23. Hwang M, Opler L. Management of Schizophrenia with obsessive-compulsive disorders. *Psychiatric Annals*; 30,1: 23-28, 2000.
24. Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Clorimipramine treatment of obsessive compulsive symptomatology in schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*; 54, 10: 385-388, 1993.
25. Poyurovski M, Isakov V, Hromnikov S, Modai I, Rauchberger B, Schneidam M, Weizman A. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients: an add-on open study. *International Clinic Psychopharmacology*, 14 (2): 95-100, 1999.
26. Patil VJ. Development of transit obsessive compulsive symptoms during clozapine treatment (letter to editor) *Journal of Clinical Psychiatry*; 149 , 2: 272, 1992
27. LaPoRTA. More on obsessive-compulsive symptoms and clozapine. (letter to the editor) *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55, 7: 312.
28. Patel B, Tandom R, Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment (letter to the editor) *American Journal of Psychiatry*; 150, 5: 873 1993.
29. Eales MJ, Layeni AO. Exacerbation of obsessive compulsive symptoms In associate with clozapina. *British Journal of Psychiatry*, 164: 687-688, 1994.
30. Baker R, Chengappa R, Baird JW, STEIGERD S, CHRIST M, SCHOOLER N. Emergence of obsessive-compulsive symptoms and Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* ; 53,: 439-442, 1992.

31. Dursun M.J, Reveley M. Obsessive-compulsive symptoms and clozapine. (Correspondence). *Journal of Clinical Psychiatry*; 160, 267-268, 1995.
32. Allen L, Tejera C. Treatment of clozapine induced obsessive-compulsive symptoms with sertraline. (Letter to editor) *American Journal of Psychiatry*, 151: 1096-1097, 1994.
33. Kopala L, Honer W.G. Risperidone, serotonergic mechanisms and obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. (letter to editor) *American Journal of Psychiatry*; 151: 1714-1715, 1994.
34. Mahendran R. Obsessive-compulsive symptoms with risperidone. (letter to editor) *Journal Clinical Psychiatry* ; 60: 261, 1999.
35. Remington G, Adams G. Risperidone and obsessive compulsive symptoms. *Journal of clinical psychopharmacology*, 14: 358-359, 1994.
36. Lykouras L, Zervas IM, Gournellis R, Malliori M, Ravavilas A. Olanzapine and obsessive-compulsive symptoms. *European Neuropsychopharmacol*; 10 (5): 385-7, 2000.
37. Mottard Jp, Sablonniere JF. Olanzapine induced obsessive-compulsive disorder. letter to editor. *American Journal of Psychiatry*; 154: 799-800, 1999.
38. Baker Rw, Ames D, Umbricht Ds, Chengappa Kn, Schooler N. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a comparison of olanzapine and placebo. *Psychopharmacology Bulletin*; 32: 89-93, 1996.
39. Poyurovsky M, Dorfman-Ergot P, Heresh H, Munitz H, Tollefson Gd, Weizman A. Beneficial effect of olanzapine in schizophrenic patients with obsessive-compulsive symptoms. *International Clinical Psychopharmacology* ; 15: 169-163, 2000 .

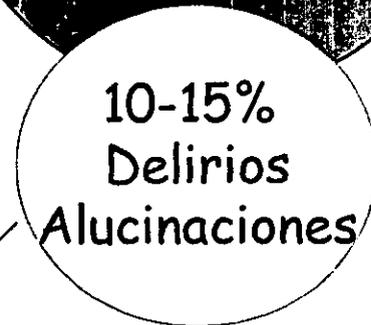
40. Berman I, Chan HH, Klengon DA. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: Neuropsychological perspectives. *Psychiatric Annals*, 29, 9: 525-528, 1999.
41. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy M, Pappas D, Green A. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: A neuropsychological study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. vol 186, No 3:150-156, 1998.
42. Lysaker Ph, Marks K, Picone J, Rollins A, Fastenau P, Bond G. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: Clinical and neuropsychological correlates. *The Journal of Nervous and Mental diseases*; 188 2: 78-83, 2000.
43. Lewis S.W, Chitkara B, Revely A.M. Obsessive compulsive disorder and schizophrenia in three identical twin pairs. *Psychological Medicine*; 21: 135-141, 1991 .
44. Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinic of North America*; 20: 863-883, 1997.
45. Caraveo-Anduaga J, Colmenares B.E. Prevalencia de trastornos de ansiedad en la población adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental* 23: 23-29, 2000.
46. Lóyzaga C, Nicolini H. Manejo farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo. Una revisión. *Salud Mental*; 6: 40-46, 2000.
47. Greist JH, Jefferson JW. Pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder. *British Journal of psychiatry*, 173, suppl 35: 46-70, 1998
48. Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsessions. *Psychopathology* , 22: 315-319, 1989.
49. Berrios GE. Obsessive compulsive disorder: Its Conceptual History in France during the 19 th century, *Comprehensive Psychiatry* 30, 4: 283-295, 1989.
50. Berrios G. The History of Mental Symptoms. *Cambridge University Press* 1996

51. Ingram J.E. Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal Mental Science*; 107: 382-402, 1961.
52. Solymon L, Di Nicola V.F, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? A etiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*; 30: 372-379, 1985.
53. Hwang M, Hollander E. Schizo- obsessive disorders. *Psychiatric Annals*. 23: 396-401, 1993.
54. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview *Psychiatric Annals*; 23: 355-358, 1993.
55. Insel T.R., Akiskal H.S. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features a phenomenological analysis. *American Journal of Psychiatry*; 143: 1527-1533, 1986.
56. Eisen JI, Rasmussen S. Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacological trials in OCD. *Psychopharmacology bulletin*; 24: 466-477, 1988.
57. Catapano F, Soerandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*; 34: 62-68, 2001.
58. Fear C, Sharp H, Healy D, Obsessive-compulsive disorder with delusions. *Psychopathology* ; 33: 55-61, 2000.
59. Stein D.J. Neurobiology of the Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Biological Psychiatry* ;47:296-304, 2000.
60. Jenike M, Baer L, Minichello R, Schwartz C, Carey R.J. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder *American Journal of Psychiatry*; 143: 4 : 536-542, 1989.
61. Sobin C, Weiller C, Cavigan C, Haiman C, Karayiorgu M, Evidence of a schizotypy in OCD. *Journal of Psychiatry Research*; 34 : 15-24, 2000.
62. Neuropsychiatry Schedules W.H.O Geneva World health organisation SCAN Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry, 1992.

63. Vazquez-Barquero JL, Gaite L, Artral J, Diez Manriquez JF, Herrera Castañedo S, Williams Y. Report of Spanish translation SCAN, schedules and glossary. *Informe a la OMS*. 1992
64. Canon-Spoor L, Potkins J. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 8: 470-489, 1982.
65. López M, Rodríguez S, Apiquian R, Páez F, Nicolini H.. Estudio de traducción y validación de la escala de ajuste premórbido para pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* 19 supl 3, 24-29, 1996
66. Valencia M, Rojas J, González R. Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud pública. *Salud Pública de México*; 31: 647-687, 1989.
67. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 13: 261-276, 1987.
68. Kay S.R, Opler L.A. Reliability and validity of positive and negative syndromes scale of Schizophrenia. *Psychiatric Research* 23: 90-110, 1988.
69. Kay SR, Fiszbein A, Vital Herne M, Silva L. The positive and negative syndrome Spanish-scale adaptation. *Journal Nervous of mental Disease*, 13: 261-276, 1990.
70. Ortega H-A, González H, Apiquian R, Brunner E, Bazán A. Evaluación de la estructura factorial de la escala de síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia. Datos sin publicar 1995.
71. Goodman W, Price L.H, Rasmussen S.A, Mazure C, Fleishman R.L, Hill C, L, Heiger G, R, Charney D, S. The Yale -Brown obsessive-compulsive scale. I: Development, use and reliability. *Archives Generals Psychiatry* 46: 1006-1011, 1989.
72. Goodman W, Price L.H, Rasmussen S.A, Mazure C, Fleishman R.L, Hill C, L, Heiger G, R, Charney D, S. The Yale -Brown obsessive-compulsive scale. II: Validity *Archives Generals Psychiatry* 46: 1012- 1016, 1989.

73. Nicolini H, Orozco B, Sánchez de Carmona M, Páez F, Loreido G, De la Fuente JR, Estudio de traducción y confiabilidad de la escala Yale-Brown en español para trastorno obsesivo compulsivo. *Salud Mental* 19, suppl 3, 11-14, 1996.
74. Bech P, Malt UF, Dencker SJ. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 87, suppl 37: 122-127, 1992
75. Apiquian R, Fresán A, Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología en español. JGH Editores, pp 14, 42-44, 53. 2000.
76. Addington D, Addington J. Assessing depression in schizophrenia The Calgary depression scale. *British Journal of Psychiatry*, Suppl 22: 90-92, 1993.
77. Ortega-Soto HA Traducción y validez de la escala de Calgary para depresión en pacientes con esquizofrenia. Datos sin publicar
78. Ulloa RE Factores de riesgo para la depresión en pacientes con esquizofrenia y su diagnóstico por medio de la escala de Calgary. Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. Departamento de Salud mental, Facultad de medicina, UNAM, 1996.
79. Hamilton M. Development of rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6, 278: 1968.
80. DeLisi L. The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 2: 112-115, 1992.
81. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK. DSM IV field trial: obsessive compulsive disorder *American Journal of Psychiatry*. 152:90-96, 1995
82. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*; 16: 233-248, 1978.
83. Cassano

84. Apiquian R, Páez F, Lóyzaga C, Cruz E, Gutiérrez D, Ulloa A, Fresán A, Nicolini H, Medina-Mora ME. Estudio mexicano de primer episodio psicótico: Resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*, 20, supl 3: 1-17, 1997



Grupos atípicos
Dificultades diagnósticas
Mala respuesta a Tratamiento
Peor pronóstico

Anexo 1.- Esquema de la conformación de la muestra

Anexo 2.- Criterios Diagnósticos del DSM IV

Esquizofrenia

A.- *Síntomas Característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes
- 2) Alucinaciones
- 3) Lenguaje desorganizado
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia, abulia

Nota: Solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B.- *Disfunción Social / Laboral*: Durante una parte significativa de, tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C.- *Duración*: Persisten signos continuos de alteración durante al menos 6 meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si ha sido tratado con éxito) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos

prodrómicos o residuales, los síntomas de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de manera atenuada (por ejemplo creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D.- *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1= no ha habido ningún episodios depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activos y residual.

E.- *Exclusión del consumo de sustancias y enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F.- *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* Si hay historia de trastorno autista o de un trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

Subtipos de la esquizofrenia.

Los subtipos de la esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

Tipo Paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

A.- Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B.- No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Tipo Desorganizado

Un tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

A.- Predominan:

- a) Lenguaje desorganizado
- b) Comportamiento desorganizado
- c) Afectividad plana e inapropiada

B.- No se cumplen los criterios para tipo catatónico

Tipo Catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
- 2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- 3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.

- 4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestada por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- 5) Ecolalia o ecopraxia

Tipo indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en el que están presentes los síntomas del criterio A, pero no cumple los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Tipo Residual

Un tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

A.- Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B.- Hay manifestaciones continuas de alteración, como ,o indica la presencia de síntomas negativos y de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, pero presentes de una forma atenuada (por ejemplo, creencias extrañas, experiencias perceptivas no habituales).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

A.- Se cumple para las obsesiones y la compulsiones

Las obsesiones se definen por 1,2,3 y 4

1.- pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativo.

2.- los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

3.-La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

4.- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no son impuestos por inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2

1.- Comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir mentalmente palabras) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con un arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2.- El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de un acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de

forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B.- En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C.- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas o su vida social.

D.- Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupación por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la apariencia propia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpa en el trastorno depresivo mayor).

E.- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Anexo 3

Evaluación del Fenómeno esquizo-obsesivo Formato de datos sociodemográficos y clínicos.

Nombre: _____

No. de Registro _____ No de expediente _____

Fecha de inclusión al estudio _____

Dirección _____

Teléfonos _____

Familiares de referencia _____

Etnia: _____ 1) Mestizo 2) Indígena 3) Caucásico 4) Negro 5) Oriental

Sexo _____ 1) Masculino _____ 2) Femenino

Edad _____

Escolaridad (en años) _____

- 1) analfabeta
- 2) sabe leer y escribir
- 3) primaria incompleta
- 4) primaria completa
- 5) secundaria incompleta
- 6) secundaria completa
- 7) preparatoria- bachillerato completo
- 8) preparatoria-bachillerato completo
- 9) carrera técnica
- 10) licenciatura incompleta
- 11) licenciatura completa
- 12) postgrado

Ocupación _____

- 1) Obrero
- 2) Empleado
- 3) Personal oficina
- 4) Comerciante establecido
- 5) Comerciante ambulante
- 6) Profesionista
- 7) Pensionado
- 8) Desempleado actualmente
- 9) Labores del hogar
- 10) Nunca ha tenido empleo remunerado
- 11) Estudiante
- 12) Artista

Nivel Socioeconómico (clasificación de trabajo social) _____

Edo. Civil: 1) Con pareja ____ 2) Sin pareja ____

Hijos 1) Sí ____ 2) No ____ # ____

Diagnósticos: Eje I _____

Eje II _____

Eje III _____

Eje IV _____

Eje V _____

Formato de Datos Clínicos

II. Historia Médica

1) Antecedentes obstétricos

Número de embarazo ____ 1) Parto ____ 2) Cesárea ____

Control de embarazo 1) Sí ____ 2) No ____

Complicaciones en el embarazo 1) No ____ 2) Sí ____ Especificar ____

Parto 1) a término ____ 2) Prematuro ____ 3) Postmaturo ____

Parto 1) eutócico ____ 2) distócico ____ Especificar ____

Complicaciones Postnatales 1) No ____ 2) Sí ____ Especificar _____

2) Antecedentes de enfermedades previas.

Tipo de enfermedad	Edad	Tratamiento	Complicación
Traumatismo Craneoencefálico			
Enf. neurológica			

3) Uso de sustancias

Tipo de sustancia	Edad de inicio/ Edad de suspensión o continua	Patrón de uso	Efectos

4) Examen físico

Talla _____

Peso _____

Alteraciones sobresalientes a la exploración física _____

5) Estudios de laboratorio

Alteraciones:

BH _____

QS _____

PFT _____

Otras pruebas

6) Estudios de gabinete

ECG Fecha _____ 1) Normal ____ 2) Anormal ____ Especificar _____

EEG Fecha _____ 1) Normal _____ 2) Anormal _____ Especificar _____

TAC Fecha _____ 1) Normal _____ 2) Anormal _____ Especificar _____

RM Fecha _____ 1) Normal _____ 2) Anormal _____ Especificar _____

III. Forma de inicio

Tiempo de evolución en semanas desde el inicio de los primeros síntomas hasta la llegada a ayuda especializada (psiquiatra) _____

Tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta esta entrevista _____

Forma de inicio 1) Agudo _____ 2) Insidioso _____

Edad de inicio a los primeros síntomas _____

Los síntomas iniciales fueron: 1) Obsesivos _____ 2) Psicóticos _____

Edad de inicio de los síntomas obsesivos _____

Obsesiones _____ Compulsiones _____

Edad de inicio de los síntomas psicóticos _____

1) Delirios _____ 2) Alucinaciones _____ 3) Conducta Extraña _____

4) Desorganización conceptual _____ 5) Negativos _____

Síntomas Premórbidos _____

Edad de inicio _____

IV Síntomas obsesivo-compulsivo

a) Características de las obsesiones

Tipo de obsesiones	Contenido de las ideas	Compulsión	Insight	Resistencia
1.- Agresiva 2.- Sexual 3.- Religiosa 4.- Somática 5.- Contaminación 6.- Simetría 7.- Ritual Mental 8.- Atesorar		1.- Limpieza 2.- Revisión 3.- Repetición 4.- Contar 5.- Lavar 6.- Coleccionar 7.- Rezar 8.- Ritual Mental 9.- Evitación	Que tan extraña es la idea 1) Le concede alguna validez 2) La considera absurda 3) Extremo absurda	1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre

b) Tipo de Compulsión

Tipo compulsión	Insight	Resistencia
1.- Limpieza 2.- Revisión 3.- Repetición 4.- Contar 5.- Lavar 6.- Coleccionar 7.- Rezar 8.- Ritual Mental 9.- Evitación	Que tan extraña es la idea 1) Le concede alguna validez 2) La considera absurda 3) Extremo absurda	1) Nunca 2) Algunas veces 3) Siempre

b) Alguna de estas ideas se trasformó en delirante?

Tipo obsesión	Pérdida del insight	Pérdida de la resistencia	Idea delirante

V Síntomas psicóticos

1) Características de delirios

Tipo de delirio	Contenido delirio
1) Referencia	
2) Persecución	
3) Daño	
4) Megalomaniaco	
5) Mesianicas	
6) Celofipico	
7) Erotomaniaco	
8) Nihilista	
9) Somático	
10) Bizarro	
11) Transmisión y control del pensamiento	

2) Alucinaciones

Tipo de alucinaciones	Contenido	Edad inicio
Auditiva		
Visual		
Olfatoria		
Táctil		
Gustativa		

3) Discurso desorganizado
 Si No Especificar _____

4) Conductas desorganizadas
 Si No Especificar _____

5.- Síntomas Negativos

Síntomas	Edad de inicio
1) Aplanamiento afectivo	
2) Retirada emocional	
3) Aislamiento	
4) Abulia	

VI. Diagnóstico SCAN

VII Respuesta a tratamiento

a) Antipsicóticos

Nombre	Dosis	Duración del Tx (en semanas)	Respuesta a Tx 1.- Satisfactoria 2.- Moderadamente satisfactorio 3.- Insatisfactoria	Efectos adversos	Cambio Motivo Fecha

b) Antidepresivos

Nombre	Dosis	Duración del Tx (en semanas)	Respuesta a Tx 1.- Satisfactoria 2.- Moderadamente satisfactorio 3.- Insatisfactoria	Efectos adversos	Cambio Motivo Fecha

c) Anti-obsesivos

Nombre	Dosis	Duración del Tx (en semanas)	Respuesta a Tx 1.- Satisfactoria 2.- Moderadamente satisfactorio 3.- Insatisfactoria	Efectos adversos	Cambio Motivo Fecha

d) Ansiolíticos

Nombre	Dosis	Duración del Tx (en semanas)	Respuesta a Tx 1.- Satisfactoria 2.- Moderadamente satisfactorio 3.- Insatisfactoria	Efectos adversos	Cambio Motivo Fecha

e) Otros

Nombre	Dosis	Duración del Tx (en semanas)	Respuesta a Tx 1.-Satisfactoria 2.- Moderadamente satisfactorio 3.-Insatisfactoria	Efectos adversos	Cambio Motivo Fecha

IX Antecedentes Familiares

Familiar	Trastorno	Tratamiento	Respuesta