

U. N. A. M.

Facultad de Medicina

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**Frecuencia de síntomas Obsesivos y/o Compulsivos
En los pacientes con Esquizofrenia
En el Hospital Fray Bernardino Alvarez**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DRPLOMA EN :

LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. DALIA M. BECERRA ALCÁNTARA

ASESOR TEÓRICO : DR. JAVIER ALFARO TORRES

ASESOR METODOLÓGICO: DR. JESÚS GUTIÉRREZ AGUILAR



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.

Índice

Página

Introducción	1
Planteamiento del problema	10
Justificación	11
Objetivos	12
Hipótesis	13
Diseño	14
Población o Universo	15
Criterios de Selección (C. inclusión)	16
Criterios de Selección (C. exclusión)	17
Criterios de Selección (C. eliminación)	18
Variables Independientes	19
Variables Dependientes	19
Fuente de Información	20
Instrumento de Recolección de Información	20
Descripción General del Estudio	21
Recursos Humanos	22
Recursos Materiales	22
Recursos Económicos	22
Aspectos Éticos	23
Resultados	24
Conclusiones	31
Bibliografía	33

I. Introducción.

Aunque la investigación sugiere que la presencia de síntomas obsesivos y compulsivos en la esquizofrenia se asocia con niveles más graves de disfunción psicosocial, no está claro si también se relaciona con características clínicas de la enfermedad.(7)

La investigación actual, ha sugerido que entre el 30 y el 59% de las personas con esquizofrenia experimentan sintomatología obsesiva o compulsiva clínicamente significativa, mientras que entre el 8 y el 23% satisfacen los criterios diagnósticos completos para el trastorno obsesivo compulsivo . Su presencia se ha vinculado, por ejemplo, con historias de función social y vocacional más pobre, comienzo más temprano de la enfermedad, y mayor utilización de servicios.

Actualmente no está claro como se relacionan los síntomas obsesivos y compulsivos con los elementos de la esquizofrenia reconocidos más tradicionalmente, tales como síntomas positivos, síntomas negativos, disforia y deterioro neurocognitivo (5).

Un estudio de Lysaker reportó que los síntomas obsesivos-compulsivos estaban relacionados con deterioro en la memoria visual y la función ejecutiva pero no con los niveles de síntomas positivos o negativos .

En otro estudio de este mismo investigador se señala que los participantes con niveles significativos de síntomas obsesivo-compulsivo mostrarían mayor deterioro en los dominios de la función ejecutiva y vigilancia. En otras palabras, el aumento de los déficits cognitivos en vigilancia y función ejecutiva podría resultar de un tipo de “doble riesgo”, causado por el traslapamiento de las anomalías estructurales y funcionales asociadas con la esquizofrenia y los trastornos obsesivo-compulsivos. (18)

Los pacientes con esquizofrenia a veces muestran síntomas semejantes al trastorno obsesivo-compulsivo, no solo durante su curso crónico, sino también durante la fase prodrómica, que precede al surgimiento de síntomas psicóticos. El trastorno esquizotípico de la personalidad, una fracción del cual se considera que es la fase prodrómica de la esquizofrenia, también a menudo está acompañada por síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo. (15)

La detección temprana de los trastornos del espectro de la esquizofrenia es importante, porque se cree que la intervención temprana con el tratamiento psicofarmacológico, mejora la evolución y probablemente, también el pronóstico del trastorno esquizotípico de la personalidad. (17)

A veces resulta difícil distinguir entre los trastornos prodrómicos del espectro de la esquizofrenia y el TOC sin sintomatología psicótica, en una etapa temprana de la enfermedad. (32)

Desde principios del siglo XX , ha habido numerosos informes de casos que describen obsesiones y compulsiones en pacientes con esquizofrenia primaria. Varios estudios han evaluado sistemáticamente la frecuencia de los síntomas obsesivos y compulsivos en pacientes con esquizofrenia, con resultados que varían desde un mínimo del 3.5% hasta un máximo de 25%. Este amplio rango se basa, en parte en los diferentes abordajes metodológicos usados para evaluar el trastorno obsesivo compulsivo y los síntomas compulsivos.(13)

Berman y cols. entrevistaron a los terapeutas de pacientes con esquizofrenia crónica para comprobar la presencia de obsesiones y compulsiones, y descubrieron una frecuencia mas alta, de los 108 pacientes evaluados, 27 de ellos(25%), tenían síntomas obsesivos y/o compulsivos. (5)

La literatura reciente ha sugerido que la frecuencia de obsesiones y compulsiones prominente en la esquizofrenia es considerablemente mas alta que el 7.8%. Conseguir encontrar diferencias entre ideas delirantes, obsesiones, meditación y preocupación por pensamientos desconcertantes puede ser muy difícil en un grupo de pacientes con alteraciones en el pensamiento.

Puesto que los pacientes con esquizofrenia con obsesiones y compulsiones comórbidas no son raros, debería investigare la eficacia de la combinación de medicamentos usados para el trastorno obsesivo-compulsivo .

Se tiene informes de que existe un aumento de los síntomas compulsivos en pacientes con trastornos psicóticos crónicos que han sido tratados con neurolépticos atípicos, Así mismo se señala que podría existir una gran ventaja al agregar clorimipramina al tratamiento antipsicótico, sin embargo esto aún es controversial, dentro de los neurolépticos atípico que la literatura refiere que aumentan la sintomatología obsesiva-compulsiva, se encuentra la risperidona y la clozapina. Se habla de la gran respuesta que llegan a obtener cuando al neuroléptico se agrega un inhibidor de la recaptura de la serotonina, con una tasa de respuesta del 80 al 90%. Se menciona también una respuesta favorable con bupirona y fenfluramina. (33)

Se ha propuesto un subtipo de la esquizofrenia “el trastorno esquizo-obsesivo”, para describir la condición de pacientes con desórdenes psicopatológicos crónicos comórbido con los síntomas obsesivos.

Los síntomas obsesivos compulsivos pueden ocurrir en pacientes con otros trastornos psiquiátricos, entre los que se incluye el retraso mental, trastorno del humor y la esquizofrenia. Usando la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico y el manual estadístico de trastornos mentales DSM-IV y la escala de síntomas obsesivo-compulsivos de Yale-Brown, así como la escala de Síntomas Negativos y Positivos (PANSS) (16),(19), (22), (21),(29)(23), se ha encontrado que los síntomas obsesivo-compulsivos, son independientes y que aparte pueden ser un continuo de la psicosis.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una condición severa caracterizada por pensamientos obsesivos y urgencias compulsivas que causan ansiedad, son irracionales y que consumen mucho tiempo. Los pacientes con TOC experimentan un curso crónico y episódico, que puede deteriorar substancialmente el funcionamiento social y ocupacional.(8)

Típicamente estos pacientes exhiben conductas repetitivas estereotipadas abiertas (motoras) o cubiertas (cognitivas), las cuales reflejan déficits en la capacidad para cambiar categorías de resolución de problemas, una característica del síndrome neuropsicológico frontal.(11)

En un estudio de Okasha y cols. en donde se incluyeron a 30 pacientes con TOC, se demostró que presentan un deterioro del funcionamiento cognitivo, reflejando capacidades visoespaciales defectuosas, especialmente en el reconocimiento visual, lo cual señala a una posible disfunción temporoparietal derecha.

En lo referente al predominio de síntomas en ese mismo estudio, los casos obsesivos mostraron la peor capacidad de memoria visual inmediata, Los casos compulsivos presentaron un retraso en la percepción temprana. Ambos grupos de síntomas mostraron alteración en el control mental, el cambio de categoría, y la atención selectiva, sugiriendo que sufren de interferencia excesiva en el procesamiento de información y una incapacidad para hacer caso omiso de señales irrelevantes, apoyan la sugerencia de perturbación de los circuitos estriatocorticales (20)

Los adelantos significativos en nuestra comprensión de la neurobiología y el manejo del trastorno obsesivo-compulsivo han alentado la investigación .

Un tema consistente en la literatura ha sido la presencia de posibles traslapamientos fenomenológicos y neurobiológicos entre el TOC y un amplio rango de condiciones, incluidos los trastornos generalmente diagnosticados en la infancia y adolescencia, esquizofrenia, el trastorno de la Tourette, el trastorno autista, trastorno de estereotipias motrices, trastornos somatomorfos, del control de los impulsos. Sin embargo la caracterización de una gama tan variada de trastornos como TOC sigue siendo discutible, y algunos autores advierten contra las clasificaciones prematuras y concluyentes.(24)

Se ha descrito al TOC en términos de neuroquímica, neuroanatomía, neurogenética y neuroetología. (30)

En relación a al hipótesis de la serotonina, se menciona que los estudios de metabolitos de neurotransmisores en el líquido cefalorraquídeo y los estudios de reto farmacológico con agonistas de la serotonina han proporcionado pruebas adicionales, de la importancia del sistema de la serotonina en el TOC. (31)

En relación con la dopamina-serotonina, parecería ser particularmente importante en el TOC, en vista de su papel en las conductas estereotípicas en modelos de animales y en vista de la evidencia pre-clínica de interacciones importantes entre los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos. Además de existir pruebas de que el aumento dopaminérgico de los inhibidores de la recaptura de serotonina puede ser útil para los pacientes con TOC resistentes al tratamiento. (10)

Desde hace varios años existe evidencia de que el TOC tiene una existencia neuroanatómica específica. Después de la epidemia de influenza a principios de siglo XX, los pacientes con secuelas de encefalitis letárgica tenían movimientos involuntarios y síntomas obsesivo-compulsivos, sugerente de patología de los ganglios basales.

La hipótesis central es que los circuitos prefrontales-ganglios basales-talámico-prefrontales son particularmente importantes. La disfunción en estos circuitos puede asociarse con déficits de procesamiento y síntomas intrusivos.(4)

Se han revisado estudios de la función del cerebro que han usado la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), la Tomografía Computarizada de Emisión de Positrones Simple (SPECT), la Espectroscopía de Resonancia Magnética (MR), y la Producción de Imágenes de Resonancia Magnética Funcional (FMR).(28)

Los estudios de SPECT han encontrado que los pacientes con OCD tienen anomalías en la corteza frontal y los ganglios basales, especialmente el caudado. Como hallazgo se ha determinado que la severidad del TOC se correlaciona significativamente con el metabolismo de la Corteza Órbita Frontal.(27)

En los estudios de RM se han demostrado niveles relativos de n-acetil aspartato NAA significativamente más bajos en el estriado bilateral, llegando a considerar que los niveles de NAA son indicadores de la densidad neuronal (9,3), que se reduce en los estados de enfermedad, que involucra pérdida neuronal, daño o reducción del tejido. (6)

Aunque las clasificaciones diagnósticas estándar consideran que el TOC es una sola entidad diagnóstica, existen varios factores sintomáticos de este trastorno.(2) Rauch et. al, encontró que un factor constituido por obsesiones agresivas, religiosas y sexuales y compulsiones se correlacionan directamente con el flujo cerebral regional (rCBF), en el estriado bilateral, mientras que un factor de obsesiones de contaminación y compulsiones de aseo se correlaciona con el rCBF en el cíngulo anterior bilateral, la corteza orbitofrontal izquierda y otras áreas corticales. Los síntomas de TOC relacionados con la simetría y con el orden tienen una tendencia hacia una correlación negativa con el flujo sanguíneo cerebral regional en el estriado derecho. (25)

Respecto a la producción de imágenes del cerebro en pacientes con esquizofrenia ha demostrado abundantes anormalidades morfológicas, entre los que se incluyen agrandamiento de los ventrículos, atrofia de los lóbulos frontales y alteraciones del tálamo, los ganglios basales y estructuras de los lóbulos temporales. (28,26)

Se han postulado mecanismos del neurodesarrollo como causas subyacentes de algunas alteraciones del cerebro en la esquizofrenia. Varios investigadores se han centrado en pacientes con un comienzo muy temprano de la esquizofrenia. (12)

Hendren et. al. han demostrado una reducción significativa del tamaño de la amígdala, el lóbulo temporal medial y el cuerpo calloso, y una ausencia de la asimetría normal de los lóbulos temporales en niños esquizofrénicos hasta la edad de 12 años. (1)

Un estudio de Aoyama examinó a sujetos con esquizofrenia de comienzo temprano y descubrió una variabilidad considerable de las características clínicas, incluyendo sintomatología obsesiva-compulsiva.

En un estudio de Iida en 1995, se realizaron estudios de RM, de pacientes con obsesiones y compulsiones, en los que se reportó un agrandamiento de la asta anterior del ventrículo lateral y el tercer ventrículo.(14)

Estos estudios nos llevan a pensar en la correlación significativa que tienen ambos trastornos, la esquizofrenia y el TOC, tanto en entidades biológicas, como anatómicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer el porcentaje de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que presentan síntomas obsesivos y/o compulsivos.

JUSTIFICACIÓN

Se mencionan en la literatura diversos estudios que apoyan el nuevo espectro de la esquizofrenia, el llamado grupo esquizobsesivo, en donde los pacientes presentan comórbidos a sus alteraciones en el pensamiento, síntomas obsesivos y compulsivos, que ocasionan un mayor deterioro tanto en el aspecto cognitivo, como social, funcional y evolutivo, es por esto la importancia de saber diagnosticar a este grupo de pacientes, ya que un tratamiento oportuno y apropiado podrían tener mejores resultados.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de pacientes esquizofrénicos con presencia de síntomas obsesivos y/o compulsivos.

Identificar si los síntomas obsesivos se encuentran relacionados con la sintomatología positiva de la esquizofrenia.

Identificar si los síntomas compulsivos se encuentran relacionados con la sintomatología negativa de la esquizofrenia

HIPÓTESIS.

La presencia de síntomas obsesivos y/o compulsivos estará en relación directa con la sintomatología de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Los síntomas obsesivos tendrán relación con la sintomatología positiva de la esquizofrenia.

Los síntomas compulsivos se relacionaran con la sintomatología negativa de la esquizofrenia.

DISEÑO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- * **Transversal**
- * **Descriptiva**
- * **Prospectiva**
- * **Observacional**

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9), según los criterios del DSM-IV. Se tomará una muestra 60 pacientes que acudan a los servicios de Hospital Parcial, Consulta Externa , Urgencias y Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

* Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, según criterios del DSM-IV.

* Pacientes con rango de edades entre 18 y 55 años.

* Pacientes que cumplan los criterios y acepten contestar la encuesta.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

* Aquellos pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

* Pacientes con padecimiento asociado que se caracterice por la presencia de síntomas obsesivos y/o compulsivos (autismo, tics, retraso mental, Tourette, trastorno de los impulsos o de alteraciones motrices etc.)

* Pacientes con mas de 2 diagnósticos psiquiátricos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- * Pacientes que no deseen cooperar con el estudio.

- * Pacientes que se encuentren incluidos en otro estudio y esten sin tratamiento farmacológico.

- * Pacientes con agitación motriz.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

* Esquizofrenia

* Edad

* Tiempo de evolución del padecimiento

VARIABLES DEPENDIENTES

* Síntomas obsesivos y/o compulsivos

* Sintomatología positiva (alucinaciones, ideas delirantes), sintomatología negativa (abulia, apatía).

FUENTE DE INFORMACIÓN

Será primaria, se evaluará por medio de una escala autoaplicable (Yale-Brown), y por medio de una entrevista estructurada y posterior calificación de Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) por medio del investigador.

Instrumento de Recolección de Datos

La información será recabada por medio de 2 escalas. Una escala de medición de sintomatología obsesiva y/o compulsiva, autoaplicable, denominada Yale-Brown. La segunda medirá la sintomatología positiva y negativa de los pacientes, la cual aplicará el investigador, denominada PANSS.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se entrevistará a los pacientes que acudan durante los meses de marzo a octubre del 2000, a los servicios de Urgencias, Hospital Parcial, Consulta Externa y Hospitalización continua, de forma aleatoria, deberán satisfacer criterios para esquizofrenia según DSM-IV. Se evaluará por medio de dos escalas, la Escala de Síntomas Obsesivos y Compulsivos de Yale-Brown, y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). Se recabarán los datos encontrados en el programa excel, según las variables de edad, sexo, evolución, sintomatología positiva y negativa, obsesiones y compulsiones, las cuales se analizarán mediante el análisis de Pearson para obtener correlaciones significativas, posteriormente los resultados se presentarán en gráficas.

RECURSOS

Recursos humanos

Se cuenta con el investigador, un asesor metodológico y un asesor teórico.

Recursos materiales

* Escala de síntomas obsesivos y compulsivos de Yale-Brown.

* Escala de sintomatología positiva y negativa (PANSS).

* Lápices

* Consultorio

Recursos económicos

Ninguno

ASPECTOS ÉTICOS

No existe ningún riesgo para los pacientes en esta investigación, este estudio se ha realizado en otros países por medio de las mismas escalas aplicadas.

RESULTADOS

24

Los resultados se realizaron por medio de un estudio descriptivo, para las variables de sexo, edad, evolución, síntomas positivos, síntomas negativos, obsesiones y compulsiones.

Posteriormente se llevó a cabo una correlación entre cada una de las variables, mediante el análisis de Pearson, para demostrar la significancia.

A continuación se muestra la tabla donde se describen estas variables utilizadas en el estudio posterior al análisis.

	N	RANGO MÍNIMO	RANGO MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
EDAD	54	18	50	32.5	8.21
EVOLUCIÓN	54	0.6	30	7.4	6.4
YALE/ BROWN	54	4	33	15.4	6.74
OBSESIONES	54	2	20	8.44	3.86
COMPULSIONES	54	1	17	6.9	3.4
POSITIVOS	54	12	38	23.2	8.1
NEGATIVOS	54	9	43	25.2	8.6
PSICOPATOLOGÍA GENERAL	54	28	61	49.3	9.6

Se aprecia en esta tabla, la descripción de las medias y la desviación estándar de las diferentes variables empleadas en este estudio.

La edad de los pacientes osciló entre los 18 y 50 años, con una media de 32.5, y una desviación estándar de 8.2.

La evolución iba de los 7 meses a los 30 años de padecer la enfermedad, determinándose una media de 7.4 años, con desviación estándar de 6 años 4 meses.

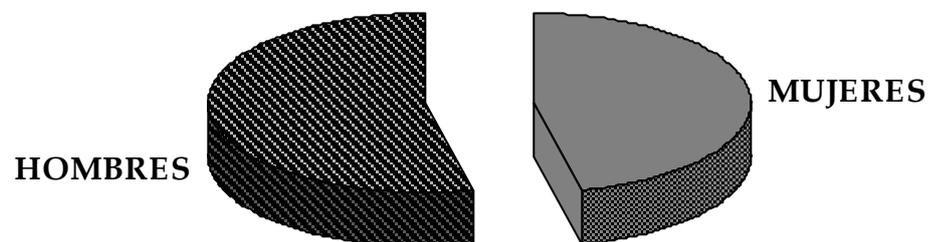
En la escala de Sintomatología Obsesiva y Compulsiva de Yale-Brown, se describe de forma general para ambos síntomas un mínimo que va desde 4 puntos contestados en esta Escala, hasta 33 puntos, con una media de 15,4 puntos, y una desviación estándar de 6.7, que se asignan para cada síntoma de la siguiente forma : para obsesiones va desde 2 puntos hasta 20 puntos, con una media de 8.4 puntos y una desviación estándar de 3.8; y para la sintomatología compulsiva, la mínima se estableció en un punto, y la máxima en 17 puntos, con una media de 6.9 y una desviación estándar de 3.4.

Respecto a la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de PANSS, para los síntomas positivos se presentó un puntaje mínimos en la Escala de 12 puntos, con un máximo de 38 puntos, con una media de 23.2 y una desviación estándar de 8.1, en lo que corresponde a la sintomatología negativa el puntaje mínimo fué de 9, con un máximo de 43 puntos, la media es de 25.2 y la desviación estándar de 8.6.

La psicopatología general demostró una mínima de 28 puntos, y una máxima de 61 puntos, con una media de 49.3 y una desviación estándar de 9.6.

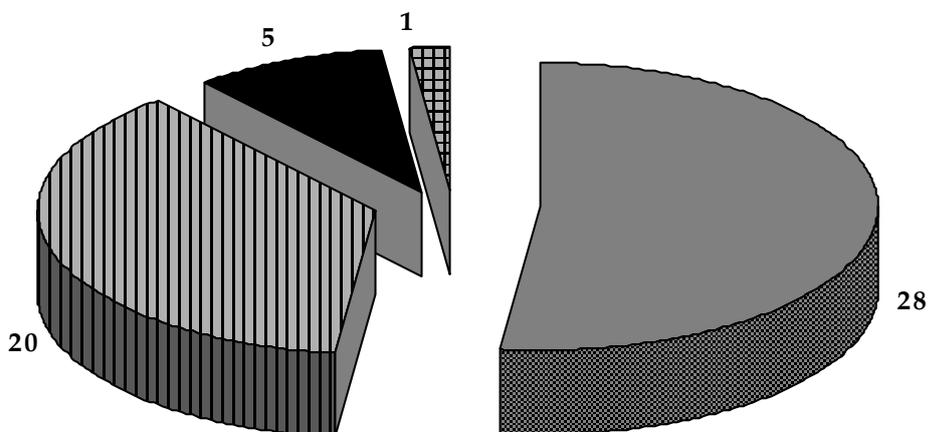
La tabla de frecuencias para cada variable fue de la siguiente manera, para el género, se obtuvieron en la muestra 29 hombres y 25 mujeres con un total de 54 pacientes.

GÉNERO



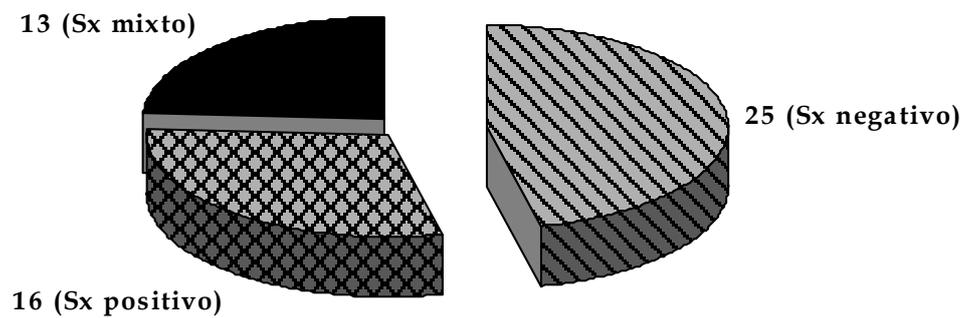
La frecuencia en relación a los diagnósticos reportados según la clasificación del DSM-IV es la siguiente: 28 pacientes con Esquizofrenia paranoide, 5 pacientes con Esquizofrenia Hebefrénica, 20 pacientes con Esquizofrenia Indiferenciada, y un paciente con Esquizofrenia sin especificación. Se muestran en el siguiente gráfico.

DIAGNÓSTICO DSM-IV (N=54 PACIENTES)



En la Escala de PANSS se obtuvieron los resultados para la determinación sindromática de la esquizofrenia, la frecuencia se clasificó de la siguiente forma 16 pacientes con clasificación positiva, 25 pacientes con clasificación negativa y 13 pacientes con clasificación mixta, para un total de 54 pacientes del estudio.

CLASIFICACIÓN SINDROMÁTICA



CORRELACIONES

De acuerdo al análisis estadístico de Pearson, se encontró que existe correlación, entre la EDAD y la EVOLUCIÓN, entre la PSICOPATOLOGÍA GENERAL y SEXO, para la EDAD y la PSICOPATOLOGÍA GENERAL, así como para PANSS y SEXO, el PANSS y la EDAD y finalmente ente EVOLUCIÓN Y PANSS, los cual se describe en la siguienettabla.

	X2	p significativa
sexo*/ psicopatología general	0.327	0.008
edad / evolución	0.696	0
evolución / psicopatología general	0.289	0.017
sndromático / sexo*	0.336	0.006
sexo*/ PANSS	0.275	0.022
edad / PANSS	0.293	0.016
evolución / PANSS	0.26	0.029

En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de sintomatología obsesiva y compulsiva encontrada en los pacientes con esquizofrenia.

PUNTAJE EN YALE/BROWN	N	PACIENTES	PORCENTAJES
0-15	54	2	3.7
6-10	54	11	20.3
11-15	54	17	31.4
16-20	54	13	24
21-25	54	7	12.9
26-30	54	2	3.7
31-35	54	2	3.7

CONCLUSIONES

Desde el inicio de este siglo ha habido numerosos informes de casos que describen obsesiones y compulsiones en pacientes con esquizofrenia primaria.

Varios estudios han evaluado sistemáticamente la frecuencia de los síntomas obsesivos y compulsivos en pacientes con esquizofrenia con resultados que oscilan desde un 3.5 hasta el 59%. En este estudio la frecuencia de sintomatología obsesiva y compulsiva en los pacientes esquizofrénicos fue de 44.5% aproximadamente, este amplio rango de resultados, en los diversos estudios pudiese explicarse principalmente por los diferentes abordajes metodológicos usados para evaluar el trastorno obsesivo compulsivo .

Cabe resaltar que nuestro grupo de pacientes que colaboró en este estudio, fueron tomados al azar, sin importar el tiempo de evolución, ni la sintomatología, por lo que el grupo tuvo una variabilidad importante, ya que al ser heterogéneo se demostraron las correlaciones entre el género, la edad y la correlación significativa con la psicopatología general, así como estas mismas dos variables además de la evolución en correlación directa con la escala de PANSS.

Hasta la fecha , han habido diversos estudios que han evaluado los fenómenos obsesivos y compulsivos con la sintomatología de la esquizofrenia y la función neurocognitiva, entre ellos destaca el de Berman en 1998 el cual produjo resultados mixtos, Lysaker y cols, demostraron que la sintomatología obsesiva y compulsiva tiene relación significativa con los síntomas positivos y negativos, sin embargo mas estrechamente con la función neurocognitiva.

Así mismo MacGlashan mencionó que estos síntomas obsesivos y compulsivos restringen la actividad mental.

Sería interesante poder diseñar una investigación con un abordaje mas amplio, en donde se pueda medir la neurocognición, en estos pacientes, así como el impacto directo de los síntomas obsesivo compulsivos, en el curso y pronóstico de la enfermedad, no fue así el diseño de este estudio, el cual solo pretende que conozcamos la presencia de la sintomatología obsesiva y compulsiva en dichos pacientes, siendo aún poco claro en la literatura la correlación de estos síntomas con la evolución.

1. Aoyama FJ, Inoue IM, Iwasaka H, Sakiyama S, Hata K, Kishimoto T. Brain imaging in childhood and adolescence onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:32-37,2000.
2. Baer L. Factor analysis symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *Journal Clinical Psychiatry* 55 (suppl):18-23,1994.
3. Bartha R, Stein MB, Williamson PC. A short echo spectroscopy and volumetric MRI study of the corpus striatum in patients with obsessive-compulsive disorder and comparison subjects. *American Journal Psychiatry*, 155:1584-1591,1998.
4. Baxter LR, Saxena S, Brody AL. Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: Evidence from functional brain imaging studies in the human and nonhuman primate. *Seminars Clinical Neuropsychiatry*, 1:32-47,1996.
5. Berman I, Kalinowsky A, Berman SM, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 36:6-10, 1995.
6. Birken D, Oldendorf WH. A literature review of a compound prominent in IH NMR spectroscopic studies of brain. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 13:23-31,1989.
7. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenia*, J Zinkin New York: International Universities Press, 1991.
8. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder : A 2-year prospective study. *Journal Clinical Psychiatry*, 60:346-352,1999.
9. Elbert D, Speck O, Konig A. H-magnetic resonance spectroscopy in obsessive-compulsive disorder. Evidence for neuronal loss in the cingulate gyrus and the right striatum. *Psychiatry Research*, 74:173-176,1996.

10. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Beyond the serotonin hypothesis : A role for dopamine in some forms obsessive compulsive disorder? *Journal Clinical Psychiatry*, 51:536-543,1990.
11. Gross-Isseroff R, Sasson Y, Voet H. Alternation learning in obsessive-compulsive disorder *biological Psychiatry*, 39:733-738,1996.
12. Hendren RL, Hodde JV, Yeo RA, Vargas LA, Brooks WM, Ford C. Neurophysiological study of children at risk for schizophrenia : a preliminary report. *Journal American Academic Childhood adolescence Psychiatry*, 34:1284-1291,1995.
13. Hwang MY, Martin AM, Lindenmayer JP, Stein D, Hollander E. Treatment of shizophrenia with obsessive-compulsive features with serotonin reuptake inhibitors. *American Journal Psychiatry*, 150:1127-1132,1993.
14. Iida J, Matunura K, Aoyama F. Cerebral MRI findings in childhood-onset schizophrenia, comparison of patients with prodromal obsessive-compulsive symptoms and those without symptoms. *Rec Progress Child Adolescence Psychiatry*, 2:75-83,1998.
15. Kurokawa K, Tanino R. effectiveness of clomipramine for obsessive-compulsive symptoms and chronic pain in twoo patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17:329-330,1992.
16. Lancon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial eststructure of the positive and negative syndrome scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis .*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97:369-376,1998.
17. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayernoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149:1183-1188,1992.
18. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, Rollins AL, Fastenau PS, Bond GR. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correaltles. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 180(2):78-83,2000.

19. Mazure CM, Halmi KA, Sunday SR, Romano SJ, Einhor AM. The Yale-Brown-Cornell leating disorder scale:development, use, reliability and validity. *Journal Psychiatry Research*, 28(5):425-445,1994.
20. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, Nahas GE, Dawla AS, Sayed M, Kholi SE. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:281-285,2000.
21. Peralta MV, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in scizophrenia. *Psychiatry Ressearch*, 53:31-40, 1994.
22. Peralta MV, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas Neurológicas Psiquiátricas*, 22(4) : 171-177, 1994.
23. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dismorphic disorder : development, reliability, and validity of a modifíc version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1): 17-22,1997.
24. Rasmusse SA. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 55:89-91,1994.
25. RauchSL, Jenike MA, Alpert NM. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Archive General Psychiatry*, 51:62-70,1994.
26. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* , 43:623-640,1998.

27. Rubin RT, Villanueva MJ, Ananth J. Regional x cerebral blood flow and cerebral 99m HMPAO uptake in unmedicated obsessive-compulsive disorder patients and matched normal control subjects : Determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Archive general Psychiatry* , 49:695-702,1992.
28. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM. Neuroimaging and frontal subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorders. *British Journal Psychiatry* 173 (suppl35):26-38,1998.
29. Stanley R, Kay AF, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2):261-276,1987.
30. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 47: 296-304,2000.
31. Thoren P, Asberg M, Bertilsson L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: Biochemical aspects. *Archive General Psychiatry*, 37:1289-1294,1980.
32. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22:353-370,1996.
33. Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive symptomatology in shizophrenia patients. *Journal Clinical Psychiatry*, 54:385-388, 1993.