



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

**EL ESPECTRO ESQUIZO-OBSESIVO:
PREVALENCIA Y PARTICULARIDADES
FENOMENOLÓGICAS**

**THE SCHIZO-OBSESSIVE SPECTRUM: PREVALENCE AND
PHENOMENOLOGICAL SPECIFICITIES**

Jesús Rafael Sánchez Ordóñez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Carlos Armando Herrera-Huerta

Asociación Ibero-latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría, México

Elia Melina Magallanes Cano

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Christian Antonio Saldivar-Tapia

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12922

El Espectro Esquizo-Obsesivo: Prevalencia y Particularidades Fenomenológicas

Jesús Rafael Sánchez Ordóñez¹rafael.ordonez2006@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-4779-7534>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Carlos Armando Herrera-Huerta**drherrerasaludmental@gmail.com<https://orcid.org/0000-0001-9677-2344>Asociación Iberoamericana de
Neurociencias y Psiquiatría
México**Elia Melina Magallanes Cano**magallanes.elia25@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-0761-442X>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Christian Antonio Saldivar-Tapia**christianstapia@gmail.com<https://orcid.org/0009-0009-7136-2942>Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

La presente investigación aborda la comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la esquizofrenia, una condición denominada "trastorno esquizo-obsesivo". Se diseñó un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta. Se incluyeron pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-10, excluyendo aquellos con trastornos psicóticos inducidos por sustancias y otras condiciones médicas. Los instrumentos utilizados incluyeron la escala Yale-Brown para medir síntomas obsesivo-compulsivos y la escala Brown Assessment of Beliefs Scale para evaluar la intensidad y la calidad de las creencias delirantes y obsesivas. Los hallazgos revelaron una prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos del 13.6%. La edad promedio de los pacientes era de 40 años, con un 61% con educación secundaria y el 84.1% desempleados. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue a los 22 años, con una duración media de 17.5 años desde el diagnóstico. En términos de tratamiento, el 47.7% estaba recibiendo Risperidona y el 34.1% Olanzapina. La mayoría (43 de 44) tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El 50% de los pacientes reportó ideas obsesivas relacionadas con la agresión o la violencia, el 13.6% con la contaminación, y otros con contenido sexual, somático, simetría y misceláneas. En cuanto a compulsiones, el 11.4% experimentó compulsiones de limpieza y el 9.1% de comprobación. Estos hallazgos subrayan la alta prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia y la necesidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos más específicos.

Palabras clave: esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno esquizo-obsesivo

¹Autor principal.

Correspondencia: christianstapia@gmail.com

The Schizo-Obsessive Spectrum: Prevalence and Phenomenological Specificities

ABSTRACT

The present research addresses the comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and schizophrenia, a condition termed "schizo-obsessive disorder." An observational, quantitative, descriptive, prospective, and cross-sectional study was designed at the Héctor H. Tovar Acosta Regional Psychiatric Hospital. Hospitalized patients diagnosed with schizophrenia according to the ICD-10 were included, excluding those with substance-induced psychotic disorders and other medical conditions. The instruments used included the Yale-Brown scale to measure obsessive-compulsive symptoms and the Brown Assessment of Beliefs Scale to assess the intensity and quality of delusional and obsessive beliefs. The findings revealed a prevalence of obsessive-compulsive symptoms of 13.6%. The average age of the patients was 40 years, with 61% having secondary education and 84.1% being unemployed. The average age of onset of the disease was 22 years, with an average duration of 17.5 years since diagnosis. In terms of treatment, 47.7% were receiving Risperidone and 34.1% Olanzapine. Most (43 out of 44) had a diagnosis of paranoid schizophrenia. Fifty percent of the patients reported obsessive ideas related to aggression or violence, 13.6% to contamination, and others to sexual, somatic, symmetry, and miscellaneous content. Regarding compulsions, 11.4% experienced cleaning compulsions and 9.1% checking compulsions. These findings underline the high prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia and the need for more specific diagnostic and therapeutic approaches.

Keywords: schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, schizo-obsessive disorder

Artículo recibido 10 julio 2024

Aceptado para publicación: 15 agosto 2024



INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos son entidades clínicas comúnmente asociadas. Sin embargo, la comorbilidad entre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la esquizofrenia ha sido poco estudiada, lo que dificulta el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia. El término "esquizo-obsesivo" fue acuñado por Hwang y Opler para describir la coexistencia de TOC y esquizofrenia. Este espectro del trastorno TOC-esquizofrenia incluye diversas presentaciones, como TOC con pobre insight, TOC con trastorno esquizotípico de la personalidad, esquizofrenia con síntomas obsesivo compulsivos, esquizofrenia con trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia pura (Scotti-Muzzi & Saide, 2017).

Epidemiología

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia ha sido descrita durante décadas y a menudo representa múltiples problemas clínicos, tanto en el diagnóstico como en el manejo de esta patología. Aunque la prevalencia exacta de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en pacientes con esquizofrenia es actualmente desconocida, algunos estudios en población europea y asiática han proporcionado datos interesantes, mostrando una prevalencia del 12.1%, la cual es superior a la población general (Devi et al, 2015).

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), los trastornos de ansiedad (14.3%) fueron los más frecuentes, seguidos de los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Sin embargo, esta encuesta no proporciona datos sobre la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo ni de la esquizofrenia (Medina-Mora y cols., 2013). Un estudio realizado en la Ciudad de México informó que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en la población general durante la vida fue del 1.4%, mientras que la prevalencia anual fue del 1.0%. Se encontró comorbilidad en el 71% de los casos, y esta fue más frecuente entre las mujeres. El 49% de los participantes informó la presencia de otro trastorno antes del inicio del TOC, mientras que el 22% lo experimentó después. En hombres, los trastornos comórbidos estuvieron casi exclusivamente relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres se observaron otros tipos de patologías: la esquizofrenia no se consideró como variable en esta muestra (Caraveo y Bermúdez, 2004). Los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) pueden manifestarse en diferentes momentos de la



esquizofrenia, desde el pródromo hasta la fase crónica. La prevalencia exacta de estos síntomas en pacientes con esquizofrenia varía, pero se ha estimado que oscila entre el 14% y el 26%. Además, se ha observado que los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad también pueden experimentar síntomas obsesivo-compulsivos, con una prevalencia de hasta el 50%. La coexistencia de TOC y esquizofrenia presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos. Los pacientes con esquizofrenia suelen recibir tratamiento para los síntomas psicóticos, lo que puede opacar los síntomas obsesivo-compulsivos que a menudo no se exploran de manera rutinaria en esta población (Sharma & Reddy, 2019).

Asociación con el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y el Toc

El trastorno esquizotípico de la personalidad se describe como una entidad premórbida de la esquizofrenia. Estos pacientes a menudo muestran ideas de referencia, excesiva ansiedad social, pensamiento mágico, experiencias perceptuales inusuales, comportamiento excéntrico, ausencia de amistades cercanas, discurso extravagante y afecto restringido (Brakouliaset al. 2014). Cuando además de esto un paciente tiene un patrón persistente de déficits sociales e interpersonales marcados por malestar y una reducida capacidad para mantener relaciones estrechas, así como múltiples distorsiones cognitivas y perceptivas, se puede decir que tiene un trastorno esquizotípico de la personalidad. Este trastorno se ha observado en comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el cual conlleva un curso con mayor tendencia al deterioro, menor insight y una mayor tendencia a la transformación de obsesiones en ideas delirantes, mayor sintomatología negativa, pobre funcionamiento, mayor déficit cognitivo, resistencia al tratamiento y peor pronóstico que aquellos con TOC "puro" (Poyurovsky, 2005).

Trastorno Obsesivo Compulsivo con Bajo Insight

Tradicionalmente, la capacidad de insight, es decir, la advertencia de lo absurdo de la obsesión, se considera fundamental en el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Sin embargo, aproximadamente un 5-25% de los pacientes con TOC muestran un pobre o nulo insight, lo que dificulta el diagnóstico diferencial en este subgrupo. Con buen nivel de insight, el individuo reconoce que las ideas obsesivas son definitiva o probablemente absurdas o irreales; con pobre insight, el individuo piensa que las ideas son probablemente verdaderas. Ante la ausencia de insight, el individuo está convencido de que sus ideas son reales. Además, solo un pequeño subgrupo de estos pacientes experimenta una



transformación delirante de las obsesiones (Brakoulias *et al*, 2014).

Aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo con bajo nivel de insight han sido asociados con trastorno esquizotípico de la personalidad, una pobre respuesta clínica, un mayor número de obsesiones y compulsiones, y una tendencia a la cronicidad. El bajo insight se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollo de ansiedad y depresión, y se encuentra asociado con mayores tasas de trastornos del espectro de la esquizofrenia en familiares de primer grado (Jacob, Larson & Storch, 2014).

Criterios Diagnósticos Provisionales del Esquizo-Toc

La literatura presenta resultados contradictorios sobre el perfil clínico de quienes reciben diagnósticos de esquizofrenia y TOC (trastorno esquizo-obsesivo). En parte de dicho perfil, se ha observado que los pacientes esquizo-obsesivos exhiben mayores deficiencias en las pruebas de funcionamiento frontal, especialmente en abstracción y funciones ejecutivas, en comparación con pacientes con esquizofrenia sin TOC. (Lysaker, 2009) Sin embargo, estos resultados son controvertidos, ya que, aunque se ha encontrado que esta población presenta más síntomas positivos, no hay una diferencia significativa en el déficit cognitivo entre pacientes con esquizofrenia comórbida con TOC y aquellos sin SOC/TOC. Lo menos controvertido es la frecuente aparición de síntomas obsesivo-compulsivos durante la fase prodrómica de la psicosis. En comparación con pacientes con esquizofrenia "pura", los pacientes con TOC/SOC presentan un inicio más temprano de los síntomas psicóticos, especialmente en hombres, así como síntomas ansioso-depresivos más pronunciados, intentos de suicidio más frecuentes, tasas de hospitalización más altas, mayor disfunción global, redes sociales más limitadas y una peor calidad de vida (Ongür, 2005; Rajkumar, Reddy, Kandavel, 2008; Tiryaki, 2010).

Actualmente, no existen criterios diagnósticos oficiales para el trastorno esquizo-obsesivo en las principales clasificaciones psiquiátricas, como el CIE-10 y el DSM-5. Poyurovsky *et al* (2012) han propuesto criterios diagnósticos provisionales que se detallan a continuación:

- 1) Los síntomas obsesivo-compulsivos están presentes y cumplen con el criterio A del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en algún momento durante el curso de la esquizofrenia.
- 2) Si el contenido de las obsesiones y/o compulsiones está relacionado con el contenido de los delirios y/o alucinaciones (por ejemplo, lavado de manos compulsivo debido a alucinaciones auditivas de tipo comando), se requiere la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos clásicos adicionales que



el paciente reconozca como irracionales y excesivos para el diagnóstico.

3) Los síntomas de trastorno obsesivo compulsivo están presentes durante una parte significativa de la duración total del pródromo, la fase activa y/o residual de la esquizofrenia.

4) Las obsesiones y compulsiones consumen una cantidad significativa de tiempo (más de 1 hora al día), causan estrés, ansiedad o interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, además del deterioro asociado a la esquizofrenia.

5) Las obsesiones y compulsiones en el paciente con esquizofrenia no están directamente relacionadas con el efecto de agentes farmacológicos antipsicóticos, abuso de sustancias o factores orgánicos.

Se prefiere el término "trastorno esquizo-obsesivo" en lugar de "trastorno obsesivo compulsivo con síntomas psicóticos" debido a que hay una mayor proporción de pacientes con esquizofrenia que desarrollan síntomas obsesivo-compulsivos en comparación con los pocos pacientes con trastorno obsesivo compulsivo que desarrollan síntomas psicóticos (Poyurovsky et al, 2012).

Teorías Etiopatogénicas

La literatura ha desarrollado cuatro posibles explicaciones para la comorbilidad entre SOC/TOC en pacientes con esquizofrenia. En la primera de ellas se habla de que uno de los trastornos supone un factor de riesgo para el desarrollo del otro. Una segunda teoría habla de la presencia de factores de riesgo comunes para ambos trastornos. La tercera teoría habla de que los síntomas obsesivo-compulsivos forman parte integral del síndrome psicótico, y finalmente, una cuarta teoría describe que la patología obsesiva podría ser secundaria a la administración de fármacos neurolépticos (Sharma & Reddy, 2019).

El sustrato neurobiológico de la esquizofrenia y el TOC está ampliamente relacionado con el neurodesarrollo. Estudios en la literatura han identificado anormalidades en los circuitos frontoestriatales, así como en el tálamo, la amígdala y el complejo hipocampo-amígdala en ambas patologías. De hecho, se ha observado una disfunción de la corteza prefrontal con los ganglios basales, particularmente de la corteza prefrontal dorsolateral (CPDL) en el caso de la esquizofrenia y de la corteza prefrontal ventromedial (CPVM) en el caso del TOC. (Saxena, Brody, Schwartz & Baxter, 1998). Dado que tanto el TOC como la esquizofrenia tienen un sustrato genético considerable, se espera encontrar factores de riesgo genéticos específicos que predispongan a el desarrollo de síntomas



obsesivos. Para esto, se requiere realizar estudios genéticos, particularmente aquellos que utilicen técnicas novedosas como estudios de asociación del genoma completo (GWAS) por sus siglas en inglés, que permitan abrir el campo para el estudio neurobiológico de esta población (Weinberger *et al*, 200)].

Inducción de Síntomas Obsesivos-Compulsivos con Fármacos Neurolépticos

Fármacos antipsicóticos atípicos como Olanzapina, Risperidona y Clozapina han sido implicados en la aparición y exacerbación de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en pacientes con esquizofrenia. Clozapina se asocia con mayor frecuencia a esta incidencia. Los síntomas suelen manifestarse unas semanas después de comenzar el tratamiento con antipsicóticos atípicos, mientras que, en el caso de la Clozapina, pueden desarrollarse a lo largo del primer año de tratamiento. Se ha observado que la dosis de risperidona puede tener un impacto en la aparición de SOC, con dosis bajas mejorando la acción de los ISRS y dosis altas exacerbando los síntomas obsesivos. Estos síntomas no se han reportado en antipsicóticos de primera generación. Se sugiere que el perfil anti-serotoninérgico predominante (antagonismo de los receptores 5HT_{2A} y 5HT_{2C}) en ciertos antipsicóticos atípicos, como la clozapina y risperidona, podría ser responsable de inducir los SOC. Por otro lado, fármacos con un bloqueo predominantemente dopaminérgico, como amisulpride o aripiprazol, no se asocian con la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos. Se ha propuesto que los polimorfismos genéticos en genes como SLC1A1, BDNF, DGLGAP3 y GRIND2B podrían aumentar la susceptibilidad a SOC inducidos por clozapina, ya que algunos autores sugieren que los pacientes con SOC podrían tener una vulnerabilidad genética que, cuando se combinan con factores ambientales comunes, desencadena la expresión de los síntomas de SOC en personas con esquizofrenia (Sharma & Reddy, 2019)

Fenomenología del Esquizo-Toc

Se ha observado que las obsesiones más prevalentes en pacientes con esquizofrenia son las relacionadas con la agresión y la contaminación, aunque también se han reportado obsesiones de tipo sexual y somáticas. En cuanto a las compulsiones, se ha descrito que las más prevalentes son las relacionadas con la limpieza y la revisión, aunque también se han reportado obsesiones de repetición y acumulación. Según la escala de Yale-Brown para síntomas obsesivo-compulsivos, los pacientes que presentan el fenómeno esquizo-obsesivo tienen puntajes que varían entre 15 y 28, lo que indica un grado moderado a severo de SOC/TOC, similar al de los pacientes con un diagnóstico único de trastorno obsesivo



compulsivo (Grover, Sahoo & Surendran, 2018).

Es importante diferenciar entre los pacientes con esquizofrenia y TOC/SOC de aquellos que tienen rasgos de personalidad esquizotípica y TOC, ya que estos últimos tienden a experimentar un deterioro en su curso clínico, tienen un bajo insight y un pronóstico desfavorable. Esto está relacionado con factores clínicos como el género masculino, la edad temprana de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos, el número de compulsiones y la existencia de alguna fobia específica. Estos pacientes también tienen un bajo rendimiento en pruebas neurocognitivas y una mala respuesta al tratamiento farmacológico con ISRS, aunque se ha observado una mejor respuesta a dosis bajas de antipsicóticos. A pesar de las similitudes entre ambos fenómenos, los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad y TOC muestran características distintas a aquellos con diagnóstico de esquizofrenia y TOC, ya que son entidades diferentes. (Grover, Sahoo & Surendran, 2018)

A pesar de las diferencias en las características fenomenológicas entre las ideas delirantes y las obsesivas, a veces puede ser un desafío distinguirlas. Algunas de las características principales que permiten hacer esta distinción incluyen la egodistonia de los síntomas obsesivo-compulsivos, que se refiere al malestar o la incomodidad que siente la persona debido a la contradicción o incongruencia con sus valores, personalidad o creencias, y la presencia de insight, que es la capacidad del individuo para reconocer la compulsión o la obsesión como algo ajeno a él o ella, y que es irracional o excesivo (Scotti-Muzzi & Saide, 2017).

Abordaje Terapéutico del Esquizo-Toc

A pesar de que el TOC parece ser una comorbilidad común en la esquizofrenia, la literatura en cuanto a su tratamiento es limitada. Existe evidencia de que la monoterapia con olanzapina o ziprasidona puede ayudar a reducir los síntomas psicóticos y obsesivo-compulsivos en pacientes con SOC preexistente y no inducidos por el tratamiento. Antipsicóticos como amisulpride y aripiprazol, que tienen pobres propiedades serotoninérgicas, parecen ser útiles en el tratamiento de los SOC. Debido a su similitud con el TOC primario, se busca examinar la eficacia del uso de ISRS y Clomipramina como tratamiento útil, especialmente escitalopram a una dosis de 20 mg/día. Las guías de la APA recomiendan la combinación de ISRS y antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia en comorbilidad con SOC/TOC, ya que actualmente existen datos limitados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento



del TOC en esta población (Koran *et al*, 2010).

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta, una unidad médica complementaria del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este hospital ofrece atención psiquiátrica ambulatoria y hospitalaria a pacientes adultos, incluyendo consulta externa, hospitalización y atención parcial. Se diseñó un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal con criterios de inclusión que consideraron pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-10. Se excluyeron pacientes con trastorno del desarrollo intelectual, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos inducidos por sustancias, trastornos psicóticos relacionados con enfermedades médicas o neurológicas, diagnóstico de trastorno afectivo primario y enfermedad neurológica comórbida. El estudio se desarrolló a lo largo de un año y contó con investigadores con experiencia en trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia, familiarizados con las fuentes y técnicas de investigación pertinentes, habiendo colaborado previamente en proyectos relacionados con estos temas. Se tomaron en cuenta los principios básicos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, así como la justicia, según lo establecido en el informe del Belmont, (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research [NCPHSBBR], 1979). Además, se respetaron los principios de privacidad y confidencialidad de los datos de los participantes, siguiendo lo estipulado en los artículos 24 y 25 de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2017).

Sujetos de Estudio

El Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta registra un promedio anual de ingresos hospitalarios de hasta 790 pacientes, divididos por género en 314 hombres y 476 mujeres. Los tres diagnósticos más comunes son: trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, junto con la esquizofrenia paranoide. Las estadísticas internacionales coinciden con las prevalencias reportadas en nuestra unidad para pacientes con esquizofrenia, representando hasta un 12% de los ingresos hospitalarios anuales. La muestra total fue de 48 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y residual.



Instrumentos

Para medir los síntomas obsesivos, se utilizó la escala validada de Yale Brown (Y. BOCS), considerando un puntaje total ≥ 16 como clínicamente significativo para síntomas obsesivo-compulsivos. Se diferenciaron compulsiones de actos repetitivos en respuesta a obsesiones y se evaluó el insight de las ideas mediante la escala BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale), considerando un puntaje de 1-8 como buen insight, 9-16 como pobre insight y ≥ 17 como idea delirante. Adicionalmente, se consideró la fiabilidad del cuestionario, evidenciada en su alfa de Cronbach, que alcanza un valor de 0,78 en individuos diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y de 0,89 en aquellos sin manifestaciones clínicas del trastorno. Estos resultados reflejan una alta consistencia interna del instrumento tanto para poblaciones clínicas como no clínicas (Yacila *et al*, 2016).

RESULTADOS

Con una muestra compuesta por 44 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se utilizó el programa STATA v17 para la captura y análisis de datos. La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la muestra, definida como una puntuación igual o superior a 16 en la escala de Yale Brown, fue del 13.6% (n=44). La edad promedio de los pacientes entrevistados es de 40 años. En cuanto a la escolaridad, el 61% de la muestra tiene educación secundaria, el 36% tiene estudios de preparatoria o superior, y solo el 2% tiene educación primaria. La mayoría de los entrevistados (84.1%) se encontraba desempleada. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue a los 22 años, con una duración media de 17.5 años desde el diagnóstico hasta el momento actual. El 52.3% de los entrevistados eran hombres y el 47.4% mujeres. En términos de tratamiento, el 47.7% estaba recibiendo Risperidona, mientras que el 34.1% estaba en tratamiento con Olanzapina (Tabla I).

La mayoría de estos pacientes (43 de 44) tienen un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con solo un paciente diagnosticado con esquizofrenia residual. En cuanto a la dimensión de las ideas obsesivas, independientemente de su severidad en la escala, el 50% de los pacientes entrevistados (n=22) informaron tener ideas obsesivas relacionadas con la agresión o la violencia. El 13.6% (n=6) mencionó ideas obsesivas de contaminación, el 4.6% (n=2) reportó ideas de contenido sexual, otro 4.6% (n=2) manifestó ideas obsesivas somáticas, un 4.6% más (n=2) tuvo ideas obsesivas relacionadas con la simetría, y también un 4.6% (n=2) experimentó ideas obsesivas misceláneas. En la dimensión de



compulsiones, el 11.4% de los pacientes (n=5) experimentaron compulsiones de limpieza, mientras que el 9.1% (n=4) tuvo de comprobación. Además, el 2.3% (n=1) presentó compulsiones de almacenamiento y otro 2.3% (n=1) experimentó compulsiones misceláneas (Tabla II).

DISCUSIÓN

A pesar de que la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo son entidades nosológicas distintas, la literatura describe que sus síntomas coexisten en una proporción sustancial de los pacientes. En algunos casos, los síntomas obsesivo-compulsivos son tan severos que constituyen un trastorno comórbido. Estudios de prevalencia en otros países han informado una prevalencia que varía entre el 10% y el 64% (Eisen *et al*, 1998). Además, un metaanálisis de 34 estudios reportó una prevalencia del 12.1% (Achim *et al*, 2011).

En este estudio, se analizó la prevalencia de pacientes con síntomas obsesivos diagnosticados con esquizofrenia que reciben atención hospitalaria en el Hospital Héctor Tovar Acosta. La prevalencia de síntomas clasificados como significativos mediante la escala de severidad de Yale Brown fue del 13.6%. Estos resultados son coherentes con estudios similares realizados en otros países previamente mencionados. La frecuencia de los subtipos de obsesiones, según las dimensiones descritas en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, también concuerda con estudios previamente realizados. Las obsesiones de contenido agresivo, contaminación y contenido sexual son las más frecuentes en pacientes con esquizofrenia (Eisen *et al*, 1998; Devi *et al*, 2015).

Los resultados sugieren que la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la población de pacientes con esquizofrenia hospitalizados es superior a la prevalencia en la población general. Esto podría tener implicaciones en el tratamiento farmacológico, ya que la aparición de estos síntomas se ha asociado típicamente con el uso de algunos antipsicóticos atípicos como la clozapina.

Sin embargo, es importante señalar las limitaciones de este estudio. El tamaño de la muestra es limitado, por lo que se necesita replicar la investigación en una población más grande para obtener resultados estadísticamente significativos. Además, los pacientes reclutados se encontraban en hospitalización, lo que limita la generalización de los resultados a pacientes ambulatorios. El tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos como la clozapina y la olanzapina podría influir en la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos.



ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

Tabla I. Características sociodemográficas

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

Tabla 2 Características de la esquizofrenia

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

Sintomas obsesivo Compulsivos De acuerdo a check llist de Yale Bocs			
Dimensión De Obsesiones			
Obsesiones Agresivas	22	50.0	0.17
Obsesiones de Contaminación	6	13.6	
Obsesiones Sexuales	2	4.6	
Obsesiones de Acumulación	0	0.0	
Obsesiones Religiosas	1	2.3	
Obsesiones de Simetria	2	4.6	
Obsesiones Miselaneas	2	4.6	
Obsesiones Somaticas	2	4.6	
dimensión de compulsiones			
Compulsiones de Limpieza	5	11.4	0.86
Compulsiones de Comprobacion	4	9.1	
Rituales de Repeticion	0	0.0	
Compulsiones de Contar	0	0.0	
Compulsiones de Ordenar	0	0.0	
Compulsiones de Almacenar	1	2.3	
Compulsiones Miscelaneas	1	2.3	
Severidad de los síntomas mediante escala Yale Bocs			
SEVERIDAD			
Menor a 16PTS	6	13.6	0.25
Mayor igual a 16PTS	38	86.4	

CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia es mayor que en la población general. Sin embargo, la evidencia para considerar al "fenómeno esquizo-obsesivo" como una entidad diagnóstica separada que requiera un enfoque especializado no es concluyente y necesita un análisis más profundo. Se deben tener en cuenta factores significativos limitantes en futuros estudios, como el tamaño de la muestra, el perfil clínico de los pacientes y el tratamiento farmacológico durante la evaluación. También sería relevante investigar la edad de inicio de los síntomas obsesivos y psicóticos para comprender mejor su correlación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M.-A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811–821.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Viswasam, K., & Mann, K. (2014). The clinical characteristics of obsessive compulsive disorder associated with high levels of schizotypy. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(9), 852–860.
- Caraveo-Anduaga, J. J., & Bermúdez, E. C. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City [Internet]. Medigraphic.com.
- Devi, S., Rao, N. P., Badamath, S., Chandrashekar, C. R., & Janardhan Reddy, Y. C. (2015). Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* [Internet], 56, 141–148.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 12–8.
- Frías, A., Palma, C., Farriols, N., Salvador, A., Bonet, J., & Bernáldez, I. (2014). Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a “schizo-obsessive” subtype. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1165–1173.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
- Grover, S., Sahoo, S., & Surendran, I. (2018). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a review. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(2), 1–11.
- Jacob, M. L., Larson, M. J., & Storch, E. A. (2014). Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 896–903.
- Koran, L. M., Gregory Hanna, C. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Work Group on



Obsessive-Compulsive Disorder.

- Lysaker, P. H., & Whitney, K. A. (2009). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(1), 99–107.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., & Fleiz Bautista, C. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental (Mex)*.
- Poyurovsky, M., & Koran, L. M. (2005). Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, 39(4), 399–408.
- Poyurovsky, M., Zohar, J., Glick, I., Koran, L. M., Weizman, R., Tandon, R., & Weizman, A. (2012). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 480–483.
- Rajkumar, R. P., Reddy, Y. C. J., & Kandavel, T. (2008). Clinical profile of “schizo-obsessive” disorder: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 262–268.
- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., & Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 26–37.
- Scotti-Muzzi, E., & Saide, O. L. (2017). Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS Spectrums*, 22(3), 258–272.
- Schirmbeck, F., & Zink, M. (2013). Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Frontiers in pharmacology*, 4, 99.
- Sharma, L. P., & Reddy, Y. C. J. (2019). Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S140–S148.
- Swets, M., Dekker, J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Smid, G. E., Smit, F., de Haan, L., et al. (2014). The obsessive-compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophrenia Research*, 152(2–3), 458–468.
- Tiryaki, A., & Özkorumak, E. (2010). Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 357–362.
- Weinberger, D. R., Egan, M. F., Bertolino, A., Callicott, J. H., Mattay, V. S., Lipska, B. K., Berman, K.



F., & Goldberg, T. E. (2001). Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biological psychiatry*, 50(11), 825–844.

Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., & A Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255.

