



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS
OBSESIVO-COMPULSIVOS EN ESQUIZOFRENIA
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
2020**

**PRESENTADA POR
EVELYN MILAGRITOS DEL PILAR PHONGO SANTILLÁN**

**ASESOR
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**LIMA – PERÚ
2020**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS
OBSESIVO-COMPULSIVOS EN ESQUIZOFRENIA
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
EVELYN MILAGRITOS DEL PILAR PHONGO SANTILLÁN**

**ASESOR
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

LIMA, PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Índice	ii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLE	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	24
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	24
3.1 Formulación de la hipótesis	25
3.2 Variables y su operacionalización	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	31
4.1 Tipos y diseño	31
4.2 Diseño muestral	31
4.3 Técnicas y procesamiento de recolección de datos	32
4.4 Procesamiento y análisis de datos	34
4.5 Aspectos éticos	35
CRONOGRAMA	36
PRESUPUESTO	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	
Error! Bookmark not defined.	
ANEXOS	

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Desde el estudio multicéntrico del Área de Captación Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, en 1988, en el que se reportó que la comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con esquizofrenia fue de 12.2%, y de TOC con trastorno esquizofreniforme del 1.3% ⁽¹⁾. La asociación entre ambas patologías ha sido motivo de debate. Por un lado, hay posturas que manifiestan que esta, en un mismo paciente, puede corresponder a una nueva entidad clínica.

Otro grupo de estudios indican que los individuos que presentan ambas sintomatologías pueden ser subtipos de esquizofrenia o de TOC. Para otros, las presencias de síntomas obsesivo-compulsivos constituyen una etapa de tránsito previa a la esquizofrenia ^(2,3). Si se busca mayor información, se encontrará que hay reportes de caso y estudios descriptivos que recalcan la aparición de sintomatología obsesiva como secundaria a los fármacos que se les prescriben como parte del tratamiento de esquizofrenia, principalmente a los antipsicóticos de segunda generación. Dentro de este grupo resalta la clozapina.

Las diversas explicaciones que existen sobre la coexistencia de síntomas obsesivos en pacientes esquizofrénicos es amplia; sin embargo, a pesar de estas aún no se ha considerado como una entidad clínica distinta que reúna en su definición a ambos tipos de síntomas.

En Sudamérica, se ha encontrado que la presencia de sintomatología obsesiva en pacientes con esquizofrenia es cercana al 4.5%, sin llegar a constituir el diagnóstico de TOC ⁽⁴⁾.

En el Perú, la información sobre la comorbilidad entre TOC y esquizofrenia es escasa. Un estudio realizado en adolescentes con esquizofrenia encontró dicha asociación en 13% ⁽⁵⁾. En la población adulta peruana, la información aún no ha sido estudiada ni analizada, lo que trae como consecuencia que los tratamientos recibidos por este tipo de pacientes no consideren ni se planteen la existencia de

sintomatología obsesiva y, por ende, no sean tratados, lo que influye en el pronóstico a largo plazo del trastorno.

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), en 2019, el diagnóstico de esquizofrenia paranoide fue la principal causa de hospitalización en el Servicio de Psiquiatría de Adultos. Durante el año 2018, según el perfil epidemiológico de hospitalización del Servicio de Psiquiatría de Adultos del HNGAI, el diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia paranoide (F20.0) con 23.85%.

El tercer diagnóstico más frecuente fue el de trastorno esquizoafectivo tipo maniaco con 6.23%. La esquizofrenia residual representaba el 1.08% de los pacientes hospitalizados, la catatónica representó el 0.8%; por otro lado, otras esquizofrenias englobaban al 0.54%. En cuanto la esquizofrenia hebefrénica, la depresión postesquizofrénica, la esquizofrenia simple y el diagnóstico de predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas cada una de estos puntuó en 0.27%.

Un escenario similar se presenta en el perfil epidemiológico de la consulta externa de este hospital en el mismo año: esquizofrenia paranoide con 21.99% sigue siendo el motivo más común de la consulta, esquizofrenia residual 0.35%, esquizofrenia hebefrénica 0.11%, esquizofrenia no especificada 0.10%, esquizofrenia simple 0.05%, predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas 0.56%, actos e ideas obsesivas mixtos (F42.2) representa el 0.6%, predominio de actos compulsivos (F42.1) 0.23%. Dentro de los perfiles mencionados, no se consignan datos sobre la comorbilidad entre los diagnósticos psiquiátricos y los no psiquiátricos.

Por otro lado, no se ha encontrado en el registro estadístico de este hospital que el diagnóstico de TOC se presente como comorbilidad, lo que contrasta con la literatura que se tiene en la actualidad sobre el tema. En ella, se indica que la comorbilidad entre TOC o síntomas obsesivos compulsivos con esquizofrenia se presenta de forma variable, pero constante. Es probable que esta diferencia se presente por un subregistro durante la hospitalización; por otro lado, pueden existir deficiencias en la exploración de síntomas obsesivos durante la entrevista psiquiátrica, así como dificultades en la aplicación de escalas como la de Yale Brown, por ausencia de capacitación.

Visto que la esquizofrenia constituye la patología más frecuentemente tratada en el HNGAI, es importante conocer si la asociación con síntomas obsesivo-compulsivos o TOC está presente en los pacientes que se atienden en dicha institución, y si es así en qué magnitud lo hace, lo que permitirá una mejor atención y a largo plazo contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo de pacientes.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de octubre a diciembre 2020?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que se asocian a los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de octubre a diciembre 2020?

Objetivos específicos

Describir las características socioepidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados.

Determinar, mediante la escala de inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R), la frecuencia de pacientes esquizofrénicos que tienen TOC.

Establecer los factores sociodemográficos que se asocian al TOC en pacientes con esquizofrenia.

Determinar las características clínicas y de la historia de la enfermedad que se asocian a la presencia de TOC en la esquizofrenia

Realizar un análisis comparativo de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia, según sus variables sociodemográficas y de historia de enfermedad.

1.4 Justificación

En el contexto actual de la reforma de salud mental, la psiquiatría adquiere mayor relevancia e importancia de la que se le había dado años anteriores al rescatar la necesidad de que los pacientes con trastornos mentales dejen de ser vistos con esa dualidad anacrónica de mente-cuerpo que ha gobernado por largo tiempo la especialidad. Dicho esto, al entender que los problemas de salud mental obedecen a alteraciones de estructuras cerebrales, pero de ningún modo limitado a estas. Se debe tener en cuenta que los pacientes psiquiátricos, como comúnmente se les llama a los usuarios de los servicios de salud mental, son susceptibles de enfermar de otras patologías que involucran distintos órganos, tiene sentido que estos usuarios sean evaluados de forma integral como cualquier otro paciente; visto este panorama, el papel del hospital general retoma su rol como modelo de atención de salud mental en la psiquiatría peruana.

Según el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao de 2012, solo el 5.9% que presenta algún problema de Salud Mental recibe hospitalización; por otro lado, el 58% recibe algún tipo de tratamiento farmacológico. El 22.6 % de los pacientes con trastornos mentales diagnosticados recibe atención en EsSalud, el 2.3% está destinada a realizarse en un hospital general de esta institución. La prevalencia de vida del TOC es de 0.2% y de episodio psicótico es 1.5% ⁽⁶⁾.

El HNGAI forma parte de la red asistencial de EsSalud, durante 2018 tuvo 369 pacientes hospitalizados de los cuales el 23.85% tenía el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, causa más frecuente de hospitalización. Este perfil epidemiológico se repite desde hace varios años, motivo por el que esta entidad clínica debe ser bien caracterizada y a la vez estudiada en relación a otros posibles diagnósticos comórbidos entre los cuáles se encuentra el TOC. Existe un grupo de pacientes esquizofrénicos que recibe como parte de su tratamiento habitual clozapina, antipsicótico asociado con incremento de sintomatología obsesiva. No se conoce qué porcentaje de ellos en la actualidad presenta síntomas obsesivos y que continúan recibiendo dicho fármaco.

En el Perú, durante 2012, se realizó un trabajo de investigación en el que se estudió el fenómeno esquizo-obsesivo en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi durante el periodo enero, 2005-enero, 2010. Este es el único estudio en nuestro país que explora la comorbilidad en ambos trastornos ⁽⁵⁾.

Por otro lado, los pacientes con esquizofrenia y TOC comórbido tienen un peor pronóstico que los que no lo presentan, lo que se ve expresado de muchas formas, en mayor progresión del trastorno mental, menor desempeño en el ámbito social y, además, mayor riesgo de intento suicida. En un estudio en el que se evaluó la tendencia suicida y la presencia de síntomas obsesivos, se encontró correlaciones positivas significativas entre la tendencia suicida y la puntuación total de Y-BOCS y entre la puntuación Y-BOCS y los síntomas depresivos. Además, encontraron que un puntaje Y-BOCS mayor o igual a 8 fue un predictor independiente del intento de suicidio durante el tratamiento con clozapina en pacientes esquizofrénicos ⁽⁷⁾.

Las personas con sintomatología del espectro obsesivo intentan ocultar dicha sintomatología por vergüenza en muchos casos, lo que retrasa el tratamiento oportuno e incrementa la posibilidad de que este se vuelva más crónico, discapacitante y severo. Sucede algo similar con los pacientes esquizofrénicos. Ellos suelen ocultar sus síntomas psicóticos, sus delirios. Del mismo modo lo intentarán hacer con síntomas obsesivo o compulsivos que no comprenden. Dadas estas características, se requiere una exploración más minuciosa de los síntomas del espectro obsesivo en esta población psiquiátrica, para así mejorar el tratamiento que ellos reciben, mejorar el pronóstico y, sobre todo, favorecer una mejor calidad de vida.

Al no tener registros claros sobre la comorbilidad entre síntomas obsesivos y la esquizofrenia, muchas veces no se exploran los síntomas del espectro obsesivo, ya que no se toman en cuenta como posibilidad desde el inicio. Por ello, es necesario saber si los pacientes atendidos en el HNGAI lo presentan y así poder realizar a futuro estudios relacionados con esta comorbilidad en otros hospitales generales, así como hospitales especializados en salud mental, para conocer, finalmente, cómo se presenta, en el día a día, esta comorbilidad y en qué medida

está afectando la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento que recibe y el rol en la sociedad de los pacientes que la padecen. Si no se conoce cómo se presenta en nuestra realidad peruana estos trastornos, será aún más difícil llegar a un manejo integrador, ya que, como se sabe por la literatura, el tener como comorbilidad el TOC ensombrece el pronóstico de la esquizofrenia.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente trabajo de investigación es viable, ya que se cuenta con la autorización del Departamento de Psiquiatría, del Servicio de Psiquiatría de Adultos del HNGAI.

Además, el estudio es factible, ya que se cuenta con la colaboración de residentes de psiquiatría para poder identificar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión del estudio y poder facilitarles la escala autoadministrada de Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R) que está validada al castellano y es de fácil y rápida aplicación.

La investigación se realizará en dos meses y se evaluará a los pacientes con esquizofrenia; además, no requiere de materiales costosos, solo la evaluación clínica de los pacientes y la administración de una escala. Asimismo, en el servicio de Psiquiatría se cuenta con computadoras que pueden ser utilizadas para el procesamiento de datos sin generar mayores costos. Se realizará un consentimiento informado a los pacientes que deseen participar del estudio para, de ese modo, preservar el principio de autonomía.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Bener publicó, en 2018, una investigación con el objetivo de describir la comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en pacientes con esquizofrenia (SZ) y comparar las características clínicas de los pacientes con esquizofrenia y TOC comórbido frente a aquellos que no presentaban dicha comorbilidad. Para ello, diseñó un estudio de cohorte de 396 pacientes incluidos entre noviembre de 2011 y junio de 2014 en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Rumeilah en Qatar. Se utilizó la entrevista de diagnóstico internacional de la OMS (WHO-CIDI) y la entrevista clínica estructurada para DSM-5 (SCID-5) para los diagnósticos, la lista de verificación de síntomas de la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown para calificar el TOC. Los pacientes fueron agrupados en pacientes con SZ con y sin TOC comórbido.

En los resultados, se encontró que, de los 396 pacientes con esquizofrenia entrevistados, el 25.75% tenía al TOC como comorbilidad, además la ansiedad, el estado de ánimo y las dimensiones psicóticas obtuvieron una calificación más alta entre SZ- OCD que pacientes SZ solamente⁽⁸⁾.

Opakunkle publicó, en 2018, un estudio cuyo objetivo fue explorar la viabilidad del uso de los 18 ítems del inventario obsesivo-compulsivo revisado (OCI-R) como una herramienta para evaluar el riesgo de suicidio subjetivo en una muestra transversal de pacientes nigerianos con esquizofrenia.

Para ello, se reclutó a 232 pacientes ambulatorios con esquizofrenia de la clínica de salud mental de un hospital universitario en el suroeste de Nigeria. Completaron el OCI-R además de la Escala de evaluación del funcionamiento social y ocupacional, Escala de síndrome positivo y negativo, y un cuestionario sociodemográfico y relacionado con la enfermedad. Los pacientes fueron entrevistados objetivamente con la Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional donde se valoró su riesgo de suicidio.

El OCI-R de 18 ítems demostró sensibilidad (0.900) y especificidad satisfactorias (0.662) con una puntuación de corte total de 10 en relación con la identificación de pacientes nigerianos con esquizofrenia con riesgo de suicidio significativo. En este punto de corte, el área bajo la curva característica operativa del receptor fue 0.817 (IC 95%: 0.735–0.898) y valor predictivo positivo (0.726) y el valor predictivo negativo (0,869) también fue satisfactorio. El OCI-R demostró consistencia interna satisfactoria y validez de constructo. El promedio de puntaje de OCI en esta muestra fue de 8.9 ⁽⁹⁾.

Grover publicó, en 2017, un estudio cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de síntomas y trastornos obsesivos compulsivos comórbidos y el impacto de estos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Evaluó a 181 pacientes de un hospital de atención terciaria en el norte de India con el diagnóstico de esquizofrenia mediante la escala de Yale-Brown para síntomas obsesivos y compulsiones, escala de depresión de Calgary para esquizofrenia, escala de síntomas positivos y negativos, Escala de funcionamiento ocupacional y social y la Escala de evaluación global de la funcionalidad y la discapacidad de la India.

Se encontró que el 28.2% cumplía el diagnóstico actual para TOC y, a lo largo de la vida, el 29.8 % del total de pacientes con esquizofrenia. Las obsesiones más comunes de por vida fueron las de contaminación (25.4%) y obsesiones de necesidad de simetría o exactitud (11.6%). Las compulsiones más comunes fueron las de limpieza / lavado (27.1%) y las de control (24.3%). La presencia de síntomas obsesivos compulsivos se asoció con una edad más temprana de aparición, una mayor prevalencia de depresión comórbida y de pensamiento suicidas actuales⁽¹⁰⁾.

Fernández, en 2017, realizó un estudio de tipo transversal en una cohorte de pacientes con esquizofrenia medicados con clozapina en Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust, en el Reino Unido. Para ello, se utilizó los registros de más de 200 casos desde agosto de 2015 hasta junio 2017 a los que rutinariamente se les aplicó la versión revisada del inventario obsesivo compulsivo (OCI-R) para detectar TOC, esta estaba disponible en 118 casos y se definió un umbral de 21 puntos para el TOC. Los resultados de prevalencia del TOC fue del

47%, mayor en pacientes en polifarmacia que en monoterapia (64%). Entre los 118 casos, la puntuación total media de OCI-R fue de 20.3.

Dos factores OCI-R tuvieron puntajes significativamente más altos y distintos: el comportamiento de verificación correlacionado con la duración del tratamiento de clozapina y el factor de obsesión correlacionado con la severidad de psicosis ⁽¹¹⁾.

Devy, en 2015, publicó un estudio realizado en la India, cuyo objetivo era determinar la prevalencia de los síntomas obsesivos en la esquizofrenia y sus características clínicas. Para ello, se seleccionaron pacientes de los servicios de hospitalización de Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias (NIMHANS), Bangalore, India entre septiembre de 2010 y septiembre de 2011. Evaluaron a 238 pacientes, de los cuales se escogieron a 200 con el diagnóstico de Esquizofrenia utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV, Escala de síndrome positivo y negativo, Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown, Escala Brown Assessment of Beliefs, Escala de Impresión Clínica Global, la Escala de gravedad, Escala de evaluación global del funcionamiento, Entrevista familiar para estudios genéticos y Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Se obtuvo una prevalencia de síntomas obsesivo compulsivos en pacientes con esquizofrenia de 24%; 37 de ellos tenían trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y 11, síntomas obsesivo-compulsivos que no equivalían a un diagnóstico clínico de TOC.

Los pacientes con esquizofrenia con OCS / OCD tenían una edad más temprana al inicio de los síntomas de la esquizofrenia, una puntuación de síntomas positivos más baja, una mayor comorbilidad con los trastornos del Eje II, una mayor incidencia de OCD en la familia y una mejor calidad de vida⁽¹²⁾.

Opakunle, en 2017, publicó un artículo de investigación realizado en Nigeria con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos entre pacientes esquizofrénicos y además determinar factores asociados. Se realizó un estudio transversal a 232 pacientes con esquizofrenia que fueron seleccionados del Hospital de Enseñanza Tecnológica de la Universidad Ladoke Akintola. Se administraron cuestionarios sociodemográficos, Inventario obsesivo-compulsivo,

Escala de síndrome positivo y negativo y Módulo de suicidio del MINI International Neuropsychiatric Inventory. La prevalencia de síntomas obsesivos-compulsivos(OCS) fue del 54.3% entre los pacientes con esquizofrenia , y el síntoma de lavado fue el más común (51.7%). Los pacientes con esquizofrenia que tenían OCS tenían psicopatologías más severas y niveles más altos de suicidio. OCS entre pacientes con esquizofrenia también se asociaron con el uso de medicamentos antipsicóticos de segunda generación ⁽¹³⁾.

Haan, en 2013, publicó un estudio de pacientes que fueron ingresados al Departamento Especializado de Psicosis Temprana del Centro Académico Psiquiátrico del Centro Médico Académico de la Universidad de Amsterdam entre 1996 y 2000, a quienes se les realizó un seguimiento por cinco años con el objetivo de determinar el curso de los síntomas obsesivo-compulsivos (OCS) y el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) en el primer episodio de esquizofrenia y trastornos relacionados y su relación con las características clínicas. Estos pacientes fueron examinados para detectar OCS mediante la escala de Yale Brown, La Escala de síndrome positivo y negativo y la Escala de clasificación de depresión de Montgomery Åsberg para valorar la gravedad de otros síntomas. Se evaluó el curso de los síntomas a los tres y cinco años, la recaída psicótica, el uso de sustancias, la remisión, la recuperación total, el suicidio y el funcionamiento social.

Se incluyeron 186 pacientes ingresados y que firmaron el consentimiento informado. Cinco años después del ingreso, la OCS se pudo evaluar en 172 pacientes. 91pacientes (48.9%) no informaron síntomas de OCS en ninguna de las evaluaciones.

Durante la evaluación al ingreso el 15.1 % presentó OCS, 13.4% tenía OCS persistente, el 7.0% no tenía OCS en la primera evaluación pero desarrolló OCS posteriormente, y el 15.6% tenía OCS intermitente. La proporción de pacientes con TOC comórbido varió entre 7.3% y 11.8% durante el seguimiento. El TOC se asoció con síntomas depresivos más graves y peor funcionamiento premórbido y funcionamiento social en el seguimiento ⁽¹⁴⁾.

Sánchez, en 2011, publicó un trabajo, cuyo objetivo era determinar la frecuencia de síntomas obsesivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme y evaluar cómo se relacionaban con la presentación clínica de la esquizofrenia. Para ello, evaluaron a 222 pacientes que estaban hospitalizados en la clínica de Nuestra Señora de La Paz, Colombia, durante el 2007 a 2010, con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo basado en los criterios DSM-IV utilizando las escalas SANS, SAPS, BPRS, EMUN, Zung y la lista de comprobación de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown. El promedio de edad fue de 41.2 años. El 60.8% de los pacientes fueron varones. En dicho estudio no se identificó pacientes con TOC. Sin embargo, la frecuencia de síntomas TOC fue de 4.5% (IC 95% 2,2%-8,1%). Las obsesiones más frecuentes fueron las agresivas, de contaminación, y sexuales. No se encontraron pacientes con compulsiones. En todos los casos los síntomas obsesivo-compulsivos se presentaron, posteriormente al del diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas TOC se asociaron a deterioro cognoscitivo y social ⁽⁴⁾.

Owasaki, en 2010, publicó un estudio en pacientes esquizofrénicos ingresados en todas las salas de un hospital psiquiátrico en Tokio durante el 2003 con objetivo de determinar la prevalencia de TOC y de OCS y su asociación con factores demográficos y clínicos, 92 pacientes hospitalizados con esquizofrenia crónica participaron en este estudio. Los factores demográficos, la gravedad de los síntomas psiquiátricos fue determinado por la Escala breve de evaluación psiquiátrica y la OCS por la Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown, el funcionamiento general, los síntomas extrapiramidales y la dosis de antipsicóticos se compararon entre pacientes con y sin TOC u OCS.

La mini entrevista neuropsiquiatría internacional (M.I.N.I.) reveló OCS en 51.1% de la muestra total. El 25% de la muestra total tuvo sentimientos excesivos o irracionales, y 14.1% de la muestra total fueron diagnosticados con TOC. Entre los pacientes con OCS, 29 pacientes exhibieron solo obsesiones, seis pacientes exhibieron solo compulsiones y 12 pacientes presentaron obsesiones y compulsiones ⁽¹⁵⁾.

Khumbani, en 2010, presentó un estudio para valorar si la mayor gravedad general de síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con esquizofrenia que no cumplen con los criterios clínicos para TOC estaría asociado con un funcionamiento ejecutivo más deteriorado. Se incluyó a 29 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia DSM-IV sin antecedentes de TOC y a 32 sujetos sanos de grupo control. Los grupos fueron emparejados por género y educación parental. Los pacientes fueron reclutados de clínicas ambulatorias locales y por referencias de tratamiento médicos. Los participantes sanos de comparación fueron reclutados a través de anuncios en periódicos locales y el uso de volantes. Se excluyeron los participantes que tenían antecedentes de trastorno neurológico, retraso mental, lesión cerebral traumática o enfermedad médica sistémica significativa, si cumplían los criterios para un trastorno por uso de sustancias (que no sea nicotina) en los seis meses anteriores a participación.

Todos los pacientes con esquizofrenia recibieron dosis estables de medicamentos antipsicóticos durante el tiempo del estudio. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito y recibieron una compensación financiera por su participación. Se les aplicó las escalas OCI-R, SAPS, SANS.

Se obtuvo que el grupo de pacientes puntuó 15.07 en promedio en la escala OCI-R siendo la subescala de obsesiones la que tuvo mayor puntaje (3.85), mientras que el grupo control puntuó 11.97 y la subescala con mayor puntaje en este grupo fue la de orden con 3.12. No se observaron correlaciones significativas entre ninguno de los puntajes de OCI-R y la escala para la evaluación de los síntomas negativos, la escala para la evaluación de los síntomas positivos o la Escala de calificación psiquiátrica breve ⁽¹⁶⁾.

Vásquez, en 2012, realizó un trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi de Perú con el objetivo de identificar cuál era la frecuencia, características clínicas y sociodemográficas de la coexistencia TOC o SOC en adolescentes diagnosticados de esquizofrenia que fueron atendidos en dicha institución durante enero del 2005 a enero del 2010 y cuyas edades estaban comprendidas entre los 12 y 17 años. Se revisaron 110 historias clínicas; de estas 14 historias clínicas presentaban SOC o cumplían

criterios de TOC, los datos obtenidos fueron registradas en fichas clínicas elaboradas por el autor. La comorbilidad de TOC o SOC en adolescentes con esquizofrenia fue del 13%. En los pacientes que presentaron TOC, este se presentó simultáneamente con el cuadro clínico de esquizofrenia. Además, los pacientes que presentaron SOC tuvieron dichos síntomas después del inicio de la esquizofrenia. La obsesión más frecuente fue la de contaminación y la compulsión más frecuente fue la de limpieza. Más del 50% de los pacientes no estudiaba ni trabajaba ⁽⁵⁾.

Achim, en 2011, publicó un metanálisis con el objetivo de conocer la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad (EA) en la Esquizofrenia (SZ). La metodología consistió en una búsqueda sistemática de estudios que informan la prevalencia de EA en SZ y trastornos psicóticos relacionados. Las tasas de prevalencia promedio y los intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularon primero para cada trastorno. Se identificaron 52 estudios elegibles. Las tasas de prevalencia y los IC agrupados fueron del 12.1% (7.0% -17.1%) para los trastornos obsesivo compulsivos ⁽¹⁷⁾.

Poyurovsky publicó, en 2008, un trabajo de investigación sobre las características clínicas de pacientes esquizo-obsesivos adolescentes. La muestra de 22 pacientes adolescentes de 13 a 18 años que cumplieron con los criterios del DSM-IV para la esquizofrenia y TOC se tomó de los pacientes que fueron admitidos en el Departamento de Psiquiatría de Adolescentes de Tirat Carmel Centro de salud mental en Israel entre julio de 2005 y noviembre de 2006, debido a psicosis aguda. Este grupo se comparó con 22 pacientes con esquizofrenia sin TOC de la misma institución.

A ambos grupos se les aplicó La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (SCID-I), la Escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS) y negativos (SANS), la Escala obsesiva-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) y la Escala de impresión clínica global. Se obtuvo que los pacientes esquizo-obsesivos tenían menor edad al inicio de los síntomas de esquizofrenia, tenían más trastornos del espectro TOC, principalmente trastornos de tics, pero no diferían en la gravedad de los síntomas de esquizofrenia de los pacientes con esquizofrenia no TOC. En la mayoría de los pacientes esquizo-

obsesivos, los síntomas obsesivo-compulsivos precedieron o aparecieron concomitantemente con el inicio de la esquizofrenia y no se correlacionó con los síntomas esquizofrénicos. Más pacientes esquizo-obsesivos que sus contrapartes no TOC fueron tratados con agentes anti-obsesivos complementarios ⁽¹⁸⁾.

Bucke, en 2008, publicó un artículo sobre las comorbilidades en la esquizofrenia en la que realizó revisión de los 36 estudios realizados hasta ese momento sobre dicha presentación clínica, obtuvo que el promedio ponderado de los datos disponibles de esos estudios estimó una prevalencia del 25% de OCS y un 23% de prevalencia de OCD en pacientes con esquizofrenia ⁽¹⁹⁾.

Güleç, en 2008, publicó un artículo en Turquía sobre un estudio, cuyo objetivo era determinar si los pacientes esquizofrénicos con síntomas OC representan un subtipo de esquizofrenia y evaluar las diferencias entre los pacientes con esquizofrenia con síntomas OC y los pacientes con TOC. Se incluyó a 20 pacientes diagnosticados con TOC, 40 pacientes esquizofrénicos y 20 pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivos compulsivos (OC). Mientras que la distribución y la gravedad de los síntomas psicóticos en el grupo de esquizofrenia OC se compararon con los de los pacientes esquizofrénicos, y mientras que la distribución y la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos del grupo de esquizofrenia OC se compararon con los pacientes con TOC, los tres grupos se compararon entre sí en relación a datos demográficos y otras características clínicas.

Se encontró que no hubo diferencias en la distribución y gravedad de los síntomas psicóticos entre el grupo de esquizofrenia OC y el grupo de esquizofrenia. Además, la distribución y la gravedad de los síntomas de OC en el grupo de esquizofrenia OC no fueron diferentes a las del grupo de TOC. Las puntuaciones breves del Cuestionario de discapacidad fueron significativamente más altas en el grupo de esquizofrenia OC que en los otros dos grupos. Las puntuaciones medias de la Escala de depresión de Hamilton y la Escala de ansiedad de Hamilton fueron significativamente más altas en los grupos de OCD y esquizofrenia OC que en el grupo de esquizofrenia ⁽²⁰⁾.

Kayahan, en 2005, publicó un estudio que incluyó a 100 pacientes que habían sido diagnosticados por sus médicos tratantes con Esquizofrenia según el DSM- IV, de 18 a 65 años y que dieron su consentimiento informado. Fueron seleccionados de la hospitalización o seguidos por la unidad de psicosis del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Ege, Izmir, Turquía. El objetivo de la investigación fue evaluar la tasa de aparición de síntomas obsesivo compulsivos y TOC en pacientes esquizofrénicos y evaluar la interrelación entre OCS, síntomas esquizofrénicos y síntomas depresivos. A los sujetos de investigación se les aplicó la escala de PANSS, SCID-P, la Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) y la Escala de Calgary para depresión para esquizofrenia.

La prevalencia de OCS en individuos que cumplían los criterios de esquizofrenia fue del 64%. Un total de 30 de estos pacientes (puntaje total Y-BOCS ≥ 7) también cumplieron con los criterios del DSM-IV para el TOC. El puntaje total en Y-BOCS se correlacionó significativamente con el puntaje total en PANSS, el puntaje de PANSS positivo, el puntaje de PANSS general y el puntaje total en la Escala de calificación de depresión de Calgary para la esquizofrenia ⁽²¹⁾.

2.2 Bases teóricas

Esquizofrenia

Se define como un trastorno mental psicótico crónico y grave que suele manifestarse en la adolescencia o el inicio de la adultez. Entre sus características se encuentra la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, conductas regresivas en el desarrollo, aislamiento y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, acompañado de delirios y alucinaciones. La enfermedad puede comenzar bruscamente o progresivamente y los síntomas pueden mejorar o volverse crónicos en diversas intensidades ⁽²²⁾.

La esquizofrenia está presente en todas las culturas y lugares del mundo. Se han reportado incidencias que varían desde 7.7 a 43 casos nuevos por cada 100 000 habitantes ⁽²³⁾. El riesgo de morbilidad a lo largo de la vida es del 1%.

Según el CIE-10 para el diagnóstico de Esquizofrenia se necesita la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del uno al cuatro; o síntomas de al menos dos de los grupos del cinco al ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un mes o más. El síntoma 9 se aplica solo a la esquizofrenia simple y debe estar presente por lo menos un año.

El diagnóstico de esquizofrenia no se tendrá que hacer si el paciente presenta síntomas depresivos o maníacos relevantes, salvo que estos se inicien antes del trastorno afectivo. Tampoco se hará dicho diagnóstico si existe enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas.

Los síntomas que deben considerarse son:

1. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento
2. Ideas delirantes de control, influencia o pasividad, o ideas delirantes extrañas de otro tipo y percepción delirante.
3. Alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, que discuten entre ellas o con un significado similar.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa.
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
7. Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas negativos como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento o incongruencia afectiva. Ha de quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social⁽²⁵⁾.

Trastorno obsesivo compulsivo

Se define clásicamente como un trastorno mental en la que se presentan pensamientos, impulsos e imágenes no deseados y recurrentes así como conductas repetitivas o actos mentales que producen malestar, ocupan mucho tiempo al individuo que la padece y afectan su funcionalidad.

Existe poco reconocimiento de los síntomas de TOC asociado a que los mismos pacientes tienden a ocultar sus síntomas por la vergüenza que les ocasiona, todo ello ocasiona que se demore mucho en buscar ayuda para poder realizar un diagnóstico adecuado para iniciar el tratamiento. Se ha observado que el retraso promedio desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico y el tratamiento correspondiente demora aproximadamente 17 años ⁽²⁶⁾.

El TOC tiene una prevalencia del 2% y ocasiona una gran disfuncionalidad en las personas que lo padecen ⁽²⁷⁾.

Este trastorno se caracteriza por ser heterogéneo en relación al tipo de obsesión o compulsión que la persona puede presentar; frente a esto se realizó un estudio agrupando los síntomas en dimensiones que fueron reportados en The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study (NCS-R). Las dimensiones encontradas fueron la de chequeo o verificación en 79.3%, acumulación 62.3%, orden 57%, temas morales 43%, temas sexuales/religiosos 30.2%, contaminación 25.7%, hacer daño 24.2%, temas relacionados a enfermedades 14.3%, otros 19% y múltiples áreas 81% ⁽²⁸⁾.

Según los criterios del CIE-10, el TOC (F42) requiere que los síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas. Los síntomas obsesivos deben caracterizarse por ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios, se presenta una resistencia

ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista, la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras, los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Dentro de este diagnóstico, se incluye a la neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis obsesiva y la neurosis anancástica. Además se describen dentro de esta clasificación 2 subtipos. El primero de ellos es aquel denominando Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F42.0) y el segundo se refiere a aquel en el que hay predominio de actos compulsivos o también llamado rituales obsesivos (F42.1) ⁽²⁵⁾.

La edad de inicio del TOC varía desde la primera infancia hasta la edad adulta. Entre 30-50% de las personas con TOC han tenido síntomas obsesivos desde su infancia, comúnmente antes de los 10 años de edad ⁽²⁹⁾. Es posible que el inicio de la infancia sea una forma distinta de desarrollo neurológico del trastorno. El TOC de inicio en la infancia también se asocia con una mayor gravedad y con tasas más altas de compulsiones sin obsesiones reportadas ^(30,31).

La Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad informó un inicio medio a la edad de 19 años, con un 21% de casos emergentes a los 10 años ⁽³²⁾.

El perfil de género del TOC difiere según la edad y el tipo de población. Las muestras clínicas de individuos con TOC de inicio en la infancia tienen un predominio de género masculino; sin embargo, los estudios epidemiológicos de niños y adolescentes informan tasas iguales de TOC en niños y niñas. En contraste, se informa un ligero predominio femenino en estudios epidemiológicos de adultos con TOC e hipocondría, trastornos de tics y trastornos de control de impulsos como la tricotilomanía ^(31,33,34).

En nuestro país se ha encontrado que en relación al TOC la discapacidad era leve en 46.3% y moderada en 53.7% de los casos estudiados con dicho diagnóstico⁽³⁵⁾. Dentro de las comorbilidades que el TOC presenta se encuentra la esquizofrenia. Aunque no está del todo claro si la presencia de TOC es un factor de riesgo de

iniciación de psicosis, el TOC primario a edades más tempranas puede influir en la aparición de esquizofrenia. Frente a esto se ha estudiado la existencia de síntomas obsesivo-compulsivos en personas con esquizofrenia de edad avanzada y se observó que no hubo diferencias significativas entre el grupo con TOC y sin TOC en relación a las variables demográficas y clínicas ⁽³⁶⁾.

El fenómeno esquizobsesivo

La presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en esquizofrenia ha sido conocida desde hace mucho tiempo. Bleuer consideraba los síntomas obsesivos como parte del pródromo de la demencia precoz, como se le llamaba a la esquizofrenia ⁽²⁾.

Las cifras sobre la coexistencia entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la esquizofrenia son variables ya que depende del tipo de diseño metodológico que se utilice durante la investigación. Existen diferencias en cuanto a criterios diagnósticos; diseños de estudio según el tiempo de obtención de los datos; la forma de obtener información es también variable, mientras en algunos se basa en revisión de historias clínicas, en otros se realizan entrevistas a terapeutas y evaluación de pacientes; además otro punto a tener en cuenta es que los exámenes realizados se hacen en diferentes etapas de la enfermedad ESQ (crónicos versus primer episodio, agudos versus estables), distintos grupos etarios; pacientes incluidos en hospitalizaciones o tratamiento ambulatorio; cada estudio utiliza diferentes escalas para valorar los síntomas obsesivos y sumado a esto se debe considerar en qué tiempo se realizaron los estudios ya que uso de ciertos psicofármacos se relacionan más cercanamente con la posibilidad de desarrollar sintomatología obsesiva en mayor o menor grado ⁽³⁷⁾.

En un metanálisis realizado en 2011 sobre la prevalencia de TOC y otros trastornos de ansiedad en pacientes con esquizofrenia se encontró teniendo en cuenta cerca 34 estudios y más de 3000 pacientes que la prevalencia de esta asociación se presentaba en promedio en 12.1% ⁽¹⁷⁾.

Hwang y Opler, en 1994, realizaron un estudio de tipo retrospectivo descriptivo sobre características clínicas y el seguimiento a largo plazo de 21 pacientes

diagnosticados de esquizofrenia con síntomas obsesivos, y los compararon con pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos; 13 de ellos presentaron síntomas obsesivos previos al inicio de la esquizofrenia; la edad promedio de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos fue de 10.2 ± 3.7 años; solo dos pacientes presentaron transformación de ideas obsesivas a delirantes. No hubo diferencias significativas en las características sociodemográficas ni en las medidas de ajuste premórbido en los esquizofrénicos con y sin síntomas obsesivo-compulsivos. La edad promedio de inicio de los primeros síntomas fue menor entre los que presentaron síntomas obsesivo-compulsivos y el tiempo de hospitalización de dicho grupo fue el doble en promedio. En el funcionamiento psicosocial, hubo diferencias significativas en el área ocupacional: los pacientes con esquizofrenia y obsesiones estuvo solo el 7% del periodo de seguimiento con empleo, mientras que los pacientes sin síntomas obsesivos pasaron el 33% del tiempo con empleo durante el seguimiento.

Estos autores proponen que existen tres subtipos de pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos que son los siguientes:

- a) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos de larga evolución previo al inicio de la psicosis. Lo que se llamaba TOC maligno que luego desencadenaba un cuadro psicótico de tipo esquizofrénico
- b) Pacientes con síntomas obsesivos persistentes, que iniciaron junto con los psicóticos o fueron seguidos por estos.
- c) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos transitorios durante el curso de la esquizofrenia ⁽³⁸⁾.

Para Reznik, las posibles relaciones entre la sintomatología obsesiva y la esquizofrenia se divide en aquellos cuyos OCS son independientes de la psicosis, un segundo grupo cuyo OCS están parcialmente relacionados con su psicosis y por último otro grupo en el que los OCS representan un continuo de su psicosis. En la clínica y fenomenológicamente se pueden distinguir tres subgrupos principales de pacientes:

1. Aquellos que cumplen con los criterios del DSM-IV para el TOC antes del desarrollo del proceso esquizofrénico (llamado OCDesquizofrenia)

2. Aquellos que comenzaron a mostrar síntomas de OC alrededor del inicio (fase prodrómica) o en cualquier momento durante el curso de esquizofrenia (llamado Trastorno esquizoobsesivo)

3. Pacientes esquizofrénicos que tienen OCS transitorios en diferentes etapas de su enfermedad, o bajo circunstancias específicas como infecciones de tipo estreptocócica; iatrogénico ocasionado por los antipsicóticos atípicos entre otras causas.

Este panorama podría explicar la razón por la que existen cifras tan diferentes al abordar la comorbilidad entre ambos trastornos⁽³⁹⁾.

Algunas investigaciones como la de Poyurovsky y cols. estudiaron los síntomas obsesivo compulsivos en primer episodio psicótico de la esquizofrenia(ESQ) para lo que aplicaron entrevistas estructuradas según criterios DSM-IV, escalas de medición de síntomas positivos (SAPS) y negativos (SANS) y escala YBOCS y encontraron que el 14% de esquizofrénicos ingresados a un centro de internación reunían criterios para TOC según DSM-IV y además obtuvieron puntuaciones significativamente menores que los pacientes esquizofrénicos sin TOC en la subescala de trastorno del pensamiento formal de la SAPS y la subescala de efecto aplanado de la SANS. Con estos resultados estos investigadores hipotetizaron que la presencia de SOC en primer episodio tenía un efecto protector o que dilataba la presencia de algunos síntomas esquizofrénicos en las primeras etapas de la enfermedad. En este trabajo, la edad media de comienzo de los SOC fue de 16.6 años mientras que la de comienzo de ESQ fue de 22 y los tipos de obsesiones y compulsiones fueron: contaminación, preocupaciones sexuales, agresivas, limpieza, orden, verificaciones, acumulación y arreglo ⁽⁴⁰⁾.

Otros autores han evaluado la presencia de síntomas obsesivos en adolescentes con esquizofrenia. En un estudio relacionado a este tema se evaluó 50 pacientes adolescentes internados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y se diagnosticó TOC según los criterios del DSM-IV, se aplicó a estos pacientes la Escala para la evaluación de los síntomas positivos, la Escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS) y la Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown para valorar la gravedad. Se obtuvo que el 26.0% de los pacientes esquizofrénicos también cumplieron con los criterios del DSM-IV para el TOC. Este subgrupo obtuvo

una puntuación significativamente más alta en la subescala SANS para el aplanamiento afectivo o el embotamiento. La puntuación total de SANS se correlacionó positivamente con la puntuación total de la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown ⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, hay estudios que enfatizan que la existencia de síntomas obsesivo compulsivos en pacientes con esquizofrenia estarían más relacionados con un mayor deterioro funcional, cognitivo y social. Existiría un peor pronóstico, bajo funcionamiento y mayor resistencia al tratamiento farmacológico ^(36,39).

Según las investigaciones de Üçok sobre la diferencia entre los paciente con OCS o TOC comórbido con esquizofrenia la edad de inicio del grupo con TOC fue anterior al grupo sin OCS, en el caso de los que tenían TOC la edad de inicio fue a los 19.3 años, en los que presentaban OCS fue de 22.2 años y los que no tuvieron ni OCS ni TOC fue de 23.9 años. Encontró además que la tasa de ocupación fue mayor, el número de hospitalizaciones fue menor, la duración de la educación fue más larga en el grupo OCS que en el grupo no OCS incluso de formación superior ⁽⁴²⁾.

Kokurkan ha estudiado la comorbilidad de TOC en paciente con esquizofrenia en comparación con los pacientes sin TOC en relación a las puntuaciones de diversas escala como la BPRS, SANS y CGI- en las que el primer grupo obtuvo mayor puntuación. Los pacientes con TOC mostraron mayor deterioro funcional; sin embargo, las variables sociodemográficas, SAPS, CDSS y puntajes de comprensión no mostraron una diferencia significativa dependiendo de la presencia de TOC. La edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la duración media de la enfermedad no fueron estadísticamente diferentes entre los dos grupos ($P > 0.05$). Por otro lado, la mayoría de las características clínicas mostraron una diferencia significativa dependiendo de la presencia de TOC. Los resultados obtenidos revelaron que el inicio de la esquizofrenia fue a una edad menor y que la tasa de uso de clozapina fue mayor en pacientes que presentaban comorbilidad del TOC ($P < 0.05$). Las puntuaciones BPRS, CGI-S y SANS fueron estadísticamente significativamente más altas en pacientes con presencia de TOC ($P < 0.05$). Además, las puntuaciones de la Escala global de funcionamiento (GAF) fueron más

altas en pacientes que no tuvieron un diagnóstico de TOC de por vida, en comparación con los pacientes con comorbilidad de TOC ⁽⁴³⁾.

Owashi, por su parte, encontró que la tasa de comorbilidad del TOC y esquizofrenia se relacionaba con un estado socioeconómico más bajo en pacientes con esquizofrenia ⁽¹⁵⁾.

El uso de antipsicóticos también toma papel en la presencia de SOC y Esquizofrenia. Esto se explicaría con el bloqueo de los receptores de serotonina; específicamente, los de tipo 5-HT(2A) ya que al bloquearlo se produce desinhibición de la liberación de dopamina y aumento del flujo de dopamina en el circuito estriado-talámico-cortical ⁽⁴⁴⁾.

Los que serían más propensos a ser afectados serían en su mayoría los hombres, los más vulnerables son aquellos con síntomas obsesivos previos al uso de antipsicóticos, se describe una prevalencia de compulsiones sobre las obsesiones. Por otro lado existiría un intervalo de riesgo para los SOC inducidos por risperidona y olanzapina durante los primeros 21 días de tratamiento. La presencia de SOC asociado a la risperidona se incrementa con dosis mayores a 4 mg/día, para la Olanzapina no se conoce una dosis umbral. En la práctica clínica es común encontrar al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en pacientes tratados con clozapina; respecto a este fármaco la presencia de SOC tiene un inicio bimodal: temprano (antes de los tres primeros meses con dosis inferiores 250 mg/día) y tardía (luego de tres meses con dosis superiores a 350 mg/día).

Para el manejo terapéutico, se dice que puede plantearse la reducción de la dosis o esperar de 4 a 6 semanas para la remisión espontánea ⁽⁴⁵⁾.

En la actualidad, los sistemas clasificatorios de trastornos mentales no incluyen al fenómeno esquizo-obsesivo como una categoría diagnóstica aparte, sigue siendo un tema de interés en la psiquiatría y a la vez un reto el tratamiento de estos pacientes.

2.3 Definición de términos básicos

Esquizofrenia: Trastorno mental psicótico crónico que es caracterizado por desorganización parcial de las funciones de la personalidad, conductas regresivas del desarrollo, aislamiento y atención dirigida a su mundo interno subjetivo de ideas, acompañado de delirios y alucinaciones.

Trastorno obsesivo compulsivo: Trastorno mental en el que se presentan pensamientos, impulsos e imágenes no deseados y recurrentes así como conductas repetitivas o actos mentales que producen malestar, ocupan mucho tiempo al individuo que lo padece y afectan su funcionalidad

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Fenómeno esquizo-obsesivo: Fenómeno clínico heterogéneo en el que se da la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente ⁽³²⁾.

Duración de la enfermedad no tratada (DUI): Tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas inespecíficos (p.ej., desconfianza, sensación de tensión, ideas extrañas, vaguedad del lenguaje, etc.) hasta el momento en que se inicia el tratamiento antipsicótico.

Duración de la psicosis no tratada (DUP): Tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas claros de psicosis (p.ej., delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, etc.) hasta el momento en que se inicia el tratamiento antipsicótico.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La duración de la enfermedad no tratada, la duración de psicosis no tratada y el grado de instrucción son los factores más asociados con la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de Psiquiatría de Adultos del HNGAI durante los meses octubre-diciembre 2020.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable Independiente	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valor final	Medio de verificación
Edad	Tiempo de vida en años cumplidos	Cuantitativa	Años	Razón	18 a 59=1	Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas)
Sexo	Condición orgánica, femenina o masculina	Cualitativa	Sexo	Nominal	Masculino = 0 Femenino = 1	
Estado civil	Situación legal respecto a su pareja	Cualitativa	Estado civil	Nominal	Soltero = 1 Casado/conviene = 2 Divorciado = 3 Viudo = 4	
Trabajo	Situación laboral actual	Cualitativa	Trabajo actual	Nominal	Profesional = 1 Técnico = 2 Auto empleado = 3 Trabajo no remunerado = 4 Desempleado = 5 Estudiante = 6 Otro = 7	
Grado de instrucción	Máximo grado académico alcanzado	Cualitativa	Nivel educativo	Nominal	Primaria incompleta = 1 Primaria completa = 2 Secundaria incompleta = 3 Secundaria completa = 4 Técnico incompleto = 5 Técnico completo = 6	

					Universitario incompleto = 7 Universitario completo = 8	
Edad 1.er síntoma inespecífico	Edad en años cumplidos en la cual aparecieron síntomas inespecíficos (cambios afectivos, cognitivos, percepción personal)	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	Ficha de recolección de datos (Historia de la enfermedad)
Edad 1er síntoma psicótico	Edad en años cumplidos en la cual aparecieron síntomas psicóticos claros (delirios, alucinaciones, desorganización, otros)	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	
Edad 1.er tratamiento antipsicótico	Edad en años cumplidos en la cual recibió el primer tratamiento antipsicótico	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 59	
Duración de la enfermedad no tratada (DUI)	Tiempo en semanas desde el primer síntoma inespecífico hasta recibir el primer tratamiento antipsicótico	Cuantitativa	Semanas	Razón	1 a más	
Duración de la psicosis no tratada (DUP)	Tiempo en semanas desde el primer síntoma psicótico hasta	Cuantitativa	Semanas	Razón	1 a más	

		recibir el primer tratamiento antipsicótico				
		Tiempo en años desde el primer síntoma psicótico hasta la edad actual	Cuantitativa	Años	Ordinal	0-5 años = 1 6-10 años = 2 10-15 años = 3 16-20 años = 4 >21 años = 5
		Número total de episodios claros de síntomas psicóticos activos	Cuantitativa	Número total de episodios previos	Razón	1 a más
Tratamiento psicofarmacológico	Antipsicótico	Tratamiento antipsicótico que recibe al momento de la evaluación	Cuantitativa	Dosis equivalente a clorpromazina	Ordinal	1 a más
			Cualitativa	Antipsicótico que usa actualmente	Nominal	Haloperidol = 1 Clorpromazina = 2 Trifluoperazina = 3 Sulpiride = 4 Risperidona = 5 Olanzapina = 6 Quetiapina = 7 Amisulprida = 8 Aripiprazol = 9 Clozapina = 10
	Otros psicofármacos	Tratamiento psicofarmacológico no antipsicótico que recibe al momento de la evaluación	Cualitativa	Psicofármacos prescritos actualmente	Nominal	Antidepresivos = 1 Estabilizadores del humor = 2 Benzodiacepinas = 3

Variable dependiente		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valor final	Medio de verificación
Síntomas obsesivo-compulsivos	Lavado	Realizar lavados asociado a un pensamiento persistente de haberse contaminado	Cuantitativa	Valoración del síntoma de lavado según escala OCI-R (item5,11,17)	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	Escala OCI-R
	Comprobación	Comprobar una y otra vez que se han realizado las cosas o que no se ha producido lo que teme la persona.	Cuantitativa	Valoración del síntoma de comprobación según escala OCI-R (item2,8,14)	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	
	Orden	Necesidad de realizar acciones bajo un patrón estricto sin modificaciones	Cuantitativa	Valoración del síntoma de orden según escala OCI-R (item3,9,15)	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	
	Neutralización	Repetir acciones para calmar ansiedad	Cuantitativa	Valoración del síntoma de neutralización mental según escala OCI-R (item4,10,16)	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	
	Acumulación	Resistencia persistente y un malestar asociado a deshacerse de sus pertenencias independientemente de su valor.	Cuantitativa	Valoración del síntoma de acumulación según escala OCI-R (item1,7,13)	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	
	Obsesiones	Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que	Cuantitativa	Valoración del síntoma de obsesión según escala OCI-R	Ordinal	Ninguno/nada/en absoluto=0 Un poco=1 Bastante=2 Mucho=3	

		se experimentan como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.		(item6,12,18)		Muchísimo=4	
--	--	--	--	---------------	--	-------------	--

Variable interviniente	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valor final	Medio de verificación
Lugar de nacimiento	Región geográfica donde la persona nació	Cualitativa	Lugar de nacimiento	Nominal	Costa =0 Sierra 1 Selva=2	Ficha de recolección de datos
Raza	grupos étnicos en que se suele dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas, como el color de la piel o el cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación	Cualitativa	Raza	Nominal	Blanca (caucásica)=1 Negra=2 Amarilla (mongoloide)=3 Cobrizo=4	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Es un estudio de tipo observacional, ya que no se controlarán variables.

Según el alcance: Es un estudio comparativo cuya finalidad es caracterizar cómo se presenta la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia. No muestra asociaciones causales.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Es un estudio de tipo transversal, ya que se evaluará a los pacientes por única vez con la escala OCI-R

Según el momento de la recolección de datos: Es un estudio de tipo prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico esquizofrenia.

Población de estudio

Pacientes con esquizofrenia con síntomas de TOC hospitalizados en el servicio de psiquiatría de adultos del HNGAI durante octubre-diciembre del 2020.

Selección de muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Tener el diagnóstico de esquizofrenia o cualquiera de sus subtipos.

Tener 18 años de edad como mínimo.

Firma de consentimiento informado para ser parte de la presente investigación

Criterios de exclusión

No brindar información confiable respecto a las características clínicas del trastorno estudiado.

No concluir la escala OCI-R de 18 ítems.

Tener como diagnóstico: trastorno mental orgánico o retardo mental moderado a grave.

4.3 Técnicas y procesamiento de recolección de datos

Durante los meses de octubre-diciembre de 2020, se procederá a recolectar la información en el servicio de Psiquiatría de Adultos del HNGAI. El recojo de datos se hará aplicando la ficha de recolección de datos sociodemográficos y las escalas OCI-R que ha sido validada en su versión en español.

La información será obtenida por la investigadora principal en colaboración con residentes de psiquiatría, luego de revisar si el paciente seleccionado cumple con los criterios de inclusión se le invitará a participar en este estudio, explicándole de forma clara, sencilla y comprensiva la finalidad del mismo.

Si el paciente acepta participar, se aplicará el consentimiento informado elaborado para tal fin, se obtendrán primero los datos sociodemográficos y de historia de la enfermedad (duración de la psicosis no tratada (DUP), duración de la enfermedad no tratada (DUI), edad de inicio de los síntomas psicóticos, número de episodios previo y el tratamiento actual) por medio de la entrevista al paciente y sus familiares durante la primera semana de hospitalización. Se tomará en cuenta los criterios diagnósticos de la Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) para definir los casos de esquizofrenia y de trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

La información obtenida será registrada en la ficha de recolección de datos sociodemográficos y de historia de la enfermedad (anexo 2). Cuando se haya concluido el llenado de las fichas antes descritas, se procederá a aplicar la escala

OCI-R en todos los pacientes con Esquizofrenia hospitalizados que hayan dado su consentimiento. Se le dará a cada paciente la escala para que la llene por sí mismo durante 20 minutos. Se archivarán la ficha de recolección de datos sociodemográficos y de la historia de enfermedad junto a la escala OC-R del mismo paciente para luego proceder al procesamiento de datos.

Instrumentos de recolección y medición de variables

El inventario de obsesiones y compulsiones revisado es una escala autoadministrada que evalúa síntomas obsesivo-compulsivos a través de 18 ítems agrupados en seis subescalas: lavado, comprobación, orden, neutralización, acumulación y obsesiones. Se presentan 18 afirmaciones sobre experiencias de la vida cotidiana y a la vez se evalúa el grado de malestar o molestia que le produjo a la persona en el último mes determinada experiencia.

El grado de malestar se cuantifica como 0= nada, 1= un poco,2= bastante,3= mucho, 4= muchísimo. A mayor puntuación mayor molestia, siendo el puntaje máximo alcanzado de 72.

La subescala lavado es evaluada en los ítem 5-tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas,11-tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a y 17-lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.

La subescala comprobación es evaluada en los ítem 2-comprobar las cosas más a menudo de lo necesario, 8-comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc. y 14-comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.

La subescala orden es evaluada en los ítem 3-que las cosas no estén bien ordenadas, 9-que los demás la manera en que ha ordenado las cosas y 15-tener la necesidad de que las cosas estén ordenadas de determinada manera.

La subescala neutralización es evaluada en los ítem 4-sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas 10-tener necesidad de repetir ciertos números y 16-sentir que existen números buenos y malos.

La subescala acumulación es evaluada en los ítem 1-acumular cosas hasta el punto que le estorban, 7- acumular cosas que no necesita y 13-sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.

La subescala obsesiones es evaluada en los ítem 6 -no poder controlar sus propios pensamientos, 12-tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad y 18-tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cuesta librarse de ellos. La propiedades psicométricas del OCI-R son óptimas, tiene estructura factorial clara, buen índice de consistencia interna y fiabilidad test-retest, una buena validez convergente y una gran sensibilidad para discriminar entre pacientes con TOC y con otros trastornos de ansiedad, del mismo modo entre sujetos con TOC y sujetos sin problemas de ansiedad. Las correlaciones entre las subescalas y el total de la puntuación fue de moderada a alta, con un rango de 0.63 a 0.80. La confiabilidad para los puntajes totales y de subescala fue excelente para la escala de obsesiones(de 0.74 a 0.91) y de bueno a excelente para los controles no ansiosos (de 0.57 a 0.87) ⁽⁴⁶⁾.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se realizará un análisis estadístico descriptivo de las siguientes variables: demográficas, historia de la enfermedad y síntomas obsesivo-compulsivos. Se calcularán medidas de resumen y de desviación estándar de las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas, se calcularán las proporciones correspondientes.

Las tablas de frecuencia cruzadas se analizarán mediante la prueba de Chi cuadrado. Para la comparación de medias se empleará el T-student y ANOVA si las variables continuas verifican las propiedades necesarias para utilizar estos test o el

test U de Mann-Whitney si es que la muestra no cumple los criterios de normalidad. El nivel de significación estadística de este estudio será de 0.05.

Los resultados obtenidos serán presentados mediante tablas y gráficos de barras y circulares.

Todos los análisis mencionados se realizarán con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 20.

4.5 Aspectos éticos

Se solicitará a cada participante, o a su familiar responsable, firmar un consentimiento informado (anexo 3), en los cuales se proporcionará los lineamientos básicos de la investigación, además de los derechos de los participantes (anonimato y el abstenerse de participar en caso de considerarlo pertinente). Se informará a los posibles participantes que la información suministrada para este estudio tiene el único fin de servir para la investigación. Al final del consentimiento se encontrará la firma del participante o del familiar responsable con lo cual muestra su consentimiento para la utilización de la ficha de recolección de datos y la escala OCI-R para los fines mencionados. La investigación se llevará a cabo una vez se obtenga la autorización de la Oficina de Capacitación y Docencia del HNGAI.

CRONOGRAMA

PASOS	2020-2021													
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Redacción final del proyecto de investigación	X	X												
Aprobación del proyecto de investigación			X	X	X	X	X							
Recolección de datos								X	X	X				
Procedimiento y análisis de datos											X			
Elaboración de informe												X		
Correcciones del trabajo de investigación													x	
Aprobación del trabajo de investigación													X	X
Publicación del artículo científico														X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	400.00
Adquisición de software	900.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Traslados	1000.00
TOTAL	3300.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry. diciembre de 1988;45(12):1094-9.
2. Lóyzaga, Cristina, Nicolini, Humberto, Apiquian, Rogelio, Fresán, Ana, Una aproximación al fenómeno esquizo-obsesivo. Salud Mental [Internet]. 2002;25(3):12-18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232502>
3. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. CNS Drugs. 2004;18(14):989-1010
4. Sánchez R, Téllez G, Jaramillo LE. Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Pathological Schizophrenia: Frequency and Relation with Clinical Characteristics. Revista Colombiana de Psiquiatría. Enero de 2011;40(1):11-21.
5. Vásquez D. Frecuencia y características clínicas de la coexistencia del trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas obsesivocompulsivos en adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la DEIDAE de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en el periodo enero, 2005 enero 2010. 2012. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2599/Vasquez_Dextre_E_dgar_Rene_2012.pdf?sequence=6&isAllowed=y
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima. [citado 30 enero 2020] Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
7. Szmulewicz AG, Smith JM, Valerio MP. Suicidality in clozapine-treated patients with schizophrenia: role of obsessive-compulsive symptoms. Psychiatry Res. 30 de

noviembre de 2015;230(1):50-5. [citado 30 de enero de 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26260567>

8. Bener A, Dafeeah EE, Abou-Saleh MT, Bhugra D, Ventriglio A. Schizophrenia and co-morbid obsessive - compulsive disorder: Clinical characteristics. *Asian J Psychiatr.* octubre de 2018;37:80-4[citado 10 de enero de 2020]

Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.ajp.2018.08.016>

9. Opakunle T, Aloba O, Akinsulore A, Opakunle O, Fatoye F. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Factor Structure, Reliability, Validity, and Suicide Risk Screening Characteristics among Nigerian Patients with Schizophrenia. *J Neurosci Rural Pract.* 2018;9(2):219-25. doi:10.4103/jnrp.jnrp_538_17

10. Grover S, Dua D, Chakrabarti S, Avasthi A. Obsessive Compulsive Symptoms/disorder in patients with schizophrenia: Prevalence, relationship with other symptom dimensions and impact on functioning. *Psychiatry Res.* abril de 2017;250:277-84.

11. Fernández-Egea E, Worbe Y, Bernardo M, Robbins TW. Distinct risk factors for obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Psychol Med.* 2018;48(16):2668-75. doi:10.1017/s003329171800017x

12. Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* enero de 2015;56:141-8.

13. Opakunle T, Akinsulore A, Aloba OO, Fatoye FO. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and associated factors in a Nigerian population. *Int J Psychiatry Clin Pract.* septiembre de 2017;21(3):195-200.

14. De Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull.* enero de 2013;39(1):151-60.

15. Owashi T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res.* 30 de octubre de 2010;179(3):241-6.
16. Kumbhani SR, Roth RM, Kruck CL, Flashman LA, McAllister TW. Nonclinical obsessive-compulsive symptoms and executive functions in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010;22(3):304-12. doi:10.1176/appi.neuropsych.22.3.304
17. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy M-A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.* julio de 2011;37(4):811-21.
18. Poyurovsky M, Faragian S, Shabeta A, Kosov A. Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 30 de mayo de 2008;159(1-2):133-9.
19. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.* marzo de 2009;35(2):383-402.
20. Güleç G, Güneş E, Yenilmez C. [Comparison of patients with schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, and schizophrenia with accompanying obsessive-compulsive symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(3):247-56.
21. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci.* junio de 2005;59(3):291-5.
22. Alanen Yrjö. La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del Paciente. Londres: Editorial H. Karnak Ltd,1997
24. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.

25. CIE-10. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research, OMS, 1992. Disponible en: <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf> 06/02/20
26. Jenike MA: Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med.* 350 (3):259-265 2004. PMID: 14724305
27. Marras A, Fineberg N, Pallanti S. Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectr.* 2016;21(4):324–33.
28. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology.* 2013;46(6):365-76.
29. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder a Developmental Subtype of the Disorder. A Review of the Pediatric Literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1 de abril de 1998;37(4):420-7. Doi:10.1097/00004583-199804000-00020
30. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al.: Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 158 (11):1899-1903 2001 PMID:11691698
31. Geller DA, Biederman J, Jones J, et al.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 5 (5):260-273 1998 PMID: 9493948
32. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 62 (6):593-602 2005 PMID:15939837
33. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, et al.: Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res.* 37 (2):127-133 2003 PMID:12842166 B

34. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, et al.: Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 21 (3):112-117 2005 PMID:15965994
35. Huamán Pineda J, Albuquerque F, Guillen R. Prevalencia de la discapacidad psiquiátrica en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao 2002. *Anales de Salud Mental* 2015; Volumen XXXI (1):45-58.[Acceso 16 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/10/9>.
36. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res*. abril de 2006;40(3):189-91.[citado 10 de febrero 2020]Disponible en: <https://scihub.tw/10.1016/j.jpsychires.2005.03.009>
37. Toro ME. Esquizofrenia con síntomas obsesivos compulsivos o el grupo de las Esquizofrenias Esquizoobsesivas: características clínicas y pronósticas. *Vertex*. 2008[citado 10 de febrero de 2020];XIX (79): 81. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex79.pdf>
38. Hwang MY, Kim S-W, Yum SY, Opler LA. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Psychiatr Clin North Am*. diciembre de 2009;32(4):835-51.
39. Reznik I, Mester R, Kotler M, et al. Obsessive-compulsive schizophrenia:a new diagnostic entity? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001;13:115-6
40. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. diciembre de 1999;156(12):1998-2000
41. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Meged S, Avidan G, Fuchs C, et al. Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*. mayo de 2003;160(5):1002-4.

42. Üçok A, Ceylan ME, Tihan AK, Lapçin S, Ger C, Tükel R. Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30 de marzo de 2011;35(2):429-33. [citado 30 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816715>
43. Kokurcan A, Nazlı ŞB. Clinical correlates of obsessive-compulsive disorder comorbidity in patients with schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(1):51-8.[citado 30 enero 2020] Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964451/>
44. Kim S-W, Shin I-S, Kim J-M, Youn T, Yang S-J, Hwang MY, et al. The 5-HT₂ Receptor Profiles of Antipsychotics in the Pathogenesis of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia. *Clinical Neuropharmacology*. agosto de 2009;32(4):224–226.
45. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs*. 2004;18(14):989-1010
46. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*. diciembre de 2002;14(4):485-96. [citado 20 enero 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8f20/ae7b6a25b24bb583e7ea41bb86c6d0d21b57.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de los datos	Instrumento de recolección
Factores asociados a síntomas obsesivo-compulsivos en esquizofrenia Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2020	¿Cuáles son los factores asociados de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de octubre a diciembre del 2020?	<p>General:</p> <p>Determinar los factores que se asocian a los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de octubre a junio del 2020?</p>	<p>“La duración de la enfermedad no tratada, la duración de psicosis no tratada y el grado de instrucción son los factores más asociados con la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con Esquizofrenia hospitalizados en el servicio de Psiquiatría de Adultos del HNGAI durante los meses abril-mayo del 2020”</p>	Observacional Descriptivo transversal correlacional.	<p>Pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría de adultos del HNGAI durante marzo-abril del 2020.</p> <p>Las tablas de frecuencia cruzadas se analizarán mediante la prueba de Chi cuadrado. Para la comparación de medias se empleará el t-Student y ANOVA, o el test U de Mann-Whitney si es que la muestra no cumple los criterios de normalidad. El nivel de significación estadística de este estudio será de 0,05 Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 20.</p>	<p>Ficha de recolección de datos (Variables sociodemográficas - Historia de la enfermedad)</p> <p>Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R)</p>
		<p>Específicos:</p> <p>Describir las características socio-epidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados.</p>				
		<p>Determinar mediante la escala de inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) la frecuencia de pacientes esquizofrénicos que tienen TOC</p>				
		<p>Establecer los factores sociodemográficos que se asocian al</p>				

		TOC en pacientes con esquizofrenia				
		Determinar las características clínicas y de la historia de la enfermedad que se asocian a la presencia de TOC en la esquizofrenia				
		Realizar un análisis comparativo de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia según sus variables socio-demográficas y de historia de enfermedad				

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del paciente:

N.º HC: _____ Fecha: _____ Evaluador: _____

Teléfono: _____

Criterios de inclusión

Tener el diagnóstico de Esquizofrenia o cualquiera de sus subtipos.

Tener 18 años de edad como mínimo.

Firma de consentimiento informado para ser parte de la presente investigación

Variables sociodemográficas

Edad:

Sexo: 0=varón 1=mujer

Estado civil actual: 1=soltero, 2=casado/conviviente, 3=divorciado, 4=viudo

Grado de instrucción: 1=primaria incompleta, 2=primaria completa, 3=secundaria incompleta, 4=secundaria completa, 5=técnico incompleto, 6=técnico completo, 7=universitario incompleto, 8=universitario completo

Trabajo antes de enfermar: 1=profesional, 2=técnico, 3=auto empleado, 4=trabajo no remunerado, 5=desempleado, 6=estudiante, 7=otro

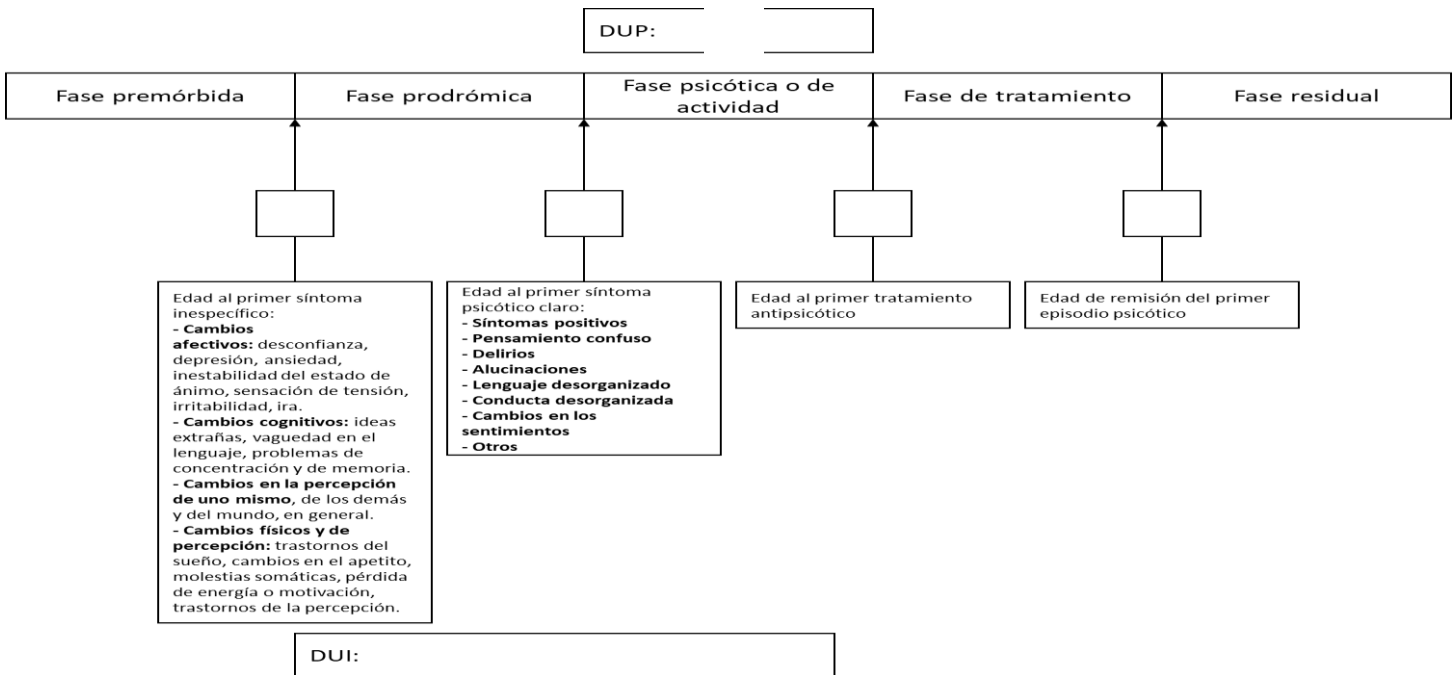
Trabajo actual: 1=profesional, 2=técnico, 3=auto empleado, 4=trabajo no remunerado, 5=desempleado, 6=estudiante, 7=otro

Variables intervinientes

Lugar de nacimiento: Costa =0 Sierra = 1 Selva=2

Raza: Blanca (caucásica)=1 Negra=2 Amarilla (mongoloide)=3 Cobriza=4

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD



N.º de episodios previos:

Definición de episodio: período claramente delimitado de síntomas psicóticos activos. Si entre un episodio y otro transcurren menos de dos meses, contabilizar un único episodio. Si los síntomas de la enfermedad son crónicos o continuos: contabilizar las exacerbaciones claras. Si los síntomas de la enfermedad son crónicos o continuos sin exacerbaciones claras: contabilizar un único episodio.

Tratamiento actual:

ESCALA OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Ponga un círculo en el número que mejor describa CUANTO malestar o molestia le ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno / Nada

1= Un poco

2= Bastante

3=Mucho

4= Muchísimo

Malestar

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1.Acumular cosas hasta el punto que le estorban	0	1	2	3	4
2.Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario	0	1	2	3	4
3.Que las cosas no estén bien ordenadas	0	1	2	3	4
4.Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5.Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos	0	1	2	3	4

7.Acumular cosas que no necesita	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números	0	1	2	3	4
11.Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad	0	1	2	3	4
13.Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14.Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15.Tener la necesidad de que las cosas estén ordenadas de determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17.Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cuesta librarse de ellos	0	1	2	3	4

TABLA DE CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable	Categorías	Códigos para base de datos
Edad de diagnóstico de TOC	Adulto: 18 a 59 años 11meses	1
	29 días	
Sexo	Masculino	0
	Femenino	1
Estado civil	Soltero	1
	Casado/conviviente	2
	Divorciado	3
	Viudo	4
Trabajo	Profesional	1
	Técnico	2
	Auto empleado	3
	Trabajo no remunerado	4
	Desempleado	5
	Estudiante	6
	Otro	7
Grado de instrucción	Universitario incompleto = 7	1
	Universitario completo = 7	
	Primaria completa	2
	Secundaria incompleta	3
	Secundaria completa	4
	Técnico incompleto	5
	Técnico completo	6
	Universitario incompleto	7

	Universitario completo = 7		7
Edad 1er síntoma inespecífico	Adulto: 18 a 59 años 11 meses 29 días		1
Edad 1er síntoma psicótico	Adulto: 18 a 59 años 11 meses 29 días		1
Edad 1er tratamiento antipsicótico	Adulto: 18 a 59 años 11 meses 29 días		1
Duración de la enfermedad no tratada (DUI)	1 a más		1
Duración de la psicosis no tratada (DUP)	1 a más		1
Tiempo de enfermedad	0-5 años		1
	6-10 años		2
	10-15 años		3
	16-20 años		4
	>21 años		5
Número de episodios previos	1 a más		1
Tratamiento psicofarmacológico	Antipsicótico	Haloperidol	1
		Clorpromazina	2
		Trifluoperazina	3
		Sulpiride	4
		Risperidona	5
		Olanzapina	6
		Quetiapina	7
		Amisulprida	8
		Aripiprazol	9
		Clozapina	10
	Otros psicofármacos	Antidepresivos	1

		Estabilizadores del humor	2
		Benzodiazepinas	3
Síntomas obsesivo compulsivos	Lavado	Ninguno/nada/en absoluto=0	0
		Un poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
		Muchísimo	4
	Comprobación	Ninguno/nada/en absoluto	0
		Un poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
		Muchísimo	4
	Orden	Ninguno/nada/en absoluto	0
		Un poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
		Muchísimo	4
	Neutralización	Ninguno/nada/en absoluto	0
		Un poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
		Muchísimo	4
	Acumulación	Ninguno/nada/en absoluto	0
Un poco		1	
Bastante		2	

		Mucho	3
		Muchísimo	4
	Obsesiones	Ninguno/nada/en absoluto	0
		Un poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
		Muchísimo	4

Variable interviniente	Categoría y sus valor final	Código para la base de datos
Lugar de nacimiento	Costa	0
	Sierra	1
	Selva	2
Raza	Blanca caucásica)	1
	Negra	2
	Amarilla (mongoloide)	3
	Cobriza	4

3. Consentimiento informado

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito de este protocolo es brindar a los y a las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de esta, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Evelyn Milagritos del Pilar Phongo Santillán, de la Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. La meta de este estudio es Evaluar la influencia de factores sociodemográficos y de historia de la enfermedad en los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el HNGAI de marzo-abril del 2020. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una entrevista a profundidad lo que le tomará 30 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas serán totalmente confidenciales, por lo que no se le pedirá identificación alguna.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Evelyn Milagritos del Pilar Phongo Santillán.

Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de una universidad de Lima Metropolitana.

Nombre completo del participante	Firma	Fecha
----------------------------------	-------	-------

Nombre completo del investigador	Firma	Fecha
----------------------------------	-------	-------