

UNA APROXIMACIÓN AL FENÓMENO ESQUIZO-OBSESIVO

Cristina Lóyzaga*, Humberto Nicolini*, Rogelio Apiquian*, Ana Fresán*

SUMMARY

Although there is a controversy about the definition of schizo-obsessive phenomena, we propound as seen the revision of many medical and historical reports and the evaluation of patients who presents this phenomena, the next definition: "clinical phenomena characterized by temporal coexistence of both obsessive-compulsive and psychotic symptoms in a patient".

This phenomena had been described in schizophrenia and OCD. The prevalence of this phenomena in both disorders is between 10 and 15%. The ECA study reported comorbidity between OCD and schizophrenia of 12.2% and comorbidity between OCD and schizophreniform disorder, 1.3%.

Nevertheless, in spite of the coexistence of obsessive-compulsive and psychotic symptoms had been observed since the early descriptions of schizophrenia and OCD, there are no studies about his clinical and neurobiological meaning.

There are two kinds of studies about the coexistence of obsessive and psychotic symptoms, some of them include patients with initial diagnoses of schizophrenia, who developed obsessive symptoms; the other kind of studies are conformed by patients with initial diagnoses of OCD, who developed psychotic symptoms on the course of his disorder.

There are three hypothesis for explain the obsessive and psychotic symptoms coexistence. One hypothesis explain this phenomena by comorbidity between OCD an schizophrenia, other propose that this patients represent specific subgroups of schizophrenia and OCD, and the last hypothesis propose a new clinical disorder. The coexistence between psychotic and obsessive-compulsive symptoms had been observed also in patients with schizophrenia who received clozapine. The treatment with this antipsychotic could cause or annoy obsessive symptoms. Some investigators propose that clozapine could cause this symptoms because his blockade in 5HT_{2c} receptors.

The schizo-obsessive phenomena is frequent in the clinical practice, although it is not always recognized. However, these patients represent diagnostical and therapeutic difficulties, because both of the percentage of responders and the degree of intensity of response is minor than the patients with "pure diagnoses".

The phenomenological meaning of that coexistence is essential in the understanding of this clinical phenomena.

Currently, there is consensus that patients who present the schizo-obsessive phenomena have more severe symptoms, bad response to treatment and worst prognosis.

In this review we present the two kinds of approach of the schizo-obsessive phenomena.

Key words: Schizophrenia, obsessive-compulsive symptoms, insight, schizo-obsessive phenomena.

RESUMEN

Aunque existe controversia respecto de la definición del fenómeno esquizo-obsesivo, después de revisar la bibliografía y la observación clínica de pacientes que presentan este fenómeno, proponemos la siguiente definición: "fenómeno clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente".

Este fenómeno se describe sobre todo en entidades como la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en las que se sabe que su prevalencia varía entre 10 y 15%. El estudio multicéntrico de la ECA en 1988 reportó que la comorbilidad de TOC con esquizofrenia fue de 12.2%, y de TOC con trastorno esquizofreniforme, de 1.3%.

Si bien se ha observado la coincidencia de síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos desde las primeras descripciones de la esquizofrenia y el TOC, poco se ha investigado sobre el significado clínico y neurobiológico de este fenómeno clínico.

Existen dos tipos de estudios que evalúan la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos. Algunos estudios parten de grupos de pacientes a quienes inicialmente se les diagnosticó esquizofrenia y que, en el curso de su trastorno, desarrollan síntomas obsesivos; otras investigaciones evalúan a pacientes inicialmente diagnosticados con TOC que desarrollaron en algún momento síntomas psicóticos. Se han propuesto tres hipótesis para explicar esta coexistencia de síntomas. Una de ellas explica el fenómeno como comorbilidad entre el TOC y la esquizofrenia; otra propone que estos pacientes constituyen subgrupos de TOC y subgrupos de esquizofrenia, y la tercera hipótesis plantea que esta coexistencia de síntomas podría constituir una nueva entidad clínica.

También se ha observado la coexistencia de estos síntomas en pacientes con esquizofrenia tratados con clozapina. El tratamiento con este antipsicótico puede producir *de novo* o exacerbar síntomas obsesivos previos a su administración. Se han propuesto diversos mecanismos para explicar este efecto; algunos autores sugieren una vulnerabilidad específica del paciente a este efecto de la clozapina. Otros lo atribuyen al efecto de su bloqueo en los receptores 5HT_{2c}.

En el caso específico del TOC, algunos autores proponen que este trastorno quizá represente un espectro psicopatológico que varía a lo largo de un continuo del *insight*, donde los pacientes que se encuentran en el extremo más severo del final de este espectro tienen poca

*Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. e-mail: cloyzaga@imp.edu.mx
Recibido primera versión: 27 de julio de 2001. Segunda versión: 25 de enero de 2002. Aceptado: 5 de abril de 2002.

conciencia de enfermedad, y se clasifican como psicosis obsesivo-compulsivas. Observaron que puede presentarse una transición desde la idea obsesiva hasta la delirante, cuando se abandona la resistencia (lucha interna contra la idea) y cuando se pierde la conciencia de enfermedad.

El fenómeno esquizo-obsesivo se presenta frecuentemente en la práctica clínica, aunque no siempre se reconoce; sin embargo, estos pacientes representan dificultades diagnósticas y de manejo, pues en gran proporción no responden al tratamiento farmacológico, y los que mejoran, lo hacen en menor grado que aquellos con “diagnósticos puros”.

El significado fenomenológico de la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos –que a simple vista parecieran mutuamente excluyentes– es de crucial interés para entender este fenómeno clínico. Los resultados de los estudios publicados hasta el momento reportan que los pacientes con coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos presentan síntomas más severos, responden menos al tratamiento y su pronóstico es peor.

A lo largo de esta revisión presentamos estudios con ambos tipos de enfoques sobre el fenómeno esquizo-obsesivo.

Palabras clave: Esquizofrenia, síntomas obsesivos, *insight*, fenómeno esquizo-obsesivo.

INTRODUCCIÓN

Desde principios del siglo pasado se observó la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos. Sin embargo, se ha estudiado poco la forma en que éstos se relacionan. Existen enfoques que parten de pacientes psicóticos con síntomas obsesivos, o bien de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que en algún momento, durante el curso de su trastorno, presentan síntomas psicóticos. Hasta la fecha pocos estudios han investigado el significado clínico y neurobiológico de estos fenómenos clínicos.

Entre las hipótesis para explicar la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos está la posibilidad de comorbilidad entre el TOC y la esquizofrenia; otra propuesta plantea que esta confluencia de síntomas tal vez represente variables o subgrupos de TOC o esquizofrenia; una tercera posibilidad propone esta coexistencia de síntomas como una nueva entidad clínica, aún no reconocida, con antecedentes familiares, características clínicas, curso, respuesta al tratamiento y correlaciones neurobioquímicas propias.

Los reportes clínicos descriptivos indican que los pacientes con TOC y síntomas psicóticos tienden a padecer formas más severas de enfermedad y una respuesta menor al tratamiento; por otro lado, los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos, en comparación con los esquizofrénicos sin estos síntomas, tienen niveles de funcionamiento más bajos y peor pronóstico a largo plazo.

Estudios de pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos

Aspectos históricos y clínicos

Hwang y Opler (14) revisaron la bibliografía sobre esquizofrenia y el fenómeno obsesivo-compulsivo. Afirman que este fenómeno se observó desde las descripciones tempranas de la *dementia praecox*, que ahora conocemos como esquizofrenia. Bleuer consideraba que los síntomas obsesivos eran un pródrómo o parte integral de lo que llamaban demencia precoz.

Proponen que existen 3 subtipos de pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos.

- a) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos de larga evolución previo al inicio de la psicosis. A estos pacientes inicialmente se les diagnosticó de acuerdo con el DSM III-R con TOC, y en el curso de su trastorno, con frecuencia refractario, desarrollaban obsesiones delirantes. Se les clasificó como TOC maligno o psicótico, y al momento del estudio cumplieron con criterios para esquizofrenia.
- b) Pacientes con síntomas obsesivos persistentes, que iniciaron junto con los psicóticos o fueron seguidos por éstos. Se consideró a estos pacientes con un diagnóstico inequívoco de esquizofrenia, con poco o ningún *insight* sobre sus síntomas obsesivo-compulsivos. Al compararlos con pacientes esquizofrénicos, manifiestan peor curso clínico y mala evolución de largo plazo.
- c) Pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos transitorios durante el curso de la esquizofrenia. En ellos, los síntomas obsesivo-compulsivos pueden tener menor significado clínico, aunque sus perfiles clínicos y de evolución sean similares a los pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos.

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

Estudios iniciales de prevalencia sobre la coexistencia de síntomas obsesivos y psicóticos como los de Jahrreiss en 1926 y Rosen 1957 (24), reportaron la coexistencia de estos síntomas en 1.1 y 3.5% de sus muestras, respectivamente.

Por otro lado, el estudio multicéntrico de la ECA, 1988 (18), reportó que la comorbilidad de TOC con esquizofrenia fue de 12.2%, y con

trastorno esquizofreniforme, de 1.3%. Fenton y McGlashan (11) reportaron porcentajes de comorbilidad de esquizofrenia y TOC de entre 10 y 15%. Estudios de seguimiento (10) encontraron que entre 1 y 16% de pacientes inicialmente diagnosticados como obsesivo-compulsivos a la larga desarrollaron esquizofrenia.

Hwang y Opler (14), en un estudio retrospectivo, describieron las características clínicas y el curso a largo plazo de 21 pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivos, comparándolos con pacientes esquizofrénicos sin síntomas obsesivo-compulsivos. En 13 de estos 21 pacientes, los síntomas obsesivos precedieron el inicio de la esquizofrenia; la edad media de inicio para los síntomas obsesivo-compulsivos fue de 10.2 ± 3.7 años; sólo se demostró transformación de ideas obsesivas a delirantes en 2 pacientes. Cuando se comparó a los esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos respecto de los que carecían de estos síntomas, no se encontraron diferencias significativas en las características socio-demográficas ni en las medidas de ajuste premórbido. La edad media de inicio de los primeros síntomas fue significativamente menor entre los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos (16 ± 6.6 vs 21 ± 6.6 años; $p < 0.007$). El tiempo de hospitalización de los pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos fue el doble en promedio. En cuanto al funcionamiento psicosocial, se observaron diferencias significativas en el área ocupacional; el grupo de los esquizofrénicos con obsesiones pasó sólo 7% del periodo de seguimiento con un empleo, en comparación con 33% de los pacientes sin síntomas obsesivos. Los autores concluyen que sus resultados sugieren fuertemente que los síntomas obsesivos tienen un poder predictivo para un peor pronóstico.

Estudios sobre tratamiento de síntomas obsesivos en los pacientes con esquizofrenia

Los estudios referentes al tratamiento indican que los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivos responden menos al tratamiento que aquellos sin la coexistencia de síntomas. Chang y colaboradores (6) reportaron una revisión de 10 estudios abiertos con un total de 58 pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos, quienes recibieron clorimipramina; 30 pacientes (67.2%) mostraron mejoría de los síntomas obsesivo-compulsivos sin empeoramiento de los síntomas psicóticos, y once

pacientes (19%) mostraron mejoría de los síntomas obsesivos con empeoramiento de los síntomas psicóticos.

Berman y colaboradores (4) reportan un estudio controlado con pacientes esquizofrénicos y síntomas obsesivos a los que se les prescribió clorimipramina vs placebo durante 6 semanas, al cabo de las cuales se realizó un ensayo cruzado; así, aquellos que inicialmente recibieron placebo, en la segunda fase recibieron clorimipramina, y viceversa, por otras 6 semanas. Se les evaluó con las escalas de severidad de síntomas de Yale Brown, el PANSS y CGI. La dosis promedio de clorimipramina fue de 175 mg/día (rangos de 100-250).

Los pacientes mejoraron más con la clorimipramina que con el placebo en todas las escalas.

Hwang y Opler (13) sugieren que en los pacientes con esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos se deben controlar primero los síntomas psicóticos, y después se deben usar los agentes antiobsesivos basados en su farmacocinética y el perfil de efectos adversos, así como en la forma en que se espera que interactúen con el antipsicótico. Aquellos pacientes que reciben clozapina deben evaluarse en especial por la posibilidad de surgimiento o exacerbación de síntomas obsesivos.

SÍNTOMAS OBSESIVOS Y CLOZAPINA

En la bibliografía existen reportes de casos de surgimiento y de exacerbación de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia durante el tratamiento con clozapina (20, 21, 22).

Eales y Layeni (8) reportaron el caso de un paciente con esquizofrenia de larga evolución, parcialmente respondedores, a quien se inició tratamiento con clozapina 250 mg/día. El paciente mejoró de los síntomas positivos y la agitación, pero no de los síntomas negativos. Después de recibir clozapina se incrementó la severidad de algunas conductas obsesivas, y a los 6 meses fueron francamente obvias. Tras la introducción de fluoxetina mejoraron los síntomas obsesivo-compulsivos. Los autores concluyen que el surgimiento de estos síntomas puede ser un posible efecto adverso de la clozapina que ocurre sólo en pacientes con una vulnerabilidad específica, aunque tal fenómeno quizá no se reconozca, en especial en los casos crónicos, en los que se prescribe con más frecuencia el tratamiento con clozapina.

Baker y cols. (1) revisaron su experiencia clí-

nica con 49 pacientes con esquizofrenia crónica a quienes se trató con clozapina; cinco pacientes experimentaron síntomas obsesivo-compulsivos *de novo*, o bien, exacerbación de síntomas preexistentes. Estos cinco pacientes con respuesta antipsicótica previa deficiente presentaron mejoría de la sintomatología psicótica durante el tratamiento con clozapina, pero presentaron síntomas obsesivo-compulsivos. Los autores sugieren que el surgimiento de estos síntomas podría representar la trayectoria natural de la respuesta clínica, más que un efecto particular de la clozapina.

Durson y Revely (7) sugieren que es poco probable que la clozapina produzca los síntomas obsesivo-compulsivos por su acción antagonista sobre los receptores 5HT_{2a}, y justifican esta afirmación al mencionar que algunos fármacos, como pimozide, haloperidol, flufenazina, loxapina y tioridazina, tienen actividad sobre estos receptores, pero no exacerbaban ni inducen síntomas obsesivos. Por otro lado, se ha implicado a los receptores 5HT_{2c} en el TOC, y la clozapina tiene una alta afinidad para estos receptores. La administración crónica de clozapina bloquea los receptores 5HT_{2c}, lo que puede permitir el estado de supersensibilidad de estos receptores.

La relación de otros antipsicóticos con el surgimiento de síntomas obsesivos es controvertida. En el caso de la olanzapina, Lykouras y colaboradores (19) reportan tres casos de exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes esquizofrénicos tras el tratamiento con este antipsicótico; por otro lado, Poyovoski y colaboradores (23) reportan un efecto benéfico de la olanzapina en estos pacientes, pues mejoraron síntomas psicóticos y obsesiones con dosis de 10 a 20 mg/día. Otro estudio de Baker y colaboradores (2) evalúa el surgimiento de estos síntomas en 25 pacientes esquizofrénicos: en un estudio doble ciego de olanzapina *vs* placebo, después de 8 semanas de tratamiento no se encontraron diferencias entre los grupos.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Aspectos históricos y psicopatología

El síndrome obsesivo-compulsivo se reconoció desde hace más de tres siglos, y se le dieron diferentes nombres a lo largo del tiempo; al

principio se le llamó melancolía religiosa, después neurosis obsesivo-compulsiva y recientemente trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los síntomas obsesivos y compulsivos están presentes en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos además del TOC, como en los trastornos afectivos, la esquizofrenia, la anorexia nervosa, el síndrome de Gilles de la Tourette, e incluso como parte de la vida mental “normal” (3, 15).

Berrios (5) narra la evolución histórica de los conceptos de obsesión y compulsión; inicialmente, en la escuela psiquiátrica germana, se utilizó el término técnico *Zwangsvorstellung*, que acuñó en 1867 Von Krafft-Ebing para referirse a pensamientos irresistibles; proviene de la unión de las palabras *Zwangs*, que significa opresión, y *Vorstellung*, representación. Posteriormente Westphal cambió la palabra *representación* por *idea* y concluyó que los estados obsesivos resultaban de trastornos de la función intelectual. Fue el primero en considerar que la compulsión era secundaria a la obsesión parásita.

En la terminología francesa, las obsesiones se consideraron bajo diferentes términos, como manía sin delirio, locura intelectual y locura lúcida, términos que enfatizan cambios patológicos en la esfera intelectual. Esquirol realizó una apertura nosológica para el trastorno obsesivo. En su obra “*Des Maladies Mentales Considérées sous les Rapports Médicall*” (“De las enfermedades mentales consideradas conforme los aspectos médicos”) define a este trastorno como “una actividad involuntaria instintiva e irresistible, que encadena al paciente a acciones que no están originadas en la razón ni en la emoción, que rechaza y no puede suprimir”.

Otra contribución importante fue la de Legrand Du Saulle (1875), quien observó que las obsesiones tenían un inicio insidioso y un curso fluctuante. Caracterizó tres estadios en su evolución.

Janet consideraba las obsesiones como ideas fijas, que junto con las alucinaciones constituían formas rudimentarias de pensamiento.

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

En la escuela británica, la palabra *obsesión* se usó desde el siglo XVI para describir el acto de ser asediado por el diablo, pero se introdujo en la terminología médica en 1862 para referirse a una idea imperativa. Bumke puntualiza que “las obse-

siones son delirios naciotes”, al considerar que “puede existir sólo un grado entre las obsesiones y los delirios”.

Hwang y Hollander (12) afirman que aunque la psicosis en el TOC ha sido largamente reconocida, la mayoría de las clasificaciones modernas colocan al TOC como un trastorno de ansiedad y le restan énfasis a su cualidad delirante, pues basan sus definiciones en las descripciones de Janet (1908) y Schneider (1925), que puntualizan la naturaleza egodistónica del TOC. Sin embargo, se le resta importancia a la apreciación crítica, es decir, a la cualidad y naturaleza de la idea. Los autores centran su discusión en la importancia que el *insight* tiene en la incertidumbre del diagnóstico diferencial y en el tratamiento de los pacientes con el TOC y síntomas psicóticos.

Solymon y colaboradores (26) reportan los resultados de su estudio con pacientes que presentaban experiencias obsesivas importantes y constantes, pero que no cumplieron con los criterios de definición clásicos para el TOC. Su muestra consistió en 45 pacientes que se trataban por síntomas obsesivos y la dividió en 2 subgrupos, con base en el hecho de que el síntoma obsesivo se encontrara claramente en los márgenes del delirio —es decir, sin el sentimiento subjetivo de compulsión y sin *insight* ni resistencia— y en ausencia de “síntomas esquizofrénicos” como delirios, alucinaciones o trastornos formales del pensamiento. El subgrupo que cumplió con estos criterios constó de 8 pacientes (17.7%), y se les denominó “TOC atípicos”. Después se les comparó con los restantes 37 “obsesivos neuróticos”. Los resultados mostraron una tendencia en el grupo de TOC atípicos de incluir más varones que mujeres (62% *vs* 46%), no casados (62% *vs* 40%) y con mejores niveles de educación (13.3 *vs* 11 años), en comparación con los TOC típicos. En cuanto a la historia familiar, los padres de los pacientes del grupo atípico tuvieron más rasgos obsesivos. El grupo atípico se caracterizó por mayor inestabilidad laboral ($p < .01$) y el ajuste social fue peor. El grupo atípico respondió con menos éxito a la psicoterapia ($p < .05$) y a la farmacoterapia ($p < .01$).

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

Insel y Akiskal (16) postularon que el TOC podría representar un espectro psicopatológico que varía a lo largo del continuo del *insight*; así, los pacientes que se encuentran en el extremo más severo de este espectro tienen poca conciencia de su enfermedad y se clasifican como psicosis obsesivo-compulsivas. Observaron que puede presentarse una transición desde la idea obsesiva hasta la delirante, cuando se abandona la resistencia (lucha interna contra la idea) y cuando se pierde la conciencia de enfermedad.

De acuerdo con los autores, los pacientes con TOC pueden presentar psicosis reactiva precipitada por un estresor, la cual suele ser circunscrita y reversible. Se presenta cuando la obsesión se transforma en delirio por la pérdida de la resistencia, y puede ocurrir de dos formas: afectiva, cuando el temor a contaminarse se reemplaza por la culpa delirante de contaminar a otros; y paranoide, cuando la duda de haber cometido un acto reprimible se sustituye por el delirio de persecución por haber cometido dicho acto.

Otros pacientes presentan síntomas psicóticos crónicos. Este grupo está constituido por pacientes severamente enfermos, con presencia de obsesiones y delirios. La característica principal en ellos es que el *insight* y la resistencia pueden estar presentes sólo de forma marginal, por lo que el paciente puede reconocer la obsesión como egodistónica e irracional, pero es incapaz de luchar contra ella.

Los autores evaluaron el *insight* y la resistencia de forma cualitativa en 23 pacientes con TOC. Proponen que el *insight* y la resistencia más que variables dicotómicas, son un continuo. En el extremo más severo de este continuo se encuentran los pacientes quienes intelectualmente reconocen sus obsesiones absurdas, pero conductualmente parecen más abrazar la idea obsesiva, que resistirla.

Ocasionalmente se observó a otros pacientes con pensamientos intrusivos, que tomaban la cualidad de “voces internas” acusatorias, sin embargo carecían de la peculiaridad conversatoria de la alucinación auditiva, y la definieron como pseudoalucinación.

Por último, concluyen que este fenómeno debe codificarse como TOC “con síntomas psicóticos”, de manera similar a como se hace con los trastornos afectivos.

Eisen y Rasmusen (9) estudiaron a 475 pacientes con diagnóstico de TOC, de los cuales 67 (14%) presentaron además síntomas psicóticos, definidos como alucinaciones, delirios y/o trastornos del pensamiento; estos síntomas se identificaron mediante una en-

entrevista semiestructurada. Del total de pacientes con síntomas psicóticos, 27 presentaron como único síntoma psicótico la pérdida del *insight* y la firme convicción de que su idea era razonable y no absurda, 18 pacientes reunieron criterios para TOC y esquizofrenia, 8 para TOC y trastorno delirante, y 14 para TOC y trastorno de personalidad esquizotípica. Los pacientes con TOC y síntomas psicóticos fueron con más frecuencia varones, solteros, con edades menores al momento de su primer contacto con atención profesional, y con un curso más deteriorante. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas cuando se compararon los pacientes con TOC sin síntomas psicóticos respecto de pacientes con TOC y pérdida exclusiva del *insight*.

TOC Y ESQUIZOTIPIA

Jenike y colaboradores (17), a partir del estudio de pacientes con TOC resistentes al tratamiento, encontraron que aquellos con trastorno de personalidad esquizotípica tenían peor respuesta al tratamiento. Compararon 14 pacientes TOC con características esquizotípicas con 29 pacientes no esquizotípicos, y encontraron que 90% de estos últimos respondían por lo menos de forma moderada al tratamiento contra uno solo (7%) de los pacientes con características esquizotípicas ($X^2 = 23.1$, $df = 1$, $p < .001$). Además, el número de características esquizotípicas se correlacionó negativamente con la respuesta al tratamiento ($r = -.742$, $p < .001$).

En estos pacientes se encontraron características como pensamiento mágico, ideas de referencia, discurso extraño, sobreelaborado, metafórico y circunstancial, aislamiento y ansiedad ante situaciones sociales.

Sobin y colaboradores (25) sugieren que el traslape entre el TOC y la esquizofrenia indica que los rasgos esquizotípicos son útiles para distinguir un subtipo relativamente homogéneo de pacientes con TOC. Para evaluar esto, obtuvieron las puntuaciones de esquizotipia con un instrumento diseñado para tal efecto en 119 pacientes con diagnóstico de TOC, de acuerdo con el DSM-IV. La entrevista semiestructurada para esquizotipia evaluó la presencia de ideas de referencia, suspicacia, pensamiento mágico, ilusiones y trastornos del pensamiento con puntuaciones totales de 0 a 23. Se utilizaron también las escalas de verificación de Yale Brown y el inventario de tics de Yale. Asimismo, se evaluó la edad de inicio de los síntomas

obsesivo-compulsivos y la edad de inicio del TOC; para este último se consideró el criterio de inicio del deterioro según el DSM-IV.

De la muestra, 50% tuvo puntuaciones de esquizotipia mayores a 7, y 25%, mayores a 12. Con el criterio de evaluación, encontraron que 50% de la muestra tenía esquizotipia. Un análisis de regresión logística sugirió que los problemas de aprendizaje, fobia específica, obsesiones somáticas y compulsiones de contar incrementan de manera significativa el porcentaje de esquizotipia. En otros estudios, estos factores se asocian con la esquizofrenia y con el TOC con síntomas psicóticos.

CONCLUSIONES

Se ha observado la coexistencia de síntomas obsesivo-compulsivos y psicóticos desde las descripciones tempranas de la esquizofrenia y el TOC, sin embargo, el fenómeno se estudió poco hasta la década de 1980, cuando comenzó a evaluarse el significado clínico de esta coexistencia. Para explicar el fenómeno esquizo-obsesivo se ha planteado la posibilidad de comorbilidad, de subgrupos de los diagnósticos primarios o bien de una nueva entidad clínica. Hasta el momento los estudios apoyan la hipótesis de que los pacientes con coexistencia de síntomas son diferentes de aquellos con diagnósticos puros en aspectos clínicos, de respuesta al tratamiento y de pronóstico, siendo los pacientes esquizo-obsesivos quienes representan dificultades diagnósticas, de respuesta al tratamiento y tienen un pronóstico más reservado.

Hasta ahora, los estudios se limitan a evaluar las diferencias en las características clínicas y en los antecedentes entre los pacientes considerados como esquizo-TOC y aquellos sin coexistencia de síntomas. Si bien este tipo de estudios son el primer paso en la aproximación a un fenómeno clínico, los estudios longitudinales son indispensables para explorar las hipótesis sugeridas. La evolución a largo plazo permite establecer las diferencias entre subgrupos de pacientes dentro de una entidad clínica, así como diferencias entre distintas entidades clínicas.

REFERENCIAS

1. BAKER R, ROY KN, BARD JW, STEIGERD S, CHRIST M, SCHOOLER N: Emergence of obsessive-compulsive symptoms and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 53:439-442, 1992.
2. BAKER RW, AMES D, UMBRICHT DS, CHENGAPPA

- KN, SCHOOLER N: Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a comparison of olanzapine and placebo. *Psychopharm Bull*, 32(1):89-93, 1996.
3. BALLERINI A, STANGHELLIMIE G: Phenomenological questions about obsessions. *Psychopathology*, 22:315-319, 1989.
 4. BEARMAN I, SAPERS B, CHANG HH, LOSONZY M, SCHMILDER J, GREEN A: Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clorimipramine. *J Clin Psychopharmacol*, 15:206-210, 1995.
 5. BERRIOS G: *The history of mental symptoms*. Cambridge University Press, 1996.
 6. CHANG HH, BERMAN I: Treatment issues for patients with schizophrenia who have obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatric Annals*, 29(9):529-532, 1999.
 7. DURSEN MJ, REVELEY M: Obsessive-compulsive symptoms and clozapine. *Br J Psychiatry*, 160:267-268, 1995.
 8. EALES MJ, LAYENI AO: Exacerbation of obsessive-compulsive symptoms in associate with clozapine. *Br J Psychiatry*, 164:687-688, 1994.
 9. EISEN JL, RASMUSSEN S: Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacological trials in OCD. *Psychopharmacology Bull*, 24(3):466-477, 1988.
 10. FENTON WS, MCGLASHAN TH: The long term outcome of obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Ner Met Dis*, 187:760-766, 1992.
 11. FENTON WS, MCGLASHAN TH: The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 143:437-441, 1986.
 12. HWANG M, HOLLANDER: Schizo-obsessive disorders. *Psychiatric Annals*, 23(7):396-401, 1993.
 13. HWANG M, OPLER L: Management of schizophrenia with obsessive-compulsive disorders. *Psychiatric Annals*, 30(1):23-28, 2000.
 14. HWANG MY, OPLER LA: Schizophrenia with obsessive-compulsive features: assessment and treatment. *Psychiatric Annals*, 24(9): 468-472, 1994.
 15. INGRAM JE: Obsessional illness in mental hospital patients. *J Ment Sci*, 107:382-402, 1961.
 16. INSEL TR, AKISKAL HS: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features a phenomenological analysis. *Am J Psychiatry*, 143:1527-1533, 1986.
 17. JENIKE M, BAER L, MINICHELO W, SCHUARTZ CE, CAREY RJ: Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry*, 143(4):530-532, 1986.
 18. KARNO M, GOLDING JM, SORESON SP, BURNAM MA: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094-1099, 1988.
 19. LYKOURAS L, ZERVAS IM, GOURNELLIS R, MALLIORI M, RAVAVILAS A: Olanzapine and obsessive-compulsive symptoms. *European Neuropsychopharmacol*, 10(5):385-387, 2000.
 20. PARTA LA: More on obsessive-compulsive symptoms and clozapine. *J Clin Psychiatry*, 55(7):312, 1994.
 21. PATEL B, TANDOM R: Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment. *Am J Psychiatry*, 150(5):873, 1993.
 22. PATIL VJ: Development of transit obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment (letter to editor). *J Clin Psychiatry*, 149(2):272, 1992.
 23. POYOROVSKY M, DORFMAN-ERGOT P, HERESH H, MUNITZ H, TOLLEFSON GD, WEIZMAN A: Beneficial effect of olanzapine in schizophrenic patients with obsessive-compulsive symptoms. *Int Clin Psychopharmacol*, 15(39):169-173, 2000.
 24. ROSEN R: The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci*, 103:778-785, 1957.
 25. SOBIN C, WEILLER C, CAVIGAN C, HAIMAN C, KARAYIORGU M: Evidence of a schizotypy in OCD. *J Psychiatry Research*, 34:15-24, 2000.
 26. SOLYMON L, DINICOLA VE, SOOKMAN D, LUCHINS D: Is there an obsessive psychosis? An etiological and pronostical factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*, 30:372-379, 1985.