

Trastorno obsesivo-compulsivo y psicosis: ¿un trastorno esquizo-obsesivo?

David Andrés Rincón Salazar¹
Luis Fernando Salazar Salazar²

Resumen

Objetivo: describir el caso de un paciente joven en el cual coexisten tanto sintomatología esquizofrénica como obsesiva-compulsiva. *Método:* reporte de caso. *Resultados:* aunque los datos son variables, es indudable que existe frecuentemente comorbilidad de trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas psicóticos, particularmente con esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, comorbilidad.

Title: Obsessive-Compulsive Disorder and Psychosis: A Schizo-Obsessive Disorder?

Abstract

Objectives: To describe the case of a young patient who suffers from schizophrenic and obsessive-compulsive symptoms. *Methods:* Case report. *Conclusions:* Although data are variable, it's unquestionable that frequent comorbidity exist among OCD, psychotic symptoms and particularly Schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, comorbidity.

Introducción

Siempre se ha considerado el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) una neurosis, pero esto no es tan claro en la realidad clínica, donde con mucha frecuencia se observan la coexistencia de síntomas obsesivo-compulsivos con síntomas

psicóticos, que muchas veces hacen muy difícil la delimitación de ideas obsesivas e ideas delirantes (1-3).

A través de la revisión de la literatura psiquiátrica referente al tema y apoyados en la presentación de un caso, pretendemos exponer los diferentes puntos de vista acerca de una temática como ésta, que cada

.....
¹ Residente de segundo año, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana.

² Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana.

vez cobra mayor importancia por sus implicaciones no sólo académicas, sino también prácticas, y por su influencia en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes (4-5).

Presentación del caso

El caso se centra en un hombre de 21 años de edad, soltero, con escolaridad de séptimo grado, cesante. Esta persona presenta un cuadro clínico que se inició cinco años atrás, a la edad de 17, cuando tuvo un primer episodio caracterizado por desnudismo, soliloquios, conductas bizarras (“come excremento de vacas”), alucinaciones auditivas (“dice que las vacas le hablan”), alucinaciones visuales (“ve a toda hora al diablo y ángeles que le quieren hacerlo pagar por sus pecados”, “ve duendes que le dicen que se golpee contra la pared, mujeres desnudas y demonios”), asociado con una marcada heteroagresividad.

Se obtiene la siguiente información del acompañante (no se encuentran datos en la historia clínica): el paciente fue hospitalizado por el episodio descrito anteriormente, con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide. Posteriormente, por un cuadro clínico igual, reingresa en varias ocasiones a una institución que no se precisó. Se refiere que fue manejado con risperidona a una dosis no conocida, al parecer porque el paciente experimentó extrapiramidalismo secundario al uso de antipsicóticos típicos.

La institución actualmente tratante conoce el caso de este joven desde finales de 2003, cuando consultó por primera vez por un cuadro que compartía las características descritas anteriormente. Esta institución reconfirmó el diagnóstico. Por lo tanto, se inició el manejo con clozapina, a dosis de 100 mg/día, con la cual remitió la sintomatología psicótica y fue dado de alta con manejo ambulatorio.

El paciente reingresa un año después, pero en esta ocasión al cuadro que lo caracterizaba se agregaron ideas obsesivas de contaminación “creo que estoy enfermo de sida” que, según el paciente, se desencadenaron después de un contacto homosexual único que sostuvo bajo los efectos del alcohol. Además de que continuaba con las conductas desnudistas, empezaron las conductas compulsivas de aseo: “se baña hasta 10 veces al día para sacar los demonios”, “se pone guantes para tocar todo”, “toma agua todo el día”, “toca una cerradura u objeto y lo limpia hasta 20 veces”, ya que tiene temor de contagiar de sida a la madre.

En algún punto de estos episodios reconoció sus ideas como excesivas, pero a pesar de ello persistían. Refiere pasar en el baño hora y media diaria realizando su aseo, especialmente en sus manos. Sus ideas delirantes paranoides en este momento abordan una nueva temática que coincide con sus ideas obsesivas “los homosexuales tienen un complot para contagiarme de sida y matarme”. El paciente,

en el año 2004, había reingresado en dos ocasiones a partir del cambio en el cuadro clínico original, con un intervalo de sólo dos meses por reingreso. Para su último ingreso, cumple los criterios para TOC y esquizofrenia paranoide, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR).

Entre sus antecedentes de importancia se encuentra que fue consumidor de marihuana (durante un año), de cocaína (desde los 17 años de edad, pero ocasional), de inhalantes (por período de un año) y de cigarrillo (en la cantidad de un paquete y medio diario desde los quince años hasta la fecha). Su examen físico al ingreso fue normal, con los siguientes signos vitales: tensión arterial: 120/70 mm/hg; frecuencia respiratoria: 18/min; frecuencia cardíaca: 76/min; temperatura: 36,5° C.

En su examen mental inicial se mostró consciente, alerta, orientado alopsíquica y autopsíquicamente, euproséxico, colaborador, así como con afecto ansioso, inadecuada presentación personal, memoria conservada, pensamiento ilógico eupsíquico (con ideas delirantes de tipo paranoide, místicas y extrañas), ideas obsesivas de tipo contaminación, lenguaje coherente sin alteraciones en el curso, alucinaciones auditivas y visuales complejas, inquietud motora, juicio y raciocinio afectado, inteligencia impresional del promedio, introspección parcial, prospección incierta.

Se le realizaron una tomografía computarizada (TAC) cerebral simple y un electroencefalograma, cuyos reportes están dentro de los límites normales. Se le aplica el Y-BOCS (*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*) y su puntaje total es de 27/40 (grave). Se decidió iniciar fluoxetina, a una dosis de 20 mg/día, para llegar a un aumento progresivo y llevar la dosis de clozapina a 300 mg/día. Se da de alta al paciente y se cita a controles ambulatorios.

Revisión bibliográfica

Cuando se está ante un paciente en el que coexisten síntomas psicóticos y obsesivos, se debe pensar en una esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos o en un TOC con síntomas psicóticos, según Dost Öngür (1); no obstante, otros versados en el tema, como Alexandra Bottas (3), hablan de que el problema es mucho más complejo y las acciones que se deben valorar son:

- Si los síntomas obsesivo-compulsivos (O-C) ocurren en el contexto de una psicosis, con lo cual se traslapan con la fenomenología psicótica y representan una forma frustrada de psicosis.
- Si los síntomas O-C ocurren sólo en la fase prodrómica de la esquizofrenia.
- Si los síntomas O-C o TOC son inducidos por neurolépticos.
- Si la sintomatología O-C o TOC franco ocurren al tiempo que la esquizofrenia.

La primera vez que se aceptó la coexistencia del TOC y la esquizofrenia fue en 1926, por Jahreiss, y en 1957, por Rosen (1). El interés en esta área se ha revivido en los últimos tiempos a causa del incremento en el reconocimiento de tasas mayores a las esperadas de comorbilidad y a la observación de aparición o exacerbación de los síntomas O-C durante el tratamiento de la psicosis con los antipsicóticos atípicos (3).

Epidemiología

Los estudios empezaron hacia la primera mitad del siglo XX y reportaron tasas relativamente bajas (1%-3,5%) de síntomas O-C en pacientes con esquizofrenia. Los datos de prevalencia de la comorbilidad entre esquizofrenia y TOC son muy variables: entre un 7,8% y un 47%, con una media del 22%, según Dost Öngür y Michael Poyurovsky (6-7), y de acuerdo con Alexandra Bottas (3), en las tres últimas décadas los investigadores han encontrado tasas de prevalencia de síntomas O-C en la población esquizofrénica entre un 10% y un 52%, y de TOC como tal entre un 7,9% y un 26%.

Dentro de las razones que explican la variabilidad tan amplia de las cifras se pueden citar las siguientes (4,8):

- El tipo de paciente y las características de la enfermedad.
- La etapa de la enfermedad (aguda o crónica).

- El ambiente en el que se realice la investigación (hospitalario o ambulatorio).
- El curso de la enfermedad (deteriorante, continua o con exacerbaciones).
- Discrepancias en el método diagnóstico.
- El tipo de medicamentos que se estén empleando (antipsicóticos típicos o atípicos).

El estudio que reporta la tasa de prevalencia más baja es el Eissen y colaboradores en 1994, con un cifra del 7,8%. (9-15).

Fenomenología de los delirios y las ideas obsesivas

A pesar de que el TOC siempre ha estado claramente clasificado como una neurosis, la realidad clínica nos muestra que muchos pacientes no perciben sus síntomas como excesivos o irracionales, y que sus ideas entrarían en el campo de las ideas sobrevaloradas o delirantes (1-3). La nosología contemporánea del TOC se debe mucho a la definición que fue dada por Esquirol, en 1838:

Es la idea recurrente o persistente, el pensamiento, la imagen, el sentimiento o movimiento que es acompañado por un sentido subjetivo de compulsión y un deseo a resistírselo y el evento es reconocido por el individuo, como ajeno o extraño a su personalidad y dentro de la anormalidad. De lo cual se dice que él tiene conciencia de enfermedad. (2)

Esta definición ha persistido con pocas modificaciones; el punto de vista que se mantiene en el momento es que el paciente con TOC puede pensar racionalmente sobre sus preocupaciones obsesivas y le es posible reconocer que éstas no tienen sentido (2). Este hecho se ha venido cuestionando últimamente en la literatura psiquiátrica, ya que se ha observado cómo en el TOC existen grados de conciencia de enfermedad dentro de la validación de sus creencias, que se extienden desde lo puramente obsesivo hasta llegar a una intensidad delirante (1-3,11).

Todo este movimiento hizo que en el DSM-IV se realizará algún reconocimiento a esta situación y apareciera la expresión *con pobre conciencia de enfermedad*:

Sí, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. Siendo útil esta especificación en situaciones que se encuentren a mitad de camino entre la obsesión y el delirio. (1)

Otro aparte de el DSM-IV también comenta: "No obstante, algunos individuos presentan síntomas de TOC y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos" (1). Por su parte, la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE-10) se dirige a estos temas diciendo sólo que los síntomas O-C en presencia de esquizofrenia deben ser considerados parte de la esquizofrenia (1).

Michael J. Kozak expone que la línea divisoria entre obsesiones, ideas sobrevaloradas y delirios es clara sólo en la teoría, pero no en la práctica, por lo cual han perdido utilidad diagnóstica los criterios del DMS-IV y el CIE-10, en algunos casos, y ha llevado a que estos términos se usen de una manera intercambiable. Al igual, afirma que parte de esta confusión surge debido al deseo de continuar considerando el TOC una neurosis y de rechazar la observación de pacientes con TOC y pensamiento psicótico (2).

Alexandra Bottas y cols. sugieren emplear algunas herramientas para hacer claridad sobre este tema (véase Cuadro 1).

Neurobiología del subgrupo de esquizofrenia-TOC

La serotonina y la dopamina son los neurotransmisores que han figurado consistentemente como los principales en ambos trastornos. En la esquizofrenia, la hipótesis dopaminérgica se ha relacionado ampliamente como la clave neuroquímica fundamental. Esto, igualmente, está sustentado por el hecho de tener una respuesta exitosa con el uso de antagonistas de los receptores de dopamina. Sin embargo, la eficacia superior de los antagonistas de los receptores de dopamina-serotonina en el tratamiento de la esquizofrenia respalda adicionalmente la importancia del sistema serotoninérgico en la pato-

fisiología de este trastorno y puede reflejar que existe una modulación de los sistemas dopaminérgicos por la serotonina (3-4).

El circuito funcional implicado en la patofisiología del TOC se ha creído que involucra un circuito córtico-estriatal-tálamo-cortical. Las estructuras específicas implicadas en esta vía incluyen los ganglios basales, la corteza orbitofrontal y la corteza cingulada anterior. En la esquizofrenia, el circuito de la corteza prefrontal dorsolateral contiene sustratos anatómicos similares a los circuitos orbitofrontales del TOC.

Los sitios neuroanatómicos específicos identificados en estudios de neuroimagen estructurales y funcionales de esquizofrenia y TOC muestran una considerable coincidencia en las estructuras implicadas de cada trastorno, entre ellas ganglios basales, tálamo, cíngulo anterior, corteza orbitofrontal y regiones de la corteza temporal.

Aoyama y cols. realizaron imágenes de resonancia magnética en sujetos con inicio juvenil de la esquizofrenia y síntomas obsesivo-compulsivos y encontraron en este grupo de sujetos un hipocampo izquierdo

Cuadro 1. Herramientas de distinción clínica entre delirios e ideas obsesivas

1. Los tipos de obsesiones y compulsiones observadas en la esquizofrenia son fenomenológicamente similares a los que se presentan en el TOC puro, como se describe en el DSM-IV.
2. Un acto repetitivo debe ser considerado compulsión sólo si ocurre en respuesta a una obsesión y no si ocurre en respuesta a una ideación psicótica (por ejemplo, verificación repetitiva en respuesta a miedos paranoides, que no constituyen así una compulsión).
3. Un pensamiento recurrente, intrusivo o egodistónico no debe ser considerado una obsesión si sólo gira exclusivamente alrededor de temas delirantes (por ejemplo, imágenes violentas, lo cual constituye un tipo común de obsesión en TOC y puede representar una entidad entera fenomenológicamente diferente en el contexto de la psicosis). En la fase aguda de la psicosis, podría ser necesario excluir las obsesiones cuestionables y reevaluarlas después de que los síntomas psicóticos sean tratados.
4. Los síntomas obsesivo-compulsivos pueden ser difíciles de distinguir en presencia del trastorno de pensamiento de la esquizofrenia. Podría ser, por lo tanto, necesario una reevaluación en búsqueda de síntomas obsesivo-compulsivos una vez la forma del pensamiento se haya normalizado.
5. En su inicio, las obsesiones, por no mostrar su caracterología clásica, pueden ser confundidas como síntomas prodrómicos de la esquizofrenia o de un trastorno del pensamiento. Tales pacientes pueden estar incapacitados para articular alguna obsesión en su sentido estricto y puede que no exhiban compulsiones.
6. En algún momento puede que no sea posible determinar si los síntomas obsesivo-compulsivos, en presencia de psicosis, representan reales síntomas obsesivo-compulsivos. En tal caso, el tratamiento empírico con un neuroléptico y un inhibidor de la recaptación de serotonina es la elección.

de menor tamaño que los sujetos con esquizofrenia que carecían de síntomas obsesivo-compulsivos.

De igual forma, se demostró una relación inversa entre la duración de la enfermedad y el tamaño del lóbulo frontal en el grupo de esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos, pero no en el grupo con esquizofrenia pura. Otro estudio de imágenes por resonancia magnética de pacientes con inicio juvenil de esquizofrenia evidenció una correlación entre el ensanchamiento significativo del asa anterior del ventrículo lateral y el tercer ventrículo, en pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos, comparado con los que no lo tenían los síntomas obsesivos (2).

En el único estudio publicado de imágenes de resonancia magnética nuclear funcional realizado en pacientes con esquizofrenia con varios grados de síntomas obsesivo-compulsivos, un subgrupo mostró una correlación negativa entre la activación de la corteza prefrontal dorsolateral izquierda y la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos (2-3).

Implicaciones clínicas

Lo primero que se sugirió fue que en el caso de la comorbilidad esquizofrenia-TOC, los síntomas obsesivo-compulsivos podían ser considerados una defensa antes de la descompensación psicótica y un indicador de buen pronóstico (7,12).

En este mismo sentido se pronunciaron Poyurovsky y cols., quienes reportaron un estudio en el que se encontró menor gravedad de los síntomas esquizofrénicos (4). Por su parte Berman y cols. (13) afirmaron no haber encontrado diferencias en síntomas positivos, negativos y desorganizados en pacientes con sólo esquizofrenia, comparados con pacientes que cursaban con esquizofrenia y TOC; además, afirmaron que los síntomas obsesivo-compulsivos en etapa temprana de la esquizofrenia serían protectores para algunos pacientes (8).

En un sentido opuesto, se han encontrado mayores hallazgos que muestran que la coexistencia de la esquizofrenia con el TOC o síntomas obsesivo-compulsivos implica mayores complicaciones y una mayor resistencia al tratamiento que los pacientes que no los presentan (1-2,4-9,13-14).

Son varios los estudios que reportan, en el caso de la comorbilidad, un mayor deterioro cognoscitivo, sobre todo en áreas como habilidades visoespaciales y memoria visual y en tareas que implican principalmente el lóbulo frontal, como se demostró con puntajes negativos en el Test de Wisconsin (6,9,13). También se han encontrado puntajes negativos en las escalas de depresión y un mayor grado de psicosis, dado principalmente por la presencia de síntomas positivos (4,6).

Entre las características comunes de los pacientes que presenta-

ban tanto esquizofrenia como TOC se encontraron que eran en su mayoría de sexo masculino, solteros, con mayor hostilidad al contacto y mayores problemas de ansiedad en diversas situaciones, mayor número de comportamientos que obstaculizan el progreso del tratamiento —como lo son la sobrealimentación, el tabaquismo, el trastorno del sueño, el descuido en el autocuidado—, mayores comportamientos de búsqueda de atención, mayores ideas o comportamientos suicidas, mayor aislamiento, pobre historial de empleos y menor capacidad de vivir independientemente (4,7-9).

Producto de todo lo planteado, existen varios autores, como Öngür y Bottas, que proponen considerar algunos de los casos de pacientes que presentan tanto síntomas de esquizofrenia como de TOC una categoría especial llamada *trastorno esquizo-obsesivo*, con una fisiopatología, curso clínico y respuesta al tratamiento propios (3,6). En este sentido, Akiskal (1) también considera que no se debe hacer un doble diagnóstico, sino que se trata de un espectro del TOC de mayor gravedad y con elementos psicóticos.

Tratamiento

El uso de antipsicóticos atípicos en algunos pacientes con esquizofrenia puede inducir o empeorar los síntomas de TOC (1,3,6,8). Esto se ha reportado especialmente para clozapina, pero también para otros

antipsicóticos como olanzapina, risperidona y quetiapina. En el caso de la ziprasidona y el aripiprazol, no han sido aún reportadas exacerbación o disminución de síntomas obsesivo-compulsivos en esquizofrenia (6). Sin embargo, a partir de un estudio retrospectivo con 141 pacientes hospitalizados, seleccionados aleatoriamente, que habían iniciado clozapina, Ghaemi y cols. reportan que no hubo casos definidos de pacientes que desarrollaran o empeoraran su TOC como resultado del uso de clozapina (15).

O'Dwyer y Marks (1) sugieren que los pacientes con síntomas de esquizofrenia y TOC deben ser vistos desde el punto de vista del TOC a la hora de establecer una estrategia de tratamiento; con ello sugieren como primera línea de manejo la clorimipramina y los ISRS. El uso a largo plazo de los antipsicóticos no se ha recomendado de rutina, ya que los pacientes no parecen responder, y se recomienda que su empleo debe hacerse como un ensayo terapéutico con una monitorización estrecha (1). Por último, existen mayores indicios que apoyan continuar tratando estos pacientes con la combinación de antidepresivos y antipsicóticos, como la mejor opción (12).

Discusión

Varios estudios proponen —basados en la evidencia epidemiológica, neurobiológica y clínica— que los pacientes con la comorbilidad TOC

y esquizofrenia puedan representar una categoría especial entre los pacientes con esquizofrenia, por ello proponen denominarla *trastorno o esquizofrenia esquizo-obsesiva*.

Esto, indudablemente, establecería para el médico tratante un reto clínico y, más que todo, semiológico, ya que entraría en la discusión de determinar y aceptar en tal caso un nuevo concepto de idea obsesiva, que pueda implicar poca conciencia de enfermedad donde no se considere la idea obsesiva como excesiva.

El reconocer esta variante o tipo de esquizofrenia es reconocer, a su vez, que se estará enfrentando a un nuevo tipo de paciente, que si bien para ciertos autores representa un paciente protegido de la desintegración psicótica —por compartir los síntomas obsesivos durante las fases tempranas de la esquizofrenia—, realmente se está enfrentando —según diversos hallazgos— a un paciente con un pronóstico más sombrío, debido a su mayor deterioro cognoscitivo, resistencia a tratamiento y recaídas.

Es importante aportar por medio de esta revisión un enfoque más preciso a la hora de ofrecer un alivio terapéutico a este tipo de pacientes, donde llamativamente dentro de los antipsicóticos atípicos la clozapina ha mostrado ser el de mayor tendencia a desencadenar o a deteriorar los síntomas obsesivos, sin excluir de este efecto otros antipsicóticos atípicos. Como idea general se concibe que un enfoque

que adopte una terapia mixta entre antipsicóticos y antiobsesivos es la opción más aceptada.

Por último, estamos ante un nuevo tipo de esquizofrenia, que ha sido documentada por múltiples clínicos desde principios del siglo pasado, y a pesar de no haber sido incluida en las clasificaciones diagnósticas actuales, no nos exime de su reconocimiento y estudio dirigido a su manejo.

Agradecimientos

A la doctora Johanna Mateus, médica psiquiatra de la Pontificia Universidad Javeriana.

Referencias

1. O'Dwyer AM, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry*. 2000;176:281-4.
2. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1994;32(3):343-53.
3. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizotypal subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(3):187-93.
4. Kayahan B, Ozturk O, Veznedaroglu B, Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:291-5.
5. Nechmad A, Ratzoni G, Poyurovsky M, Sorin Mehed M, Avidan G, Fuchs C, et al. Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1002-4.
6. Öngür D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophr Res*. 2005; 75(2-3):349-62.

7. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1998-2000.
8. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modaib I, Schneidman M, et al. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2001;102:49-57.
9. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54(10):373-9.
10. Stanley MA, Turner SM, Borden JW. Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 1990 Nov-Dec;31(6):511-8.
11. Klemperer F. Compulsions developing into command hallucinations. *Psychopathology*. 1996;29(4):249-51.
12. Ganesan V, Kumar TC, Khanna S. Obsessive-compulsive disorder and psychosis. *Can J Psychiatry*. 2001;46(8):750-4.
13. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy M, Pappas D, Green AI. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *J Nerv Ment Dis*. 1998 March;186(3):150-6.
14. Dowling FG, Pato MT, Pato CN. Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic symptoms: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 1995 Jul- Aug;3(2):75-83.
15. Ghaemi SN, Zarate CA Jr., Popli AP, Pillay SS, Cole JO. Is there a relationship between clozapine and obsessive-compulsive disorder?: a retrospective chart review. *Compr Psychiatry*. 1995 Jul-Aug;36(4):267-70.

Recibido para evaluación: 25 de julio de 2006

Aceptado para publicación: 18 de octubre de 2006

Correspondencia

David Andrés Rincón Salazar

Av. 39 N° 13-21 apto. 402

Bogotá, Colombia

rincon-david@javeriana.edu.co