

Síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con patologías del espectro esquizofrénico: frecuencia y relación con características clínicas

Ricardo Sánchez¹
Gerardo Téllez²
Luis Eduardo Jaramillo³

Resumen

Introducción: Los estudios sobre comorbilidad entre trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o síntomas TOC y esquizofrenia arrojan mucha variabilidad en los reportes de frecuencia. La presencia de estos síntomas en la esquizofrenia se ha asociado, principalmente, a la gravedad de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es estimar la frecuencia de síntomas obsesivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme y evaluar su relación con las características clínicas del cuadro. *Resultados:* Un total de 222 pacientes con diagnóstico DSM-IV de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo fueron evaluados mediante las escalas SANS, SAPS, BPRS, EMUN, Zung y la lista de comprobación de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown. No se encontraron casos con TOC. Hubo una frecuencia de síntomas TOC del 4,5% (IC 95% 2,2%-8,1%). Los síntomas TOC se asociaron a deterioro cognoscitivo y social. *Conclusiones:* En diferentes estadios de la enfermedad la presencia de esta comorbilidad podría ser marcador de protección o de deterioro cognoscitivo y social. El TOC y los síntomas TOC representan diferentes dimensiones en el paciente esquizofrénico.

Palabras clave: Esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, comorbilidad, signos y síntomas.

Title: Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Pathological Schizophrenia: Frequency and Relation with Clinical Characteristics

Abstract

Introduction: Comorbidity studies of frequency of OCD or OCD symptoms and schizophrenia show very high variability. The presence of these symptoms in schizophrenia has been related to factors like severity of disease. The objective of this study is to estimate the frequency of obsessive-compulsive symptoms in patients having schizophrenia or schizoaffective di-

¹ Psiquiatra. MSc en epidemiología clínica. Profesor titular, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Psiquiatra. Médico especialista, Clínica Nuestra Señora de la Paz. Bogotá, Colombia.

³ Psiquiatra. MSc en farmacología. Profesor asociado, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

sorder and to evaluate its relationship with clinical characteristics. *Results:* A total of 222 patients have been evaluated using SANS, SAPS, BPRS, EMUN and Zung scales and the Y-BOCS Symptom Checklist. No cases of OCD have been found. The frequency of OCD symptoms was 4.5% (95% CI 2.2% 8.1%). OCD symptoms were associated with social and cognitive impairment. *Conclusions:* OCD and OCD symptoms represent distinct dimensions in schizophrenic patients. Its presence in different stages of the disease could indicate impairment or protection against more disruptive signs of psychosis.

Key words: Schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, comorbidity, signs and symptoms.

Introducción

La presencia simultánea de síntomas obsesivo-compulsivos y síntomas psicóticos está reportada desde el siglo XIX. Se ha descrito que las obsesiones y las compulsiones están presentes en un grado significativo entre el 1% y más del 50% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (1-3).

La marcada variabilidad en los reportes de frecuencia de comorbilidad puede explicarse por una definición ambigua de los casos, ya que en una misma clase pueden incluirse categorías tales como esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos, pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con síntomas psicóticos, trastornos de personalidad del espectro esquizofrénico (trastorno esquizotípico) con síntomas obsesivo-compulsivos (4), pacientes con

TOC y esquizofrenia y pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos o TOC inducidos o exacerbados farmacológicamente (5). Por otra parte, no todos los estudios utilizan instrumentos estandarizados para diagnosticar síntomas obsesivos ni esquizofrenia. Adicionalmente, la variabilidad también puede explicarse por la dificultad en el diagnóstico que presentan algunos casos, en los cuales la diferenciación entre obsesiones y delirios no es sencilla (6-8).

Los reportes que sugieren una mayor frecuencia de TOC o de síntomas TOC en pacientes esquizofrénicos se apoyan en que tanto la esquizofrenia como el TOC se consideran trastornos del neurodesarrollo que generan disfunción de los circuitos fronto-subcorticales (9). Adicionalmente, estudios imaginológicos han mostrado que tanto los pacientes con TOC como quienes tienen esquizofrenia presentan asimetría en el tálamo; específicamente, en la superficie medial-posterior (10).

La alta frecuencia de comorbilidad esquizofrenia-TOC ha llevado a que algunos autores planteen una categoría diagnóstica nueva dentro del espectro esquizofrénico, a la cual han denominado *esquizofrenia obsesivo-compulsiva* (11). Este grupo de pacientes tendría como características comunes un pobre pronóstico, bajo funcionamiento y una aparente resistencia al tratamiento farmacológico (12). Un metaanálisis mostró que la presencia de síntomas obsesivos en pacientes esquizofrénicos

se asocia a mayor gravedad de la sintomatología psicótica y a mayor cantidad de síntomas positivos y negativos (13). Además, se ha reportado que los pacientes esquizofrénicos con síntomas de TOC presentan puntajes de ansiedad y de depresión más elevados en la escala de Hamilton (14), mayor frecuencia de síntomas motores (15), y grados de disfunción psicosocial más altos (16-18).

La mayor asociación con síntomas motores se ha vinculado con una disfunción de los ganglios basales, lo cual podría explicar una mayor frecuencia de síntomas parkinsonianos (2). Sin embargo, también hay reportes que plantean que no hay relación entre síntomas TOC y curso o características de la esquizofrenia (19,20).

La presencia de TOC o de síntomas TOC en pacientes esquizofrénicos no se ha podido asociar a antecedentes de personalidad anancástica (21). Parece ser que la presencia de síntomas como obsesiones y compulsiones tiene una significación diferente de la presencia de TOC, pues en este último caso la comorbilidad podría jugar algún papel protector sobre la función cognoscitiva del paciente con esquizofrenia (22,23). Varios reportes han relacionado la aparición o la exacerbación de los síntomas obsesivos y los compulsivos con el uso de antipsicóticos atípicos (24,25), lo cual se ha relacionado con el bloqueo de los receptores de serotonina; específicamente, los de tipo 5-HT(2A) (26-29).

El objetivo del presente estudio fue estimar la frecuencia de síntomas obsesivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, y evaluar la relación de estos síntomas con las características clínicas del cuadro.

Métodos

Para el presente estudio se evaluó a 222 pacientes que ingresaron consecutivamente a manejo intrahospitalario a la clínica de Nuestra Señora de La Paz durante los años 2007 a 2010, y que tuvieron diagnóstico de trastorno esquizofrénico, esquizofreniforme o esquizoafectivo, confirmado por dos clínicos mediante entrevista semiestructurada siguiendo el formato DSM-IVTR. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional. A cada paciente se le aplicó un instrumento que condensaba las escalas SANS, SAPS, BPRS, EMUN y Zung. Los ítems que evaluaban el mismo síntoma fueron considerados redundantes, por lo cual sólo se exploró uno de ellos (el correspondiente a las escalas SANS-SAPS fue el que se conservó). Adicionalmente, se aplicó la lista de comprobación de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown.

Análisis estadístico

El tamaño de muestra se determinó con base en una estimación de una proporción del 3,5% (prevalencia estimada de síntomas obsesivos espe-

rada según la literatura), aceptando una precisión del 2,5% y manejando intervalos de confianza del 95%.

Con estos supuestos se estableció un tamaño de muestra de 208 pacientes. Se efectuó descripción de variables recurriendo a medias, medianas, medidas de tendencia central y proporciones, de acuerdo con su naturaleza. Se utilizaron pruebas de χ^2 para evaluar la asociación ente síntomas obsesivos y categoría diagnóstica.

Para evaluar la diferencia de medianas se efectuó la prueba de suma de rangos. Además, se hizo un análisis de componentes principales, para determinar dominios que resumieran los síntomas de las diferentes escalas, y permitieran generar un componente principal que pudiera usarse como variable continua que representara cada uno de los dominios. Con este insumo se realizó un análisis de correspondencias múltiples, para evaluar multidimensionalmente la relación entre síntomas obsesivos y las distintas agrupaciones sintomáticas representadas por los componentes principales.

El análisis descriptivo y de componentes principales se realizó con el programa Stata 11[®]. El análisis de correspondencias múltiples se efectuó con el programa SPAD5[®]. Para las pruebas de hipótesis se manejó un nivel de significación del 5%.

Resultados

Se evaluó a 222 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o de

trastorno esquizoafectivo. La media de edad fue de 41,2 años ($DE=13,7$ años). El 60,8% de los pacientes ($N=135$) fueron de sexo masculino. El diagnóstico más observado fue esquizofrenia paranoide (tabla 1).

La media de tiempo desde el diagnóstico fue de 13,5 años ($DE=11,8$ años). La frecuencia de síntomas obsesivos en la muestra estudiada fue de 10 pacientes, correspondiente a una prevalencia del 4,5% (IC 95% 2,2%-8,1%).

Ninguno de los pacientes cumplió criterios para TOC. Los síntomas que se presentaron más a menudo en la muestra fueron obsesiones agresivas, de contaminación, y sexuales. No se encontraron casos de pacientes con compulsiones. En todos los casos los síntomas obsesivo-compulsivos se presentaron después del diagnóstico de esquizofrenia.

El tiempo desde el diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes sin síntomas TOC tuvo una mediana de 13 años (*rango intercuartílico*=14); en el grupo de pacientes con síntomas TOC la mediana desde el diagnóstico fue de 20 años (*rango intercuartílico*=7). La diferencia de los tiempos de diagnóstico entre los dos grupos no fue significativa (prueba de rangos con signo, $p=0,096$).

En relación con las diferentes categorías diagnósticas, el número más alto de casos positivos de síntomas TOC se observó en el grupo de esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo (siete y tres casos, respectivamente); sin embargo, no

Tabla 1. Relación entre diagnóstico y sintomatología TOC

Diagnóstico		Síntomas TOC		Total
		No	Si	
Esquizofrenia indiferenciada	N	24	0	24
	%	100,00	0,00	100,00
Esquizofrenia paranoide	N	93	7	100
	%	93,00	7,00	100,00
Esquizofrenia residual	N	46	0	46
	%	100,00	0,00	100,00
Esquizofrenia catatónica	N	1	0	1
	%	100,00	0,00	100,00
Esquizofrenia desorganizada	N	13	0	13
	%	100,00	0,00	100,00
Trastorno esquizoafectivo	N	27	3	30
	%	90,00	10,00	100,00
Trastorno esquizofreniforme	N	8	0	8
	%	100,00	0,00	100,00
Total	N	212	10	222
	%	95,50	4,50	100,00

se encontró asociación estadística entre presencia de síntomas TOC y subtipo diagnóstico (prueba exacta de Fisher, $p > 0,05$). El análisis de componentes principales mostró una solución de seis dominios, que se presenta en la tabla 2, y la cual sugiere las siguientes dimensiones:

- Dominio 1: Deterioro afectivo
- Dominio 2: Deterioro cognoscitivo-social
- Dominio 3: Delirios persecutorios y sus efectos
- Dominio 4: Desorganización-extrañeza
- Dominio 5: Delirios extraños
- Dominio 6: Alucinaciones y delirios congruentes con alucinaciones.

Para el análisis de componentes principales se estableció un análisis de dos ejes, teniendo en cuenta las características de un gráfico de sedimentación de inercia de factores. El análisis de los dos ejes mostró lo siguiente:

- En el eje 1 se proyectan en el mismo polo del eje los síntomas TOC (valor test: -11,17) y el componente relacionado con deterioro cognoscitivo-social. Los demás componentes no evidenciaron asociación con los síntomas TOC.

Tabla 2. Composición de ejes factoriales por medio de análisis de componentes principales

Síntoma	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Expresión facial no cambiante	-0,0218	0,3835	0,0257	-0,0022	-0,0031	-0,0357
Disminución de los movimientos espontáneos	-0,0128	0,3559	0,0164	0,0162	-0,0262	-0,0167
Disminución de los gestos expresivos	-0,0046	0,3813	0,0107	-0,0050	0,0003	0,0068
Pobre contacto visual	0,0008	0,3303	0,0200	0,0551	-0,0285	0,0307
Falta de respuesta afectiva	0,0009	0,3655	-0,0037	-0,0097	-0,0328	0,0276
Falta de inflexiones vocales	-0,0099	0,3711	-0,0310	0,0015	-0,0297	0,0247
Pobreza del lenguaje	0,1507	0,1342	-0,0582	-0,0452	-0,0355	-0,0334
Bloqueos	0,1581	0,1116	-0,0343	0,0047	0,0227	0,0433
Aumento del tiempo de latencia de respuestas	0,1666	0,1358	-0,0719	-0,0317	-0,0057	0,0251
Falta de cuidado y de higiene	0,1976	-0,0157	0,0164	0,1605	0,0528	-0,0808
Falta de persistencia en el trabajo o la escuela	0,2245	0,0409	0,0782	0,0211	0,0104	-0,0752
Anergia física	0,2540	0,0223	0,0301	0,0201	0,0025	-0,0443
Falta de intereses y de actividades recreativas	0,3277	-0,0261	0,0424	-0,0265	-0,0027	0,0060
Falta de interés en la actividad sexual	0,3335	-0,0388	0,0130	-0,0382	-0,0064	0,0091
Incapacidad para sentir intimidad y cercanía	0,3111	-0,0036	0,0229	-0,0229	0,0090	0,0256
Incapacidad para la relación con amigos y compañeros	0,3237	-0,0105	0,0189	-0,0290	0,0321	0,0364
Inatención social	0,3083	-0,0217	-0,0215	0,0170	0,0371	0,0268
Inatención durante las pruebas de estado mental	0,2947	-0,0194	-0,0078	0,0392	0,0408	0,0449
Alucinaciones auditivas	-0,0149	0,0058	0,0029	-0,0011	-0,0087	0,4539
Voces que comentan	0,0075	0,0184	0,0159	0,0084	-0,0078	0,4516
Voces que conversan	0,0362	-0,0058	-0,0428	0,0502	0,1268	0,3843
Alucinaciones somáticas o táctiles	-0,0283	0,0736	-0,0349	-0,0209	0,0560	0,2167
Alucinaciones visuales	0,0203	-0,0541	0,0381	-0,0894	0,0156	0,2101
Delirios persecutorios	-0,0956	0,1006	0,2489	-0,1006	0,1298	0,0764

(Continúa)

(Continuación)

Síntoma	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Delirios de culpa o de pecado	0,0401	-0,0232	-0,0463	-0,0270	-0,0306	0,2548
Delirios de referencia	-0,0851	0,1003	0,1763	-0,0964	0,0292	0,1046
Delirios de estar controlado	-0,0490	0,0734	0,0183	0,0066	0,2250	-0,0065
Delirio de lectura de pensamiento	0,0175	-0,0030	0,0163	-0,0158	0,4480	-0,0105
Delirio de difusión de pensamiento	-0,0044	-0,0063	-0,0375	0,0117	0,4412	0,0377
Delirios de inserción de pensamiento	0,0222	-0,0306	0,0007	0,0263	0,4654	-0,0065
Delirios de robo de pensamiento	0,0137	-0,0350	-0,0090	-0,0094	0,4253	0,0333
Vestido y apariencia	-0,0122	0,0333	0,0098	0,2996	0,0930	-0,1204
Comportamiento social y sexual	-0,0636	0,0483	0,0422	0,2442	0,0892	-0,1217
Comportamiento agresivo o agitado	-0,0119	0,0456	0,3680	0,0164	0,0233	-0,0860
Comportamiento repetitivo o estereotipado	0,0647	0,0951	0,0315	0,1523	-0,0532	-0,0097
Pérdida de asociaciones	0,0032	0,0210	-0,0182	0,3711	0,0147	-0,0265
Pararrespuestas	0,0289	-0,0009	-0,0228	0,2462	-0,0407	-0,0066
Incoherencia (ensalada de palabras o esquizofasia)	0,0285	0,0060	-0,0238	0,3465	0,0510	-0,0202
Pensamiento ilógico	-0,0239	0,0442	-0,0079	0,3384	0,0336	0,0886
Circunstancialidad	0,0329	-0,0222	0,0450	0,2342	-0,0797	0,1560
Presión del habla	-0,0442	-0,0676	0,0197	0,3188	-0,0781	0,1270
Facilidad de distracción	-0,0013	-0,0173	0,0307	0,2554	-0,1088	0,1638
Asociaciones por asonancia	0,0554	-0,0559	-0,0347	0,1504	-0,0446	0,1116
Afecto inapropiado	-0,0957	-0,0238	-0,0438	0,2269	-0,0269	-0,1058
Ansiedad psíquica	0,0238	0,0028	0,3866	0,0123	-0,0468	0,0564
Aislamiento emocional	0,1533	0,1326	-0,0193	-0,0372	0,0440	-0,0896
Tensión	0,0072	0,0036	0,2835	0,0611	-0,0067	0,0439
Hostilidad	0,0128	0,0067	0,4358	-0,0300	-0,0391	-0,0301
Susplicacia	-0,0244	0,0070	0,3231	-0,0521	0,0154	0,0952
Entencimiento psicomotor	0,1645	0,0962	-0,1469	-0,0207	0,0205	-0,0241
Falta de colaboración	0,0979	-0,0435	0,2356	0,0865	0,0318	-0,1176
Afecto irritable	0,0616	-0,0746	0,3429	0,0354	-0,0005	-0,0517

- En el eje 2 no se encontró proyección significativa de los síntomas TOC. Se encuentra proyección en el mismo polo del sexo masculino (valor test: 9,81) y del componente relacionado con delirios extraños.

Discusión

En el presente estudio se encontró una proporción baja de síntomas obsesivo-compulsivos, y no se presentó comorbilidad con TOC. Este hallazgo no discrepa de algunos reportes previos, en los cuales existe una marcada variabilidad en las cifras de frecuencia. La muestra estudiada en esta investigación se caracteriza por ser predominantemente de hombres con esquizofrenia paranoide, con exacerbación aguda de la enfermedad y con una evolución prolongada de la patología (más de 10 años, en promedio).

Aunque no se encontraron diferencias significativas en el tiempo desde el diagnóstico de esquizofrenia entre los grupos de pacientes con síntomas TOC y sin ellos, debe tenerse en cuenta que el número de casos del segundo grupo es muy bajo, lo cual puede comprometer el poder de las pruebas estadísticas.

La asociación encontrada entre síntomas TOC y el dominio relacionado con deterioro cognoscitivo y social ha sido reportada en otros estudios (16-18). En el presente estudio se utilizó un método estadístico que permitió condensar los signos y

síntomas medidos por varias escalas en una sola variable continua, con lo cual se hizo más eficiente el análisis de los datos y se pudo evidenciar un patrón de asociación, a pesar del bajo número de observaciones en uno de los grupos. Hasta donde tiene conocimiento el grupo responsable de la presente investigación, dicha metodología de análisis no había sido empleada en estudios previos sobre TOC o síntomas TOC como comorbilidad en pacientes con esquizofrenia.

La alta variabilidad en los reportes sobre frecuencia de síntomas TOC en los diferentes estudios puede explicarse porque se están mezclando en la misma categoría diferentes entidades; por ejemplo, Reznik ha propuesto que clínicamente se pueden distinguir tres subgrupos de pacientes (30):

1. Aquellos con diagnóstico de TOC antes de presentar síntomas esquizofrénicos.
2. Los que comienzan a presentar síntomas obsesivo-compulsivos en cualquier momento del curso de la esquizofrenia.
3. Los pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas bajo condiciones particulares del curso de su enfermedad (uso de antipsicóticos atípicos, infecciones).

Dentro del presente estudio solamente se ubican casos correspondientes al segundo grupo (aunque no puede descartarse que haya pacientes del tercer grupo; ello se relaciona con el uso de antipsicóticos atípicos),

lo que podría relacionarse con la baja comorbilidad encontrada, teniendo en cuenta que se está estudiando una subpoblación específica de pacientes esquizofrénicos.

Adicionalmente, la baja frecuencia de síntomas TOC que fue evidenciada puede relacionarse con el hecho de que los pacientes de la muestra fueron estudiados mientras se encontraban en una exacerbación de síntomas psicóticos que requirió manejo intrahospitalario; esto se plantea teniendo en cuenta la hipótesis de que la sintomatología TOC tendría un efecto protector en pacientes con esquizofrenia (22,23). Sería factible plantearse, entonces, que esta sintomatología es más común en pacientes esquizofrénicos con un nivel de funcionamiento más estable, que no supone requerimientos de manejo intrahospitalario. En caso de presentarse los síntomas TOC durante la descompensación aguda, estos serían más habituales en el grupo de pacientes con mayores niveles de deterioro cognoscitivo y social.

Como limitaciones de esta investigación deben anotarse: que no se registró la utilización de antipsicóticos atípicos; que no se documentó la evolución precisa de los síntomas TOC (sólo se registró su comienzo luego de instaurado el diagnóstico de esquizofrenia); y que la muestra corresponde a un grupo de pacientes en tratamiento intrahospitalario.

Se plantea efectuar estudios que comparen la frecuencia y factores asociados de los síntomas TOC

entre pacientes ambulatorios y hospitalizados por descompensación aguda, que especifiquen a cuál de los subtipos planteados por Reznik corresponden, y que ubiquen un número mayor de pacientes con comorbilidad que permitan mejorar el poder de las pruebas estadísticas. Así mismo, se destaca en el presente estudio que el uso de la clasificación convencional de esquizofrenia no ofrece una agrupación óptima para los análisis: resultan más eficientes las generadas por escalas que miden múltiples síntomas del síndrome.

Referencias

1. Lysaker PH, Whitney KA. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. *Expert Rev Neurother.* 2009;9:99-107.
2. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, et al. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2000;34:139-46.
3. Ongür D. About 30% of men with schizophrenia or schizoaffective disorders have obsessive-compulsive symptoms. *Evid Based Ment Health.* 2006;9:28.
4. Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res.* 2005;39:399-408.
5. Frommhold K. [Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: a critical review]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2006;74:32-48. German.
6. Robin M. [Schizophrenia or obsessive-compulsive disorder?]. *Encephale.* 2005;31:S33-4. French.
7. Bürgy M. [Obsessive compulsive disorder and schizophrenia: an attempt at psychopathologic differentiation by

- focusing on the single phenomenon of obsession]. *Nervenarzt*. 2005;76:1370-5. German.
8. Ozdemir O, Tükel R, Türksoy N, et al. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2003;44:311-6.
 9. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, et al. Neurological soft signs in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007;19:145-50.
 10. Kang DH, Kim SH, Kim CW, et al. Thalamus surface shape deformity in obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *Neuroreport*. 2008;19:609-13.
 11. Reznik I, Mester R, Kotler M, et al. Obsessive-compulsive schizophrenia: a new diagnostic entity? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001;13:115-6.
 12. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res*. 2006;40:189-91.
 13. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:70-82.
 14. Güleç G, Güneş E, Yenilmez C. [Comparison of patients with schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, and schizophrenia with accompanying obsessive-compulsive symptoms]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2008;19:247-56. Turkish.
 15. Krüger S, Bräunig P, Höfler J, et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:16-24.
 16. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, et al. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:78-83.
 17. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, et al. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1995;36:6-10.
 18. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:91-4.
 19. Uçok A, Tükel R, Ozgen G, et al. [Frequency of obsessive compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia: importance for prognosis]. *Encephale*. 2006;32:41-4. French.
 20. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, et al. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. *Schizophr Res*. 2005;76:309-16.
 21. Fabisch K, Fabisch H, Langs G, et al. Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:336-41.
 22. Lee MJ, Shin YB, Sunwoo YK, et al. Comparative analysis of cognitive function in schizophrenia with and without obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Investig*. 2009;6:286-93.
 23. Faragian S, Pashinian A, Fuchs C, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33:1009-12.
 24. Mahendran R, Liew E, Subramaniam M. De novo emergence of obsessive-compulsive symptoms with atypical antipsychotics in Asian patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a retrospective, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:542-5.
 25. Galvez-Buccollini JA, Fiestas F, Herrera P, et al. [Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia during treatment with clozapine and conventional antipsychotic drugs]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32:211-5. Spanish.
 26. Kim SW, Shin IS, Kim JM, et al. The 5-HT₂ receptor profiles of antipsychotics in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Clin Neuropharmacol*. 2009;32:224-6.

27. Hwang MY, Kim SW, Yum SY, et al. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32:835-51.
28. Levy E, Margolese HC, Sultan S, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia induced by risperidone and responding to fluoxetine. *Can J Psychiatry.* 2003;48:709-10.
29. de Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, et al. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent-onset schizophrenia or related disorders. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:104-7.
30. Reznik I, Kotler M, Weizman A. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia patients--from neuropsychology to clinical typology and classification. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005;17:254-5.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 20 de mayo del 2010
Aceptado para publicación: 2 de diciembre del 2010

Correspondencia
Ricardo Sánchez
Facultad de Medicina, Oficina 202
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad Universitaria
Bogotá, Colombia
rsanchezpe@unal.edu.co