

S. Cámara-Barrio, A. Izquierdo-Elizo, F.C. Ruiz
Sanz, R. González Collantes

Complejo Asistencial de Palencia (Palencia)

Correspondencia:

Amaia Izquierdo Elizo
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Complejo
Asistencial de Palencia Avenida de San Telmo S/N
Palencia
amaiaizquierdo@yahoo.es

*Trastorno obsesivo-
compulsivo, su funcionamiento
neuropsicológico y desarrollo
escolar: a propósito de un caso.*

*Obsessive-Compulsive Disorder,
neuropsychology function and
scholar development: Case
report*

RESUMEN:

El TOC en la adolescencia constituye un punto de interés dentro de la psicología clínica y psiquiatría infanto-juvenil. La adolescencia es uno de los periodos donde aparecen comportamientos repetitivos con mayor frecuencia siendo éstos evolutivos. Es importante diferenciar estos signos evolutivos de un cuadro clínico. En la infancia los síntomas del TOC son similares a la adultez. Los rituales más frecuentes son la limpieza excesiva, de repetición y de comprobación.

En cuanto a la epidemiología hay pocos estudios y distintos datos, pero existe un predominio de niños en la infancia (3:2) siendo más equilibrado en la adolescencia. La etiología es multicausal. Presentamos el caso de una adolescente de 13 años derivada a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil por ideas sobrevaloradas relativas a posibles sucesos desagradables o catastrofistas. Se realiza evaluación psicométrica y neuropsicológica a través de Inventario Clínico de Millon para Adolescentes MACI, Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler, Figura Compleja de Rey, Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin, subtest Localización Espacial de la Escala de Memoria de Wechsler, Test de Colores Stroop, Escala infantil de obsesiones y compulsiones y autorregistros. El diagnóstico fue TOC.

Se describe el tratamiento psicológico y psiquiátrico que se llevó a cabo. La sintomatología objeto de atención clínica incluye obsesiones sexuales, catastrofistas y religiosas, compulsiones en forma de rituales de repetición, de comprobación y motores, así como el manejo familiar de rasgos histeriformes.

Desde el punto de vista de la eficacia terapéutica se recomienda la terapia cognitivo-conductual y farmacológica combinadas. Es importante tener esto en cuenta para la disminución de la interferencia sobre el funcionamiento vital. Se destaca el valor del análisis funcional para una evolución favorable, teniendo en cuenta diferentes factores intervinientes.

ABSTRACT:

Obsessive-Compulsive disorder (OCD) in adolescence is a point of interest within children and adolescent clinical psychology and psychiatry. Adolescence is one of the periods where repetitive behaviors are more often being these evolutionary. It is important to differentiate these symptoms of a clinical development. In childhood OCD symptoms are similar to adulthood. Most common rituals are excessive cleaning, repetition and verification.

There are few epidemiological studies and different result, but there is a predominance of boys in infancy (3:2),

in adolescence the prevalence is more well-balanced. Etiology is multicausal.

We report the case of a 13 year old girl referred to our Mental Health Unit for Children and Adolescents in relation to overestimated ideas about possible unpleasant or catastrophic events. Clinical interview, Psychometric and neuropsychological assessment is realized with The Millon Adolescent Clinical Inventory MACI, Wechsler Adult Intelligence Scale WAIS-III, Rey-Osterrieth Complex Figure, Wisconsin Card Sorting Test, Spatial Span from Wechsler Memory Scale, Stoop Test, obsessions and compulsions scale. She was diagnosed as having OCD.

We describe psychological and psychiatric treatment. The focus of clinical attention symptomatology includes sexual, catastrophic and religious obsessions, rituals as compulsions of repetition and checking; and family management of hysteriform personality.

From the point of view of therapeutic efficacy cognitive behavioral therapy and pharmacological treatment combined are recommended. It is important to take this into account for the reduction of life interference. It highlights the value of functional analysis for a favorable progress, taking into account different factors involved.

Trastorno obsesivo-compulsivo, su funcionamiento neuropsicológico y desarrollo escolar: a propósito de un caso.

En este trabajo estudiaremos a través de un caso clínico algunas peculiaridades del TOC, específicamente con baja capacidad intelectual. Se analizará el perfil neuropsicológico de las personas con TOC y se hace énfasis en aquellos factores y estrategias que pueden resultar útiles para la intervención en estos cuadros clínicos.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 13 años de edad derivada por su médico de atención primaria al Servicio de Salud-Mental Infanto Juvenil en Febrero de 2008. Según consta en la derivación, desde hacía un mes presenta episodios repetidos de ansiedad y angustia, motivados por ideación repetitiva acerca de la posibilidad de que le ocurran sucesos desagradables como accidentes o enfermedades. Las preocupaciones son más intensas por las tardes, cuando empieza a hacer los deberes. Sus ritmo vigilia-

sueño y alimentación son normales. Hasta este momento el rendimiento escolar había sido adecuado con apoyos escolares tipo pedagogía terapéutica. Acude acompañada por su madre, de 49 años y actualmente sin trabajo, y su padre, de 52 años, conductor. Tiene un hermano de 25 años, que reside en Valencia.

Antecedentes personales.

No hay antecedentes médicos de interés. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes familiares.

Madre diagnosticada de trastorno bipolar. Tío materno con antecedentes psiquiátricos que no saben especificar. Familia paterna sin antecedentes psiquiátricos.

Desarrollo evolutivo:

Embarazo normal, parto eutócico. Peso al nacer 3,450 kg. Lactancia durante un mes, suspendida debido a la prescripción a la madre de carbonato de litio debido a una descompensación de su trastorno bipolar tras el embarazo. Desarrollo psicomotor y lingüístico normal. Control de esfínteres en rango de normalidad. Escolaridad a los 3 años. Aunque los profesores señalaban que era una niña más bien tímida, según referían no presentó al inicio ningún problema en la adaptación escolar. En el momento de la evaluación presentaba problemas de tipo interpersonal, continuas llamadas de atención con elevada carga dramática en el contexto escolar, que conducían a rechazo por parte de sus compañeros.

Inicio enfermedad:

El paciente ubica el inicio de su trastorno en el año 2006 cuando se produce el fallecimiento de la abuela paterna de la paciente, con la que se encontraba especialmente unida. Tras este acontecimiento comienza a preguntarse donde estará su abuela, si en el cielo o en el infierno, lo cual condiciona su actuación.

En enero del 2007, coincidiendo con el comienzo del segundo trimestre escolar, empieza a tener ideas acerca de la posibilidad de tener alguna enfermedad o que pueda ocurrir alguna catástrofe. A raíz de ver la película "La pasión de Cristo" comienzan a aparecer pensamientos de tipo obsesivo, que se describirán más adelante.

En Febrero 2008 su madre es operada por problemas tiroideos y su hermano se traslada a vivir a Valencia por tema de estudios, lo que supone para la paciente una pérdida de apoyos. Durante ese año acude por primera vez a la consulta de Psicología Clínica Infantil del Complejo Asistencial de Palencia. Cursa 1º de ESO. Debido a la

interferencia de la sintomatología en la funcionalidad de la paciente y a la elevada angustia requiere ingreso, de un mes de duración, en la Unidad Regional de Hospitalización Breve de Psiquiatría Infanto Juvenil en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Tras el alta se continúa seguimiento al alta en Psiquiatría y Psicología Clínica.

Descripción de las conductas problema.

- Presencia de obsesiones y compulsiones.
- Rasgos histeriformes de personalidad.
- Fracaso escolar.
- Dificultades a nivel interpersonal.

Evaluación clínica en el TOC

Exploración psicopatológica.

La paciente está consciente, orientada en las tres esferas y colaboradora. Presenta ansiedad estado elevada. Muestra alta expresividad emocional, tendencia a la dramatización y tendencia a ser el centro de atención.

Las obsesiones más significativas que presenta son:

- Pensamientos con contenidos catastrofistas en relación a la muerte.
- Posibilidad de que ocurra algún accidente, de contraer alguna enfermedad (sobre todo cáncer).
- Posibilidad de que ETA ataque.
- Pensamientos sobre tumbas y cementerios.
- Imágenes intrusivas de cristos, iglesias y vírgenes.
- Pensamientos relacionados sobre Dios y el diablo.
- Posibilidad de tener poderes especiales.
- Obsesiones en relación a la sexualidad y en torno a la posibilidad de que el diablo se introduzca por su vagina.

Las compulsiones más reseñables son:

- Sonido gutural.
- Arcadas para “tragarse” pensamientos.
- Agacharse para “coger” pensamientos.
- Volver a andar sobre sus pasos.
- Volver a la habitación donde había estado previamente.
- Repeticiones, releer, repasar lo ya escrito.
- Tocar el marco de las puertas.
- Ponerse la mano en el pecho como “agarrándose” el corazón.
- Arrastrar los zapatos.
- Tocarse los muslos.

Los padres refieren que el tiempo utilizado en los rituales ocupa gran parte del día. Interfiriendo notablemente en las actividades de la vida diaria del paciente, sobre todo retrasándolas en el tiempo y excediendo la duración normal de la realización de las mismas. No alteraciones en forma ni en contenido del pensamiento. No alteraciones en sensopercepción. Insight bajo. Sueño y alimentación normal. Ansiedad moderada. Apatía. Anhedonia. Bajo estado de ánimo leve. No ideación autolítica.

ales ocupa gran parte del día. Interfiriendo notablemente en las actividades de la vida diaria del paciente, sobre todo retrasándolas en el tiempo y excediendo la duración normal de la realización de las mismas. No alteraciones en forma ni en contenido del pensamiento. No alteraciones en sensopercepción. Insight bajo. Sueño y alimentación normal. Ansiedad moderada. Apatía. Anhedonia. Bajo estado de ánimo leve. No ideación autolítica.

Exámenes médicos complementarios:

- o EEG cerebral: sin hallazgos de valoración patológica tanto en reposo como durante la fotoestimulación intermitente y la hiperventilación. No se registran anomalías epileptiformes.
- o RMN cerebral: sin hallazgos de interés.

Estudio psicométrico:

- o Versión infantil en la escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown.
 - Puntuación total: 33.
 - Puntuación obsesiones: 16.
 - Puntuación compulsiones: 17.

La puntuación total en la escala supera el punto de corte, indicativa de sintomatología obsesivo-compulsiva significativa.

La ansiedad relacionada con obsesiones es alta, ocupando la mayor parte del tiempo, presentando malestar y sin ningún control sobre ellas, dejando de presentar resistencia. La contaminación y prejuicio es el contenido principal.

Las compulsiones ocupan la mayor parte del tiempo y le causan gran malestar, resistiéndose pero sin lograr ningún control sobre ellas.

Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV (realizada en 2008).

- CI TOTAL: 81 (Capacidad intelectual límite).
- Comprensión verbal: 89
- Razonamiento perceptivo: 81
- Memoria de trabajo: 105
- Velocidad de procesamiento: 70

Inventario clínico de Millon para adolescentes MACI (Ed. Pearson).

Los resultados son fiables. Muestra transparencia en las respuestas y una autoimagen menos valorada, percibiéndose con problemas personales y afectivos.

S. Cámara-Barrio
 A. Izquierdo-Elizo
 F.C. Ruiz Sanz
 R. González Collantes

Trastorno obsesivo-compulsivo, su funcionamiento neuropsicológico y desarrollo escolar: a propósito de un caso

42

Autorregistros.

En los autorregistros se evidencia la vivencia que la paciente hace de su propia enfermedad. Recogiendo ventajas e inconvenientes de la misma. Dentro de las ventajas recoge una mayor atención por parte de los demás y una posible excusa para no hacer ciertas cosas. Sin embargo

también registra el sufrimiento y la elevada emocionalidad asociados a la enfermedad.

Se solicita la cumplimentación de diferentes tipos de autorregistros.

Día y hora de inicio	Nivel de ansiedad antes (0-100)	Descripción de la escena a la que nos estamos exponiendo.	Nivel de ansiedad cada 5 minutos (0-100)	Urgencia por neutralizar
----------------------	---------------------------------	---	--	--------------------------

Día y hora	Situación	Tipo de pensamiento (alargar el pensamiento con la técnica de flecha descendente)	¿Qué criterios no cumple?	Posible pensamiento alternativo.
------------	-----------	---	---------------------------	----------------------------------

Día y hora	Desencadenante	Pensamiento	Conducta (comprobaciones y conductas que pongo en marcha, tanto manifiestas como encubiertas, incluidos contrapensamientos)
	Descripción	Descripción. Grado de ansiedad (0-100)	Descripción Grado de malestar (0-100) Duración

Escala de inteligencia Wechsler para Adultos WAIS-III
 (Realizada en 2012)
 CI verbal: 103
 CI manipulativo: 84
 CI TOTAL: 94

Comprensión verbal: 112
 Organización perceptiva: 84
 Memoria de trabajo: 86
 Velocidad de procesamiento: 84
Test de colores Stroop:

	Puntuaciones Directas	Puntuaciones T
Palabras	74	34
Colores	51	30
Palabra x Color	28	34
Interferencia	-2.192	48

La puntuación obtenida en Interferencia mide la flexibilidad cognitiva, adaptación al estrés cognitivo y creatividad. Las puntuaciones inferiores a cero reflejan baja resistencia a la interferencia como ocurre en este caso.

Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin:

Evalúa la alternancia de los sets cognitivos. Consiste en una medida de la función ejecutiva, requiriendo estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización del “feedback” ambiental para cambiar esquemas. Considerada prueba de medida del funcionamiento frontal o prefrontal.

Completa las 6 categorías en 70 intentos (centil >16). El porcentaje de errores es bajo (percentil 92). En cuanto a las puntuaciones de los intentos para completar la primera categoría y fallos para mantener la actitud el rendimiento se sitúa por encima del centil 16 (la puntuación máxima en centiles que ofrece el test es centil >16).

A nivel global el rendimiento en esta prueba se encuentra dentro de la normalidad.

Test de copia de una figura compleja de Rey:

COPIA

Tiempo de ejecución: 3 minutos y 34 segundos. Entre los percentiles 25 y 50.

En la copia del modelo comienza por un detalle adyacente al armazón principal y luego continúa con éste, realizando el resto de detalles de la figura. La ejecución en la copia es correcta.

REPRODUCCIÓN

Comienza realizando la figura por el armazón principal, añadiendo posteriormente los detalles que complementan la figura.

La puntuación directa obtenida en la ejecución es de 20, que se corresponde con un percentil 40.

Síntesis de resultados:

A nivel global la puntuación CI TOTAL de 94 refleja una capacidad cognitiva general dentro de la normalidad. Aunque es necesario atender a los resultados de una manera más específica. El análisis de las diferencias entre CIV y CIM es de 19 puntos a favor del primero, lo que podría indicar un mejor desarrollo del hemisferio izquierdo. La diferencia en rendimientos con la prueba de inteligencia que se realizó en 2008 durante el ingreso en la unidad de hospitalización breve I-J puede deberse a que entonces se encontraba con unos niveles de ansiedad elevados en relación a la sintomatología aguda del TOC.

En ambas pruebas aparece un mejor funcionamiento en tareas que requieren inteligencia cristalizada (formación de conceptos, razonamiento verbal, y aquello relacionado con la cultura), lo cual, se relaciona con el rendimiento académico y a su vez moduladas por su buena motivación y esfuerzo en tareas escolares.

Analizando el rendimiento en las diferentes pruebas podríamos discernir entre puntos fuertes y débiles.

Presenta un mejor rendimiento en pruebas verbales, sobre todo las relacionadas con la escolaridad.

El rendimiento es más bajo en aquellas tareas relacionadas que implican atención y agilidad mental, orientación espacial, organización perceptiva e integración visomotora (CI manipulativo).

Si se analizan de manera específica las pruebas relacionadas con el factor de interferencia a la distracción, se obtiene un rendimiento medio-bajo.

1. Subprueba de dígitos de escala Wechsler- WAIS-III (Ed. TEA). Puntuación escalar de 9: desvío leve inferior. Aunque la puntuación se encuentra dentro de la media para su grupo normativo.
2. Subprueba de aritmética de escala Wechsler- WAIS-III (Ed. TEA): Puntuación escalar de 6: por debajo de lo esperado para el grupo normativo de la paciente.
3. Subprueba localización espacial de la Escala de memoria de Wechsler (WMS, (Ed. TEA):

Agenda visoespacial:

Puntuación total (directos+inversos): 17

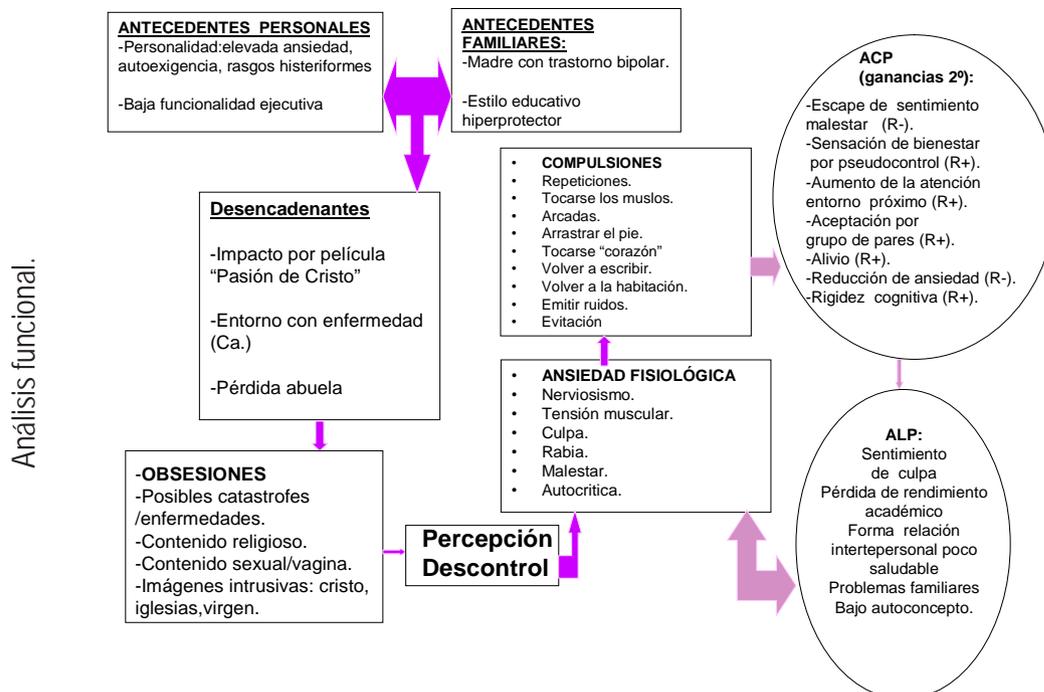
Puntuación escalar: 10. La puntuación se encuentra dentro de la normalidad.

En el test de figura compleja de Rey (Ed. TEA), comienza por un detalle anexo al gran rectángulo, después prosigue con su reproducción, utilizándolo de manera adecuada como armazón de su dibujo. Este tipo de actuación muestra un rendimiento más deficitario a lo esperado para su edad a nivel de organización perceptual y planificación.

A nivel neuropsicológico de funciones ejecutivas éstas engloban dentro de su ámbito varias subdivisiones (siguiendo el esquema de Tirapu et al, 2005). Su rendimiento es variable dentro de éstas.

Aparecen dificultades a nivel atencional en algunas de las subpruebas. Lo más significativo es la baja resistencia a la interferencia que presenta, lo que a nivel clínico se relaciona con la importante rigidez de pensamiento que presenta.

FUNCIÓN	PRUEBA	RENDIMIENTO	Bases Cerebrales
Bucle fonológico	Dígitos	Puntuación escalar de 9. Normal bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Corteza prefrontal dorsolateral • Corteza prefrontal
Agenda visuoespacial.	Localización espacial	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • ventrolateral • Corteza parietal • Cerebelo
Ejecutivo central			
Mantenimiento /manipulación	Letras y números	Puntuación escalar de 9. Normal bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Corteza prefrontal dorsolateral • Corteza prefrontal ventrolateral • Corteza parietal • Cerebelo
Ejecución dual	Copia figura de Rey	Normal.	<ul style="list-style-type: none"> • Corteza prefrontal dorsolateral • Cingulado anterior
Inhibición	Test Stroop (Ed. TEA)	Rendimiento deficitario, menor de lo esperado. Baja resistencia a la interferencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Corteza prefrontal orbital • Cingulado anterior • Giro frontal inferior
Alternancia de sets cognitivos.	Wisconsin	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Corteza prefrontal dorsolateral • Corteza prefrontal medial • Giro Supramarginal • Estriado



Diagnóstico según criterios DSM-IV-TR.
o EJE I: F42.8. Trastorno obsesivo-compulsivo.
o EJE II: V62.89. Capacidad intelectual normal-baja.
o Rasgos de personalidad histeriformes.
o EJE III: Sin diagnóstico.
o EJE IV: Problemas relativos al grupo primario
de apoyo (fallecimiento abuela, madre diagnosticada
trastorno bipolar).

o EJE V. EEAG.: 75 (actual)

Objetivos del tratamiento:

1. Disminución de la interferencia del TOC en el funcionamiento vital de la paciente.
2. Normalización de las áreas escolar, social y familiar.
3. Identificación de síntomas y mejora del conocimiento de los mismos.
4. Mejora de las relaciones interpersonales.

Tratamiento en el TOC.

En la línea de seguir las recomendaciones de las guías clínicas y siguiendo el análisis funcional del caso descrito anteriormente realizamos la siguiente intervención:

1.- Búsqueda de mejora de la conciencia de enfermedad y motivación para el compromiso terapéutico: Se analizaron los autorregistros realizados donde aparecía de manera objetiva el elevado coste de las conductas compulsivas a nivel emocional, interferencias sobre sus actividades cotidianas y en tiempo. Se hicieron registros de ventajas/ desventajas a corto, medio y largo plazo de las conductas obsesivas y compulsivas.

2.-Psicoeducación sobre el TOC: Se trabajó la función de la ansiedad normal y patológica, características principales del TOC (obsesiones y compulsiones), y la secuencia del síntoma. Se trató de realizar a través de metáforas, diagramas y lenguaje que favoreciera una mejor comprensión por parte de la menor. También se recomendó biblioterapia "Niños como yo" (1) a los padres para evitar la culpabilización, estigmatización y mejorar la comprensión sobre la enfermedad. También se sugirió a la paciente la lectura del libro "Qué puedo hacer cuando... me preocupo demasiado, Huebner, Ed. TEA) para que de manera gráfica y a través de una narrativa comprendiera mejor su proceso actual.

3.-Identificación de obsesiones y compulsiones a través de autorregistros.

4.-Jerarquización de situaciones ansiógenas y compul-

siones. Entrenamiento en prevención de respuesta (compulsión). Se hizo un listado de actividades incompatibles con el ritual para cada una de las compulsiones. Para las obsesiones se utilizaron técnicas en distracción cognitiva, autoinstrucciones positivas y entrenamiento en relajación diafragmática.

5.-Exposición con prevención de respuesta con el objetivo de disminuir la frecuencia y la duración de las obsesiones y compulsiones, eliminar obsesiones y compulsiones e incorporar a la persona a su medio con normalidad. Para ello concretamente se realizaron una serie de actividades:

- Registros (compañía, conducta a realizar, frecuencia/duración y estrategia de afrontamiento).
- Incorporación de actividades previamente evitadas o no realizadas.
- Exposición a los pensamientos obsesivos.
- Extinción de respuestas de reaseguración. Ej. volver sobre sus pisadas.
- Control estimular de las actividades externo (se realizó con sus padres).

Los últimos estudios refieren que nos es tanto la habituación de la ansiedad como tradicionalmente se había considerado sino la aceptación y mejora en la tolerancia del miedo/malestar junto con su reducción, los cuales, favorecerían una buena evolución del síntoma compulsivo (Craske, Kirskanski y Zelikowski, 2008), por lo que durante todo el proceso se trató de buscar una buena motivación para la realización de la exposición a través de un refuerzo diferencial de tasas bajas en caso de no conseguir la prevención del ritual completamente.

6.-Reatribución de los pensamientos intrusivos y realización de experimentos conductuales (especialmente para la fusión de pensamiento-acción Ej. Pienso en que mi vecina con cáncer se va a morir = soy mala y quiero matarla).

7.- Fomento de una comunicación asertiva para evitar la respuesta social inhibida que venía desarrollando hasta el momento de la terapia.

8.-Mejora del autoconcepto: reforzar la propia valía versus necesidad de aprobación y relación interpersonal basada en la dependencia.

9.- Aumento de la frecuencia de actividades agradables.

10.- Planificación y mejora del hábito de estudio. Técnicas de estudio adaptadas a sus necesidades cognitivas.

11.- Potenciación de capacidades ejecutivas a través de

ejercicios de neurorehabilitación.

De manera transversal se incluyó en todas las fases a la familia para que facilitasen y apoyasen el proceso de identificación de las obsesiones y compulsiones y especialmente la extinción de la atención así como la propia realización de las respuestas alternativas (vs. compulsiones) cuando la menor se lo solicitaba. Se trabajó sobre la elevada emoción expresada (especialmente en forma de reproches) a nivel familiar y las reacciones emocionales negativas ante las compulsiones. En la primera fase de intervención se identificó una elevada ganancia secundaria de la enfermedad (en forma de identificación iatrogénica “como soy TOC...”, que se derivaban en privilegios y concesiones) Se reforzó de manera positiva el esfuerzo y colaboración de la paciente en la intervención así como la atenuación de la identificaciones patógenas.

- El tratamiento psicofarmacológico pautado es el siguiente:

- Risperidona 1mg (0-0-1)
- Sertralina 100mg (1-1-0)

Evolución:

En el momento actual existe una normalización de las diferentes áreas vitales de la paciente que le permiten tener un funcionamiento adecuado para su grupo de edad (actualmente 18 años). El rendimiento escolar a lo largo de estos años ha sido medio-bajo, el cual, se ha visto compensado por un alto esfuerzo personal y se ha visto dificultado por sus déficits a nivel ejecutivo, específicamente en tareas de planificación, secuenciación y flexividad. En la actualidad cursa 2ºBachillerato, el planteamiento es realizarlo en dos cursos académicos para favorecer un buen desarrollo académico y mantener su motivación por el estudio. Existe una buena red de relaciones sociales y el manejo familiar del TOC es correcto.

Sigue persistiendo la dificultad para identificar situaciones ansiógenas, el efecto que éstas tienen sobre la enfermedad y como establecer un estilo de afrontamiento adecuado, aunque la interferencia sobre su vida cotidiana es baja.

Se siguen manteniendo consultas periódicas tanto con Psicología Clínica como con Psiquiatría, aunque más espaciadas en el tiempo.

CONCLUSIONES

El trastorno obsesivo compulsivo en niños y adoles-

centes debe ser considerado como una patología grave, tendente con frecuencia a la cronificación y de sintomatología cambiante a lo largo del curso evolutivo (2).

Como se ha comentado anteriormente, el compromiso del córtex prefrontal dorsolateral y orbitofrontal ha sido evidenciado notablemente en el TOC, la alteración de ambas regiones responderían a desórdenes en planificación, conductas disejectivas, dificultades cognitivas y afectivas (3). Concretamente, la región orbitofrontal se ha relacionado con la percepción de claves sociales apropiadas y aspectos morales de conducta, lo cual, respondería a sus alteraciones conductuales en las compulsiones (4).

En el caso que presentamos parece que ha sido un factor de buen pronóstico el considerar desde el inicio las limitaciones a nivel cognitivas, tanto desde el punto de vista de la intervención de la semiología más característica del TOC en lo que pudiese ser una mejor función prospectiva de su conducta (se ve interferida por dificultades en flexibilización, toma de decisiones, y pobre organización de la información), como su influencia en el desarrollo académico (dificultades atencionales, y funcionamiento deficitario a nivel de inhibición de estímulos irrelevantes, pensamiento concreto y razonamiento). La descripción de casos de TOC en personas con dificultades en sus neurodesarrollo, permitirá un mayor conocimiento de la etiopatogenia del TOC, así como una mejor respuesta por parte del especialista tanto en su evaluación como tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. www.asociaciontoc.org
2. Trastornos obsesivos de la infancia y la adolescencia. Estados obsesivos. Julio Vallejo Ruiloba y German E. Berrios eds. Editorial Masson 1995.
3. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, et al. (2008) Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32: 525-549.
4. Braun CM, Leveille C and Guimond A (2008) An orbitofrontostriatal pathway for morality: evidence from postlesion antisocial and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Neu-*