



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Tamayo Jácome, María Fernanda

Tutor: Ps. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Ambato- Ecuador

Noviembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“TRASTORNO GILLES DE LA TOURETTE” de María Fernanda Tamayo Jácome estudiante de la Carrera Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2016

EL TUTOR

.....
Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“TRASTORNO GILLES DE LA TOURETTE”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....
Tamayo Jácome, María Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto 2016

LA AUTORA

.....
Tamayo Jácome, María Fernanda

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema, **“TRASTORNO GILLES DE LA TOURETTE** de Tamayo Jácome María Fernanda estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL 1er VOCAL 2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi Hijo el cual ha sido mi fuerza durante este largo recorrido, el motor que me ha impulsado al cumplimiento de cada una de mis metas, el tesoro por el que cual luchar se vuelve una tarea de amor y ternura.

A mis esposo que ha sido mi acompañante infaltable gracias a su amor y apoyo.

A mis padres que me han impulsado con un sabio consejo, gracias a ellos que me enseñaron el valor de la perseverancia.

María Fernanda Tamayo J.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haber llenado mi vida de bendiciones, siendo esta carrera una de ellas ya que durante todo este tiempo transcurrido he amado cada uno de los peldaños de la Psicología Clínica.

A mi esposo e hijo por incentivarme, por su apoyo en los momentos más difíciles.

A mi madre por ser mi fuerza, por ayudarme siempre con su tiempo y ternura.

A mi padre por siempre confiar en mí y enseñarme que no hay imposibles cuando pones todo el esfuerzo y corazón en lo que haces.

Al Dr. Guillermo de Jesús Bastidas Tello por la apertura, guía y tiempo dedicados para la realización del presente trabajo, gracias por la confianza y cada conocimiento ya que gracias a ello afiance aún más mi amor por esta hermosa carrera

A la Lcda. Isabel Sarango por la confianza deposita en mí, gracias por toda la experiencia que me brinda en el día a día,

A mi querido tutor Ps. Cl. Juan Sandoval por todo el tiempo y conocimientos impartidos tanto en las aulas así como en el desarrollo del presente trabajo.

María Fernanda Tamayo J.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

“TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE”

Autor: Tamayo Jácome, María Fernanda
Tutor: Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco
Fecha: Agosto, 2016

RESUMEN

El presente análisis de caso clínico corresponde a un estudio descriptivo y retrospectivo cuyo objetivo general fue determinar un plan de tratamiento psicoterapéutico adecuado para un paciente con Trastorno de Gilles de la Tourette. Esta patología tiene como elemento de identificación diagnóstica principal, la presencia de tics, sin embargo en el presente caso se han identificado obsesiones de tipo místico que han ido afectando el desenvolvimiento social del paciente, así también síntomas característicos de depresión que incluyeron ideación suicida y un intento autolítico, por el cual se tuvo que recurrir al internamiento del paciente para evitar autolesiones.

El caso relata a un paciente de 22 años de edad, que acude a consulta psiquiátrica privada por presencia de tics motores simples, complejos y obsesiones, el cuadro clínico empeora a la edad de 21 años del paciente por lo que es internado por un intento autolítico es valorado nuevamente y se descubre que sus síntomas depresivos son debido a la sintomatología típica del trastorno de Gilles de la Tourette.

Durante el internamiento la evaluación farmacológica y evaluación psicológica, cursa sin complicaciones, se puede evidenciar una mejoría notable sin embargo la mayoría de síntomas relacionados con tics y obsesiones se mantienen en un nivel bajo, concluyendo que el diagnóstico inicial fue correcto sin embargo se restó importancia a la mayoría de síntomas manifestado por el paciente.

PALABRAS_CLAVES: TRASTORNO_GILLES_TOURETTE, TICS, OBSESIONES, COMPULSIÓN, AISLAMIENTO, DEPRESIÓN

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

" GILLES DE LA TOURETTE DISORDER"

Author : Tamayo Jacome , Maria Fernanda
Tutor : Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco
Date: Agosto, 2016

ABSTRACT

This analysis of clinical case is a descriptive and retrospective study whose general objective was to determine an appropriate psychotherapeutic treatment plan for a patient with disorder Gilles de la Tourette. This condition has as an element of main diagnostic identification, the presence of tics, however in this case have been identified obsessions mystical type that have been affecting the social development of the patient, so characteristic symptoms of depression that included suicidal ideation and attempted suicide, by which it had to resort to internment the patient to avoid self-harm.

The case relates to a 22-year-old who goes to private psychiatric consultation by the presence of simple motor tics, complex and obsessions, the clinical picture worsens at the age of 21 years of the patient so he is hospitalized for attempted suicide it is valued again and discover that your depressive symptoms are due to the typical symptoms of the disorder, Gilles de la Tourette.

During the internment pharmacological evaluation and psychological evaluation, courses uncomplicated, can show a marked improvement but most symptoms associated with tics and obsessions are kept at a low level, concluding that the initial diagnosis was correct however importance subtracted most symptoms manifested by the patient.

KEYWORDS: SYNDROME_TOURETTE'S, TICS, OBSESSIONS, COMPULSION, ISOLATION, DEPRESSION.

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| APROBACIÓN DEL TUTOR..... | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO | iii |
| DERECHOS DE AUTOR | iv |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR..... | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO | vii |
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT..... | ix |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| IV. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| V. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS | 3 |
| Salud Mental..... | 3 |
| Patologías Mentales..... | 3 |
| TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE..... | 7 |
| DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TICS | 9 |
| TIPOS DE TICS..... | 10 |
| TICS MOTORES | 10 |
| TICS FÓNICOS | 11 |
| Epidemiología | 11 |
| VI. OBJETIVOS | 14 |
| Objetivo General: | 14 |
| Objetivos Específicos: | 14 |
| VII. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:..... | 15 |
| Psicólogo Clínico Privado | 15 |

| | |
|--|----|
| Área de Psiquiatría | 15 |
| Reporte del historial clínico del psiquiatra tratante actualmente..... | 16 |
| Internamiento..... | 28 |
| Tratamiento farmacológico recibido durante el internamiento | 29 |
| Tratamiento Psicológico durante el internamiento..... | 29 |
| Identificación y recopilación de la información no disponible | 32 |
| Entrevista con la Madre | 32 |
| VIII. DESARROLLO | 36 |
| Presentación del caso..... | 36 |
| Descripción cronológica y detallada del caso | 39 |
| Prenatal..... | 39 |
| Natal | 39 |
| Primera infancia | 39 |
| Segunda y tercera infancia | 40 |
| Adolescencia | 40 |
| Psicólogo clínico privado..... | 41 |
| Primer Psiquiatra..... | 42 |
| Factores de riesgo..... | 44 |
| Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud | 45 |
| Identificación de los puntos críticos | 46 |
| PROPUESTA DE TRATAMIENTO..... | 49 |
| XI. CONCLUSIONES | 61 |
| Referencias Bibliográficas | 62 |
| Bibliografía..... | 62 |
| Linkografía | 64 |
| Citas Bibliográficas: Bases de Datos UTA | 65 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Trastornos asociados al Trastorno Gilles de la Tourette..... | 8 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 22/05/2010 | 17 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 25/06/2010 | 18 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/01/2011 | 18 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 06/03/2011 | 19 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/04/2012 | 19 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 01/05/2013 | 20 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 17/02/2014 | 21 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 20/07/2014 | 22 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 29/01/2015 | 23 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 28/02/2015 | 24 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 24/06/2015 | 25 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 14/10/2015 | 26 |
| Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 15/11/2015 | 27 |
| HOJA DE EVOLUCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA..... | 31 |
| Caracterización de las oportunidades de mejora..... | 47 |

IV. INTRODUCCIÓN

El trastorno de Gilles de la Tourette en la actualidad es definido por la presencia de tics motores y tics fónicos de manera crónica, los tics son movimientos o vocalizaciones que se dan de manera involuntaria, su aparición es brusca y su duración es generalmente corta, no tienen intencionalidad y carecen de ritmo. Los tics pertenecen a los trastornos neurológicos más comunes de apareamiento en la infancia, se calcula que una cuarta parte de los niños padecen de tics en algún momento, la mayoría son transitorios mientras que en el caso del Trastorno de Gilles de la Tourette duran toda la vida. (Toates, 2002)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE X (1992) y el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM IV año la presencia de los síntomas característicos del trastorno causan un deterioro clínicamente significativo en una o varias áreas en las que se desenvuelve el sujeto, las personas que presentan el Trastorno de Gilles de la Tourette tienen alteraciones conductuales como impulsividad, hiperactividad motora, síntomas obsesivos, y en su mayoría problemas en su desarrollo tanto emocional como social.

Muchas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno Gilles de la Tourette han tenido que pasar por varios tratamientos previos erróneos, lo cual motivo a considerar este caso, comúnmente se lo confunde con: trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno obsesivo compulsivo (TOC). (Toates, 2002)

El caso que se expone a continuación se trata del paciente N. N., un joven de 20 años, el mismo que ha sido diagnosticado con el Trastorno de Gilles de la Tourette al presentar varios tics motores como muecas, vueltas en el mismo lugar y tics vocales como (palabras obscenas), sonidos como silbidos, gritos, aullidos a partir de los doce años de edad.

Su primera visita al psicólogo es en el año 2001 a la edad de quince años debido la presencia de tics motores o vocales se remitió al paciente al área de psiquiatría en la cual fue diagnosticado con el trastorno de Gilles de la Tourette, los tratamientos

aplicados al paciente fueron varios durante cinco años presentando un cambio de especialista constante y una exacerbación de los síntomas iniciales así como la presencia de nuevos síntomas como obsesiones con aspectos de su físico y un aislamiento completo de personas de su misma edad.

El 14 de noviembre del 2015 a los 20 años el paciente presenta una conducta agresiva hacia sus padres y hacia sí mismo por lo que los padres solicitan el internamiento en el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús el mismo que es dirigido por el psiquiatra tratante hasta la actualidad.

El paciente se muestra cooperador con el tratamiento farmacológico implementado en el CRSCJ y con las evaluaciones psicológicas que se le realizan iniciando así un plan de tratamiento cognitivo conductual creado para disminuir sus tics y obsesiones que le provocan un malestar constante.

El paciente recibe el alta el 20 de diciembre del 2015 y comienza a asistir a terapia psicológica una vez por semana hasta el mes de junio del 2016 meses en los que se trabajó con el plan de tratamiento creado durante el internamiento, en la actualidad asiste a consulta psicológica cada dos meses.

V. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Salud Mental

Cuando se habla de salud mental se habla de estabilidad en todos los niveles de la vida del ser humano es decir a nivel, físico, psicológico y emocional y es que el reto vital más grande de la especie humana es vivir en armonía tanto interna como externamente mediante la toma de decisiones adecuadas, enfrentando los problemas diarios y encontrando soluciones a los mismos, por esta razón el deber del individuo es encontrar un balance dentro de todas las crisis que se presenten de esta manera garantizara su salud mental y es que toda crisis que prolongue su estadía dentro de la vida del individuo es signo de enfermedad.(Chowdhury, 2004)

Se menciona que al presentarse desequilibrios a nivel de neurotransmisores o la influencia ambiental y de factores físicos y psicológicos pueden generar algún tipo de enfermedad mental, de igual manera el estrés puede ser un factor paralizante para un desempeño optimo durante las actividades de la vida diaria y es que la enfermedad mental puede tomar varias formas, en algunas personas puede presentarse en forma de tristeza o depresión, en otras puede generar problemas conductuales tanto en niños como en adultos, puede generar una disminución o aumento del apetito, puede esconderse tras conductas agresivas o sumisas y en un sentido más crónico conlleva a que el sujeto pierda contacto con la realidad, por esta razón es importante no solamente velar por la salud física sino por la salud mental ya que se ha comprobado que existen varias enfermedades físicas que tienen un origen mental por este motivo la meta del ser humano es mantener es alcanzar un balance mental y cuando este se ha desviado del camino tiene por obligación buscar ayuda profesional para poder mejorar su calidad de vida. (Dursun & Reveley, 1994).

Patologías Mentales

Los trastornos mentales son enfermedades que disminuyen la calidad de vida y la capacidad para desenvolverse autónomamente de las personas que las padecen, gracias a los avances de la investigación epistemológica en psiquiatría se ha puesto en consideración la amplitud e importancia de las patologías mentales así como su etiopatogenia llegando a la conclusión de que la etiopatogenia de las patologías mentales se divide en tres grandes grupos:

Aspectos biológicos, dentro de este grupo se clasifica a los de factores genéticos los cuales se estudiaron con gemelos monocigotos y dicigotos descubriéndose que existe una predisposición genética para la esquizofrenia, el papel de los neurotransmisores en el desarrollo de patologías mentales como esquizofrenia, depresión, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo ha sido ampliamente estudiado por lo que existen teorías como la dopaminérgica y la serotoninérgica que explican el mecanismo neurobioquímico en el desarrollo de las patologías mentales sin embargo el éxito ha sido parcial ya que no se ha comprobado en que porcentaje influyen los neurotransmisores en la presencia de patologías mentales. (Trujillo, 2008)

Según menciona Trujillo (2008), los aspectos psicológicos llegan a modificar la influencia de los factores biológicos y sociales, ciertos constructos psicológicos como mecanismos de defensa, patrones de afrontamiento junto a patrones de afrontamiento y factores de personalidad son fundamentales en la aparición de patologías mentales.

Los aspectos sociales son considerados importantes en la aparición y evolución de patologías mentales se incluyen a los aspectos sociodemográficos como estado civil, clase social, orden en la familia, edad de los padres, desempleo los mismos que crean una interrelación con rasgos de personalidad familiar (Schuerholz & Baumgardner, 1996)

TIPOS DE PATOLOGÍAS

Según el CIE-10 (1992), las patologías mentales se clasifican de la siguiente manera:

Trastornos mentales orgánicos. Demencia

F00 - Demencia en la enfermedad de Alzheimer

F01 Demencia vascular

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F04 Síndrome amnésico orgánico

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales.

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos).

F31 Trastorno bipolar.

F32 Episodios depresivos.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión).

F45 Trastornos somatomorfos.

F48 Otros trastornos neuróticos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño.

F52 Disfunciones sexuales de origen no orgánico.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F60-F62 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F65 Trastornos de la inclinación sexual.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-79 Retraso mental.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F91 Trastornos disociales.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F95 Trastornos de tics.

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una de las formas de los tics. Un tic es un movimiento involuntario, rápido, reiterado, arrítmico.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE

Se menciona que el Trastorno de Tourette se reconoce a partir de la presencia de tics crónicos de tipo motor y fónicos estos últimos son los que mantienen una duración prolongada y pueden extenderse hasta un año, cabe mencionar que existe una edad específica en donde aparecen los primeros síntomas y esta fluctúa desde los 2 hasta los 21 años de edad, pero es importante recalcar que generalmente los tics de tipo fónico tienen una aparición más tardía. (Artigas, 2011)

La población más afectada por este Síndrome es la población infantil presentándose con mayor incidencia en niños varones. De acuerdo a varios estudios realizados a lo largo de los años se ha podido comprobar que este padecimiento se asocia íntimamente con varios trastornos de índole psicológico como son los trastornos conductuales, obsesivos –compulsivos, trastornos del sueño, TDAH, entre otros. (Freeman, 2000).

A Los tics que hacen su aparición al inicio de este síndrome se los puede catalogar como “involuntarios” y mientras el sujeto intenta controlarlos el periodo de control será corto puesto que los episodios bruscos podrán aparecer horas o minutos después y es que la aparición de estos tics es inevitable ya que hacen parte de la vida diaria del sujeto, son actos automáticos casi como el acto de respirar y se menciona que los mismos aumentan en situaciones tensas, de angustia, miedo o ansiedad, por esta razón se conoce que el 80% de los individuos que padecen esta condición refieren

sensaciones premonitorias en relación a la aparición del siguiente tic. (Soutullo Esperón & Molina, 2005)

Dentro de las características primordiales presentes en los tics complejos tenemos: (Leckman, 2000)

- Ecolalia: repetir textualmente lo que dicen los demás o lo que se ha escuchado.
- Ecopraxia: hacer una copia exacta de los comportamientos.
- Palilalia: repetir las últimas palabras de las oraciones.
- Coprolalia: hacer uso de palabras inadecuadas o malas palabras. Esta característica no es poco común por lo que solo el 10 o 15% de las personas la padece.(Leckman, 2000)

Se manifiesta que en dos tercios de la población los síntomas son pasajeros y de este modo desaparecen durante la adolescencia pero en caso específicos pueden permanecer en un nivel leve durante varios años, pero se conoce que la mayoría de la población que padece este trastorno tiene que aprender a vivir con el puesto que aún no se ha podido encontrar una cura por lo que los síntomas tienen fluctuaciones y los pacientes vivirán días buenos o malos todo dependerá del estrés al que se encuentren expuestos. (Soutullo Esperón & Molina, 2005)

Se menciona que el 88% de los casos diagnosticados con el Síndrome de Tourette se encuentran íntimamente relacionados con otros trastornos por lo que se reconoce que una forma Pura de este Síndrome no es común. Entre los trastornos que se asocian a este Síndrome tenemos: (Freeman, 2000)

Trastornos asociados al Trastorno Gilles de la Tourette

Tabla N°: 1 Trastornos asociados al Trastorno Gilles de la Tourette

Nota: Trastornos asociados al Trastorno Gilles de la Tourette, fuente: An international perspective on Tourette syndrome, elaborado por: Freeman (2000)

| |
|--|
| Trastorno obsesivo-compulsivo / conducta obsesivo-compulsiva |
| Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo |
| Trastorno de déficit de atención/hiperactividad |
| Trastorno de ansiedad |
| Trastornos del estado de ánimo |
| Trastorno de conducta/trastorno de oposición desafiante |
| Trastornos del aprendizaje |

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TICS

Los tics son actos motores o verbales repetitivos e involuntarios que se presentan de manera leve o acelerada que se pueden reprimir durante horas o minutos pero posteriormente se presentaran de manera violenta o brusca (Artigas & Pallares, 2011)

Es importante conocer que existen otros trastornos que comparten características similares al presentarse alguno de sus síntomas entre estos tenemos;

Debemos diferenciarlos de otros trastornos del movimiento como por ejemplo: (Soutullo, Esperón & Molina, 2005)

1. Akatisia: se centra en una intensa necesidad de moverse.
2. Atetosis: son movimientos estereotipados y lentos que se presentan en manos y dedos en cambio en el balismo se presentan movimientos rápidos y burcosos
3. Corea: son movimientos automáticos que se presentan en alguno de los miembros o la cara.
4. Disquinesia: son movimientos distonicos estereotipados
5. Distonía: encamina al sujeto a que adopte una postura irregular por una contractura muscular)
6. Mioclonías: son espasmos transitorios en los miembros.
7. Movimientos al momento de dormir
8. Estereotipias: Son movimientos automáticos, repetitivos, carentes de significado.

Cabe menciona que la diferencia primordial entre estos trastornos y el Síndrome de Tourette es que en este Síndrome los pacientes pueden realizar normalmente actividades de la vida cotidiana como agarrar un vaso, tomar agua, comer, etc., se pueden presentar también durante la etapa del sueño como pequeñas contracciones abdominales, por este motivo es importante describir las características de los tics y entre las principales encontramos: (Freeman, 2000)

- Sensación de premonición, es decir adelantarse al hecho mediante sensaciones como las que se presentan antes de estornudar.

- Sensación de alivio después de la presencia de los tics.
- Supresión: el individuo tiene la capacidad de controlar la aparición de los tics por un tiempo determinado pero ante situaciones estresantes estos se presentaran con más intensidad y fuerza.
- Variabilidad del cuadro: pueden presentarse momentos de calma y episodio brusco todo dependerá del ambiente en el que se encuentre el sujeto.

Se puede clasificar a los tics de la siguiente manera: (Jankovic & Fhan, 1986)

- Simples: Corresponden a movimientos estereotipados y repetitivos como parpadear o movimientos de manos, varazos o cabeza que tienen una lapso de duración de 1 segundo.
- Complejos: son movimientos de ejecución violenta, intensa y fuerte, tienen mayor duración y afectan a un grupo de músculos, por lo que el sujeto ante el movimiento brusco podrá incluso autolesionarse.

TIPOS DE TICS

TICS MOTORES

Jankovic & Fhan (1986), mencionan que los tics motores se pueden presentar de diferentes formas mediante muecas (clónicos), pueden presentarse en forma de desviaciones oculares (lentos) por lo que las posturas de los sujetos serán estereotipadas y compelida, cabe mencionar que los grupos musculares de la cara y cuello son los más afectados durante estos episodios.

1. **Tics motores simples:** constituyen, las muecas parpadeos, movimientos oculares forzados, movimientos de los miembros, contracciones nasales, guiños entre otros.
2. **Tics motores complejos:** saltos, gritos, tocar objetos o personas, dar pasos y volveros a caminar, movimientos obscenos y reproducción de conductas o movimientos observados (Jankovic & Fhan, 1986).

TICS FÓNICOS

Según Coffrey (2000), los tics fónicos se clasifican de la siguiente manera.

- **Tics fónicos simples:** gruñidos, ladridos, gritos, chasquidos, etc.
- **Tics fónicos complejos:** ecolalia, palilalia, palabras de índole obsceno, entre otros.

Se cree que la emisión de obscenidades o Coprolalia es una característica primordial para reconocer el Síndrome de Tourette pero se puede considerar esta premisa como una falacia debido a que solo el 10% de los pacientes refieren este síntoma y en niños las estadísticas son bajas. En la antesala para que se produzca un tic el sujeto puede presentar sensaciones como las que se dan antes de estornudar, picazón o comezón y es que existen varias personas que los describen como “explosiones” o “cosquilleos”, estas manifestaciones se tornan crónicas cuando el individuo se encuentra expuesto a situaciones tensionantes y disminuyen su intensidad mediante actividades que requieran una elevada concentración. Los pacientes con el tiempo desarrollan la capacidad para controlar los tics para desenvolverse de mejor manera en situaciones sociales pero el tiempo de control es limitado por lo que al término de la situación estresante los tics se presentaran bruscamente y cabe mencionar que la gravedad de los tics alcanza un auge elevado durante la adolescencia pero van mejorando y el sujeto los va controlando en el transcurso del camino hacia la edad adulta (Coffrey, 2000)

Epidemiología

Según Robertson (2008), Georges Gilles de la Tourette evaluó durante varios años pacientes con tics motores y verbales, adultos que emitían palabras obscenas y repetían las palabras que escuchaban, durante 1885 describió la asociación de ansiedades, fobias y trastornos obsesivos compulsivos con el Síndrome de sus pacientes, hasta entonces había encontrado esta sintomatología solo en la población adulta pero estudios recientes demuestran que sus inicios datan desde la infancia con un predominio elevado en niños varones, se pudo evaluar el poco o nulo conocimiento que existe acerca de este padecimiento, se pudo establecer también que de 4 a 5 por cada 10.000 personas refieren esta condición y varias Asociaciones sugieren que posiblemente todavía no existan ni siquiera 1000 personas con un diagnostico establecido, por este motivo las burlas y el rechazo hacia estas personas se encuentra

en su auge y afecta profundamente al espectro psicológico de los individuos quienes desarrollan sentimientos de minusvalía, inseguridad, baja autoestima, etc.

En un estudio realizado por Commings (1990), se encontró una prevalencia de 3,6 por 10.000 pacientes con este Trastorno.

El Instituto Nacional de Salud Americano (2014) refiere que actualmente 100.000 americanos padecen el Trastorno de Tourette es decir que de una población de 200 personas, una padece este Síndrome y es que mediante un estudio realizado en Estados Unidos (2014) se pudo constatar que el 1% de la población total lo padece pero desconocen su condición.

A nivel latinoamericano se menciona que dentro de la población latinoamericana el 99% de los casos diagnosticados pertenecen al género masculino mientras que un 7% se presenta en el género femenino. Los estudios realizados a lo largo de los años han llevado a creer que existe un gen responsable de este Síndrome y se menciona que es el 4q8p, por lo que se puede manifestar que este padecimiento podría ser heredado genéticamente ya que la presencia de una copia exacta del gen defectuoso desencadenaría este Síndrome cuya prevalencia se instaura en un 2% de la población. (Miranda, Menéndez & Perla, 1999).

Miranda, Menéndez & Perla (1999), refieren que en su estudio pudieron encontrar en sus pacientes características similares a las que se presentan a nivel mundial con la presencia de tics motores y fónicos tanto simples como complejos, pero existe una marcada diferencia en relación a la coprolalia ya que solo el 8.5% de los casos la presentan.

Toro & Honguin (1979), en la revista Colombiana de Psiquiatría se menciona que en el estudio realizado en una población infantil conformada por dos niños y cuatro niñas de entre 9 y 14 años se encontró que en los siete años de estudio cinco de los niños presentaron coprolalia, tres tics fónicos agudos y tres alteraciones sexuales. Se pudo establecer que los niños varones fueron los más afectados con una incidencia del 96.7%, además el 45% de la muestra presento coprolalia pero cabe mencionar que se estima que factores como el estrés fetal o tics presentes en alguno de los familiares tuvieron gran influencia para desencadenar este Síndrome.

La Universidad de México - UNAM (2008), refiere que no existen cifras exactas sobre la población que padece el Síndrome de Tourette pero se estima que por cada 10.000 son 5 a 30 niños los que son víctimas de este Síndrome.

Molina (2005), a nivel local, específicamente en Ecuador, se menciona que cuando se presenta este Síndrome dentro de una familia existe el riesgo de que otros miembros la padezcan. Dentro de la población ecuatoriana la incidencia en el género Masculino genera un porcentaje del 18%, el 31% los mismos que refiere tics motores y fónicos y un 7% de la población que refiere TOC.

Ministerio de Salud Pública - MSP (2013), menciona que la población que refiere problemas emocionales, comportamentales o trastornos del aprendizaje tienen una prevalencia elevada para el padecimiento del Síndrome de Tourette y es que en Ecuador los tics aislados se presentan con gran frecuencia y según el MSP (2013) y su estudio realizado dentro de varias comunidades se estima que entre el 1 y 13% de los niños y entre el 1 y 11% de las niñas que fluctúan en edades de entre 7 y 11 años refieren la presencia de tics motores, verbales, alteraciones comportamentales y espasmos, y es que este Síndrome no mira etnia, raza, color, o nivel socioeconómico.

Arroyo & Guevara (2012), en la ciudad de Quito por la Universidad Católica del Ecuador se pudo constatar que la población masculina es la más afectada ya que la mayoría de hombres evaluados presentan tics crónicos y mediante una relación se puede establecer que 3 a 1 hombres la padecen sobre mujeres con un diagnóstico establecido. De acuerdo a la edad se estima que la población más afectada son los menores de 15 años, y se puede mencionar que el rendimiento académico no se ve influenciado o afectado por la presencia de este Trastorno.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar el trastorno Gilles de la Tourette para establecer un adecuado tratamiento psicoterapéutico.

Objetivos Específicos:

- Identificar sintomatología característica del trastorno de Gilles de la Tourette.
- Definir la evolución de la sintomatología
- Relacionar rasgos de personalidad con el trastorno
- Proponer un plan alternativo de tratamiento con enfoque individual y familiar.

VII. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

Psicólogo Clínico Privado

El mes de Octubre del 2001 en la ciudad de Riobamba a la edad de quince años el paciente acude donde un psicólogo clínico privado el mismo que emite el siguiente informe neuropsicológico.

El primer informe neuropsicológico se obtienen los siguientes datos:

Como motivo de consulta el paciente manifiesta sentir que su nivel académico ha disminuido considerablemente desde su ingreso al colegio a los doce años, se nota más lento física y mentalmente, tiene poca agilidad mental, manifiesta olvidarse de las cosas, se siente despistado, se tiene que pedir concentración en la conversación ya que su atención está muy disminuida.

Sintomatología hiperhidrosis, opresión en el pecho, temblor en miembros superiores e inferiores, cefalea diariamente, fatigabilidad física y mental.

Presenta agresividad, rompe cosas por frustración, es insistente, necio, rígido, excesivamente ritualizado, moralista, apegado a las normas y reglas sociales al extremo, es muy estricto con los demás y consigo mismo presenta rectitud marcada.

El psicólogo que inicio el tratamiento por los tics del paciente remite al área de psiquiatra.

Área de Psiquiatría

Solicita una resonancia magnética nuclear el 12 de diciembre del 2013 obteniendo los siguientes resultados:

Se realiza estudio de resonancia magnética nuclear de cráneo con exploraciones axilares en T1 y T2, sagital en T² y coronales en FLAIR.

No se detectan alteraciones morfológicas o de señal en el parénquima cerebeloso.

Los espacios subaracnoideos son normales.

Los ventrículos presentan morfología y tamaño correcto.

No se observan lesiones expansivas ni signos de hemorragia intra o extraparenquimatosa.

No se observan signos de trombosis venosa central. Los senos paranasales demuestran la presencia de un quiste de retención a nivel del piso del antro maxilar izquierdo.

Se obtiene el diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette y Trastorno Depresivo Recurrente recomendándole un tratamiento psiquiátrico y psicológico continuo para lograr una mejor adaptación y disminuir el comportamiento agresivo.

Reporte del historial clínico del psiquiatra tratante actualmente

Se obtiene nuevamente el diagnóstico del Trastorno de Gilles de la Tourette con el que se inicia un tratamiento farmacológico que ha logrado disminuir los tics.

El paciente tiene la oportunidad de interactuar más con sus similares llegando a tener su primera relación afectiva a los 15 años la misma que es frustrante para el paciente razón por la cual se inicia con síntomas de depresión marcados, la irritabilidad se exagera y el aislamiento del paciente inicia llegando a dejar sus estudios.

Algunos de los reportes del profesional en psiquiatría son los siguientes:

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 22/05/2010

Tabla N°: 2: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 22/05/2010

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de mayo, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 15a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 22/05/2010 a las 18:36 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Hace 2 años comienza a ponerse más agresivo, hace berrinches, descuido en sus actividades escolares. Se irrita cuando se le cambia de posición de cosas. Escupe con mucha frecuencia, movimientos estereotipados, manierismos. Se auto agrede. | Síndrome de Asperger/Autismo | EEG y mapeo cerebral. |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 25/06/2010

Tabla N°: 3: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 25/06/2010

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de mayo, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|--|---|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 15a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 25/06/2010 a las 18:47 hr |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente continúa con Tics y movimientos involuntarios. | Síndrome de Asperger/Autismo/Depresión enmascarada | Olzapin 5 mg 1 1/2 Rivotril 0,5 1 1 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/01/2011

Tabla N°: 4: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/01/2011

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|--|--|---|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 15a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETE | | <u>Fecha de consulta:</u> 02/01/2011 a las 9:00 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente se encuentra estable (bien); ha disminuido el escupir y gritar; cuando tiene iras o se choca con algo grita. Con la madre se encuentra mejor. Con el padre, la relación se fundamente en intereses. | Síndrome de Asperger/Autismo/Depresión enmascarada/Gilles de la Tourette | Olzapin 5 mg 1/2 Rivotril 0,5 1 1/2 Conexine 50 1 1 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 06/03/2011

Tabla N°: 5: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 06/03/2011

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|--|--|
| Nombre: NN | | <u>Fecha de consulta:</u> |
| Sexo: Masculino Edad: 15a | | 06/03/2011 a las 10:52 hr. |
| Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero | | |
| ID: GILLES DE LA TOURETTE | | |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Cuando tiene problemas presenta gestos y grita. En los estudios está bien. | Síndrome de Asperger/Autismo/Depresión enmascarada/Gilles de la Tourette | Olzapin 5 mg 1/2 1/2 Rivotril 0,5 1 1/2 Conexine 50 1 1 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/04/2012

Tabla N°: 6: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 02/04/2012

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|--|--|
| Nombre: NN | | <u>Fecha de consulta:</u> |
| Sexo: Masculino Edad: 16a | | |
| Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero | | 02/04/2012 a las 12:47 hr. |
| ID: GILLES DE LA TOURETE | | |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente ha recaído según la madre. En la calle comienza nuevamente a retroceder, a meterse el dedo a repetir las cosas. Escupe en la calle | Síndrome de Asperger/Autismo/Depresión enmascarada/Gilles de la Tourette | Conexine 100 1 Rivotril 2 mg 1/2 1/2 1/2 y además PRN Olanzapina 5 mg 1 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 01/05/2013

Tabla N°: 7: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 01/05/2013

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 17a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 01/05/2013 a las 10:46 hr |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente al momento se encuentra estable. Tuvo dos crisis por haber sacado bajo puntaje en las pruebas de la Universidad, gritó, agitación psicomotriz, se puso histérico. Los estragos de las pastillas son feos, estuve cansado y me agarró un mareo intenso. Sequedad de la boca por las mañanas. | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Neurill 2 mg 1 1/4 1 Zyprexa 5 mg 1 1 Zoloft 100 mg 1 1/2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 17/02/2014

Tabla N°: 8: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 17/02/2014

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 17a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 17/02/2014 a las 13:20 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Durante el mes unos dos días presentó agresividad. Lo que más le preocupa es que no va a aprobar el ingreso a la Universidad. Hay días que se levanta mal genio. Si come bien. Actos compulsivos nuevamente | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Clonagin 2 mg 1 1 Olanzapina 10 mg 1/2 1 Zoloft 100 mg 1 Neurontin 300 mg 1 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 20/07/2014

Tabla N°: 9: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 20/07/2014

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 18a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 20/07/2014 a las 11:05 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente encuentra en todo problema, que las compañeras le molestan, no le toman en cuenta. Que el especialista no le entiende. Sigue agresivo. Se ha dormido en clases | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Clonagin 2 mg 1(3/4)(1/2) 1 Olanzapina 10 mg 1/2 1 Zoloft 100 mg 1/2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 29/01/2015

Tabla No: 10: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 29/01/2015

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|--|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 19a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 29/01/2015 a las 12:22 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente refiere que está obsesivo. Luego de enojarse de los compañeros se pone agresivo. Le grita e intentó romper el vidrio. No se ha ido a la Universidad porque nadie le toma en cuenta. | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Rivotril 2 mg 1/4 1/4 Olanzapina 10 mg 2 Zoloft 100 mg 2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 28/02/2015

Tabla N°: 11: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 28/02/2015

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de enero, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 19a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 28/02/2015 a las 11:58 hr |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente según su madre dice que quiere matarse Dice que está muy agresivo. Dice que todos le caen mal. | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Rivotril 2 mg 1/4 1/4 Olanzapina 10 mg 2 Zoloft 100 mg 2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 24/06/2015

Tabla N°: 12: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 24/06/2015

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de junio, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|--|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 20a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 24/06/2015 a las 10:34 hr |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente ha tenido intento autolítico y es trasladado al Hospital Regional Riobamba y recibió tratamiento de la especialidad. Se toma la medicación por que parecía que se “estaba volviendo loco” | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Rivotril 2 mg 1/4 1/4 Olanzapina 10 mg 2 Zoloft 100 mg 1 1/2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 14/10/2015

Tabla N°: 13: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 14/10/2015

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de octubre, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|--|---|---|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 20a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETTE | | <u>Fecha de consulta:</u> 14/10/2015 a las 19:02 hr |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| No puedo controlar los impulsos, tengo dolor de cabeza. Siento que la vida es injusta. Siento mucha ansiedad, mucha angustia. Reemplazar la olanzapina por leponex. | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Rivotril 2 mg 1/4 1/4 Olanzapina 10 mg 1 1/2 Zoloft 100 mg 1/2 Latrin 100 mg 1/2 1/2 |

Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 15/11/2015

Tabla N°: 14: Reporte del caso de Gilles de la Tourette del 15/11/2015

Nota: Evaluación en el área de psiquiatría correspondiente al mes de Noviembre, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Bastidas (2016)

| | | |
|---|---|---|
| Nombre: NN Sexo: Masculino Edad: 20a Fecha de nacimiento: 14/08/1995 Estado civil: Soltero ID: GILLES DE LA TOURETE | | <u>Fecha de consulta:</u> 15/11/2015 a las 12:48 hr. |
| Nota de consulta: | Diagnóstico: | Tratamiento: |
| Paciente ha controlado mejor las iras. Se queja de dolor de cabeza. No puede hacer nada. Igual pide rivotril. Recibió el 4 de Noviembre DEP. En cuestión física cansado y con sueño, me levanto a las 10-11 am masturbación ha disminuido | Gilles de la Tourette/Trastornos del control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes./F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados | Clonazepam 2 mg 1/4 Ceglution 300 mg 1 Leponex 100 mg 1 Dep IM cada mes |

Internamiento

En el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato se inicia un tratamiento de internamiento debido a que el paciente se autoagrede y amenaza con hacer daño a su familia, los padres del menor solicitan el ingreso del paciente al Centro de Reposo “Sagrado Corazón de Jesús” para que se le mantenga en observación permanente y que reciba psicoterapia de una manera continua al igual el psiquiatra tratante realizara modificaciones necesarias en la medicación.

En la hoja de ingreso que se realizó en noviembre del 2015 se halló que los familiares se comunicaron con el médico psiquiatra que lo atendía ambulatoriamente para su internamiento en el CRSCJ debido a amenazas de suicidio, aproximadamente a las diez de la noche fue trasladado por personal del CRSCJ desde la ciudad de Riobamba, por motivos de agitación psicomotriz, ideas suicidas, bajo control de ira y automedicación (rivotril).

El paciente ingresa consiente y colaborador, no ejerce resistencia para su internamiento, se realiza la exploración en cuanto a sus funciones mentales, se muestra orientado temporo-espacialmente.

En el motivo de consulta el paciente refirió que desde los doce años padece de ideas que lo obsesionan como que si un hombre no tiene barba no será respetado ni valorado es así que ha llegado a pagar por hormonas para que crezca su vello facial sin embargo al no ver resultados ha llegado a la frustración lo que provoca un bajo control de impulsos del paciente, el mismo que termina rompiendo cosas, gritando, con fuertes dolores de cabeza y con la necesidad de consumir valeriana o algún tipo de tranquilizante para sentirse mejor.

Los familiares mencionan que han existido amenazas de hacer daño a su integridad y la de las personas que lo rodean.

El diagnóstico del paciente es el trastorno de Gilles de la Tourette/Trastorno de control de impulsos/ F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico.

Tratamiento farmacológico recibido durante el internamiento

Internamiento voluntario

- Clonazepan 2 mg ¼
- Ceglution 300mg 1
- Leponex 100mg 1

DEP IM cada mes

En el examen físico realizado el 24 de noviembre del 2015: su aspecto general presenta naturalidad en sus facies, se explora por regiones su cuerpo y no se encuentra algún tipo de alteración.

Durante la exploración por sistemas, se evalúa es el sistema respiratorio en el cual no se encuentra ningún tipo de alteración.

TA 120/60

FC 91

S 94

Presenta llanto fácil.

Tratamiento Psicológico durante el internamiento

Durante el internamiento el paciente se mostró muy colaborador y participativo en la terapia psicológica.

Por medio de entrevistas, observación y reactivos psicológicos (IPDE Módulo DSM IV, Inventario de Tics de Yale, Escala de Desesperanza de Beck), se identifica problemas de autoestima, sobreprotección por parte de los padres y mal manejo de impulsos, la terapia de confrontación es con la que se obtiene mejores resultados ya que al debatir con ideas lógicas el paciente se muestra abierto al cambio.

El paciente presenta habilidades en terapia ocupacional, a más de ello participa en las actividades que realizan en el centro como bailes y ejercicios.

Con respecto a la historia del problema N.N. menciona que desde los 12 años sintió que no era igual a los niños que lo rodeaban debido a que se tardaba más de lo habitual en realizar sus tareas escolares y cuando sentía que algo no le salía de acuerdo a lo

esperado el paciente era capaz de destrozarse su cuaderno. En cuanto a la anamnesis personal se conoce que el paciente nació por cesárea a las 38 semanas sin ninguna complicación siendo un niño activo y bastante consentido, en su infancia media N.N. refiere no haber tenido ningún problema en su desarrollo, relata que en la escuela jugaba con sus compañeros pero le gustaba más jugar videojuegos con su hermano.

El paciente menciona que en su desenvolvimiento académico él se consideraba un estudiante promedio y si no hubiese sido por las constantes burlas de sus compañeros del colegio su desenvolvimiento escolar hubiese sido superior ya que debido a que siempre se burlaban de sus muecas o la manera en que escupía él se aislaba y debido a la tristeza que experimentaba no sentía el mismo interés por las actividades escolares que sentía antes de experimentar los primeros síntomas de tics motores y vocales.

En su adolescencia N.N. refiere haberse convertido en una persona bastante aislada con un número reducido de amigos dos o tres.

Las relaciones familiares según menciona el paciente siempre fueron buenas ya que sus padres trataron de ayudarlo en su tratamiento constantemente en muchas de las ocasiones llegando a la sobreprotección lo que hacía que el paciente evite eventos sociales o inclusive días enteros no salga de la casa ya que sentía temor de que las personas que se burlaban de él lo vieran y comenzaran a humillarlo, el paciente refiere que el solo hecho de recordar a las personas que lo molestaban le producían varios tics como golpearse la punta del zapato con el otro zapato una necesidad imperiosa de escupir sin la posibilidad de parar sin al menos haber escupido durante diez minutos.

Durante el internamiento el paciente participa en las actividades físicas, su conducta es tranquila, obedece las ordenes que el personal indica y responde de manera educada, continua con el temor de ser dejado mucho tiempo en el centro por lo que perennemente cuestiona a los auxiliares y médicos de cuándo será su fecha de salida, cuestiona sobre la falta de visitas de sus padres y muchas de las ocasiones llega al llanto recordando su mal proceder cuando no podía controlar su ira

HOJA DE EVOLUCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

Tabla N°: 15: Hoja de Evolución Área de Psicología

Nota: Evaluación en el área de psicología correspondiente al mes de noviembre, fuente: Dr. Guillermo Bastidas, elaborado por: Tamayo (2016)

| FECHA | ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|--------------|---|--|
| 25/11/2015 | Presentación con el paciente establecimiento de rapport | El paciente se muestra muy colaborador. Sociable Llanto fácil |
| 26/11/2015 | Trabaja con descarga emocional | El paciente comenta todo lo desagradable que ha sido para el experimentar tics y obsesiones desde los 12 años hasta la actualidad. |
| FECHA | ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
| 28/11/2015 | Se aplica Test de Tics Yale, Test de Desesperanza de Beck, Test de Personalidad IPDE Módulo DSM IV, terapia ocupacional | Se observan rasgos obsesivos compulsivos, agresividad, rasgos de personalidad narcisista. Buena sociabilización con internos y personal |
| 30/11/2015 | Se trabaja con identificación de cualidades para mejorar autoestima | |
| 02/12/2015 | Terapia de confrontación | Llanto fácil |
| 04/12/2015 | Terapia de confrontación | Llanto fácil, somnolencia |
| 06/12/2015 | Terapia de relajación de Shultz | El paciente logra concentrarse y disminuir ansiedad |
| FECHA | ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
| 08/12/2015 | Terapia ocupacional con pesas | Se identifica ideas obsesivas con el aspecto físico |
| 10/12/2015 | Terapia ocupacional con ajedrez | |
| 22/12/2015 | Se interpreta el libro "El hombre en busca | Se identifican motivos para |

| | | |
|--------------|---|---|
| | del sentido”, Confrontación | querer mejorar su salud física y psicológica |
| 23/12/2015 | Se trabaja con descarga emocional | |
| 24/12/2015 | Se trabaja con terapia de relajación en busca del niño interior | Llanto fácil |
| FECHA | ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
| 27/12/2015 | Se trabaja con Debate | Despedida de los tics, los tics no van a manejar la vida |
| 28/12/2015 | Terapia de relajación de Shultz | |
| 29/12/2015 | El paciente trabaja con la caja de cualidades y vaciado emocional | Se puede observar mejor aspecto físico, el paciente muestra actitud positiva ante la vida, ansiedad por salir |

El personal del centro menciona que el paciente ingresa por su propia cuenta durante la noche del 24 de noviembre del 2015 en su primer día de internamiento se queja de un dolor de cabeza agudo por lo que se le administra clonazepam de 2mg logrando así remitir el dolor de cabeza y logrando que el paciente concilie el sueño a las 11:30 de la noche.

Identificación y recopilación de la información no disponible

Entrevista con la Madre

Madre refiere que el desarrollo evolutivo de NN se dio adecuadamente hasta los doce años, fue un niño activo, despierto que siempre fue colaborador en la casa y obtuvo buenas calificaciones sin ningún tipo de presión por parte de los padres. La relación con la figura paterna fue siempre más simbiótica ya que el padre siempre cumplía con los requerimientos de NN ya que desde muy pequeño tuvo muestras de afecto hacia sus familiares (abrazos, caricias).

El hogar que habían formado tenía reglas y consentimiento a la vez y se respiraba tranquilidad ya que existía comprensión y cariño en las relaciones familiares, las discusiones eran ocasionales y nunca salían de tono según menciona madre de NN.

Según refiere la madre el paciente es llevado donde un psicólogo privado (familiar del paciente) a la edad de doce años debido a presencia de tics motores (muecas, golpes en los pies) y fónicos (silbidos, palabras obscenas) que impedían un adecuado desenvolvimiento del menor en el área académica como familiar.

El primer contacto de NN con el área de salud mental inicia con evaluaciones semanales en las que NN mencionaba no sentirse a gusto y la familia al cabo de tres meses solo observaba un comportamiento más hostil. La frustración que sentía NN al tener que repetir sus tareas durante varias horas al no sentirse satisfecho hacia que termine rasgando su ropa, gritando, creando rituales de estudio como tener que sacar muebles de la casa para poder concentrarse, escuchar una misma canción varias veces para mejorar su estado de ánimo.

La madre refiere que el psicólogo le mencionó que no podía seguir tratando a NN ya que la situación se le había salido de las manos y cada vez empeoraba.

Madre refiere que durante el periodo de evaluación se fueron realizando exámenes neurológicos (Escala de Glasgow, Neuroimagen Anatómica) y de laboratorio para dilucidar de mejor manera el diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette.

Durante el periodo de recopilación de información acerca del paciente se necesitó entrevistas con los especialistas que actualmente están tratando al paciente como entrevistas a los padres y personal que atendió al paciente en su periodo de internamiento y que han sido participes de las crisis que ha presentado el paciente así como de su estabilidad actual.

La madre del paciente refiere que debido a la preocupación que les causaba los síntomas poco usuales del paciente existieron ocasiones en las que llegó a perder la paciencia y dijo cosas ofensivas al paciente, como que todo lo que hacía era un llamado de atención ya que siempre fue consentido. Sin embargo menciona que por la dificultad de encontrar un diagnóstico comprobable entre especialistas acudió a varios tipos de especialistas llegando a visitar a una parapsicóloga con la cual se habían realizado varias sesiones en la mayoría de las ocasiones el paciente se recuperaba inmediatamente debido a su fácil sugestión pero con el pasar de las semanas su sintomatología típica (tics) reaparecía con mayor fuerza teniendo que abandonar las terapias alternativas que se realizaron en parapsicología.

El paciente en la entrevistas psicológicas refiere que acude semanalmente con una persona que asegura comunicarse con los ángeles, los mismos que según asegura la madre le han ofrecido la pronta recuperación del paciente lo cual motiva al paciente, pero también en varias ocasiones le han hecho dudar del tratamiento farmacológico sin embargo debido a los buenos resultados del tratamiento actual se ha podido persuadir al paciente y a la madre de no abandonar el tratamiento, ya que el abandonar bruscamente el tratamiento podría causar una severa recaída del paciente.

Luego del internamiento sus padres mencionan que el cambio es extremo ya que el paciente controla completamente sus impulsos ya no rompe artículos de la casa ni su ropa sin embargo ciertos tics como hacer muecas con la boca o regresar hacia un semáforo alrededor de tres veces lo sigue haciendo,

Personal sanitario del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús

En cuanto a la información no disponible sobre el internamiento se realizó una entrevista con el personal de salud que atendió al paciente obteniendo excelentes referencias sobre su actitud: colaboradora sin embargo manifestaron que sus preguntas eran repetitivas y en ocasiones tenían que cambiar de tema bruscamente para calmar la ansiedad del paciente.

El paciente actualmente se encuentra estable con alta del Centro de Reposo “Sagrado Corazón de Jesús” desde el 19 de diciembre del 2015, sigue con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico ambulatorio acudiendo a terapia psicológica en CRSCJ una vez por mes, en el transcurso de este tiempo se ha visto la estabilidad del paciente, en la actualidad el paciente está acudiendo a clases de piano y ha retomado sus estudios universitarios de la carrera de derecho

Existen obsesiones como la necesidad imperiosa del crecimiento de vello facial lo que lo lleva a verse en el espejo durante periodos largos de tiempo, de veinte minutos a una hora y media al día, para lo cual él ha creado un plan de contingencia en el cual se pone límites de tiempo con un cronometro en el espejo o la necesidad de reafirmación constante por parte de los padres, por lo cual se está realizando terapia familiar cada quince días para poder guiar a un trato adecuado de los padres hacia el paciente ya que debido al trastorno del paciente los padres muchas ocasiones se muestran más complacientes de lo habitual dejando que el paciente obtenga todo lo que desea ya sea

un celular nuevo o su comida favorita sin realizar ningún esfuerzo, lo que lleva a discusiones entre el padre y la madre los cuales muchas ocasiones no saben cómo tratar adecuadamente al paciente lo que ha provocado que el paciente muestre signos claros de dependencia emocional como el malestar que siente cuando los padres no le dicen que esta con mucho vello facial o que sus músculos han crecido debido al gimnasio.

VIII. DESARROLLO

Presentación del caso

Caso clínico de paciente N.N. de 20 años, de género masculino, nacido en Riobamba el 14 de agosto de 1995, el mayor de dos hermanos, estado civil soltero, presentando instrucción de tercer nivel incompleta (cuarto semestre), religión católica.

El paciente refiere que desde el inicio de su adolescencia (12 años) presenta una serie de manías como el si no comienza a caminar con el pie derecho se regresa para iniciar la marcha con dicho pie; siempre está contando números, tiene varios rituales al acostarse y al levantarse.

Presentó una percepción distorsionada de su autoeficacia y autoconfianza; sentimientos de inferioridad, se evidencian muchos pensamientos disfuncionales y la presencia de obsesiones y compulsiones.

Existe presencia de pensamientos suicidas, enojo constante, tristeza sentimientos de soledad y abandono, sentimiento de inutilidad, llanto fácil apatía, hipobulia, pensamientos catastróficos, distorsiones y errores cognitivos, pesimismo, insomnio de conciliación.

El paciente tuvo que ser internado durante un mes, en el Centro de Reposo “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Ambato debido a que su conducta era completamente hostil llegando a rasgar su ropa cuando se veían frustrados sus deseos por parte de sus padres, los constantes ataques de ira del paciente hacían que se mantuviera aislado constantemente.

El día que se decidió su internamiento 14 de noviembre del año 2015 el paciente NN había tomado un cuchillo y amenazado con quitarse la vida por lo que se realizó un corte en la zona del cuello, debido al miedo de otro intento de suicidio los padres se comunicaron con el psiquiatra tratante pidiéndole el internamiento del mismo para precautelar la vida del paciente así como la de su familia es así que se decidió ingresar al paciente al CRSCJ, personal del centro fueron a la ciudad de Riobamba para trasladar al paciente a su internamiento y a pesar de las características conductuales del paciente, no presento ningún tipo de resistencia.

Como motivo de consulta el paciente refiere que desde su adolescencia (12 años) sufrió la presencia de constantes obsesiones, siendo las obsesiones iniciales la

necesidad de presentar completamente perfectas sus tareas escolares las mismas que al cometer el mínimo error llegaba a un punto de frustración que lo llevaba a romper sus cuadernos (compulsión), el paciente menciona que poco a poco fueron apareciendo ciertos tics como escupir sin importar la situación o la presencia de personas a su alrededor generalmente cuando escuchaba canciones específicas, se inició también el aislamiento debido a sentimientos de minusvalía en relación a los adolescentes que lo rodeaban y que la mayoría del tiempo tomaban su condición como burla.

El paciente menciona que su grupo de amigos se hizo cada vez más pequeño llegando a comunicarse solo con dos compañeros de clase, el paciente inicio con una sintomatología depresiva a partir de los trece años de edad ya que dejo de sentir la necesidad de realizar actividades que en el pasado le causaban placer, prefería aislarse, presento cambios en su alimentación y sueño.

A los 15 años los padres deciden cambiarlo de colegio debido a las constantes peticiones del paciente, al cambiarse de colegio sintió menos aislamiento ya que podía comunicarse adecuadamente con varias personas sin embargo al conocer a una adolescente de la misma edad su estado de ánimo mejora considerablemente a pesar de que ya había iniciado su búsqueda de respuestas acerca de sus síntomas por alrededor de tres psicólogos entre los cuales se destacan los diagnósticos de Esquizofrenia tipo paranoide y Trastorno Obsesivo Compulsivo los mismos que por no cumplir con los criterios necesarios fueron descartados y en la actualidad mediante la observación directa se llegó a la conclusión del diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette.

El paciente menciona que la finalización de su relación amorosa exacerba su conducta agresiva a la vez que se incrementa la presencia de tics motores simples y complejos como la presencia de tics vocales.

El paciente decide dejar su carrera universitaria debido a que siente que la presión hace que sus tics aumenten por lo que resuelve tomar clases de piano particulares en las cuales muchas veces debido a la frustración al no poder asimilar sus conocimientos prefiere evitarlas.

En la actualidad el paciente continúa con su tratamiento ambulatoriamente logrando cambios significativos en la disminución de tics y mejor adaptación a su vida familiar y vida social.

El estado de ánimo del paciente ha mejorado considerablemente llegando a crear planes para su futuro y preocuparse de su aspecto físico y relaciones interpersonales, ha retomado su carrera universitaria y no presenta dificultades en mantener un alto nivel académico.

Descripción cronológica y detallada del caso

Prenatal

Hijo de madre de 32 años la misma que había experimentado un evento en el cual el primer parto tardo demasiado (40 semanas) por lo que su bebé falleció a los seis días de nacido, lo que provoco inseguridad durante su segundo embarazo haciendo que sus consultas prenatales sean en un número elevado (más de veinte), el paciente por lo tanto es el segundo hijo y durante toda la etapa prenatal la madre sintió mucha inseguridad y temor según lo afirma.

Natal

Nació el 14 de agosto de 1995 mediante un parto por cesárea a las 37 semanas, debido a la preocupación de la madre a que su parto pase del tiempo establecido. Insiste con su ginecólogo para que la cesárea se realice a las 37 semanas, al comprobar que la placenta ya se encuentra madura se procede a la operación los médicos ginecólogo y pediatra manifestaron que el parto fue un éxito sin contratiempos con resultados satisfactorios tanto para el niño como para la madre dado de alta al tercer día sin ninguna novedad.

Se siguió el control con el mismo pediatra cada mes durante un año como lo estipulan con sus debidas vacunas incluida las de la meningitis y hepatitis.

En el momento del nacimiento la madre sentía mucho temor a que ocurra lo mismo que con su primer parto sin embargo al ver a su bebé sano y que los doctores confirmen la buena salud del bebe la paciente se sintió muy tranquila.

Primera infancia

Durante los primeros años el paciente demuestra un carácter bastante manejable, es un niño sociable con un desarrollo según la edad, reacciona ante estímulos como juguetes o muestras de afecto de los padres. La madre manifiesta que siempre fue muy consentidora con él bebe al igual el padre siempre estuvo pendiente de las necesidades del niño, generalmente nunca se le negaron mimos ni juguetes.

Los primeros 3 años estuvo en casa siempre al cuidado de sus padres sin novedad con pocas enfermedades comunes de gripe y resfrió

Al cumplir los 4 años ingreso al jardín a una cuadra de la casa en retirándose a los 7 meses por síntomas de anemia por descuidar la alimentación. La madre menciona que no se sentía a gusto con el trato que se le daba a su hijo en la escuela ya que no le alimentaban adecuadamente y expresa que siempre fue sobreprotectora.

Ingreso de 5 años de edad a la escuela particular, se sentía muy bien sin ninguna novedad todo satisfactorio con buenas calificaciones pero lamentablemente tuvo que retirarse porque la escuela está situada en vía Guano donde este establecimiento se llenaba de polvo lo que le afecto ya que le diagnosticaron con sinusitis y rinitis alérgica.

Segunda y tercera infancia

El paciente ingreso al establecimiento cerca de su casa, donde paso con muy buenas calificaciones hasta 7mo de básica., se desarrolla adecuadamente cumpliendo con el desarrollo esperado de un niño de su edad, mantiene buenas relaciones con los pares y es colaborador en las tareas del hogar.

Los padres mencionan que fue un niño siempre muy apegado a ellos, siempre le gustaba estar cerca de los padres a donde ellos fueran él también quería ir y eso les hacía muy felices ya que sentían que creaban lazos de afecto con su hijo, en ciertas ocasiones que no podían llevarlo con ellos el niño se quedaba molesto en casa pero su berrinche no era más allá de lo esperado a su edad, lloraba un poco y se calmaba a los minutos según lo que manifestaban los familiares que se quedaban a cargo.

Los padres manifiestan que estaban muy orgullosos de su obediencia y sus buenas calificaciones, aunque sentían que era muy poco independiente pero no les molestaba ya que aún era niño.

Adolescencia

Al iniciar la adolescencia la actitud del joven empieza a cambiar tornándose una persona perfeccionista llegando a demorarse más de lo habitual en terminar sus tareas escolares, lo cual causaba mucho malestar en él, debido a que sus actividades de ocio empezaron a disminuir y su irritabilidad aumentaba con el pasar de los días.

Las relaciones con sus pares decrecen de manera considerable debido al apareamiento de ciertos tics en el paciente como hacer muecas, parar su marcha normal e iniciar nuevamente varias veces y concentrarse mucho menos en el aula de clases.

Los compañeros de clase al no entender su condición comienzan a burlarse llegando a aislarlo por completo, debido a las manías que eran notables tanto en el área familiar como académica y los continuos berrinches que presentaba cuando veía frustrados sus deseos como terminar rápidamente una tarea u obtener una buena calificación.

Inicio los signos y síntomas del trastorno a los 12 años en 8vo año donde comenzó con características de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Gilles de la Tourette ya que se demoraba tres veces más que sus compañeros en terminar sus tareas, las muecas y silbidos iban en aumento, al intentar rezar las palabras obscenas afloraban y eso le hacía sentir culpable y deprimirse.

Ese año fue acumulado de problemas por su condición, aun así pudo terminar el 8vo año y lo hizo con buenas calificaciones. Estuvo en el cuadro de honor.

Por mucho tiempo fue asistido por un psicólogo cercano a la familia y una psiquiatra quienes diagnosticaron esquizofrenia.

Llego la etapa en 9vo año donde por causa del bullying de sus compañeros se cambió al instituto Hispanoamérica situado también en Riobamba, tuvo percances (discriminación, aislamiento) hasta primero de bachillerato donde adquirió confianza en sus compañeros y pudo hacer buenos amigos que en la actualidad lo apoyan y saben de su condición.

Menciona que sus compañeros le insistían a consumir cerveza y fumar y que solo por unas tres ocasiones ha consumido bebidas alcohólicas las mismas que no pasaron de un vaso en cada ocasión sin embargo menciona haber pasado regular en sus calificaciones.

Psicólogo clínico privado

Su primera entrevista psicológica la realiza con un familiar en el año 2001 el cual empieza el tratamiento debido al comportamiento inadecuado en la casa al realizar las tareas y la presencia de tics motores y tics fónicos, al no observarse avances sino más bien una exacerbación de los síntomas el psicólogo remite a NN a consulta psiquiátrica.

Primer Psiquiatra

Se pide un estudio neurológico del paciente y por medio de observación y características dadas por familiares como por el paciente el psiquiatra da un diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette y Trastorno Depresivo Recurrente. Recomienda un tratamiento multidisciplinario solicitando interconsulta con un psicólogo con el que se trabaja con terapia conductual logrando obtener avances.

El paciente siente que los cambios no son suficientes y comienza a sentir que las cosas empeoran en sus relaciones sociales lo que provoca que se convierta en una persona aislada, así que abandona la terapia tanto farmacológica como psicológica.

Psiquiatra actual

El tratamiento con el psiquiatra tratante actual se inicia desde los 15 años del paciente manteniéndose en observación constante debido a sus cambios bruscos de comportamiento especialmente a la hostilidad hacia los padres.

Se confirma el diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette debido a que existe la presencia de tics motores (muecas, golpes de los pies) fónicos (silbidos, palabras obscenas) que se ven en aumento bajo situaciones de estrés.

El tratamiento farmacológico se inicia obteniendo resultados inmediatamente sin embargo las obsesiones con el aspecto físico, así como comportamientos ritualizados que creaban culpa en el paciente no disminuía así que se tienen que dar varios cambios en la medicación

Se graduó, fue abanderado de la provincia a pesar de los persistentes síntomas como obsesiones con su físico o exagerada irritabilidad.

Se graduó y entro a la universidad (privada).

Al iniciar la Universidad NN siente que no puede controlar la presencia ni número de repeticiones de sus tics llegando evitar irse a clases y aislándose cada vez más.

Continua con el tratamiento farmacológico sin embargo inicia su ideación suicida la misma que es transmitida hacia sus familiares más cercanos.

Existe presencia de agresividad hacia sí mismo y hacia los demás produciéndose situaciones de amenazas a los padres por lo que los padres piden el internamiento del paciente.

Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús

Es ingresado en CRSCJ en Noviembre del 2015 manteniendo una actitud siempre adecuada y sin negarse a ningún tratamiento así como psicológico y farmacológico.

Permanece en el Centro alrededor de dos meses con terapia psicológica continua con lo que se obtienen disminución en la presencia de tics así como también una mejora en la conducta hacia los padres y familiares cercanos, se establecen planes a futuro y se obtiene una visión más positiva de la vida.

En la actualidad el paciente acude a control farmacológico una vez al mes, menciona estar a gusto ya que no tiene efectos secundarios y la presencia de tics se ha disminuido a uno por semana.

El tratamiento psicológico se da una vez por semana y con la familia cada quince días, en las terapias familiares se establece apoyo para el paciente por parte de la familia así como también se establecen compromisos familiares que han ayudado a mejorar su dinámica familiar.

El paciente reanuda sus estudios y actualmente se encuentra en cuarto semestre obteniendo excelentes calificaciones, ha mejorado su interacción social y tiene planes a su futuro como terminar su carrera universitaria y formar una familia.

Factores de riesgo

Por otro lado tenemos a los factores de riesgo ambientales, el paciente proviene de una familia que se ha caracterizado por un establecimiento de normas bastante estrictas, muy apegado a la religión católica lo que en ocasiones ha sido adverso en el tratamiento del paciente ya que ha creado sintomatología como la presencia de lenguaje obsceno cuando se desea realizar plegarias religiosas y también el sentimiento de obscenidad cuando se tiene reacciones biológicas normales como la presencia de sueños húmedos.

El paciente por medio de los test realizados ha mostrado una tendencia a la depresión por su sentimiento de minusvalía según lo que se ha obtenido mediante las entrevistas psicológicas y la aplicación de test como el test de Hamilton.

El paciente desde la adolescencia presenta rasgos depresivos tales como alteración del sueño, apetito, hipobulia y aislamiento, se debe tener en cuenta que la depresión tiene como características sentimientos continuos de tristeza y la incapacidad de experimentar placer y felicidad.

Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

N.N. refiere que al primer centro de atención al que fue llevado es la Clínica Andina en Riobamba (2001), menciona que a sus padres les habían recomendado este lugar debido a la presencia de varios especialistas sin embargo tuvo la oportunidad de trabajar con varias psicólogas que no podían lograr cambios significativos ya que sus síntomas los relacionaban con una llamada de atención típica de la adolescencia, la ayuda psicológica la había buscado desde que sus tics como escupir o decir malas palabras cuando escuchaba cierta canción habían aparecido ya que siempre tuvo buena comunicación con su familia y los padres mostraron preocupación.

La atención recibida en este lugar fue del agrado del paciente sin embargo los síntomas con el pasar de los meses no se remitían más bien iban en aumento. Fue así que se le remitió a consulta con un neurólogo con el mismo que se habían realizado varios exámenes (Glasgow, Neuroimagen Anatómica) y se había llegado a un diagnóstico presuntivo del trastorno de Gilles de la Tourette, la medicación psicofarmacológica había iniciado y el paciente inició con los efectos secundarios de la misma como sedación y mal humor, debido a los mismos se buscó ayuda en la ciudad de Ambato con un reconocido Psiquiatra con el cual el paciente logró manejar una excelente relación de confianza y una mejoría visible a partir del primer mes del tratamiento.

Toda la atención de salud del paciente NN se realizó de manera privada debido a la urgencia del tratamiento por parte del paciente que mostraba ansiedad por buscar ayuda para eliminar lo más pronto posible sus síntomas y a la vez los padres que sentían la necesidad imperiosa de llegar al diagnóstico definitivo de su hijo sin tomar como opción la búsqueda de servicios públicos de salud ya que tenían las posibilidades económicas de costear el tratamiento del paciente.

La atención para el paciente se realizó en la ciudad de Riobamba pero en su mayoría e incluyendo el internamiento se realizó en la ciudad de Ambato debido a la facilidad que se encontró en Ambato para acudir a consulta psiquiátrica y la realización de los exámenes se realizó en la ciudad de Ambato aunque se necesitó también de la realización de exámenes complementarios en Quito como la resonancia magnética nuclear.

Identificación de los puntos críticos

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2016), refiere que un factor de riesgo es cualquier característica, exposición o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Los factores biológicos, ambientales, psicológicos, sociales son indiscutiblemente los marcadores de la salud individual de las personas.

Se puede establecer como factores precipitantes para presencia de tics situaciones relacionadas con moralidad y religiosas, las mismas que creaban ansiedad en el paciente haciendo más notorio la presencia de tics.

Se presenta un trastorno de Gilles de la Tourette por lo que la paciente tiene atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria luego de un mes de internamiento en el CRSCJ, en el cual se logró estabilizar al paciente, recibiendo tratamiento farmacológico y psicológico que se mantiene hasta la actualidad

Caracterización de las oportunidades de mejora

Tabla No: 16: Caracterización de las oportunidades de mejora

Nota: Se describe la caracterización de las oportunidades de mejora, fuente: Análisis de Caso Trastorno Gilles de la Tourette, elaborado por: Tamayo (2016)

| OPORTUNIDADES DE MEJORA: | ACCIONES DE MEJORA: |
|---------------------------------|--|
| Demanda | <p>Trastorno Gilles de la Tourette</p> <p>Contar con un programa adecuado de seguimiento y manejo para controlar la presencia de tics en situaciones de estrés</p> |
| Educación para la Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para compañeros de clase y familiares acerca del trato adecuado del paciente evitando comentarios que causen sentimientos de discriminación en el paciente |
| Niveles de Atención | <ul style="list-style-type: none"> • Primer nivel Médico general • Segundo nivel Psicólogo Psiquiatra |
| Protocolos de atención | <p>Protocolos establecidos particularmente por cada Centro: Historias Clínicas, hojas de evolución, ficha de ingreso en el internamiento</p> <p>Establecer guías y protocolos que garanticen atención adecuada, teniendo en cuenta el derecho como ciudadanos a una atención de calidad.</p> <p>Protocolo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación) Ministerio Salud</p> |

| | |
|---|--|
| | Pública |
| Evaluación psicológica integral del paciente, es decir, su área personal, familiar y social. | Trabajar multidisciplinariamente logrando así brindar una adecuada atención durante el desarrollo del tratamiento que tenga como fin no solo el trabajo con el paciente sino también la psicoeducación a familiares y compañeros de universidad para que su manejo en situaciones de estrés sea correcto |

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Este proyecto de análisis nace de la iniciativa de la investigadora por ratificar la eficacia de la terapia Cognitivo – conductual dentro del tratamiento del Trastorno de la Tourette ya que en la investigación realizada por Gonzalves, M (2016) en la Universidad Miguel Hernández de España sugiere que al someter a una población de niños víctimas de este síndrome a una terapia cognitiva – conductual utilizando como técnica central la “Inversión de hábitos” los resultados en un tiempo de nueve semanas fueron favorables debido a que los síntomas y el malestar provocado por los tics desaparecieron por completo, de esta manera se puede ratificar la teoría de Gomberoff y Olivos (1986) que refiere que los síntomas conductuales aparecen mediante una desconexión a nivel “mente – cuerpo” de esta manera se puede mencionar que el aprendizaje del ser humano se establece mediante la observación por lo que se conoce que cada conducta desadaptativa proviene de un archivo mental ubicado en el inconsciente el mismo que se hace consciente ante situaciones de estrés, miedo, ansiedad, o crisis vitales, por esta razón se habla del sistema Estimulo – respuesta en el que siempre van a existir antecedentes que preceden una conducta deseable o indeseable y todo dependerá de la capacidad de procesamiento de información del sujeto, por esta razón cabe mencionar que la corriente cognitivo conductual se ocupa de evaluar los procesos cognitivos de la persona que provocan malestar teniendo como base central el descubrir la génesis de las dificultades emocionales y es que según Yates (1970) los tics que se presentan dentro del Trastorno de Tourette provienen de la exposición del sujeto a situaciones traumáticas y son estas conductas justamente las que les permiten liberarse de la tensión que les provoca su ambiente tanto interno como externo pero es importante recordar que mientras más grave y estresante sea la situación los tics aparecerán de manera brusca y violenta y si el sujeto se mantiene dentro de este contexto es seguro que hará hábito cada una de sus conductas ya que al presentarse este tipo de situaciones el sujeto optara por implementar dentro de su sistema cognitivo un mecanismo de defensa centrado en conductas de alejamiento ante la situación estresora y si el síntoma disminuye mediante la repetición de estas conductas estas se implementaran en el esquema mental del sujeto mediante el reforzamiento; finalmente se puede mencionar que los tics son expresiones cognitivas - conductuales que han alcanzado su máxima expresión por lo tanto el establecimiento

de un hábito incompatible para combatir los tics encaminara a la disminución de la repetición de los mismos, de esta manera se puede verificar la eficacia de la terapia cognitiva- conductual en este tipo de pacientes.

PLAN PSICOTERAPEUTICO

Objetivo: Disminución de presencia de tics y pensamientos obsesivos logrando así bienestar en el paciente

| Técnica | Objetivo | Actividad | Ideas Automáticas | Área | Evaluación |
|--|---|---|--|-----------------------------|--|
| Detección de pensamientos automáticos | Identificar Los errores en el procesamiento de la información derivados de los supuestos personales | Entrenar al paciente para observar la secuencia de los sucesos externos y sus reacciones a ellos Hacer Rol playing en terapia para que el paciente identifique sus reacciones Crear un registro en el cual se detalle las veces que se presenten pensamientos | <ul style="list-style-type: none"> • Todos los hombres deben tener vello facial abundante para ser más fuertes. • Pisar una línea de baldosa en la calle significa que se debe retroceder • Dios castiga a los hombres que tienen pensamientos sexuales • Verse en el espejo significa contar cada | Cognitiva 3 sesiones | Se logró cuestionamiento acerca de la importancia del vello facial Creación de duda acerca de eficacia de retroceder mientras se camina. Disminución de culpabilidad por pensamientos sexuales en un 50% |

| | | | | | |
|---------------------|--|--|---|-----------------------|---|
| | | irracional en el paciente | vello facial | | Disminución de tiempo dedicado al cuidado de vello facial de 45 minutos a 20 minutos. |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Ideas Automáticas | Área | Evaluación |
| Autoregistro | Recuerde y cuestione como los pensamientos desadaptativos generan malestar | Tener una libreta todo el tiempo, en la cual se anote cada vez que un pensamiento produzca malestar en el paciente | Sentirse inferior a los demás hombres por no tener abundante barba. Sentirse castigado por Dios debido a tener pensamientos sobre sexualidad | Cognitiva 1 sesión | Por medio de identificación de pensamientos se logró una disminución de la presencia de los mismos de alrededor de 20 veces al día a 10 veces al día. |

| Técnica | Objetivo | Actividad | Ideas Automáticas | Área | Evaluación |
|---|--|--|--|------------------------------|--|
| Búsqueda de evidencia para comprobar hipótesis | Poner en duda la veracidad de sus pensamientos | Se utiliza evidencias contradictorias a las del paciente provenientes del mismo paciente y del terapeuta | Los hombres solo son atractivos si tienen barba Cuando se tiene pensamientos sobre sexualidad se tiene un mal día | Cognitiva | Nuevos pensamientos racionales: un hombre puede ser atractivo con o sin barba Independientemente que tenga o no pensamientos sobre temas sexuales , eso no hace que tenga buen o mal día. |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Tics | Área | Evaluación |
| Autoregistro de tics | Disminuir la presencia de tics | Crear una lista de los tics que el paciente experimenta así como los que las | Escupir Muecas Silbidos Golpearse las puntas de los | Conductual 2 sesiones | Al identificar los tics que causan mayor malestar disminuyeron tics |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|------------------------|---|
| | | personas que lo rodean le expresan | pies Cuidados y observación de la barba. Observación en el espejo. | | simples como muecas con la boca, parpadeo en un 70% Los tics de golpearse la punta de los pies y silbidos disminuyo en un 30%. |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Escala de Dominio Placer | Identificar en cuales actividades tiene dominio para su ejecución | El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le | Cuidado y observación de la barba Observación en el espejo Regresar si observa un color rojo | Conductual 1 sesión | Se inició con actividades nuevas como caminar o salir de la casa lo cual proporcionada mayor placer en el paciente. |

| | | proporciona (p.e utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer | | | |
|--|---|--|-------------------------------|--------------------------|--|
| Técnica | Objetivo | Actividad | Tics | Área | Evaluación |
| Programación de actividades incompatibles | Sustituir con actividades alternativas las conductas problema | Cuando el paciente tenga necesidad de escupir se estrujara una hoja de papel con las manos Cuando el paciente tenga la necesidad de | Escupir Muecas Silbidos | Conductual 3 sesiones | Se sustituyó tic : Estrujar para no escupir. Soplar para no silbar Moldear plastilina |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---------------------------------|---|
| | | silbar se inflara una funda de papel Se modelara en plastilina cuando se sienta la necesidad de realizar muecas | | | para no realizar muecas |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Entrenamiento Asertivo | Lograr tranquilidad en el paciente al sentirse aceptado por las personas que le rodean | Se realiza ensayos con el paciente de como expresar su malestar a las personas que lo observan cuando se produzcan conductas inadecuadas como escupir en público, logrando así que el paciente se sienta | El paciente se aísla de las personas que cree presenciaron sus tics reduciendo así sus reuniones entre amigos y retirarse de la universidad. | Interpersona 1 3 sesiones | Se logra sociabilización del problema del paciente con amigos cercanos La familia concientiza el bajar la tensión cuando observa los tics. |

| | | | | | |
|-----------------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | entendido. Se trabaja con amigos y familiares. | | | |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Modelado | Crear en el paciente más seguridad en su interacción social | Se toma como modelo a Jared Leto personaje de la película Batman el cual no tiene Barba sin embargo logro ser famoso y se caracteriza por ser una persona carismática y con excelentes relaciones sociales | Aislamiento por no sentirse seguro por su aspecto físico y ciertas conductas que lo diferencian de la mayoría de las personas | Interpersona 1 1 sesión | El paciente disminuye su ansiedad en un 50% al tener que interactuar con compañeros de clase. |

| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
|--|---|--|---|---------------------------------|--|
| Ensayo conductual y rol playing | Mejorar sus relaciones sociales, sentir aceptación por las personas que lo rodean | Recrear situaciones en las cuales la presencia de tics hace que el paciente se aislé, se practica las conductas que se espera el paciente introduzcan en su interacción social | Incapacidad de relacionarse con sus pares. Presencia de tics en situaciones de exposición social | Interpersona 1 2 sesiones | Inicia conversaciones con chicos de su edad. Disminución de tics en un 50% durante contacto social. |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Imaginería | Combatir imágenes espontaneas perturbadoras | Seguir las imágenes hasta su conclusión. | Pensamientos de castigos divinos Pensamiento de muerte | Emocional 2 sesiones | Disminución de la duración de imágenes perturbadoras mismas en un 30% |
| | Tolerar la imagen | Guiar al paciente para que imagine que | Pensamientos de castigos divinos | Emocional | El paciente disminuye los |

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|---|---|--|--|
| | | está tolerando mejor la situación difícil que ha visualizado espontáneamente | Pensamiento de muerte | 1 sesión | pensamientos acerca de pensamientos perturbadores en un 30% |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Disputa lógica | Debilitar creencias irracionales | Cuestionamiento por medio de debate creado por el paciente ayudado por el terapeuta | Sentir que no podrá ser feliz debido a su trastorno | Emocional 4 sesiones a partir de la semana 15 | El paciente logra insight acerca de pasar con la familia, salir de la casa, relacionarse lo que produce una mejoría en su estado anímico y una disminución de los tics en un 50% |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Relajación | Lograr relajación en el paciente | Relajación de Shultz | Sudoración Presencia de tics en situaciones de estrés | Físico 3 sesiones | Practica de técnicas de relajación en casa y en situaciones de stress |
| Técnica | Objetivo | Actividad | Síntomas | Área | Evaluación |
| Terapia Ocupacional | Terapia Ocupacional | Clases de Piano | Mejorar coordinación Atención | Físico | Se logra una mejoría en la concentración, mejores habilidades sociales |

Tabla 17: Plan Terapéutico

Autor: Tamayo F. (2016).

Fuente: Análisis De Caso Clínico - "Trastorno Gilles de la Tourette"

XI. CONCLUSIONES

Gracias al presente análisis de caso se logró una adecuada identificación de signos y síntomas del Trastorno Gilles de la Tourette, los mismos que varían considerablemente entre cada paciente, sin embargo gracias a la aplicación de reactivos psicológicos, entrevistas y observación se confirmó el Trastorno de Gilles de la Tourette el mismo que por sus diversas manifestaciones llevo a incidir en el desarrollo de rasgos depresivos en el paciente.

La terapia cognitivo conductual es la que mejor resultados a arrojado en pacientes con Trastorno Gilles de la Tourette, logrando disminuir en mínimo la presencia de tics, los mismos que por medio de psicoeducación tanto al paciente como a sus familiares cercanos saben cómo reaccionar en presencia de tics, logrando con ello el bienestar del paciente y sus familiares los que han hecho de los tics algo aceptado en la familia.

La coexistencia de rasgos depresivos con el Trastorno de Gilles de la Tourette se presentó debido a la presencia de ideas irracionales que impedían una adecuada interacción social del paciente así como un sentimiento de discapacidad, con la disminución de la presencia de tics disminuyeron rasgos depresivos.

Se logró disminución de tics como ideas obsesivas lo cual facilito la reinserción del mismo en la Universidad incrementado su autoestima y un mejor manejo de sus emociones.

Referencias Bibliográficas

Bibliografía

- American Psychiatric Association, (2000). *Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: American Psychiatric Press.
- Anberg, P. Silver, A.(1998) "*tratamiento del síndrome de Tourette con Mecamylamine*". Editorial: lancet .
- A.P.A.S.T.T.A. (2000). *Informe clínico y científico sobre el Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados*. Asturias: s.n
- Artigas, J., Ventura, E. & Carmona, C. (2011). *Trastorno de Tourette*. s.l.:s.n.
- Bados, A. (1995). *Los tics y sus trastornos: Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide S. A.
- Bados, A. Vilert, J. (1991). *Tics: revisión general y estudio de un caso infantil*. Editorial F. X.
- Calderón, R. (1982). *Dopaminergic dysfunction in Tourette's síndrome*:Ann Neurol.
- Challen, C (2003): *Finding Mental Health Services in Ontario*, Centre for Addiction and Mental Health
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Coffrey, B. (2000). *Anxiety disorders and tic severity in juveniles with Tourette's disorder*.:J.
- Comings, D. (1987). *A controlled study of Tourette's syndrome*. Saint Louis.:I-IV.
- Capponi, R. (1987) *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica Santiago*. Editorial Universitaria.
- Dursun S. Reveley M,(1994). "*mejora duradera del síndrome de Tourette con la nicotina de Transderman*," Editorial:Lancet.
- Fogelson M. (1992). "*los efectos de la nicotina más el haloperidol comparado a la nicotina solamente y a la nicotina del placebo solamente en la reducción la*

severidad de Tic y frecuencia en el desorden de Tourette," Psychiatry biológica. Editorial: 31

Freeman, R. (2000). *An international perspective on Tourette syndrome*, Denver: Neurol

Frega, M. & Vasemanas, D. (2010). *Dificultades escolares vinculadas al Síndrome de Tourette*, España: ASTTA.

Gomberoff, L. Olivos, P. (1986) *Manual de Psiquiatría. Santiago. Chile. Editorial: Mediterráneo.*

Gonzalvez, M (2016) *Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con Síndrome de Tourette*. España. Editorial: RPCNA

Hornsey, H., Banerjee, S. (2001). *The prevalence of Tourettes syndrome in 13-14 year-olds in mainstream schools*. Saint Louis:J Child Psychol Psychiatry.

Jankovic, J. (2001). *Síndrome de Gilles de la Tourette. Baylor: Mexico: Neurol*

Ladouceur, R., (1994), *Tics. En R. Ladouceur, O. Fontaine y J. Cottraux . Terapia Cognitiva y Comportamental*. Barcelona, Editorial: Masson SA.

Lombroso, P. & Scahill, L,(2008). *Tourette syndrome and obsessivecompulsive*. Saint L:Brain Dev.

Moreno, D. P. (2011). "Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.". En D. P. Moreno, "*Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.*" (págs. 52-86). Barcelona: Publicaciones Viñas.

Robertson, M, (2008). *The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome* S.L.:s.n.

Schuerholz, L, Baumgardner, T. (1996). *Neuropsychological status of children with Tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder*. S.L.:Neurology.

Toro R, Holguín J,(2008). *Enfermedad de Gilles de la Tourette*. Rev Colomb Psiquiatr . Colombia: Publicaciones Medalla.

Linkografía

- Arroyo, A. (2012). *El síndrome de Gilles de Tourette en relación con rendimiento académico*. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5093/T-PUCE-5320.pdf?sequence=1>
- Clínica Psicológica (2016). *Entrenamiento en Habilidades sociales*. Recuperado por <http://www.psicologia-online.com/pir/entrenamiento-en-habilidades-sociales.html>
- Falcato, M. & Valdes, R. (2016). *Trastorno de Gilles de la Tourette: aspectos patogénicos y terapéuticos*. Presentación de 1 caso. *Rev Cubana Pediatr*[online]. 2001, vol.73, n.1 [citado 2016-02-16], pp. 64-68 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3112.
- Miranda, M. (1999). *Enfermedad de los tics (síndrome de Gilles de la Tourette): características clínicas de 70 pacientes*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200010
- Palacios, L. (2016). *Gilles de la Tourette y su síndrome*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000100013
- Trujillo, J. (2008). *Estudio de un caso de síndrome de Tourette en México*. Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-de-tourette/>

Citas Bibliográficas: Bases de Datos UTA

PROQUEST: Buza, R., Shore, J., O'Brien, (2000.) *Obsessive-compulsive disorder and Tourette's Syndrome.*:Neurol.

PROQUEST: Calderón, R, Sepúlveda, R., (2003). *Síndrome de Gilles de la Tourette: espectro clínico y tratamiento*,Rev. Neurol.

EBRARY: Chowdhury, U. (2004). *Tics and Tourette Syndrome : A Handbook for Parents and Professionals.* London, GB: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Freeman, R. L. (2015). *Tics and Tourette Syndrome : Key Clinical Perspectives.* London, GB: Mac Keith Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Toates, F., & Coschug-Toates, O. (2002). *Obsessive Compulsive Disorder : Practical, Tried-and-tested Strategies To Overcome Ocd (2).* London, GB: Class Health. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

ANEXOS

Nombre:

Semana:

Edad:

Sexo:

| Síntomas | L | M | Mi | J | V |
|---|---|---|----|---|---|
| motores | | | | | |
| Simples | | | | | |
| - Parpadeo. | | | | | |
| - Movimiento de los ojos | | | | | |
| - Movimientos de la nariz | | | | | |
| - Movimientos de la boca | | | | | |
| - Muecas faciales | | | | | |
| - Tirones/movimientos bruscos de la cabeza. | | | | | |
| - Encogerse de hombros. | | | | | |
| - Movimientos de los brazos. | | | | | |
| - Movimientos de las manos. | | | | | |
| - Apretar músculos abdominales (ponerlos en tensión). | | | | | |
| - Movimientos de las piernas, los pies o los dedos de los pies. | | | | | |
| -Otros | | | | | |

INVENTARIO DE TICS

1. Descripción de los tics motores(marcar los tics motores presentes durante la última semana)

a) Tics motores simples (movimientos rápidos, insignificantes)

Parpadeo.

Movimiento de los ojos.

Movimientos de la nariz.

Movimientos de la boca.

Muecas faciales.

Tirones/movimientos bruscos de la cabeza.

Encogerse de hombros.

Movimientos de los brazos.

Movimientos de las manos.

Apretar músculos abdominales (ponerlos en tensión).

Movimientos de las piernas, los pies o los dedos de los pies.

Otros.

b) Tics motores complejos (más lentos, con intención o propósito)

Gestos o movimientos de los ojos.

Movimientos de la boca.

Expresiones o movimientos faciales.

Gestos o movimientos de la cabeza.

Gestos de los hombros.

Gestos de los brazos o las manos.

Tics al escribir.

Posturas distónicas.

Inclinarse o girar.

Rotar (dar vueltas).

Movimientos de las piernas, los pies o los dedos de los pies.

Comportamientos compulsivos relacionados con tics (tocar, dar golpecitos, asearse, igualar

Copropraxia.

Comportamiento autolesivo (describir).

Paroxismos de tics (describir). Duración: __ segundos.

Comportamiento desinhibido (describir). No se incluye este apartado al valorar las escalas ordinales.

Otros.

Describir cualquier tendencia o patrón de secuencias de comportamientos de tics motores que se realizan conscientemente como planeados de antemano.

2. Descripción de los tics fónicos (marcar los tics fónicos presentes a lo largo de la última semana)

a) Síntomas fónicos simples (sonidos rápidos o insignificantes)

Sonidos, ruidos (círculo: tos, aclarar la voz, sorber por la nariz, gruñir, silbar, ruidos de animales o pájaros).

b) Síntomas fónicos complejos (lenguaje, palabras, frases, comentarios)

Sílabas (enumerar).

Palabras (enumerar).

Coprolalia (enumerar).

Ecolalia.

Paralalia.

Bloqueos.

Discursos atípicos.

Discursos desinhibidos.

Describir cualquier secuencia o patrón de comportamiento fónico que se realiza de manera organizada, deliberada.

C. E

SCALA ORDINAL

(valorar los tics motores y fónicos por separado, a menos que se indique lo contrario)

a) Número:

Puntuación de tics motores:

Puntuación de tics fónicos:

0:

ninguno.

1:

un tic simple.

2:

múltiples tics discretos (2-5).

3:

múltiples tics discretos (> 5).

4:

múltiples tics discretos más por lo menos una secuencia organizada conscientemente de antemano de tics múltiples simultáneos o secuenciales donde resulta difícil distinguir tics discretos.

5:

múltiples tics discretos más varias (> 2) secuencias organizadas conscientemente de antemano de tics múltiples simultáneos o secuenciales donde resulta difícil distinguir tics discretos.

b) Frecuencia:

Puntuación de tics motores:

Puntuación de tics fónicos:

0:

ninguno. No hay evidencia de comportamientos específicos de tics.

1:

raramente. Los comportamientos específicos de tics se han manifestado durante la semana anterior. Estos comportamientos ocurren con poca frecuencia, a menudo no a diario. Si ocurren rachas de tics, son breves y poco comunes.

2:

ocasionalmente. Los comportamientos específicos de tics se manifiestan normalmente a diario, pero hay largos intervalos sin tics durante el día. Pueden ocurrir rachas de tics de vez en cuando y no duran más de unos minutos cada vez.

3:

frecuentemente. Los comportamientos específicos de tics se manifiestan a diario. No son extraños intervalos sin tics de hasta tres horas.

Ocurren habitualmente rachas de tics, pero pueden limitarse a una sola situación.

4:

casi siempre. Los comportamientos específicos de tics se manifiestan prácticamente en cada hora del día mientras se encuentra despierto y ocurren con regularidad períodos de comportamiento ininterrumpido de tics. Las rachas de tics son comunes y no limitadas a una sola situación.

5:

siempre. Los comportamientos específicos de tics se manifiestan prácticamente todo el tiempo. Los intervalos sin tics son difíciles de identificar y no duran más de 5-10 minutos como máximo

c) Intensidad:

Puntuación de tics motores:

Puntuación de tics fónicos:

0:

ausente.

1:

mínima intensidad. Los tics no son visibles ni se pueden oír (basado únicamente en la experiencia particular del paciente) o los tics son menos fuertes que las acciones voluntarias comparables y típicamente no se notan a causa de su intensidad.

2:

leve intensidad. Los tics no son más fuertes que las acciones o articulaciones de palabras voluntarias comparables y típicamente no se notan a causa de su intensidad.

3:

moderada intensidad. Los tics son más fuertes que las acciones voluntarias comparables, pero no salen del espectro de expresión normal para acciones o

articulaciones de palabras voluntarias comparables. Pueden llamar la atención sobre el individuo por su carácter fuerte.

4:

marcada intensidad. Los tics son más fuertes que las acciones o articulaciones de palabras voluntarias comparables y típicamente tienen un carácter ‘exagerado’. Estos tics a menudo llaman la atención sobre el individuo por su carácter fuerte y exagerado.

5:

grave intensidad. Los tics son extremadamente fuertes y exagerados en la expresión. Estos tics llaman la atención sobre el individuo y pueden producir riesgo de daños físicos (por accidentes o autoinfligidos) por su expresión fuerte.

d) Complejidad:

Puntuación de tics motores:

Puntuación de tics fónicos:

0:

ninguna. Si existen, todos los tics son claramente de carácter simple (repentinos, breves, sin finalidad o propósito).

1:

casos dudosos. Algunos tics no son claramente sencillos.

2:

leve. Algunos tics son claramente complejos (intencionados en apariencia) e imitan breves comportamientos automáticos, como el acicalamiento, sílabas o articulaciones de palabras breves y significativos, como un ‘uh’, ‘hola’, que se podrían camuflar fácilmente.

3:

moderada. Algunos tics son más complejos (más intencionados y sostenidos en apariencia) y pueden ocurrir en rachas, realizados conscientemente, que serían difíciles de camuflar, pero que podrían racionalizarse o explicarse como comportamiento o habla normal (rascarse, dar golpecitos, decir ‘coletillas’ o cariño, breve ecolalia).

4:

marcada. Algunos tics son muy complejos de carácter y tienden a ocurrir en rachas realizadas conscientemente y sostenidas, que serían difíciles de camuflar y no podrían fácilmente racionalizarse como comportamiento o habla normal, debido a su duración y/o carácter poco usual, inapropiado, raro u obsceno (una contorsión facial de larga duración, tocar los genitales, ecolalia, cosas atípicas del habla, rachas más largas de decir ‘¿qué quieres decir?’ repetidamente o decir ‘fu’ o ‘sh’).

5:

grave. Algunos tics implican largas rachas de comportamiento o habla realizadas conscientemente que serían imposibles de camuflar o racionalizar con éxito como algo normal, debido a su duración y/o carácter extremadamente poco usual, inapropiado, raro u obsceno (largas demostraciones o articulaciones de palabras, que a menudo implican copropraxia, comportamiento autoabusivo o coprolalia).

e) Interferencia:

Puntuación de tics motores:

Puntuación de tics fónicos:

0:

ninguna.

1:
mínima. Cuando existen tics, pero no interrumpen el curso del comportamiento o del habla.

2:
leve. Cuando existen tics, y de vez en cuando interrumpen el curso del comportamiento o el habla.

3:
moderada. Cuando existen tics, y frecuentemente interrumpen el curso del comportamiento o del habla.

4:
Marcada. Cuando existen tics, frecuentemente interrumpen el curso del comportamiento o del habla y de vez en cuando rompen (interrumpen o trastornan) la acción o comunicación deseada.

5:
Grave. Cuando existen tics, y frecuentemente rompen (interrumpen o trastornan) la acción o comunicación deseada.

f) Discapacidad global:

Total:

0: ninguna.

10: mínima. Tics asociados o relacionados con dificultades sutiles de autoestima, vida familiar, aceptación social o funcionamiento en el colegio. Preocupación o disgusto infrecuente por los tics en cuanto al futuro. Incremento ligero y periódico en las tensiones familiares debido a los tics. Los amigos o conocidos de vez en cuando pueden hacer comentarios o fijarse de manera desconcertante en los tics.

20: leve. Tics relacionados con problemas de autoestima, vida familiar, aceptación social o funcionamiento en el colegio.

30: moderada. Tics relacionados con algunos problemas evidentes de autoestima, vida familiar, aceptación social o funcionamiento en el colegio. Episodios de disforia y angustia. Alteraciones periódicas en la vida familiar. Burla frecuente por parte de los compañeros o vacío social episódico. Intromisión periódica en la actuación en el colegio debido a los tics.

40: marcada. Tics relacionados con grandes dificultades de autoestima, vida familiar, aceptación social o funcionamiento en el colegio.

50: grave. Tics relacionados con extremas dificultades de autoestima, vida familiar, aceptación social o funcionamiento en el colegio. Grave depresión con idea de suicidio. Trastorno en la familia (cambio de residencia). Trastorno de los lazos sociales. Una vida gravemente restringida debido al estigma y al vacío social. Expulsión del colegio.

Nombre y Apellidos..... Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE Módulo DSM-IV

DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida. | V | F |
| 2. Confío en la gente que conozco. | V | F |
| 3. No soy minucioso con los detalles pequeños. | V | F |
| 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. | V | F |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. | V | F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. | V | F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. | V | F |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas. | V | F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia. | V | F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. | V | F |
| 11. Nunca me han detenido. | V | F |
| 12. La gente cree que soy frío y distante. | V | F |

- | | | |
|--|---|---|
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. | V | F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. | V | F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. | V | F |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. | V | F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. | V | F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. | V | F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. | V | F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. | V | F |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. | V | F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. | V | F |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. | V | F |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo. | V | F |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. | V | F |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. | V | F |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. | V | F |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. | V | F |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. | V | F |
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo. | V | F |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto. | V | F |
| 35. No me gusta ser el centro de atención. | V | F |
| 36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. | V | F |
| 37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo. | V | F |
| 38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. | V | F |
| 39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. | V | F |
| 40. A menudo me siento vacío por dentro. | V | F |
| 41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. | V | F |
| 42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo. | V | F |
| 43. Tengo ataques de ira o enfado. | V | F |
| 44. Tengo fama de que me gusta "flirtear". | V | F |
| 45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. | V | F |
| 46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. | V | F |
| 47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. | V | F |
| 48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. | V | F |

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana.V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables.V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida.V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente.V F
53. Soy muy emocional y caprichoso.V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas.V F
55. Sueño con ser famoso.V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias.V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz.V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas.V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera.V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales.V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido.V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente.V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas.V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo.V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento.V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación.V F
67. No suelo mostrar emoción.V F
68. Hago cosas para que la gente me admire.V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos.V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico.V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales.V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años.V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con la personas de las que dependo.V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos.V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje.V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho.V F
77. Tengo amigos íntimos.V F

RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| 301.0 | PARANOIDE | 2F | 14F | 36 | 38 | 58 | 66 | 72 | | |
| 301.20 | ESQUIZOIDE | 1F | 12 | 21F | 31 | 46 | 57F | 77F | | |
| 301.22 | ESQUIZOTIPICO | 2F | 24 | 30 | 52 | 64 | 67 | 70 | 71F | 77F |
| 301.50 | HISTRIONICO | 5 | 10 | 17 | 26 | 28 | 35F | 44 | 45 | |
| 301.7 | ANTISOCIAL | 11F | 18F | 20 | 29 | 47 | 56 | 74 | | |
| 301.81 | NARCISISTA | 7F | 9 | 15 | 22 | 37 | 55 | 61 | 65 | 68 |
| 301.83 | LIMITE | 4 | 8 | 13 | 25F | 40 | 43 | 53 | 60 | 75 |
| 301.4 | OBSESIVO-COMPULSIVO | 3F | 19 | 23 | 32 | 41 | 48 | 54 | 59 | |
| 301.6 | DEPENDENCIA | 6 | 33 | 42 | 49 | 50 | 62 | 69F | 73 | |
| 301.82 | EVITACION | 16 | 27 | 34 | 38 | 39 | 51 | 63 | 76 | |

I.P.D.E. _____ Módulo DSM-IV

Nombre.....

Apellidos..... Fecha.....

HOJA DE RESPUESTA IPDE - MÓDULO DSM-IV

| PACIENTE | | INFORMANTE | | PACIENTE | | INFORMANTE | |
|----------|-----------------|------------|-------|----------|-----------------|------------|-------|
| 1..... | 0 1 2 ? NA..... | ..... | 0 1 2 | 23..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 2..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 24..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 3..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 25..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 4..... | 0 1 2 ? NA..... | ..... | 0 1 2 | 26..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 5..... | 0 1 2 ? NA..... | ..... | 0 1 2 | 27..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 6..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 28..... | 0 1 2 ? NA..... | ..... | 0 1 2 |
| 7..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 29..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 8..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 30..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 9..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 31..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 10..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 32..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 11..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 33..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 12..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 34..... | 0 1 2 ? NA..... | ..... | 0 1 2 |
| 13..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 35..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 14..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 36..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 15..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 37..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 16..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 38..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 17..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 39..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 18..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 40..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 19..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 41..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 20..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 42..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 21..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 43..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 22..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 44..... | 0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |

| <u>PACIENTE</u> | | <u>INFORMANTE</u> | | <u>PACIENTE</u> | | <u>INFORMANTE</u> | |
|-----------------|-----------------|-------------------|-------|-----------------|-----------------|-------------------|-------|
| 45. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 72. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 46. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 73. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 47. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 74. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 48. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 75. |0 1 2 ? NA | ..... | 0 1 2 |
| 49. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 76. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 50. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 77. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 51. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 78. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 52. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 79. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 53. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 80. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 54. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 81. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 55. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 82. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 56. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 83. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 57. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 84. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 58. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 85. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 59. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 86. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 60. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 87. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 61. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 88. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 62. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 89. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 63. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 90. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 64. |0 1 2 ? NA | ..... | 0 1 2 | 91. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 65. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 93. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 66. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 94. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 67. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 95. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 68. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 96. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 69. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 97. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 70. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 98. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |
| 71. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 | 99. |0 1 2 ? | ..... | 0 1 2 |

6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

| | |
|-----------------------|--|
| Autores | A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. |
| Referencia | <i>The measurement of pessimism: The hopelessness scale.</i> J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865. |
| Evalúa | Expectativas de la persona sobre su futuro. |
| Nº de ítems | 20. |
| Administración | Autoaplicada. |

DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
 - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
 - Factor motivacional (pérdida de motivación).
 - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
 - 0-3: ninguno o mínimo.
 - 4-8: leve.
 - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
 - 9-14: moderado.
 - 15-20: alto.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-195.