



TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE: INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

Cristina Padilla Castilla

Tutores:

Pablo García Medina

Concepción Ramos Pérez

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de la Laguna

Curso académico: 2021-22



RESUMEN

El Trastorno de la Tourette o TT, fue descrito por George Gilles de la Tourette en 1895, que se presenta con tics motores y fónicos, caracterizados por ser movimientos impulsivos, rápidos y estereotipados, según el manual DSM-5 (2015). Uno de los comportamientos más característicos de este trastorno es la coprolalia, que es la expresión involuntaria de palabras socialmente inapropiadas.

Las áreas relacionadas con la logopedia que se pueden ver afectadas son la comunicación y deglución. Aquí por lo tanto se propone un programa de intervención para el abordaje de las mismas.

ABSTRACT

Tourette's Disorder or TT, was described by George Gilles de la Tourette in 1895, which presents motor and phonic tics, characterized by impulsive, rapid and stereotyped movements, according to the DSM-5 manual (2015). One of the most characteristic behaviors of this disorder is coprolalia, which is the involuntary expression of socially inappropriate words.

The areas related to speech therapy that can be affected are communication and swallowing. Here, therefore, an intervention program is proposed to address them.

Palabras clave

Síndrome de Tourette, programa de intervención, logopedia, lenguaje, tics.

Key words

Tourette syndrome, intervention program, speech therapy, language, tics.



ÍNDICE

1.	Introducción.....	4
1.1.	Gilles de la Tourette y sus tics.....	4
1.2.	Epidemiología y Diagnóstico.....	5
1.3.	Factores de riesgo.....	6
1.4.	Trastornos asociados.....	6
1.5.	Tratamientos.....	8
1.5.1.	Tratamiento en logopedia.....	8
2.	Justificación del programa.....	9
3.	Objetivos del programa.....	10
4.	Método.....	11
4.1.	Participantes.....	11
4.2.	Instrumentos y materiales.....	11
4.3.	Desarrollo del programa de intervención.....	12
4.4.	Descripción, contenido y actividades de cada una de las sesiones y temporalización.....	13
4.5.	Evaluación de la intervención.....	17
5.	Resultados previstos.....	17
6.	Conclusión.....	18
7.	Bibliografía.....	20
8.	Anexo.....	23



1. INTRODUCCIÓN

Según el DSM-5 (2015) el Trastorno de la Tourette (TT) es un trastorno del neurodesarrollo que puede aparecer antes de los 6 años, y alcanza su mayor intensidad sobre los 10 años. Su cuadro lo caracterizan tics motores y fónicos que afectan a la vida diaria de los pacientes que lo sufren.

Estos tics, que son repentinos y crónicos, pueden ser asociados a disfagia, teniendo riesgo de atragantamiento. Además de problemas en la comunicación; ya que, debido a los tics fónicos, no pueden mantener una correcta fluidez en el habla.

1.1. Gilles de la Tourette y sus tics

Atendiendo al estudio de Palacios Sánchez et col. (2016), los tics se clasifican en simples y complejos; tanto los fónicos como los motores. Dentro de los tics simples, nos encontramos estereotipias como guiñar un ojo, gruñir o silvar. Por otro lado, dentro del área de tics complejos, nos encontramos movimientos más elaborados como saltar, gesticulación, lenguaje obsceno y ecolalias. Según apunta el DSM-5, los tics motores y fónicos no tienen por qué suceder de manera simultánea en el tiempo.

Observando el análisis de Albores Gallo y Estañol (2001), hay que tener en cuenta que la prevalencia de los tics suele ser sobre cuello, hombros y cabeza; con un 95%. Por otro lado, le siguen manos y brazos, con un 83%; y finalmente tronco y piernas, con un 60%.



1.2. Epidemiología y diagnóstico

Según el DSM-5, el trastorno de Gilles de la Tourette afecta al 1% de la población joven. En referencia al género, se apunta que prevalece en hombres 2 o 3 veces más que en mujeres.

En cuanto a la edad, podemos decir, que prevalece a los 6 años y alcanza su máxima intensidad sobre los 10, así lo confirma también el estudio de Montezuma del Castillo (2003) en su artículo. Por tanto, el trastorno de la Tourette ronda en la etapa de la infancia, y por eso, esta propuesta de intervención se va a basar en este rango de edad.

Edelkraut et col. (2019), apuntan en su artículo que, el diagnóstico de Trastorno de la Tourette lo suele proponer con más frecuencia un neurólogo, aunque también puede ser detectado por un psiquiatra. Uno de los criterios más sencillos para diagnosticar según el DSM-5 y con el apoyo de Torres et col. (2010), es la aparición por lo menos de 2 o más tics motores y de 1 o más tics fónicos, con inicio generalmente en la infancia.

Además, deben durar más de un año para verificar que se trata de este trastorno. Por otro lado, para diagnosticar de TT, la persona no puede tener relación con ninguna otra afección médica o consumo de sustancias.

El Trastorno de la Tourette se puede confundir a menudo con otro tipo de trastornos, por ello, atendiendo al DSM-5 vamos a explicar el diagnóstico diferencial. Los trastornos que pueden llegar a ser similares son, el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) y el trastorno de tics transitorio. El primero, se caracteriza por presentar solo un tipo de tic, es decir, vocal o motor pero no ambos, característica que no ocurre en TT. Sin embargo, en el transitorio pueden aparecer los dos y en cantidades diversas.



En cuanto a la duración de los tics, el Trastorno de la Tourette y los tics crónicos duran más de un año; por el contrario, los tics transitorios duran menos de un año. Todos estos trastornos se caracterizan por tics vocales o de movimiento no rítmicos, rápidos y recurrentes, aparecen antes de los 18 años y no tienen relación con ninguna otra afección médica o la ingesta de sustancias. Pero, sin embargo, existe comorbilidad con la ansiedad.

1.3. Factores de riesgo

Según el DSM-5, el factor genético juega un papel importante para padecer el TT, pero también existen otros factores. Encontramos algunas complicaciones en el embarazo o a la hora del parto, como la asfixia, el estrés materno, traumas, el abuso de sustancias o de alcohol o drogas, según Miranda Cabezas (2003).

A nivel psicosocial, un niño que puede estar expuesto al rechazo por parte de sus familiares de apoyo, bajo nivel cultural, alta comorbilidad o falta de apoyo escolar, puede desarrollar una autoestima baja y afectar así, a su desarrollo personal.

Por otro lado, si tiene un trastorno o enfermedad, como por ejemplo el TDAH, puede ser que los factores anteriores, sean factores de riesgo para su inclusión en la sociedad o su rendimiento académico, todo esto refuerza Moyano (2001) en su publicación.

1.4. Trastornos asociados

Según Oliveira y Massano (2012), la comorbilidad más común en personas con Trastorno de la Tourette, es el Trastorno por déficit de



atención/hiperactividad (TDAH). Este autor aporta que tiene una prevalencia del 50-90%, donde afecta así a otras áreas como la memoria, la inhibición, la atención y la organización visoespacial.

Todos los factores anteriores afectan directamente al rendimiento escolar, contribuyendo en algunas personas, a dificultades de aprendizaje que representan un 30% de los casos con TDAH con TT. Generalmente el TDAH suele aparecer en los niños que tienen TT, más que en adultos, según este autor.

Otro trastorno, bastante común, es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), que afecta alrededor del 40% de las personas, sobre todo en personas adultas, según el artículo de Tijero-Merino et col. (2009).

Moyano (2001), en su estudio confirma la gran prevalencia de los anteriores trastornos, pero afirma, la presencia de otras dificultades que conviven con este. Por ejemplo, el siguiente factor con más prevalencia es la ansiedad, afectando más a los niños con un 63% de los usuarios. Luego, destaca la distimia, afectando de igual manera, tanto a población adulta como infantil, con una media del 43%. Por otro lado, el Trastorno del sueño, que también afecta en general a la población con TT, con un 58% de prevalencia.

Se destacan otras dificultades con mayor incidencia en los adultos, como trastornos múltiples de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastorno de bipolaridad, dificultades laborales y sociales o trastornos alimentarios.

Por otro lado, en la población infantil, se destaca el fracaso escolar, trastornos específicos del aprendizaje, dificultades en habilidades sociales o trastornos de la conducta, todo ello apunta Moyano (2001).



1.5. Tratamientos

Evidentemente, estos trastornos serán tratados de manera multidisciplinar, es decir, van a intervenir diferentes profesionales trabajando de manera coordinada para la mejora de la persona. Según Albores Gallo y Estañol (2001), el tratamiento tiene que estar diseñado para la persona, es decir que tiene que ser individualizado y atendiendo a sus necesidades.

Existen dos tipos de tratamientos, farmacológico y no farmacológico. Dentro del artículo de Dorit Szwarc y Pedemonte Benvenuto (2014), encontramos tratamientos farmacológicos, generalmente para el control o supresión de los tics actuando como bloqueo de los receptores. Por otro lado existen diversos tratamientos no farmacológicos como terapias psicológicas o comportamentales, intervención escolar, registro de los tics, orientación, logopedia, entre otros.

La psicóloga Montezuma del Castillo (2003) en su artículo propone un tratamiento, desde nuestro punto de vista de interés, donde evalúa y trata a la persona con Trastorno de Gilles de la Tourette desde un punto de vista individual y de su entorno. Propone sesiones individuales y grupales con personas que estén en su misma situación, y luego tratamiento con su familia y en el entorno laboral o escolar.

1.5.1. Tratamiento en logopedia

En nuestra búsqueda bibliográfica no se han encontrado evidencias de la logopedia en Trastorno de Gilles de la Tourette, por tanto habría que realizar una búsqueda por otros recursos diferentes. A pesar de ello, tenemos el conocimiento de que, a nuestro criterio, la logopedia juega un papel fundamental en este ámbito.



En conjunto con otros profesionales, podemos mejorar gradualmente la calidad de vida de la persona con TT. Tenemos consciencia de que es un trabajo multiprofesional y que tenemos que trabajar en conjunto siguiendo las mismas pautas de actuación. Además, la figura de las familias también es relevante ya que son los que más tiempo pasan con el niño y tienen la oportunidad de actuar directamente.

Por otro lado, podemos intervenir en diferentes áreas como son la fluidez verbal y la deglución, los dos aspectos principales en los que se centra este trabajo. Además, podemos introducir pautas para una correcta respiración, coordinación fonorespiratoria o la relajación muscular. Todos estos aspectos son interesantes, a nuestro parecer, puesto que podemos conseguir que la persona disminuya la frecuencia de aparición de los tics motores y fónicos.

Además, la intervención puede ayudar a que el paciente se sienta más seguro al hablar y tragar, puesto que va a tener conocimiento de cómo abordar la situación con las pautas logopédicas. Y finalmente, apuntar que nuestro trabajo puede ayudar directamente, a que la persona incremente su autoestima y se sienta realizado en sociedad.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Se ha elegido el Trastorno de Gilles de la Tourette principalmente porque, con los instrumentos de búsqueda utilizados, se desconoce el trabajo del logopeda en esta área y cómo abordar el mismo. Por otro lado, sabemos que el papel del logopeda es muy relevante en muchos trastornos o patologías, así como en diferentes edades. Además, gran porcentaje de la población desconoce cuándo acudir a este/a profesional y qué es lo que puede tratar.



Con esta propuesta de intervención queremos dar a conocer la relevancia que tiene el papel de un logopeda para el tratamiento en TT. El diseño de este programa de intervención estará basado en una modalidad multidisciplinar, donde pensamos que no puede excluirse al logopeda y donde vamos a tener que contar con la ayuda de otros profesionales, así como del colegio y de los familiares.

Este método de trabajo permite unificar la información, así como los avances que vayamos alcanzando con el paciente mediante la intervención. Todo esto con ayuda de las evaluaciones y el seguimiento que vayamos realizando a lo largo del tiempo.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El tipo de terapia clásica, cognitivo-conductual, hace necesaria su presencia. Lo cual, no merma la integración de habilidades y destrezas propias de la disciplina logopédica. Aquí es donde mejor vemos esas tan reclamadas estrategias integradoras, alejadas de tan solo la medicación, a la hora de combatir la ansiedad que sufren los afectados por TT.

Objetivos generales:

- Fomentar la fluidez verbal en el paciente.
- Eliminar los riesgos de posible disfagia.

Objetivos específicos:

- Conseguir una adecuada posición corporal.
- Integrar técnicas de relajación muscular.
- Lograr una correcta coordinación fono-respiratoria.



- Corregir posibles alteraciones en la deglución.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

Esta propuesta de intervención logopédica va dirigida a personas que estén diagnosticadas del Trastorno de Gilles de la Tourette. Para formar parte de este programa se deben cumplir los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Población infantil entre los 7 y 10 años con diagnóstico de Trastorno de Gilles de la Tourette.
- Criterios de exclusión: Usuarios que presenten otro tipo de trastornos o discapacidad intelectual, de tipo moderado o grave.

Dichos participantes podrían ser derivados por otros profesionales (maestros, pediatras...) o acudir a terapia logopédica por voluntad de los padres.

4.2. Instrumentos y materiales

En primer lugar, se realizará una entrevista, haciendo uso de la anamnesis (Anexo 1), donde pueden participar los familiares que tengan un mayor contacto con el niño. En esta entrevista se recopilará información personal, datos médicos de interés, preferencias, evolución del síndrome y estado actual.

Para las sesiones de evaluación, utilizaremos las pruebas estandarizadas, en el caso de la fluidez verbal, utilizaremos el Test de Fluidez Verbal (TFV) de Portellano Pérez, J. A. y Martínez Arias, R. (2020) y las hojas de registro. Por otro lado, para evaluar la deglución haremos uso de los materiales necesarios



para la prueba MECV-V, prueba desarrollada y validada en el Hospital de Mataró por el Dr Clavé (2011) (Anexo 2).

Otro de los materiales que vamos a utilizar es un folleto informativo, donde se recogen pautas adaptadas a las necesidades del niño, y a su vez, a las de la familia y personas más cercanas. Este material, lo entregaremos a los padres en la última sesión para que puedan abordar situaciones futuras en el hogar (Anexo 3).

Para la intervención en la fase de fluidez verbal, utilizaremos desde una hoja de registro para recabar información de nuestro interés (Anexo 4), lecturas para una de las actividades (Anexo 6), diversos juguetes infantiles (Anexo 7), estos los podemos ir adaptando e incluyendo otros diferentes sin es necesario. En otras de las actividades utilizaremos una lámina impresa donde suceden varios acontecimientos (Anexo 8) y objetos reales como por ejemplo, un bolígrafo o un teléfono móvil (Anexo 9).

En la fase de deglución atípica trabajaremos principalmente con un espejo para que el niño vaya teniendo consciencia de donde se coloca la lengua a la hora de tragar. En algunas actividades miofuncionales también usaremos diversos materiales, que están presentes en el apartado 4.4. de este trabajo.

Por otro lado, en actividades más avanzadas en la intervención utilizaremos comida adaptada a cada caso, utilizando diferentes texturas y teniendo en cuenta el grado de disfagia que presente o las dificultades para tragar por los tics que se le presentan (Anexo 13).

4.3. Desarrollo del programa de intervención



El programa de intervención logopédica se llevará a cabo en 7 sesiones de unos 40 o 50 minutos cada una. Teniendo en cuenta la disponibilidad de las familias, se propone tener dos sesiones por semana, que ocupará aproximadamente un mes.

Cabe destacar que vamos a realizar sesiones de evaluación e información, donde tendremos la presencia de la familia, y el resto van a llevarse a cabo en actividades, solo con el niño con Trastorno de la Tourette. Se realizarán unas evaluaciones al principio y otras al final de la intervención logopédica para comprobar su efectividad.

Es importante conocer que la propuesta tiene unas sesiones limitadas. Puesto que, es aconsejable que el niño mantenga un seguimiento a lo largo del tiempo. Así, evitaremos que, en caso de que no se siga trabajando las actividades en el hogar, el paciente empeore y pierda todas las habilidades conseguidas en la intervención logopédica.

Hay que tener en cuenta que, para que nuestra propuesta funcione favorablemente, hay que trabajar en conjunto con otros profesionales y las familias, puesto que van a ayudarnos a intervenir en el hogar diariamente, y sin esta ayuda, no podemos conseguir entablar nuestros objetivos en el niño y que duren en el tiempo.

4.4. Descripción, contenido y actividades de cada una de las sesiones y temporalización

A continuación, presentaremos unas tablas explicativas de la metodología que se va a llevar a cabo en las sesiones y qué actividades se van a realizar en cada una de ellas. En primer lugar, mostraremos las sesiones de evaluación y



la información que se le dará a los padres (Tabla 1), que es el apartado informativo-formativo de la intervención.

En la primera sesión, se evalúan las habilidades y dishabilidades del niño en el ámbito logopédico; y en la última, se evaluarán los cambios positivos alcanzados con la intervención y aquellos otros que no se han podido lograr.

Luego, presentaremos las diferentes actividades de la intervención, que se darán a conocer previamente a los padres antes de cada sesión. Además, al comenzar cada sesión haremos una pequeña evaluación, donde se observará si el niño ha conseguido el objetivo de la sesión anterior. En caso de que no haya establecido las bases, reforzaremos de nuevo la actividad.

Nos centraremos en dos fases, es decir, los dos objetivos principales del programa: fluidez verbal y disfagia (Tabla 2).

Tabla 1

Sesiones de evaluación e información.

Número de sesión	Actividades	Temporalización
1ª Sesión	1ª Actividad: Entrevista a los familiares (Anexo 1).	20 minutos
	2ª Actividad: Explicación de la propuesta de intervención.	10 minutos
	3ª Actividad: Evaluación inicial de la fluidez verbal.	10 minutos



		15 minutos
	4ª Actividad: Evaluación inicial de la disfagia.	
	1ª Actividad: Evaluación final de la fluidez verbal.	10 minutos
7ª Sesión	2ª Actividad: Evaluación final de la disfagia.	15 minutos
	3ª Actividad: Explicación de abordaje en el hogar y evolución a lo largo de la intervención.	20 minutos

Tabla 2

Sesiones de actividades.

Número de sesión	Actividades	Temporalización
	1ª Actividad: Conversación y registro (Anexo 4).	10 minutos
2ª Sesión (Fase fluidez verbal)	2ª Actividad: Relajación. Utilizaremos las pautas expuestas en el artículo de Fiuza Asorey (2011).	20 minutos
	3ª Actividad: Conversación y registro	10 minutos



	(Anexo 4).	
	1ª Actividad: Correcta respiración y posición corporal.	10 minutos
3ª Sesión		
(Fase fluidez verbal)	2ª Actividad: Coordinación fonorespiratoria (Anexo 5).	15 minutos
	3ª Actividad: Lectura (Anexo 6).	15 minutos
	1ª Actividad: Juego de roles.	15 minutos
4ª Sesión		
(Fase fluidez verbal)	2ª Actividad: Lámina para conversar (Anexo 8).	15 minutos
	3ª Actividad: Objetos para describir (Anexo 9).	10 minutos
	1ª Actividad: Explicación de deglución normal.	10 minutos
5ª Sesión		
(Fase deglución)	2ª Actividad: Deglución ante el espejo (Anexo 10).	15 minutos
	3ª Actividad: Tonificar la lengua (Anexo 11).	15 minutos
6ª Sesión		
(Fase deglución)	1ª Actividad: Sello labial (Anexo 12).	15 minutos
	2ª Actividad: Deglutir diferentes texturas	25 minutos



(Anexo 13).

4.5. Evaluación de la intervención

Como hemos nombrado en el punto 4.4., la intervención consta de dos evaluaciones, una inicial y otra final. En ellas valoramos la fluidez verbal y la deglución. Por otro lado, a lo largo de toda la intervención, vamos a evaluar al niño cada vez que entra en consulta.

Observaremos si ha establecido unas bases sólidas de la sesión anterior. Estas pequeñas evaluaciones se harán practicando actividades anteriores, para saber si han funcionado o si las ha practicado en el hogar con las familias. En caso de que esas actividades no estén consolidadas, retomaremos la sesión reforzando las mismas.

La información que vayamos obteniendo, siguiendo el método observacional, se la comunicaremos a los familiares para que tengan consciencia de cómo va evolucionando el niño a lo largo de la intervención.

5. RESULTADOS PREVISTOS

Conociendo los objetivos específicos del programa, los resultados que se esperan conseguir son, principalmente:

- Conseguir que el paciente mantenga una conversación fluida.
- En caso de que el niño presente algún cuadro de ansiedad, nuestro objetivo a largo plazo, es que aprenda a controlar su nerviosismo ante la



aparición de tics, apoyado por la intervención psicológica y por nuestro propio trabajo logopédico.

- Mantener un buen tono muscular en las estructuras orofaciales.
- Adquirir la adecuada posición lingual a la hora de deglutir.
- Tener conocimiento de una correcta posición corporal.
- Conocer como es la coordinación fonorespiratoria, así como el funcionamiento de la respiración en la deglución.
- Aplicar las estrategias aprendidas en la rutina diaria, fuera de consulta.
- Las familias deben conocer el trabajo realizado en consulta, los logros alcanzados y dificultades no resueltas. Igualmente, será necesario que colaboren como coterapeutas para que el niño avance y consolide lo aprendido.
- Respecto al niño, se espera que alcance lo mejor posible el control de su musculatura orofacial, mediante las técnicas aprendidas.

6. CONCLUSIÓN

Hay varios aspectos relevantes a tener en cuenta en esta intervención logopédica:

- El tratamiento se va a llevar a cabo de manera multidisciplinar, es decir, vamos a contar con la coordinación e intervención de otros profesionales, como por ejemplo el maestro, psicólogo, pediatra y neurólogo.
- Por otro lado, las familias deben saber que sin su apoyo en el hogar, la terapia no podría ser efectiva, los necesitamos como coterapeutas.
- El programa de intervención tendrá que ser flexible, y adaptable a cada caso.



- Por parte del terapeuta logopédico, es necesario su implicación y confianza para conseguir que el niño se motive por el programa.
- Finalmente, sabemos que Gilles de la Tourette es un trastorno crónico, por lo tanto, modificable en algunos aspectos, pero en otros no. Por lo que, tal y como hemos señalado, se requiere un trabajo conjunto de diferentes profesionales comprometidos con este trastorno y a lo largo del tiempo.



7. BIBLIOGRAFÍA

Albores Gallo, L., & Estañol, B. (2001). TICS. Diagnóstico, Fisiopatología y Tratamiento. *Salud Mental*, (24), 26-35.

Arroyo Riascos, M. L., & Baquero Castellanos, S. (2011). Aspectos del lenguaje en la enfermedad de Gilles de la Tourette: revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 29(2), 231-239.

Chaná Ferrada, M. J. (2013). Aproximación a la terapia cognitivo conductual como herramienta terapéutica en el Síndrome de Tourette. *Psiquiatría y salud mental*, 30(2), 86-91.

Clavé, P., y García, P. (2011). Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Glosa.

Dorit Szwarc, P., & Pedemonte Benvenuto, M. (2014). Síndrome de Gilles de la Tourette. *Tendencias en Medicina*, (45), 65-75.

Edelkraut, L., Moreno-Campos, L., Berthier, M. L., Jurado-Chacón, S. & Dávila, G. (2019). ¿Quiénes deben tratar los trastornos comórbidos del síndrome de Tourette? *Revista española de trastornos del movimiento*, 11(1), 6-13.

Fiuza Asorey, M. (2011). Una realidad olvidada: la salud vocal en Educación Infantil y Primaria. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación*, 19(1), 1138-1663.



- Gatica-Ferrero, S. (2018). Caracterización Cognitiva del Trastorno de Tourette con Comorbilidad TDAH: Un estudio de caso. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 13(2), 58-62.
- Izquierdo Cortés, P. (2009). ¿Qué les pasa a los niños con tics? *Información psicológica*, (97), 37-45.
- Jagger, J., Prusoff, B. A., Cohen, D. J., Kidd, K. K., Carbonari, C. M. & John, K. (1982). The Epidemiology of Tourette 's Syndrome: A Pilot Study. *Schizophrenia bulletin*, 8(2), 267-278.
- Miranda Cabezas, M. (2003). Tics y síndrome de Tourette: ¿Son psicogénicos los tics? ¿Cuál es su fisiopatología y qué opciones terapéuticas existen? *Revista Medicina Clínica Condes*, 14(4), 169-174.
- Montezuma-del-Castillo, O. (2003). El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette. *Persona*, (006), 151-178.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Moyano, M. B. (2001). Comorbilidad Psiquiátrica en Poblaciones Clínicas con Síndrome de Gilles de la Tourette. *Vertex*, 12(45), 165-175.
- Oliveira, A., & Massano, J. (2012). Síndrome de la Gilles de la Tourette; Clínica, Diagnóstico y Abordaje terapéutico. *Archivos de Medicina*, 26(5), 211-217.
- Oviedo Lugo, G. F. (2004). Trastorno de la Tourette. *MedUNAB*, 7(20), 125-129.
- Palacios Sánchez, L., Vergara Méndez, L. D., Martínez Camacho, A. V., Canal Piñeros, S. & Mora Muñoz, L. (2016). Gilles de la Tourette y su síndrome. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(1), 80-86.



Portellano Pérez, J. A. & Martínez Arias, R. (2020). *TFV. Test de Fluidez Verbal*. España: TEA Ediciones

Tijero-Merino, B., Gómez-Esteban, J. C., & Zarranz, J. J. (2009). Tics y síndrome de Gilles de la Tourette. *Revista de Neurología*, (48), 17-20.

Torres, E. E., Celeste, M., Scromeda, P., Adrián, N., & Cima, B. (2010). Síndrome de Gilles de la Tourette en pediatría. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina*, (201), 18-23.



8. ANEXOS

8.1. Anexo 1. Anamnesis

Datos personales del niño/a:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Datos personales de la familia:

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Contacto:

Datos médicos de interés:

- Antecedentes familiares
- ¿Tiene o ha tenido algún otro trastorno o patología asociada?
- ¿Tiene alguna alergia o intolerancia?
- ¿Toma alguna medicación?
- ¿A qué profesionales han acudido?

Historia y estado actual:

- ¿Hace cuánto le diagnosticaron el trastorno?
- Motivo de consulta
- ¿Cuáles fueron los síntomas para acudir a un profesional?
- En el colegio, ¿tuvieron algún tipo de problema o todo funcionó de igual manera después del diagnóstico?
- ¿Ha tenido problemas para socializar?
- ¿El niño/a ha tenido cambios en sus tics a lo largo del tiempo?
- ¿Cuáles son las dificultades más graves que ha tenido?



- ¿Podría describirme como es el estado actual del usuario/a?
- Para la intervención es importante saber las preferencias o aficiones del paciente, ¿podría comentarme que le gusta?
- ¿Cómo es su día a día?
- En la rutina diaria, ¿qué actividades son más complicadas de ejecutar para él/ella?
- A la hora de la comida, ¿ha tenido problemas de atragantamiento? ¿Con qué tipo de texturas (sólidos, líquidos...)?
- ¿Cómo describirías su fluidez oral?
- ¿Tiene muchas dificultades en la escritura? ¿Y en la lectura?

8.2. Anexo 2. Materiales para realizar el MECV-V

- Agua a temperatura ambiente
- Espesante
- Jeringa de 50 ml
- 3 vasos
- Pulsioxímetro
- Hoja de registro

8.3. Anexo 3. Información a las familias para abordaje en el hogar o entorno social.



Figura 1



Nota: Folleto de elaboración propia

8.4. Anexo 4. Registro observacional de los tics.

Mantendremos una conversación para que se sienta cómodo ya que es una primera toma de contacto. Aquí aprovecharemos para analizar visualmente cómo se comporta el usuario en cuanto a la fluidez verbal y cómo es la frecuencia de sus tics fónicos y motores. Los registramos para comprobar la evolución más tarde.

Registro TICS	MUCHO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NADA
Movimiento en piernas				



Movimiento en brazos				
Movimiento en manos o dedos				
Movimiento en hombros				
Movimiento en cabeza				
Movimiento en boca				
Movimiento en ojos				
Ruidos fónicos				
Muletillas				
Le cuesta empezar una frase				
Repite palabras				
Carraspeo o tos				

8.5. Anexo 5. Actividades de coordinación fonorespiratoria.

1. Toma aire por la nariz y producimos el sonido de la S de manera alargada /sssssss/.
2. Toma aire por la nariz y producimos el sonido de la G de manera alargada /ggggggg/.
3. Toma aire por la nariz y producimos el sonido de la L de manera alargada /lllllllll/.



4. Toma aire por la nariz y producimos el sonido de la U de manera alargada /uuuuuu/.

Estas producciones deben de tener el mismo volumen a lo largo de toda la emisión.

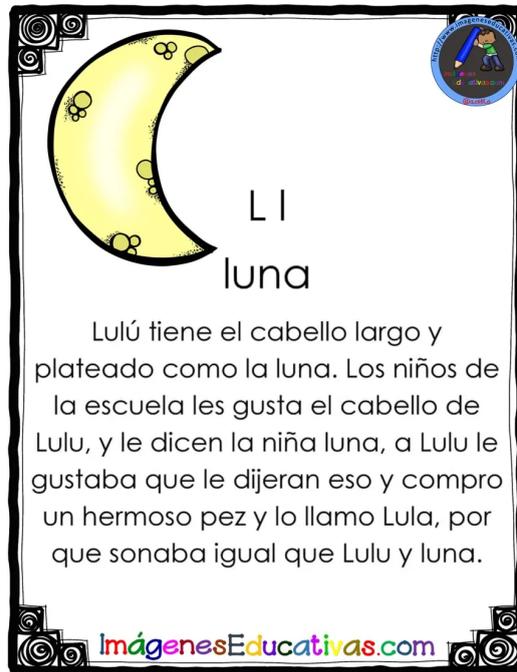
5. Vamos a poner la boca en posición de las letras que vamos a indicar, y tomaremos aire por la nariz y lo soltaremos como si fuéramos a emitir esas letras pero son el sonido de las mismas. Por ejemplo las letras, a, o, b, g, v, n, m, i, d, u, e, z.
6. Ahora emitiremos palabras alargando el sonido lo máximo posible hasta que no tengamos aire. Por supuesto inspiramos aire por la nariz. Ejemplo palabras como, paraíso, jaula, leopardo, juegos, títere, etc.
7. Y por último, vamos a realizar fonaciones de vocales, variando entre agudos y graves y en el volumen.

8.6. Anexo 6. Lectura fluidez verbal.

Le presentaremos un texto, donde el usuario tendrá que leerlo en voz alta una primera vez. Luego le pediremos que lo vuelva a leer pero explicándole la entonación, las reglas de puntuación, y la prosodia. Nosotros haremos de modelo para que entienda en caso de dificultades.



Figura 2



Nota: Adaptado de ilustración de lectura (Ilustración) (2019)

<https://i0.wp.com/www.imageneseducativas.com/wp-content/uploads/2019/03/Cuaderno-de-lectura-para-Primaria-descargarlo-en-pdf-13.jpg?ssl=1>

8.7. Anexo 7. Juguetes para el juego de roles.

En esta vamos a “jugar” con el niño teniendo cada uno un papel. El objetivo de la actividad es que el paciente se sienta cómodo y lo forcemos a mantener una conversación.

Materiales:

Médico-paciente: Camilla, bata, estetoscopio de juguete, medicamento de juguete, bolígrafo y papel, entre otros.



Vendedor-comprador: Tienda de juguete con accesorios, caja registradora, dinero de juguete, bolsa, entre otros.

8.8. Anexo 8. Lámina para conversar.

Escogeremos una lámina para que el paciente nos explique qué está pasando y haremos una serie de preguntas.

Figura 3



Nota: Adaptado de ilustración de lámina (Ilustración) (2012)

https://4.bp.blogspot.com/-k4QKfzUhYf8/TzLfk3n53ZI/AAAAAAAAAPg/p0y_MYSpaVk/s1600/l%C3%A1mina+f%C3%BAtbol.jpg



Le mostraremos esta lámina al usuario y señalando, e haremos preguntas tales como:

¿Qué está haciendo la niña de la camiseta naranja?

¿Puedes decirme con quién está la niña de camisa violeta? ¿y qué hacen?

Dime algo que te parezca curioso

Describeme como está el clima

Dime todos los animales que veas

8.9. Anexo 9. Objetos para describir

En esta actividad le mostraremos objetos reales y el paciente tiene que explicarnos cómo es, y para qué sirve. Tiene que darnos todos los detalles que sepa sobre ese elemento.

Los materiales serán objetos reales como:

- Bolígrafo
- Teléfono móvil
- Plátano
- Juego de cartas
- Pantalones
- Silla

8.10. Anexo 10. Actividades para deglutir ante un espejo



1. Coloca la lengua en posición /n/ y traga saliva. Ten consciencia del movimiento que hace la lengua.
2. Luego, emitiremos sílabas que se posicionan en los alvéolos, posición inicial de la deglución como la /r/ o //.
3. Ahora haremos lo mismo pero con un trago de agua.
4. Ahora haremos como que estamos masticando comida, y nos observamos en el espejo para ver cómo ejercen fuerza los músculos.
5. Seguimos haciendo lo mismo que el punto 4, pero nos vamos a tocar los cachetes para notar la fuerza.
6. Ahora colocaremos un trocito de gominola o pan en la punta de la lengua, y posicionamos la lengua en /n/ y abrimos y cerramos la boca, ejerciendo fuerza con la lengua.
7. Ahora vamos a tragar con la boca abierta, para trabajar la zona posterior de la lengua. Cogemos una jeringa con un poco de agua y la lanzaremos a la zona de la laringe y deglutimos.

8.11. Anexo 11. Tonificar la lengua.

Vamos a tonificar la lengua con terapia miofuncional. Le iremos indicando una serie de ejercicios, además de ir explicando para qué sirve esta técnica.

1. Con la boca abierta, sacamos la lengua y la introducimos varias veces con mucha fuerza.
2. Hacemos lo mismo que anteriormente pero de izquierda a derecha, con la lengua fuera.
3. Volvemos a hacer lo mismo pero de arriba a abajo.
4. Ahora, le apretamos los cachetes con nuestros dedos, y con la boca cerrada, tendrá que tocar con fuerza los cachetes con la lengua, de izquierda a derecha.



5. Con la punta de la lengua detrás de los dientes de arriba haciendo fuerza hacia arriba, abrimos y cerramos la boca.
6. Hacemos lo mismo que el punto anterior pero con la zona posterior de la lengua, como si fuéramos a decir una /k/.
7. Con un depresor lingual, lo posicionamos delante de su boca, y el usuario tendrá que empujarlo hacia afuera.
8. Ahora sacamos la lengua y la ponemos en posición de U, varias veces.
9. Luego empezamos con la lengua en posición de /n/ y hacemos chasquidos con la boca abierta.
10. Luego haremos lo mismo que el punto anterior pero los chasquidos se harán con la zona posterior de la lengua.

8.12. Anexo 12. Sello labial.

Retomamos con la terapia miofuncional de la sesión anterior y trabajaremos el sello labial. Le indicamos nosotros y será un modelo si fuera necesario

1. Vamos a tragar saliva con la posición de la lengua correcta, haciendo fuerza con los labios juntos.
2. Llenamos las mejillas con aire y hacemos fuerza con los labios juntos y luego soltamos aire por la boca.
3. Ahora posicionamos la boca como si fuéramos a decir /u/ y luego la /a/ varias veces.
4. Vamos a ponerle un hilo en los labios por un extremo, y el usuario tendrá que ir recogiendo con los labios.
5. Cogemos un lápiz y lo pondremos arriba del labio superior, y haciendo una /u/, caminaremos por la sala sin que se nos caiga el lápiz.
6. Haremos lo mismo que el punto anterior pero con el labio de abajo.



7. Luego le indicamos que coja el lápiz con los labios y que ejerza fuerza mientras nosotros intentamos quitárselo.
8. Ahora le indicaremos que se coloque los dos dedos índice a cada lado de la boca, como una mueca, e intentamos hacer fuerza para hacer una /u/ con los labios.

8.13. Anexo 13. Deglutir diferentes texturas.

Vamos a poner en marcha todo lo aprendido anteriormente e incorporaremos comida de diferentes texturas. Le iremos dando indicaciones y pautas.

En base a los alérgenos y gustos del usuario, escogeremos diferentes alimentos con distintas texturas para observar cómo se comporta su musculatura a la hora de deglutir, además de que el paciente tome consciencia de las posiciones de la lengua. Los alimentos podrían ser, una gelatina, una rodaja de pan de molde, una manzana o un yogur. Con cada alimento le indicaremos:

1. Dale un mordisco o toma una cucharada y forma el bolo alimenticio, mediante la masticación.
2. Cuando ya esté bien disuelto, posicionamos la lengua en posición /n/ y preparamos para deglutir.
3. Deglutimos y preguntamos al usuario si ha notado cómo se mueve la lengua.