



Especialista en Psicopatología clínica infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XI. TICS

Introducción

Trousseau y Charcot fueron quienes por primera vez señalaron de manera indudable la importancia del factor psíquico en el origen del tic; a Brissaud se le deben las primeras descripciones clínicas de los tics. Gilles de la Torette aisló en 1885, una variedad especial – la enfermedad de los tics compulsivos – que lleva su nombre. Después Cruchet y la obra de Meige y Feindel que constituyeron el más importante trabajo clínico sobre el tema. Las características mentales de quienes sufren tics, ya analizadas por Janet, Meige y Feindel, han sido replanteadas posteriormente por Ferenczi, Rouart y Lebovici.

En opinión de Cruchet, los tics consisten en la repentina e imperiosa, involuntaria y absurda ejecución, en intervalos irregulares, pero relacionados, de movimientos sencillos, aislados o unidos que objetivamente representan un acto adaptado a un objetivo concreto. Como señala Meige, a ello debe añadir que con frecuencia su ejecución va precedida de una necesidad, que reprimirlo produce un malestar, que la voluntad y la distracción, pueden suspenderlos y que desaparecen al dormir. De la observación de los diversos autores se extraen ciertas características clínicas. Todos señalan la brusquedad de movimientos, pero Meige y Feindel distinguen entre tics clónicos y tics tónicos; esto son siempre actos forzados. Cruchet lo contradice, haciendo ver que el tic sólo puede ser un movimiento en acción, no un movimiento fijo. Como acción en sí, los tics asemejan a ciertos gestos corrientes, pero son una “caricatura de actos naturales” por razón de su brusquedad, por sus sacudidas y por sus cambios; el carácter pseudointencional figurado ha hecho describir los tics por su carácter funcional. El tic es inoportuno, intempestivo, un acto estéril e incompleto; cambia de un niño a otro e incluso en la misma persona, tiende a extenderse, a cambiar según circunstancias, posturas, situación, etc.- así lo indica Janet -.

Localización y forma de los tics

Los tics son muy diversos y diversamente localizados. Podemos señalar:

-Tics faciales. Probablemente son los más corrientes, aparecen en actos funcionales en que participan los músculos faciales: tics de párpados – guiños, desorbitamiento de los ojos, parpadeos- tics de las pestañas, la nariz, la frente, los labios – mordisquearse, la succión. Muecas, rictus -, de la lengua – silbido, lameteo, graznido -, tics del maxilar.

-Tics de la cabeza y del cuello. Alzarla, saludar, afirmación, negación rotación. Clásicamente se describía el llamado tortículis mental, actualmente encasillado en el cuadro de discinesias de origen extrapiramidal; suele ir unido a movimientos como el espasmo de torsión y la coreoatetosis.



-Tics de tronco y miembros. Tics de hombros – elevar los hombros, normalmente de un solo lado -, de los brazos, manos y dedos –rascarse, tricoplastia, onicofagia,

peotilomanía -, tics del tronco – saludos, equilibrios, tembleques -, tic abdominal, tic del salto – cambio de paso, paso de polka -.

-Tics respiratorios. Quienes tienen este tic resoplan, aspiran roncan, soplan, bostezan, sollozan.

-Tics fonatorios y verbales. Se asemejan a los anteriores, pero van acompañados de ruidos diversos: gritos inarticulados, ladrido, cloqueo, gruñido, croar. Los tics verbales están constituidos por la emisión de sílabas articuladas, palabras y frases siempre idénticas. Tales palabras suelen ser de carácter precoz. – coprofalia -.

-Tics digestivos. Tics de deglución con aerofagia, eructos encadenados y falsas ganas de ir al baño.

Esta descripción tiene un carácter muy relativo debido a que cada sujeto posee sus propios tics, que suelen ir unidos y que un tic puede ser siempre igual o cambiar ocasionalmente. Por su extensión, ciertos autores describen tics propios de determinadas zonas musculares junto a tics extensivos y múltiples.

Con posterioridad a otros, Rouart analiza lo que la persona con tics piensa sobre este particular- Se siente el tic, dice, como una imperiosa necesidad de realizar un acto, necesidad que se impone obsesivamente y que al realizarse produce una satisfacción “excesiva, desplazada – Meige y Feindel -. Se ve como necesidad de hacer algo prohibido y sin sentido, y no es raro que se tenga vergüenza y se de una importancia al hecho de ser visto.

A partir de un estudio psicofisiológico, Moldofsky distingue el tic simple, sin significación psicológica, emocional o simbólica, y el tic complejo que parece comportar unos componentes psicológicos dominantes, que reduce la tensión, y en cuya expresión simbólica se encuentran unos conflictos que giran alrededor de impulsiones agresivas y de necesidades sexuales imperiosas.

Personalidad del niño con tics

En los niños que tienen tics, Rouart distingue dos formas diversas de personalidad. La primera es la de los niños bien adaptados, buenos escolares; lo único que en la familia preocupa algo son sus tics; sin embargo, son ansiosos, excesivamente infantiles, y actúan como auténticos neurópatas. Al segundo tipo pertenecen los inestables, turbulentos, distraídos en casa y en la escuela, más extrovertidos que los primeros; en ellos, los tics son una manifestación paroxística de inadaptación al medio a lo que se asocia a una

conducta compuesta de turbulencia y sentimiento de contrariedad, de agresividad y de temor.

Además de estos tipos existen formas intermedias. En la estructura de personalidad de quienes tienen tics hay ciertos puntos subrayados por Rouart: ambivalente latente o explícita, señaladas en esquemas de tipo obediencia-rebeldía, un retraso afectivo – ya señalado por Meige y Feindel que decían que “sean pequeños o mayores, quienes tienen tics tiene el estado mental de una edad inferior a la que tienen en realidad”; e insisten en su infantilismo mental, en el que reconocen los siguientes caracteres: Ligereza, versatilidad, despreocupación, emotividad excesiva y fugaz, impaciencia y cóleras infantiles, extrema timidez, falta de ponderación en sus actos, afectividad caprichosa, pasiones vivaces, breves y sorprendentes -.

Rouart insiste en sus fijaciones narcisistas y en sus tendencias sádicas, que se manifiestan en formas de oposición y parecen hallarse inscritas en la raíz misma de dichos movimientos anormales, uno de cuyos objetivos pudiera ser el querer irritar a la familia; las tendencias sádicas irán unidas a deseos masoquistas, en la medida en que si el tic es una agresión contra los padres, desencadenará críticas y reprimendas. Como dice Rouart, todas estas tendencias y las reacciones que provocan por parte del entorno al que apuntan directamente imposibilitan separar el carácter del paciente del ambiente que le rodea. Lo cual supone un interés en estudiar el marco familiar en el que se mueve el niño con tics. Debe subrayarse que frecuentemente se trata de un hijo único. La atmósfera familiar suele ser tensa; la madre, perfeccionista y llena de ansiedades, se muestra sumamente consentidora ante ciertos casos y represiva en exceso ante otros, como el onanismo, por ejemplo. En resumen, el tic lo soporta muy mal la familia, que normalmente lo interpreta como señal de hostilidad y de agresividad. La familia tiende a reprimir los tics, lo que normalmente le hace sentir un fuerte sentimiento de culpabilidad.

Diagnóstico de los tics

Generalmente es fácil diagnosticar los tics, sobre la base de los mismos movimientos y la personalidad del sujeto. Ahora bien, hay que distinguir el tic de determinados movimientos anormales, como son:

- Los movimientos coreicos, que se conocen por ser mucho más variables, inevitables y de carácter amorfo, opuesto al representativo, propio de los tics y por su diversa evolución. No obstante, la corea variable de los degenerados, al decir de Brissaud, combina la variabilidad de la corea y la etiología del tic.

- Los movimientos conjuratorios de los psicasténicos, muy parecidos a los tics, especialmente en ciertos gestos antagonistas. Pueden darse múltiples formas de transición. Cruchet distingue tics y “ritmias”, que son movimientos simples o combinados idénticos a sí mismos, que se suceden a intervalos regulares como el batir del metrónomo y se asientan en la cabeza y el tronco. Describe las ritmias del niño de poca edad, aún cuando se dan frecuentemente en los llamados idiotas, en quienes se presentan como cinesias de juego.

- Las clonias, en sus diversas formas, distintas a los tics y cuyo contexto clínico permite un fácil diagnóstico diferencial.

- El espasmo facial, que suele plantear un difícil problema diagnóstico comparado con los tics del rostro. Al diagnóstico se llega por el estudio de sincenesias, las condiciones en que se ha desencadenado y las posibilidades de inhibición temporal. Sólo un largo estudio del paciente permitirá solucionar el problema con ciertos paraespasmos faciales. No obstante, hay que advertir que tales espasmos suelen aparecer tarde.

- Epilepsia bravais-jacksoniana. Cuando se trata de tics unilaterales se presentarán dudas al examen. Observar cuando sobreviene el acceso es lo que aclarará todas las dudas.

También se distingue el tic de:

-Los hábitos motores y manipuladores del cuerpo. Kanner ofrece cierto número de rasgos distintivos. Los hábitos motores se inician anteriormente. No tienen el carácter brusco del tic y requieren cierta preparación: duran más y responden a ciertas actividades de mayor complicación; la complacencia es más evidente; duración, intensidad y movimiento pueden variar con las repeticiones; puede interrumpirse su desarrollo; se pueden controlar voluntariamente.

Etiología de los tics

Los tics aparecen entre los seis y ocho años, o a veces en la pubertad, que en definitiva puede coincidir con una época de recrudecimiento. No tiene nada que ver el sexo. Parece ser que los tics no existen en los pueblos primitivos, aunque no está perfectamente demostrado. Los tics se dan en personas de elevado nivel mental.

Charcot daba la máxima importancia al factor herencia en quienes tienen tics. En sus ascendientes se suelen dar los tics, al igual que en sus ramas colaterales, e incluso encontrar numerosos neurópatas y psicópatas. Es impresionante la asociación tics-obsesión en el marco de una familia. Se plantea la pregunta de si no será hereditaria la obsesión, campo abonado para el tic, si bien una y otra no son consecuencia de los primeros pasos en la educación.

Los primeros autores insisten en la función imitativa; Meige y Feindel escriben: “entre quienes se hallan predispuestos, nada es más contagioso que los tics”. Piensan que la repetición del mismo movimiento, impuesto por una ocupación profesional, crea una predisposición para quedar localizado un tic en los músculos puestos en función.

Según Corbett y colaboradores, en las personas con tics, se encuentran unas perturbaciones emocionales de las cuales las más comunes se parecen a las de una población general de niños perturbados; no obstante, las costumbres de gratificación, los trastornos del lenguaje, los trastornos de la defecación – incluida la encopresis –, los síntomas obsesivos e hipocondríacos aparecen de una forma significativa mucho más frecuentemente en los pacientes con tics, mientras que las depresiones y las iras aparecen de forma mucho más frecuentemente en la población total de niños perturbados.

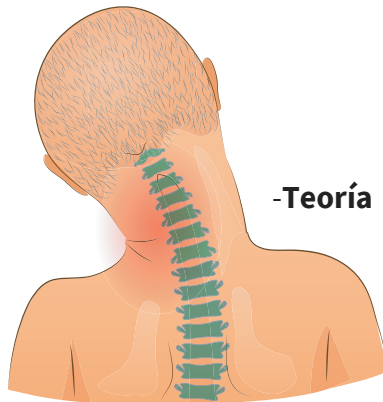
Patogenia de los tics

Esquemáticamente., podemos señalar tres tipos de ideas patogénicas: la orgánica/organofuncional, las psicogenéticas y las psicomotoras.

SPASTIC TORTICOLLIS

distinguir

convulsiones, y



-Teoría orgánica y organofuncional. Los

primeros autores trataron de

los tics de los espasmos y

discutieron el mecanismo

cortical o subcortical de los diversos tipos de sacudidas. La epidemia de encefalitis epidémica permitió la eclosión de la teoría de lesiones. Como secuela de dicha afección se señalaron unos movimientos muy semejantes a los tics y con idéntico carácter figurado. Meige, que al igual que Feindel clasificaba la torticollis mental en el grupo de los tics admitió en 1922 que dicho síndrome obedecía a lesiones mesencefálicas.

Según Wilson, los tics de hábito se acercan al reflejo condicionado. La respuesta motora a un excitante adecuado se vuelve a producir tras un estímulo referente al primer

excitante que inicialmente estaba asociada. El nuevo estímulo, aún cuando muchas veces sea de naturaleza totalmente diferente, basta para provocar los primitivos movimientos. Este autor acepta un mecanismo de este tipo para los hechos ya anotados de los tics subsiguientes a movimientos coreicos. Dicha explicación supone una participación cortical en los movimientos de quien tiene los tics, vistos como un reflejo de tipo superior. Yates y Jones aceptan la hipótesis de que ciertos tics son respuestas condicionales destinadas a reducir un estado de impulsos, anteriormente evocado por una situación traumatizadora. Dicha situación ha originado un gran temor y movimiento de huida o ataque. Si el movimiento coincide o produce el cese del estímulo, se refuerza. Después, al generalizarse el estímulo, puede provocarse un temor condicionado, ansiedad, miedo que disminuye al realizarse el movimiento. De esta forma, paulatinamente irá provocando el tic todo tipo de estímulo hasta convertirse en un hábito sólidamente cimentado.

-Teorías psicogenéticas. Estudian el funcionamiento del tic y le confieren un significado que, según Rouart, parece emanar: de la forma esencial mímica del tic, de su estructura fundamentalmente compulsional y conflictiva, de los componentes de la situación en que aparece y que corresponde exactamente a la del niño en su propio ambiente familiar, del momento en que se manifiesta, que es aquel en que afloran ciertos conflictos relacionados con la formación de complejos, su evolución y el intento de liquidarlos. El tic es la expresión mímica de un conflicto entre las fuerzas rechazadas y las rechazantes en el niño, el superego familiar. Por su carácter de desafío, que le viene dado por la repetición, no obstante súplicas y amenazas, por el enfado que provoca a su alrededor, “a nadie se le ocurre dudar de que su tic significa, dice Rouart, una intencionalidad agresiva”. Por la represión y la severidad que acarrea, el tic expresa una culpabilidad y la necesidad de castigo. Tiene el mismo significado que una confesión forzada contra su voluntad, como es la eritrofobia, con la que comparte el carácter compulsivo y espectacular.

El significado del tic a veces será perfectamente accesible; otras, requerirá un análisis más profundo por tener un carácter sustitutivo; por su carácter motor, inacabado y furtivo, puede semejar la sustitución de un acto prohibido o imposible de realizar, o como un simulacro de dichos actos. Como dice Rouart, “puede tener múltiples significados que condensan, determinan y superdeterminan su forma”. Todas las autoridades clásicas coinciden en atribuir a los tics componentes psicológicos, que se asocian frecuentemente con obsesiones.

Al estudiar el sentido del tic, Ferenczi lo equipara repetidamente al onanismo. Cree que los niños con tics tienen un auténtico erotismo muscular. Cree que, al igual que la masturbación, el tic es un gesto secreto por el sentido de culpabilidad y, por consiguiente, autopunitivo, es decir, fortuito y provocante a la vez.

Klein le da gran importancia al hecho de que el tic parece claramente ir unido a un fantasma masturbatorio que necesita sacar a la luz para curarlo. Esta autora cree que dichos fantasmas se caracterizan por la identificación con el padre en las relaciones sexuales. Al identificarse, el niño se halla a sí mismo y expresa su narcisismo esencial. También Rouart insiste en el valor sustitutivo del tic y del onanismo, y aporta una interesante observación de Raymond y de Janet.

-Teorías psicomotoras. Meige y Feindel insistían ya en la existencia de un auténtico déficit motor en quienes tiene tics. Con frecuencia se asocian inestabilidad motora y tics; aparte de esto, se ha intentado aislar, mediante una batería de test, un tipo de personalidad motora en él. Crown señala que quienes poseen tics tienen una elevada desorganización por influjo de la emoción en los resultados de los movimientos voluntarios, y en sentido equivalente, aunque inferior, en test de acción ideomotora.

Dichos resultados confirman la clásica impresión de que existe una correlación entre tics y temperamento distímico. Tras estudiar la aerodinámica de los tics, David Levy advierte que, por influjo de la restricción de movimientos, pueden darse regresiones a un escalón

psicofisiológico inferior, apareciendo de este modo auténticos actos automáticos. No obstante, al estudiar niños inmovilizados durante largo tiempo por fracturas o enfermedades óseas, reconoce Berkman no haber observado tics en ellos. Supone que la explicación de esto radica en el hecho de que los tics son consecuencia de la restricción motora juntamente con algún conflicto. Para Moldofsky, a pesar de lo síndromes obsesivo-compulsivos no son específicos de los individuos con tics, la restricción parece desempeñar un importante papel; además de corporal, la restricción puede ser territorial e intrapsíquica – Levy -.

En su estudio sobre la personalidad de tales pacientes, Mahler dice que son personas con un síndrome al que da el nombre de motor urgency, esto es, señala la imposibilidad de controlar el funcionamiento neuromuscular, Cree que dichos pacientes son pequeños ansiosos inhibidos, fácilmente deprimidos, pasivos, y que fundamentalmente se dan entre muchachos. En éstos el aparato neuromuscular es de manera especial la sede de la agresividad. Se comprende la aparición de tics en el periodo de latencia, tras la evolución edipiana, hacia los siete años, ya que en ese momento las relaciones familiares no pueden expresarse de forma agresiva, sino en el campo locomotor. Los tics se producen en personas predispuestas a alteraciones motoras y con ocasión de conflictos, muy frecuentes en esta edad. Según Moldofsky, estos niños habrían demostrado un grado inhabitual de actividad motriz; sus padres los traen por fácilmente excitables y muy agitados. No se puede saber, dice, si los padres eran extremadamente reactivos a todo tipo de conducta agresiva o reaccionaban frente a una perturbación constitucional inherente; es posible que una combinación de ambos factores hayan contribuido a la génesis de los tics.

Lebovici señala que hay tics en las enfermedades orgánicas, en idiotas y dementes, que la simple psicogénesis es incapaz de explicar. Piensan que cuando los tics sustituyen el elemento fundamental del cuadro clínico, habrá que distinguir en el niño: los tics pasajeros equiparables a múltiples hábitos nerviosos que, aún justificando unas reservas

sobre el posterior equilibrio afectivo; normalmente desaparecen definitivamente, y los tics crónicos que son una afección duradera acompañada de un determinado estado neurótico. Se observan tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria de conversión.

Bibliografía

- Bados, A. Los tics y sus trastornos: Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia. Ediciones Pirámide, Madrid 1995
- Beley, A. L' enfant instable. PUF, Paris 1951.
- Bize, P.R. Les tics. Rev.Med. française, 1938.
- Cruchet, R. Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique. Thèse, Bordeaux, 1902.
- Ferenczi, S. Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo I Tr. Fco Javier Aguirre. Espasa Calpe, Madrid 1981.
- Ferenczi, S. Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo II. Tr. Fco Javier Aguirre. Espasa Calpe, Madrid 1981.
- Ferenczi, S. Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo III. Tr. Fco Javier Aguirre. Espasa Calpe, Madrid 1981.
- Ferenczi, S. Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo IV. Tr. Fco Javier Aguirre. Espasa Calpe, Madrid 1984.
- Klein, M. Obras Completas. Paidós, Bs As 1982
- Lang, J.L. Les tics chez l' enfant. Rev. Neuropsychiat. Infant, 1955.
- Lefevre, A.B. Examen neurológico evolutivo. Sarvier, Sao Paulo 1972.
- Levobici, S. Les tics chez l' enfant. PUF, Paris, 1952.
- Levobici, S. Los tics nerviosos en el niño. Luis Miracle, Bcn 1957
- Levy, D.M. On the problem of movement restraint. Am. J. Orthopsychiat, 1944.
- Mahler, M. A psychoanalytic evaluation of tics in psychopathology of children: symptomatic and tic syndrome. Psychoanal study child, 1949.
- Meige, H y Feindel, E. Les tics et leurs traitements. Masson, Paris, 1902.
- Moldofsky, H. A Psychophysiological study of multiple tics. Arch.Gen.Psychiat., 1971.
- Rouart, J. Psychopathologie des tics. Evolution psychiatrique, 1947.

- Fendrik, S. Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes. Amorrortu, Bs As 1989.
- Torette, G. De la. Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de copralalie. Arch. Neurol., 1885.
- Wallon, H. L'enfant turbulent. Alcan, Paris 1925.

Cuestiones

1. Realiza un recorrido breve sobre en qué consisten los tics.
2. Articula algunos rasgos de la personalidad del niño con tics.
3. Aporta las teorías psicogenéticas y psicomotoras como organizadoras de las patogenias de los tics.

