

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INTEGRAL (CBIT) EN ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE TOURETTE: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.

COMPREHENSIVE BEHAVIORAL INTERVENTION FOR TICS (CBIT) IN ADOLESCENTS WITH TOURETTE SYNDROME: A CLINICAL CASE STUDY

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL INTEGRAL (CBIT) EM ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE TOURETTE: ESTUDO DE CASO CLÍNICO

RECIBIDO: 10 de febrero 2025

ACEPTADO: 30 de abril 2025

Malena Sancristobal Branaa¹

<https://orcid.org/0009-0009-6012-1713>

Ignacio Navarrete Antola²

<https://orcid.org/0000-0002-5456-6638>

1. Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta. Montevideo, Uruguay.
2. Universidad Católica del Uruguay. Depto. de Neurociencia y Aprendizaje. Montevideo, Uruguay.

Palabras clave: Síndrome de Tourette; tics; CBIT; intervención; terapia de conducta; resultados clínicos.

Keywords: Tourette Syndrome; Tics; CBIT; Intervention; Behavioral Therapy; Clinical Outcomes.

Palavras-chave: Síndrome de Tourette; tiques; intervenção comportamental; CBIT; estudo de caso; resultados clínicos.

RESUMEN

Este estudio de caso analiza la aplicación de la Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT) en un adolescente con Síndrome de Tourette. CBIT, estructurado en 11 sesiones, incluye psicoeducación, identificación de tics, entrenamiento en conductas incompatibles y técnicas de relajación. Se realizó una evaluación inicial para establecer la línea base de los tics y su impacto en la vida diaria. Durante la intervención, se implementaron estrategias adaptadas a la edad y necesidades del participante, con seguimiento de progresos. Los resultados mostraron una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los tics, así como mejoras en la autoconciencia y el afrontamiento del estrés. La motivación y la adherencia al tratamiento fueron factores clave en la efectividad del programa. Se discuten los desafíos en la intervención con adolescentes, destacando la importancia de la flexibilidad en la aplicación de CBIT para maximizar sus beneficios. Este caso refuerza la evidencia sobre la eficacia de CBIT y la necesidad de adaptaciones individuales en su implementación.

Correspondencia: Dr. Ignacio Navarrete Antola, Correo: inavarre@ucu.edu.uy Av. 8 de Octubre 2738. CP. 11600. Montevideo, Uruguay.



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

ABSTRACT

This case study analyzes the application of Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT) in an adolescent with Tourette Syndrome. CBIT, structured into 11 sessions, includes psychoeducation, tic awareness, competing response training, and relaxation techniques. An initial assessment was conducted to establish a baseline of tic frequency and their impact on daily life. During the intervention, strategies were tailored to the participant's age and needs, with continuous progress monitoring. Results showed a significant reduction in tic frequency and intensity, as well as improvements in self-awareness and stress management. Motivation and treatment adherence were key factors in the program's effectiveness. Challenges in adolescent intervention are discussed, highlighting the importance of flexibility in CBIT implementation to maximize its benefits. This case reinforces evidence on CBIT's efficacy and the need for individualized adaptations in its application.

RESUMO

Este estudo de caso analisa a aplicação da Intervenção Comportamental Global para Tiques (CBIT) em um adolescente com Síndrome de Tourette. O CBIT, estruturado em 11 sessões, inclui psicoeducação, identificação dos tiques, treinamento em respostas incompatíveis e técnicas de relaxamento. Foi realizada uma avaliação inicial para estabelecer a linha de base dos tiques e seu impacto na vida cotidiana. Durante a intervenção, foram implementadas estratégias adaptadas à idade e às necessidades do participante, com acompanhamento sistemático do progresso. Os resultados indicaram uma redução significativa na frequência e intensidade dos tiques, bem como melhorias na autoconsciência e no enfrentamento do estresse. A motivação e a adesão ao tratamento foram fatores centrais para a efetividade do programa. São discutidos os desafios da intervenção com adolescentes, destacando-se a importância da flexibilidade na aplicação do CBIT para maximizar seus benefícios. Este caso reforça as evidências sobre a eficácia do CBIT e a necessidade de adaptações individuais em sua implementação.

El Síndrome de Tourette es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de tics motores múltiples (gestos o movimientos repetitivos) y uno o más tics fónicos (sonidos, ruidos o palabras), que no necesariamente ocurren de forma simultánea. Los tics son movimientos o vocalizaciones repentinas, involuntarias y recurrentes, que deben persistir por más de un año desde la aparición del primer tic, iniciarse antes de los 18 años y no se atribuyan a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica (APA, 2014). Su expresión clínica es variable, pudiendo fluctuar en intensidad y forma a lo largo del tiempo y suelo verse exacerbada en situaciones de estrés o ansiedad, aunque en algunos casos puede ser suprimida voluntariamente por períodos breves (Moyano, 2001).

En términos epidemiológicos, los primeros tics suelen aparecer alrededor de los 7 años, inicialmente como tics motores, seguidos por los tics fónicos (Hornsey et al., 2001). El trastorno presenta una mayor prevalencia en varones, con una proporción aproximada de 3 a 1 respecto a las mujeres (Saccomani et al., 2005; véase en González, 2016). Estudios realizados en Estados Unidos estiman una prevalencia de hasta un 2,9% en población infantojuvenil (Caine et al., 1998). Sin embargo, estos datos corresponden mayoritariamente a contextos anglosajones, y su extrapolación a otros entornos culturales y sanitarios resulta limitada.

Desde una perspectiva etiológica, el Síndrome de Tourette se explica a partir de la interacción de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. La literatura describe alteraciones en los circuitos córtico-estriato-talámico-corticales, así como disfunciones en sistemas neurotransmisores, particularmente dopamina y GABA (Puñal, 2020). Estas bases neurobiológicas interactúan con variables contextuales que pueden modular la frecuencia e intensidad de los Tics, como el nivel de activación emocional, las demandas ambientales y las repuestas del entorno ante la sintomatología (Moyano, 2001; Woods, 2008).

El trastorno de Tourette presenta una elevada tasa de comorbilidad con otros cuadros psicopatológicos, siendo los más frecuentes el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Asimismo, se asocia con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del sueño, dificultades en el control de impulsos, problemas en las habilidades sociales y fracaso escolar (Ferreira et al., 2014). La severidad de los tics, sumada a estas comorbilidades, puede generar un impacto significativo en el funcionamiento cotidiano, la autoestima y la calidad de vida del niño, niña o adolescente, así como en su familia y contexto educativo. En este sentido, la actitud del entorno frente a los tics (ya sea de comprensión o de carácter punitivo) influye de manera directa en los procesos de adaptación al trastorno (Moyano, 2001).

En relación con las intervenciones, si bien el tratamiento psicofarmacológico ha sido históricamente la primera línea terapéutica, en las últimas décadas se ha consolidado la evidencia a favor de intervenciones conductuales, entre ellas la Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT), como una alternativa eficaz para el manejo de la sintomatología (Woods, 2008). No obstante, en Uruguay y en otros contextos latinoamericanos existe una escasez de investigaciones sistematizadas que analicen la aplicación clínica de estas intervenciones y su adaptación a las características culturales y contextuales locales. En este marco, el presente estudio de caso tiene como objetivo describir la aplicación del programa CBIT en un adolescente con Síndrome de Tourette, aportando evidencia clínica contextualizada sobre su efectividad y utilidad para la práctica profesional.

INTERVENCIÓN

El tratamiento psicofarmacológico ha sido la primera opción de tratamiento a lo largo de los años. Si bien puede ser efectivo para manejar los síntomas, existen otras líneas de trabajo alternativas a los psicofármacos que también han mostrado su eficacia (Woods, 2008). Entre ellas existe la Terapia de Reversión de Hábito (McGuire et al., 2014) y la terapia Intervención Global de Comportamiento (Woods, 2008).

La terapia Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT por sus siglas en inglés), descrito por Woods (2008), es un programa terapéutico estructurado que consta de 11 sesiones (ver tabla 1), pero puede ser modificado según las necesidades del paciente, y está dirigido a personas de 9 años en adelante. Incluye psicoeducación sobre los trastornos por tics y elementos de la terapia conductual como la reversión de hábitos, relajación y análisis funcional de la conducta. El objetivo de este programa no es la cura del trastorno por tics sino enseñar al paciente herramientas para manejar efectivamente los tics.

En este programa se comienza con una fase de psicoeducación a las familias y al niño, niña o adolescente con el objetivo de brindar información adecuada sobre el trastorno, corregir mitos y creencias erróneas y eliminar las consecuencias negativas que ese niño, niña o adolescente puede tener por los tics. Esto ayuda a reducir interacciones negativas dentro del hogar, disminuir la ansiedad anticipatoria y aumentar la comprensión del trastorno lo que a su vez brinda seguridad. En vista que el nerviosismo suele influir en la presencia de tics, se enseñan estrategias de relajación.

Asimismo, se realiza un análisis funcional de cada tic para conocer aquellas variables internas y externas que interfieren y mantienen los tics, así como identificar antecedentes y consecuentes del ambiente que también participan y empeoran la presencia de tics para así evitarlos o modificarlos. Ante aquellas situaciones que no se pueden modificar, se ayuda al niño, niña o adolescente a fomentar actitudes para tolerar mejor esos espacios.

Por último, con el objetivo de debilitar el reforzamiento negativo entre la sensación premonitoria y el tic se utiliza el Habit Reversal Training (HRT). Este consiste en tres pasos: aumentar la conciencia y reconocer la sensación previa (awareness training, AT); elegir una conducta incompatible (competing responde, CR) que compita con el tic y permita cortar con la asociación entre sensación previa y tic; y se trabaja con apoyo social para reforzar el esfuerzo de aplicar lo descrito, se puede acompañar de un plan de reforzamiento (Woods, 2008; Woods et al., s.f.).

Tabla 1
Estructura original de tratamiento CBIT

Sesión	Contenido
1	- Psicoeducación en Síndrome de Tourette dirigida al niño, niña o adolescente y su familia. - Establecer la jerarquía de tics a utilizar durante en el tratamiento. - Introducir el concepto de intervenciones basadas en la función. - Establecer un programa de reforzamiento para favorecer la motivación del niño/a, adolescente en caso de ser necesario. - Enviar tareas domiciliarias.
2	- Revisar las consecuencias negativas y dificultades asociadas a los tics en la vida cotidiana de la persona. - Seleccionar el primer tic de la jerarquía y realizar el análisis funcional y la reversión de hábitos. - Asignación de tareas domiciliarias.
3	- Intervención sobre el siguiente tic de la jerarquía, manteniendo el procedimiento de análisis funcional y reversión de hábitos. - Asignación de tareas domiciliarias.
4	- Intervención sobre el siguiente tic de la jerarquía. - Entrenamiento en respiración relajada. - Asignación de tareas domiciliarias.
5	- Igual que sesión 2, 3 y 4 con el cuarto tic de la jerarquía. - Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva. - Asignación de tareas domiciliarias.
6	- Análisis del quinto tic de la jerarquía. - Revisión del uso de las técnicas de relajación. - Asignación de tareas domiciliarias.
7	- Dos semanas luego de la 6 sesión. - Se pone el foco en el sexto tic de la jerarquía. - Se trabaja en prevención de recaídas. - Asignación de tareas domiciliarias.
8	- Dos semanas luego de 7 sesión, correspondiente al cierre de la fase inicial del tratamiento. - Revisión del trabajo realizado y discusión de estrategias de prevención de recaídas
9-11	- Sesiones de seguimiento iniciadas cuatro semanas después de la sesión 8 y mantenidas durante tres meses consecutivos. - Revisión y consolidación de las estrategias aprendidas, sin introducción de nuevos contenidos.

Notas: Traducción de los autores

MÉTODO

Enfoque de estudio y diseño

El objetivo del presente trabajo es analizar el caso de un adolescente con Síndrome de Tourette intervenido mediante el programa de Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT). Se empleó una metodología cualitativa, con diseño de estudio de caso, incorporando la aplicación de una escala de severidad de tics antes y después de la intervención como apoyo a la evaluación de los cambios clínicos.

Descripción del caso

Identificación del paciente: N es un adolescente de 13 años escolarizado en 2° de secundaria en una institución pública. Es el mayor de tres hermanos. Sus padres lo describen como un adolescente carismático y divertido, con buen rendimiento académico y vínculos sociales. Sus padres poseen un nivel socioeconómico medio y se muestran colaboradores con la terapia y el tratamiento de su hijo.

Motivo de consulta: N asiste a consulta derivado por médico psiquiatra infantil luego de diagnóstico de Síndrome de Tourette. Presenta numerosos tics motores y fónicos con gran intensidad y frecuencia, que interfieren en su funcionamiento en la vida cotidiana. El adolescente se muestra consciente de su problema y manifiesta ganas de mejorar.

Historia del problema: N comienza con tics motores simples a los 8 años y a los 9 años comienza con tics fónicos. Estos han evolucionado a lo largo del tiempo, con mayor intensidad y complejidad, empeorando en situaciones de estrés (ej: maestra poco continente, fallecimiento abuela). Desde los 6 años recibe tratamiento psicológico por irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. A los 11 años consultan con psiquiatra infantil por los tics y diagnóstica Síndrome de Tourette.

Actualmente N presenta tics fónicos (carraspeo, gritos) y motores (pestañeo, movimientos con la cara, golpes en su cara, levantarse la ropa, saltar y tocar personas, entre otros). Sus padres responden ante estos tics con indiferencia, permitiendo hacerlos. En su casa se conversa abiertamente sobre los tics. Existen antecedentes familiares de tics y TOC. N presenta diagnóstico de Síndrome de Tourette comórbido con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Evaluación del caso

La evaluación se inició con una entrevista a los padres donde se indaga el funcionamiento de N, sus tics, variables relacionadas con el aumento o disminución de los tics, repercusiones de esto, tratamientos realizados previamente, otros problemas asociados, desempeño académico y social, entre otras cosas. Con el adolescente se indaga sobre sus preocupaciones y deseos ante el tratamiento, interferencia de los tics en su funcionamiento, emociones asociadas, entre otros aspectos.

Para obtener información sobre la sintomatología del paciente y cuantificar la severidad de los tics se utiliza la Escala Global de Severidad de Tics de Yale (YGTSS por sus siglas en inglés) (Leckman et al., 1989) antes y después de la intervención. Es aplicada por el clínico recogiendo información a través de entrevistas y la observación. Esta escala consta de 4 apartados: Instrucciones; Inventario de tics; Escala ordinal; Puntuación. La sección Inventario de tics se compone de 2 apartados: tics motores y tics fónicos, en cada uno se describen tics motores o fónicos simples y complejos y debe señalarse presencia/ausencia. Dentro de la Escala Ordinal se puntúan en una escala del 0-5 diferenciando tics motores de fónicos las variables: número, frecuencia, intensidad, complejidad, interferencia y discapacidad global de los tics, Por último, se suman las puntuaciones de cada variable y se concluye una puntuación total de tics motores y una de tics fónicos.

En N se identifican tics motores simples y complejos: pegarse, saltar y tocar a alguien, saltar, tocar hombros, movimientos oculares; y tics fónicos simples. El YGTSS puntúa al momento de la evaluación 21 para tics motores y 19 para tics fónicos. Se toma la medida del peor momento de tics donde puntúa 25 para tic motores y 23 para tics fónicos. Si bien se reconoce la presencia de TOC, se interviene en los tics y no la comorbilidad ya que esto es lo que genera mayor disfuncionalidad y malestar en el paciente.

Análisis funcional de base

N presenta numerosos tics motores y fónicos. Estos ocurren a lo largo de todo el día, aumentando su frecuencia en la tarde y noche luego del liceo. Junto con sus padres y el adolescente se identifica que algunos eventos

internos como estar nervioso o muy emocionado aumentan la aparición de tics. Asimismo, hablar de cierto tic en particular aumenta la frecuencia de ese tic específico. Luego de realizados los tics, sus padres y hermanos responden con indiferencia y no por esto evita sus tareas y obligaciones. Sí se identifica el reforzamiento propio del circuito del tic donde es realizado para aliviar la sensación premonitoria.

Aplicación de la intervención

La intervención elegida para el trabajo con N y sus tics fue la terapia Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT) (Woods, 2008), partiendo de la estructura original se realizaron algunas adecuaciones para individualizarlo según las características y necesidades de este adolescente, algo a su vez permitido en el programa. Fue realizado dentro de un proceso de terapia donde previamente se realizaron 5 entrevistas para conocer al adolescente, su motivo de consulta, expectativas y motivación, así como generar un vínculo terapéutico. Tanto a sus padres como al adolescente se les explicó la intervención a recibir con CBIT y manifestaron su acuerdo.

Se realizó psicoeducación sobre los tics y su tratamiento a lo largo de dos sesiones, donde el adolescente consultaba por la etiología de los tics, su neurobiología, cómo se mantienen, su posible evolución, personas famosas con Síndrome de Tourette, entre otras. Debido a la necesidad de este adolescente por conocer se destinan más sesiones de las planteadas en el programa original con el objetivo de que N pudiera comprender y apropiarse de su trastorno. A pesar de esto, la psicoeducación continuó realizándose paralelamente durante todo el proceso, según las curiosidades que iban surgiendo. Se explica el trabajo desde CBIT y se motiva al adolescente a tener un papel activo en la intervención. Al comienzo N muestra una gran motivación por lo que se decide no plantear un plan de reforzamiento positivo.

Para la sesión tres se toma lo planteado en la sesión dos del programa original, se revisan las dificultades de los tics para la vida del paciente refiriendo “algunos me duelen” y los beneficios de reducirlos. Se establece con el adolescente la jerarquía de tics y se analizan aquellas variables que en general aumentan la presencia de tics. Se busca aumentar la toma de conciencia de su cuerpo y su sintomatología, para esto se enseña al adolescente técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva (Woods, 2008).

En la sesión cuatro se elige el primer tic de la jerarquía y se realiza el análisis funcional de ese tic. A ese tic motor N lo nombra: “pegarse” e implica golpearse con su mano derecha en la pera. Es tan alta la frecuencia del tic que es muy difícil para el adolescente y su familia reconocer ante qué variables aumenta su frecuencia. Se conecta con la motivación para el cambio de este tic específicamente, N refiere dolor y acné en esa zona. Se ayuda a aumentar la conciencia de este tic para la posterior modificación. Para esto se introducen los registros y así documentar cuántas veces lo realiza. Cuando el adolescente lo reconoce lo anota, y sino el terapeuta se lo señala para registrarlo. Junto con el adolescente se realizó una descripción detallada del tic, los músculos involucrados y la secuencia (ver tabla 2).

En la sesión cinco se psicoeduca en la existencia de la sensación premonitoria y se la identifica para el tic “pegarse”. El adolescente logra una descripción detallada que permite mayor conciencia del tic (ver tabla 2). Para continuar con el automonitoreo se utiliza un espejo para mirarse en él, reconocer los momentos en donde ocurre y registrarlo. Como tarea se propone tomarse un tiempo en el día para mirarse al espejo, reconocer y registrar la sensación premonitoria.

En la sesión seis se revisa la tarea enviada, N la realizó en pocas oportunidades. Se introduce el concepto de conducta incompatible y se decide junto con el adolescente aquella que mejor se ajuste; se eligió luego de la sensación premonitoria agarrarse las manos y sostenerlo por un minuto o hasta que la sensación pase (ver tabla 2). Se practica en el consultorio en numerosas ocasiones, N logra realizarlo. Como tarea se solicita practicarlo en casa y registrarlo.

En la sesión siete se revisa la tarea y N no lo pudo registrar ni practicarlo. En esta oportunidad se conecta con la motivación y junto con los padres se establece un programa de reforzamiento positivo consiguiendo cierta cantidad de dinero al lograr sentarse por varias oportunidades en el día e intentar aplicar la conducta incompatible ante la sensación premonitoria. Es importante destacar que el objetivo es reforzar cuando intenta aplicar la conducta incompatible más allá de si realiza el tic o no. Se involucra a los padres con mayor protagonismo para apoyar a N.

En la sesión ocho se revisa la tarea realizada y N aumenta considerablemente la práctica del ejercicio. Es apreciable clínicamente que el tic disminuye su frecuencia, lo cual también es apreciado por la familia y el adolescente. Se envía la misma tarea.

En la sesión nueve se revisa nuevamente la puesta en práctica de la conducta incompatible, con la práctica el tic este continúa disminuyendo la frecuencia hasta no ocurrir.

Tabla 2
Intervención tic “pegarse”

Nombre del tic	Descripción del tic	Sensación premonitoria del tic	Reconocimiento de sensación premonitoria	Conducta incompatible
Pegarse	1) estiro el brazo 2) abro la mano derecha 3) llevo la mano a la boca con fuerza, cubriéndola	Ardor, “puntitos”	IIIIIIII	Entrelazar los dedos

Nota: elaboración propia.

El estudio respetó los principios éticos de la práctica clínica en psicología. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato del adolescente y la omisión de datos identificatorios.

RESULTADOS

Luego de 9 sesiones de intervención mediante CBIT, se observó una disminución progresiva del tic motor seleccionado “pegarse” hasta su desaparición. Esta reducción comenzó a evidenciarse a partir de la sesión seis, coincidiendo con la introducción sistemática de la conducta incompatible. En la evaluación post intervención mediante la Escala Global de Severidad de Tics de Yale (YGTSS), se registró una reducción en la puntuación total de tics motores de 21 a 20 y una disminución más marcada en tics fónicos de 19 a 12. Asimismo, el adolescente reportó un mayor control percibido sobre sus tics y una disminución del malestar asociado.

DISCUSIÓN

En el presente estudio tuvo como objetivo describir la intervención realizada en un adolescente de 13 años con Síndrome de Tourette mediante la Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT) (Woods, 2008), así como las adecuaciones implementadas para responder a sus características individuales y etapa evolutiva. Los resultados obtenidos muestran que la aplicación del programa permitió una disminución clínicamente relevante de la frecuencia e intensidad de los tics, particularmente del tic motor complejo seleccionado para la intervención, así como una mejora en la percepción del control del adolescente sobre su sintomatología.

Los cambios observados son consistentes con la evidencia empírica disponible sobre la eficacia del CBIT en población infantojuvenil. En particular, los resultados coinciden con los reportados por McGuire et al. (2014), quienes identificaron reducciones significativas en la frecuencia e intensidad de los tics tras intervenciones conductuales basadas en CBIT. Además, se alinean con los hallazgos de Piacentini et al. (2010), quienes destacan la relevancia del entrenamiento en conciencia del tic y la implementaron de respuestas incompatibles como componentes centrales del

cambio terapéutico. En este sentido, la disminución progresiva del tic “pegarse” a partir de la introducción sistemática de la conducta incompatible refuerza la utilidad clínica de estos procedimientos.

Si bien el protocolo de CBIT propone una estructura de 11 sesiones, en este caso fue necesario extender la fase inicial del tratamiento para favorecer el establecimiento del vínculo terapéutico, atender las necesidades de psicoeducación del adolescente y fortalecer su motivación para el cambio. Esta flexibilización del programa, permitida dentro del marco conceptual del CBIT, resolvió un elemento facilitador del proceso terapéutico y coincide con lo señalado en la literatura respecto a la importancia de adaptar las intervenciones conductuales a las características evolutivas y motivacionales de los adolescentes (Woods, 2008).

Entre los principales desafíos de la intervención se identificó la dificultad para sostener la práctica de las tareas domiciliarias donde prima el placer, característica frecuente en esta etapa vital. De todas formas, este sí se mostraba motivado durante la consulta. En este contexto, la implementación de un programa de reforzamiento positivo (Woods, 2008) y la participación activa de los padres cumplieron un rol relevante en el aumento de la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos refuerzan la importancia de apoyo familiar y de estrategias motivacionales específicas en la intervención conductual con adolescentes con Síndrome de Tourette.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT) en el caso presentado permitió observar una disminución clínicamente relevante de la frecuencia e intensidad del tic motor complejo intervenido, así como una mejora en la percepción de control del adolescente sobre su sintomatología. La intervención resultó eficaz y bien aceptada, destacándose la motivación del paciente y la satisfacción con las estrategias aprendidas como factores facilitadores del proceso terapéutico.

Desde una perspectiva clínica, este estudio de caso refuerza el valor del CBIT como una intervención conductual eficaz y adaptable para adolescentes con Síndrome de Tourette. La posibilidad de flexibilizar el protocolo en función de las características evolutivas, motivacionales y contextuales del paciente, así como la participación activa de la familia, constituye un aspecto central para optimizar los resultados y favorecer la adherencia al tratamiento en la práctica profesional.

Finalmente, este trabajo aporta evidencia clínica relevante sobre la aplicabilidad del CBIT en un contexto latinoamericano, donde la producción científica sobre intervenciones conductuales para los trastornos por tics continúa siendo limitada. Si bien los resultados no son generalizables por tratarse de un estudio de caso único, destacan la necesidad de continuar desarrollando investigaciones locales que contribuyan a fortalecer la base empírica y orientar la práctica clínica en este campo.

Conflicts of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study.

Taxonomía de contribuciones autoría CRediT (Contributor Roles Taxonomy)

Malena Sancristobal Branaa:

Ignacio Navarrete Antola:

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5ª Ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Caine, E., Mc. Bride, M., Chiverton, P., Bamford, K., Rediess, S. & Shia, J. (1998). Tourette's syndrome in Monroe County school children. *Neurology*, 38, 472-475. <https://doi.org/10.1212/wnl.38.3.472>
- Ferreira, B., Pio-Abreu, J. & Januário, C. (2014). Tourette's syndrome and associated disorders: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, 36(3), 123-133. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1003>
- González, M. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con Síndrome de Tourette. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 25-30. ISSN 2340-8340
- Hornsey, H., Banerjee, S., Zeitlin, H. & Robertson, M. (2001). The prevalence of Tourette syndrome in 13-14-year-olds in mainstream schools. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(8), 1035-1039. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007892>
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. & Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS): Initial testing of a clinical-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573. <https://doi.org/10.1097/00004583-198907000-00015>
- McGuire, J., Piacentini, J., Brennan, E., Lewin, A., Murphy, T., Brent, J., Small, B. & Storch, E. (2014). A meta-analysis of behavior therapy for Tourette Syndrome. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.12.009>
- Moyano, B. (2001). Comorbilidad Psiquiátrica en Poblaciones Clínicas con Síndrome de Tourette. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, XII (45), 165-175. ISSN 0327-6139
- Piacentini, J., Woods, D. W., Scahill, L., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Chang, S., Ginsburg, G. S., Deckersbach, T., Dziura, J., Levi-Pearl, S., & Walkup, J. T. (2010). Behavior therapy for children with Tourette disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 303(19), 1929-1937. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.607>
- Puñal, E. (2020). Módulo 6. Tema 11. Trastorno por tics y síndrome de Tourette. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). Recuperado de: <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-11-trastorno-por-tics-y-sindrome-de-tourette>
- Woods, D. (2008). *Managing Tourette Syndrome: A Behavioral Intervention for Children and Adults Therapist Guide (Treatments That Work)*. Oxford University Press.
- Woods, D., Piacentini, J. & Walkup, J. (s.f.). *Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT)*. Tourette Association of América. Recuperado de: <https://tourette.org/about-tourette/overview/espanol/medicos/intervencion-global-de-comportamiento-para-tics-cbit/>