

MATERIAL DE APOYO AL SEMINARIO.



SEMINARIO: VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE.

CONOCIENDO LOS INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS
SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

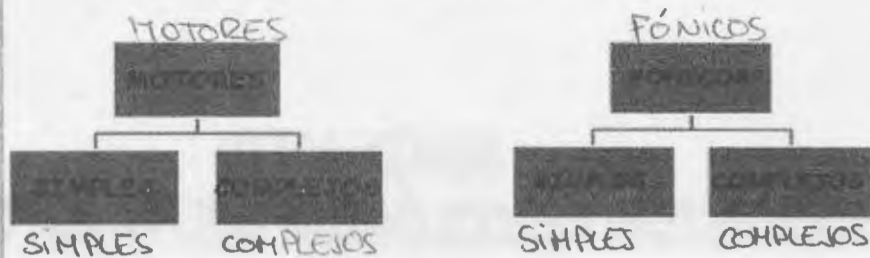
CARMEN RAMIRO BOSQUE.
PSICOLOGA COLEGIADA A00715



REFRESCANDO LA MEMORIA: ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE?

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- El síndrome de Tourette es un trastorno neurobiológico caracterizado por la presencia de:
 - movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios: tics motores y
 - la emisión de sonidos vocales: tics fónicos.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE.

- Tics motores múltiples y uno o más tics vocales, presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente al mismo tiempo
- Los tics ocurren muchas veces al día (generalmente en brotes), casi todos los días o de forma intermitente durante un tiempo superior a un año; y durante este tiempo, no se observará un período de más de tres meses consecutivos libre de tics.
- El trastorno causa un acentuado malestar o un impedimento significativo en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.
- El inicio de los tics ocurre antes de los 18 años de edad.
- El trastorno no se debe a efectos psicológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) o a una condición médica general (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis post vírica).

CONDICIONES COMÓRBIDAS NEUROCONDUCTUALES DEL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE.

- Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno de ansiedad/fobias
- Trastornos de comportamiento disruptivo
- Trastorno de conducta
- Trastorno negativo desafiante
- Depresión
- Comportamiento de autolesión
- Ataques de cólera
- Trastornos del sueño: Insomnio, Parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis)
- Trastorno del aprendizaje
- Trastorno en las funciones ejecutivas

ESTRATEGIAS DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE (MODIFICADO DE ZINNER)

- Identificación de las áreas de mayor problema o impedimento funcional.
- Educación del niño, de la familia, de los maestros y de sus iguales.
- Intervención escolar y acomodos educativos.
- Servicios de consejería y apoyo.
- Farmocoterapia dirigida a metas:
 - - TIC
 - - TOC.
 - - TDAH

De los 4 primeras áreas se encarga el psicólogo y puede ayudar al seguimiento de la intervención farmacológica.

DESCRIPCIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TICS.

- **Tic motor simple** Parpadear, desviar los ojos, gestos faciales, contraer la nariz, abrir la boca, contraer los hombros, sacudir la cabeza, cerrar las manos, contorsionar los dedos
- **Tic motor complejo** Sacudir la cabeza, lanzar el brazo, frotarse, flexionar el tronco, patear, sacar la lengua, hacer sentadillas, golpearse o morderse, volver a caminar los pasos, tocarse a sí mismo, contorsiones al caminar, tocar a terceras personas u objetos, copropraxia, olfateo de objetos, brincar, saltar, ecopraxia
- **Tic sónico simple** Toser, soplar, sorber, sorber por la nariz, chupar, aclararse la garganta, lodrar, gruñir, rechinar, bufar, emitir ruidos, quejidos, gritos
- **Tic sónico complejo** Cantar, silbar, tararear, ecolalia, palilalia, coprolalia, frases fuera de contexto

TRASTORNOS DE TICS SECUNDARIOS.

• HEREDITARIOS:

- Enfermedad de Huntington, Neuroacantocitosis, Distrofia de torsión, Anomalías cromosómicas, Otras.

• ADQUIRIDOS:

- **Fármacos:** Neurolépticos (tics tardíos) Antiepilépticos (lamotrigina)
- **Traumatismo craneal.**
- **Infecciosos:** Encefalitis vírica, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Corea de Sydenham, PANDAS.
- **Del desarrollo:** Encefalopatía estática, Retraso mental, Autismo Síndrome de Asperger, Trastorno del sobresalto (hiperreflexia).
- **Accidente cerebrovascular.**
- **Degenerativa:** Enfermedad de Parkinson, Parálisis supranuclear progresiva.
- **Tóxicos:** Monóxido de carbono, Síndrome fetal por alcohol, Exposición intrauterina a drogas ilícitas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TICS.

- El **mioclonos**, un movimiento de tipo sacudida producido por una contracción súbita, rápida y breve (**mioclonos positivo**), o una inhibición breve de la contracción muscular (**mioclonos negativo**).
- La **corea**, un movimiento involuntario, irregular, sin propósito, brusco, rápido, no sostenido, que migra de una parte del cuerpo a otra.
- La **disonía**, movimiento involuntario caracterizado por contracciones musculares sostenidas, con frecuencia causantes de contorsión y de movimientos repetidos o posturas anormales; es un movimiento continuo que puede producir una postura anormal sostenida. Además, los tics con frecuencia son precedidos por sensaciones de malestar (tics sensoriales) que se alivian con el movimiento.
- El **balismo**, una forma de corea de gran amplitud que generalmente afecta sólo a un lado del cuerpo. Los movimientos son violentos y bruscos, de predominio proximal en las extremidades.
- La **acatisia**, (inquietud) una forma particular de comportamiento motor inquieto acompañado de una sensación mental de intranquilidad y angustia. Se caracteriza por un caminar incesante de un lado para otro, un movimiento intranquilo de las piernas en un sitio, mecerse de lado a lado cuando está parado, y un cruce y descruce de piernas acompañado de movimientos del tronco cuando está sentado. Es frecuente en Parkinson y en pacientes con discinesia tardía. También es habitual cuando nos encontramos inquietos o particularmente nerviosos.
- El **síndrome de piernas inquietas**: inquietud y sensación desagradable en las piernas, la cual lleva a una urgencia irresistible de mantenerlas en constante movimiento. Los síntomas se agravan al llegar la noche.
- Las **estereotipias**, comportamientos motores aparentemente sin propósito o ritualistas, muy uniformes, repetitivos, coordinados, que se presentan durante períodos prolongados; no se asocian a sensaciones subjetivas o aura, y ocurren con un claro nivel de conciencia. El mecerse, golpearse la cabeza o movimientos de 'no-no' de la cabeza pueden prolongarse durante horas en niños con retraso mental. También entrarían aquí las estereotipias observadas en el autismo y en el síndrome de Rett.
- Los **manerismos**, actos motores complejos o sonidos peculiares del individuo que los lleva a cabo habitualmente y de forma automática en ciertas situaciones. Siempre cumplen un propósito, por excéntricos que parezcan. Ejemplo de manerismos serían los movimientos rituales que efectúa un futbolista antes de tirar una falta, sacar la lengua y morderse el labio durante un ejercicio físico, gestos faciales al cantar (Bisbal), oscilación repetida de las piernas cruzadas,...
- La **perseveración**, persistencia de un movimiento inicialmente dirigido a una meta después de que su necesidad ha desaparecido. En algunas ocasiones el paciente se da cuenta de lo absurdo del comportamiento e intenta resistirlo, pero **no hay** una obsesión asociada. Ej mecer el carro de la compra en mamás acostumbradas a mecer el cochecito del bebé.

VALORACION DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS.

- Normalmente el paciente YA diagnosticado suele acudir a solicitar ayuda por el malestar que le generan los signos (o Trastornos Asociados) que concurren con su ST.
- Para su valoración se suelen utilizar entrevistas o cuestionarios basados en manuales diagnósticos (como el DSM) y otra serie de instrumentos (inventarios, entrevistas estructuradas, escalas, etc.) que hayan contrastado su fiabilidad y validez.
- Los aspectos a evaluar irán en función de las necesidades planteadas por el paciente, pero lo más frecuente es evaluar la presencia de:
 - TOC.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Depresión.
 - TDAH.
 - Dificultades de aprendizaje.

A continuación tenéis los siguientes documentos:

YGTSS valoración de tics.

BSI para la valoración de síntomas clínicos.

HAS para la valoración de ansiedad.

Y-BOCS para la valoración de TOC.

Inventario de depresión de Beck.

SPSI solución de problemas.

También algunas indicaciones de los apartados que debe de contener un informe psicológico.

TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL DE LA YALE GLOBAL TICS SEVERITY SCALE, PUBLICADA POR LECKMAN ET AL.

(Tomada de R. García-López et al. De Rev. De Neurología 2008; 46 (5): 261-266)

A. INSTRUCCIONES

Esta escala de valoración clínica ha sido diseñada para valorar la gravedad global de los síntomas de los tics, cubriendo una gama de dimensiones (número frecuencia, intensidad, complejidad e interferencia). El uso de la *Yale Global Tics Severity Scale* requiere que quien realice la valoración tenga experiencia clínica con pacientes de síndrome de Tourette. La valoración final se basa en toda la información disponible y refleja la impresión global del médico sobre cada uno de los apartados que hay que valorar.

El tono de la entrevista es semiestructurado. Primero, el entrevistador debe completar el inventario de tics (una lista de tics motores y fónicos) presentes durante la última semana, informados por los padres/paciente, y los que se observan durante la valoración. Después, consideramos lo más adecuado proceder con preguntas basadas en cada uno de los apartados individuales, utilizando el contenido de los puntos como guía.

B. 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. ESCALA 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.

D. PUNTUACIÓN

Datos de identificación:
Fuente de información:
Evaluador:

Fecha:
Sexo:

Tics motores:

Número
Frecuencia
Intensidad
Complejidad
Interferencia
Puntuación total de tics motores:

Tics fónicos:

Número
Frecuencia
Intensidad
Complejidad
Interferencia
Puntuación total de tics fónicos:

Discapacidad:

Puntuación total (motor + fónico + deterioro):

QUÉ DEBE DE INCLUIR UN INFORME.

El informe psicológico es un documento de valor legal, por lo que tiene que ser avalado ante las diferentes entidades que lo requieran.

Hay que tener en cuenta la parte ética con que se realiza y la responsabilidad que esto representa; para el paciente, el profesional y las diferentes personas que puedan solicitarlo.

INFORME PSICOLÓGICO.

DATOS IDENTIFICATIVOS.

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Fecha de la evaluación:

Evaluador:

Motivo de la consulta:

ANTECEDENTES RELEVANTES

Se sintetizan los datos obtenidos en la anamnesis y que tengan relación con el proceso de evaluación.

Aparecen los datos sobre el desarrollo psicomotor, el sistema familiar, la historia escolar, antecedentes de morbilidad familiar, etc.

Debemos anotar quién proporciona la información.

Se colocarían en subapartados:

ANAMNESIS (HISTORIA CLÍNICA).

HISTORIA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL.

HISTORIA SOCIOEDUCATIVA.

EVALUACIÓN.

Se hace un listado de los instrumentos diagnósticos utilizados, indicando si se trata de pruebas formales o informales. (Entrevista clínica, observación clínica, instrumentos).

La finalidad de consignar esta información es evitar la repetición de pruebas (pues hay pruebas que invalidan los resultados si han sido aplicadas recientemente).

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN. (DATOS PSICOMÉTRICOS)

Se comunican los hallazgos encontrados en las pruebas aplicadas.

CONCLUSION

Conviene usar un lenguaje directo, claro y preciso.

Se sugiere personalizar, comenzando con el nombre del paciente:

Ejemplo: "De acuerdo al resultado de la evaluación, María cumple los requisitos del DSM IV para ser diagnosticada con Trastorno de Gilles de la Tourette, presenta tic motores y fónicos que interfieren significativamente en su vida diaria"

A continuación se enumeran los trastornos comórbidos que puede presentar el paciente

"La paciente presenta cumple los requisitos según el DSM IV para ser diagnosticada además de:

- TOC.
- Episodios depresivos"

A continuación incluiríamos las sugerencias: derivación al neurólogo para que confirme el diagnóstico de ST y si es necesario aplique tratamiento farmacológico para los tics, y para valorar conjuntamente la aplicación de tratamiento farmacológico para los trastornos asociados.

Se incluyen también indicaciones de que aspectos pueden ser trabajados con terapia psicológica (manejo de la ansiedad, terapia de grupo, etc.). Se establecerían las primeras líneas de actuación con el paciente.

Dependiendo del grado de afectación se derivará al paciente a Servicios Sociales (o se le indicarán los trámites que pueden realizar) para solicitar la valoración del grado de discapacidad que pueda corresponder por su Síndrome de Tourette y/o Trastornos asociados.

Para terminar debemos de poner la fecha en que se realizó el informe, el nombre, firma y número de colegiado.

BIBLIOGRAFIA.

- R. Calderón-González, et al. *Síndrome de Gilles de la Tourette: espectro clínico y tratamiento*. *Rev Neurol* 2003; 36 (7): 679-688
- De Groot CM, Yeates KO, Baker GB, Bernstein RA. *Impaired neuropsychological functioning in Tourette's syndrome subjects with co-occurring obsessive-compulsive and attention deficit symptoms*. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 1997; 9: 267-72.
- R. García-López, E. Perea-Milla, J. Romero-González, F. Rivas-Ruiz, C. Ruiz-García, E. Oviedo-Joekes, M. de los Angeles-Bejar. *Adaptación al español y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale*. *rev neurol* 2008; 46 (6): 261-266
- Jankovic J. *Diagnosis and classification of tics and Tourette syndrome*. *Adv Neurol* 1992; 68: 7-14.
- Jiménez-Jiménez FJ, García-Ruiz PJ. *Pharmacological options for the treatment of Tourette's disorder*. *Drugs* 2001; 61: 2207-20.
- Lang AE. *Other hyperkinetic and paroxysmal movements*. *Cur Opin Neurol Neurosurg* 1989; 2: 334-42.
- Robertson M, Cavanna A. *El Síndrome de Tourette*. Ed. Alianza Editorial. Edición de 2010.
- Zinner SH. *Tourette disorder*. *Pod Rev* 2000; 21: 372-82

ANAMNESIS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

La evaluación debe considerar las siguientes variables:

- **Primera:** ¿Cuántos tipos de tics muestra el paciente?.
- **Segunda:** ¿Cuál es la frecuencia de presentación?.
- **Tercera:** ¿Qué intensidad informa el paciente?.
- **Cuarta:** ¿Qué complejidad tienen?.
- **Quinta:** ¿Cuál es la distribución en los segmentos corporales?.
- **Sexta:** ¿Qué capacidad tiene el paciente para suprimirlos?.
- **Séptima:** ¿Qué capacidad tiene para interferir con las actividades cotidianas?.

Lo normal y deseable es que el facultativo comience la exploración del problema con una entrevista al niño y a sus padres, tutores u otras personas significativas. Se deben obtener de ella los siguientes aspectos.

- Datos personales y familiares.
- Características de los tics: descripción específica de cada tic, número, frecuencia, intensidad y complejidad de los tics, el grado en que pueden ser suprimidos, presencia de sensaciones preliminares, posible existencia de tics sensoriales y cognitivos. [YGTSS]
- Factores influyentes: variables asociadas a la mejora o empeoramiento de los tics, ya sea estrés, fatiga, fármacos, drogas, etc.
- Repercusiones del problema: impacto en las relaciones con distintas personas, en la escuela o en el trabajo, en el área emocional y la autoestima, en la experiencia del dolor y en el riesgo de daño físico. [Tb. en conclusiones]
- Historia del problema: edad de comienzo, circunstancias asociadas con el inicio, mejoras y empeoramientos habidos y posibles factores responsables de ambos, identificación de los distintos tics tenidos y duración de éstos hasta su desaparición o sustitución por otro tic.
- Tratamientos previos y actuales: especialistas visitados, tratamientos recibidos, duración, resultados y efectos secundarios de los mismos, grado en que se cumplió con la prescripción del tratamiento, etc.
- Motivación, objetivos y expectativas: de quién ha sido la iniciativa de buscar tratamiento, medida en que los padres y el niño están interesados en solucionar el problema y dispuestos a participar activamente en el tratamiento, qué se quiere conseguir, qué tipo de tratamiento se desea recibir.
- Recursos y limitaciones: quiénes están dispuestos a ayudar y de qué modo, quiénes pueden interferir, aspectos positivos y negativos del niño que pueden trabajar a favor o en contra de la solución del problema.
- Exploración de posibles problemas asociados:
 - a. Inatención, impulsividad, hiperactividad.
 - b. Síntomas obsesivos-compulsivos
 - c. Impulsiones
 - d. Dificultades de aprendizaje
 - e. Inestabilidad emocional
 - f. Irritabilidad, agresión
 - g. Ansiedad elevada, fobias, ansiedad por separación
 - h. Depresión

Cuando estos problemas sean más perturbadores que los propios tics, deberán tener prioridad en el tratamiento.

Antecedentes familiares: presencia de tics y de otros posibles problemas asociados en los familiares de primer y segundo grado.

Historia evolutiva, médica y psiquiátrica: acontecimientos prenatales y perinatales adversos, dificultades en el parto, retrasos en el desarrollo, toma de medicaciones para el SNC, enfermedades, operaciones y accidentes previos y actuales, problemas y trastornos psicológicos o psiquiátricos previos.

Situación familiar, social y escolar (o laboral): relación con la familia y compañeros, logros y dificultades escolares y, en su caso, laborales.