

# Psicopatología del niño

7.<sup>a</sup> edición

**Daniel Marcelli**

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
 Chef du service de pédopsychiatrie  
 Hôpital La Milétrie, Poitiers

Con la colaboración de

**David Cohen**

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
 Chef du service de pédopsychiatrie  
 Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris



ELSEVIER  
 MASSON

Amsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid  
 México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

5

## PSICOPATOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS MOTORAS

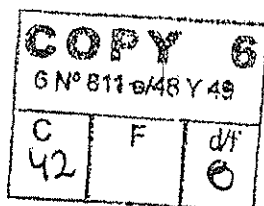
La acción se concibe a través de una doble polaridad; por una parte, la de un cuerpo en movimiento ocupado en una acción justificada por su finalidad, y por otra parte la de un cuerpo en relación con un entorno susceptible de influir sobre ese mismo movimiento. Así pues, una conducta motora simple será distinta según si el niño está solo, o si se encuentra en presencia de sus padres, de personas extrañas o de su maestra.

En cuanto a la motricidad misma, distinguimos en primer lugar el tono de fondo, cuya evolución durante los primeros meses de vida es fundamental; en segundo lugar, la melodía cinética, que permite el encadenamiento en el tiempo y el espacio de cada movimiento gestual, y por último el automatismo del gesto. Sin embargo, un hecho esencial es que existe constantemente una correspondencia entre el tono muscular y la movilidad misma que preside la armonía del gesto, así como una correspondencia entre el tono de la madre y el del niño, verdadero «diálogo tónico».

Frenada en un principio por la hipertonia fisiológica, la motilidad evoluciona al ritmo de la maduración fisiológica (desaparición de los reflejos primitivos, adquisición de la oposición del pulgar, etc.), pero también al ritmo de las interacciones posibles con el entorno que dispone y orienta el campo evolutivo del niño y le da coherencia. La adquisición de nuevas capacidades motoras es indisoluble a la vez de la manera en la que el niño se representa y se siente actuar (integración de un esquema corporal estático y dinámico), y de la manera en que el entorno del niño acoge esta motilidad y acepta las modificaciones que pueden resultar de ella. De este modo, la motricidad podrá pasar de una gestualidad de imitación a una actividad operativa en la que la praxia se convierte en el soporte de una actividad simbólica.

La integridad de las diversas vías motoras (vías piramidales, extrapiramidales y cerebelosas) constituye evidentemente el requisito previo a una realización gestual satisfactoria, pero la integración del esquema corporal estático y dinámico y de su relación con el entorno, con la dimensión afectiva que esto supone, es también fundamental. En el ámbito que vamos a considerar aquí, este segundo aspecto suele ser el origen de las dificultades motoras que encontramos.

Por el contrario, excluiríamos de este campo las dificultades motoras que provienen de una afectación orgánica manifiesta de las vías motoras: secuelas de encefalopatía infantil, de hemiplejía infantil, etc. (v. cap. 12).



## TRASTORNOS DE LA LATERALIZACIÓN

Estas dificultades, que suelen ser un motivo frecuente de inquietud por parte de los padres, especialmente cuando la lateralización parece ser hacia la izquierda, deben ser bien exploradas antes de favorecer en el niño la utilización preferente de una u otra mano. La aproximación del momento del aprendizaje de la lectura y de la escritura es a menudo el motivo aparente de la consulta, que suele solicitarse cuando el niño tiene entre 5 y 6 años.

Recordemos que, a partir de aproximadamente los 3 o 4 años, empieza a aparecer una preferencia lateral, y que a partir de los 4 o 5 años, dejando a un lado a los zurdos y diestros homogéneos, existirá siempre un cierto número de niños mal lateralizados, sin que éstos presenten necesariamente ninguna dificultad. En la población adulta, los porcentajes se establecen como sigue: zurdos puros, 4%; diestros puros, 64%, y ambidiestros, 32% (Tzavaras).

El estudio de la lateralidad se realiza en el ojo, en la mano y en el pie. Por lateralidad homogénea se entiende una lateralidad dominante idéntica en los tres niveles:

- *Ojo dominante.* Es el que permanece abierto cuando se pide al niño que cierre un ojo, o aquél con el que el niño mira a través de un tubo (rollo de papel) mientras se tapa el otro con la mano.
- *Mano dominante.* Es la que el niño pasa por encima de la otra cuando se le pide que cruce los brazos o que ponga los puños cerrados uno sobre otro.
- *Pie dominante.* Es el que el niño escoge con mayor frecuencia para chutar un balón o para saltar «a la pata coja».

Es importante no mostrar al niño el gesto que tiene que hacer haciéndolo nosotros, ya que en ese caso sería posible que nos imitara.

Cuando la lateralidad es homogénea (derecha o izquierda), no se plantea ningún problema, aun cuando el hecho de «ser zurdo» puede complicar algunos gestos cotidianos (escritura, utilización de tijeras, manejo de cazos, etc.). No parece que la tasa de morbilidad de diversos trastornos del desarrollo sea significativamente diferente entre una población de zurdos y una de diestros.

Cuando la lateralización no es homogénea, es importante dejar al niño totalmente libre en su elección para las actividades normales hasta el inicio del último curso de educación preescolar (5 años). Durante este curso, en el que es posible el preaprendizaje de la escritura, es preferible no intervenir demasiado si bien hacia el final de este año escolar puede empezarse a favorecer la utilización de la mano derecha, siempre que no exista una diferencia clara en las direcciones gestuales a favor de la mano izquierda. En la mayoría de los casos, la utilización de la mano derecha no supone ningún problema. Es necesario recordar que, en efecto, el aprendizaje y el entrenamiento intervienen de manera decisiva hasta la edad adulta para influir e incluso modificar una asimetría manual.

Cuando aparecen dificultades motoras (v. apartado siguiente «Disgrafía») resulta preferible ayudar al niño mediante una reeducación grafomotriz o psicomotriz, en un sentido amplio, centrada en la relajación y la obtención de un buen tono muscular.

Recordemos que, en caso de lesiones orgánicas (p. ej., hemiplejía infantil) lo mejor es favorecer la utilización del lado no lesionado.

Señalemos por último un caso particular y paradójico: la existencia de lo que podríamos denominar «falsos zurdos». Se trata de niños lateralizados a la derecha pero que utilizan la mano izquierda para las actividades más valorizadas (especialmente la escritura). Esta utilización se realiza, ya sea en un contexto de oposición al entorno, ya sea como identificación con un miembro de la familia (padre, abuelo, tío, tía, etc.) que es zurdo. El famoso temor a obligar a un niño que es realmente zurdo a usar la mano derecha determina a veces que permitamos que estos niños se encierren en una elección neurótica aberrante, que será el origen de dificultades posteriores. En semejante contexto, la reeducación psicomotora o la psicoterapia consisten ante todo en concienciar al niño de su mejor habilidad con la mano derecha y en permitirle desprenderse de su elección patológica.

## DISGRAFÍA

Un niño disgráfico es el que presenta una calidad de escritura deficiente y en el que se ha descartado ya cualquier déficit neurológico o intelectual que pudiera explicar esta deficiencia.

Es difícil encontrar la ubicación adecuada de la disgrafía, debido a que este problema presenta múltiples interferencias con la motricidad como tal, pero también debido a factores como la relación del niño con su maestro, el lugar que ocupa el aprendizaje escolar en la dinámica familiar, el valor simbólico que se da a lo escrito, la manera de sostener el lápiz en la mano, etc. La escritura, momento significativo y transcripción gráfica del lenguaje, depende, por una parte, de un aprendizaje escolar jerarquizado, y, por otra, de factores madurativos individuales, así como de factores lingüísticos, práticos y psicosociales, cuyo conjunto preside su realización funcional. No abordaremos aquí la pedagogía de la escritura, sino que señalaremos simplemente la importancia que debe concederse al problema de la vinculación entre lectura y escritura, al valor expresivo de la escritura y, por último, a la motricidad gráfica propia del niño. En cuanto a este último punto, parece que el efecto de la maduración funcional es más importante que el del aprendizaje, al menos por lo que respecta a la copia de escritura, y esto ocurre hasta los 5 años y 9 meses de edad (6 años aproximadamente) (Auzias). Antes de esta edad, los niños son, en su mayoría, incapaces de ejecutar copias legibles y de descifrar lo que han copiado. Por el contrario, una vez se ha alcanzado la madurez motora y manual, la calidad del aprendizaje se convierte entonces en una variable esencial.

El estudio clínico de la disgrafía muestra que a menudo se asocia con otras series de dificultades. Se han descrito las asociaciones siguientes:

• *Trastorno de la organización matriz:* debilidad motora, perturbaciones ligeras de la organización cinética y tónica (dispraxia menor), inestabilidad.

• *Desorganización espaciotemporal:* se caracteriza específicamente por los trastornos en la organización secuencial del gesto y del espacio y por los trastornos del conocimiento, de la representación y de la utilización del cuerpo, sobre todo en lo que se refiere a la organización espacial.

• *Trastorno del lenguaje y de la lectura:* v. «Distlexia y disortografía» (cap. 6).

- *Trastornos afectivos*: ansiedad, desasosiego e inhibición, que pueden dar lugar a la constitución de un auténtico síntoma neurótico en el que la significación simbólica de lo escrito y del lápiz que sujeta la mano son prevalentes. Auténticas conductas fóbicas u obsesivas pueden manifestarse frente a la escritura, mediante una disgrafía, cuya característica, sobre todo si es aislada, varía según la naturaleza del escrito o la persona a la que va dirigido, y que contrasta con una habilidad gestual y manual, que está conservada (dibujo).

Estos diversos orígenes pueden reagruparse (o desembocar) en el «esbozo de grafoespasmo infantil», comparable al grafoespasmo del escribiente en el adulto. En este caso se asocian, de forma diversa, ineptitud, paratonía, reacciones catastróficas ante la escritura, dificultades de lateralización o de lectura o actitudes conflictivas de tipo neurótico.

El examen en el momento de la escritura evidencia una crispación importante del brazo entero, paradas forzosas en el transcurso de la misma, fenómenos dolorosos en la mano y en el brazo y sudoración notable. Este conjunto da lugar a un extremo desagrado a escribir.

El enfoque terapéutico será en función del registro de las dificultades asociadas a la disgrafía y del significado de ésta en la organización psíquica del niño: reeducación grafomotriz y psicomotriz cuando predominan los trastornos espaciotemporales y las dificultades motoras, relajación cuando prevalece la distonía y se organiza el «grafoespasmo», abordaje del síntoma y psicoterapia cuando las condiciones afectivas se hallan en primer plano y el síntoma parece estar integrado en una estructura neurótica.

## DEBILIDAD MOTORA

En 1911, Dupré aisló una entidad específica que denominó «debilidad motora» y que se caracterizaba por:

- *Torpeza de la motilidad voluntaria*. Los gestos son burdos, pesados y torpes, y los movimientos poco gráciles. Cuando debe realizar una tarea o una gestualidad precisas, el niño no se coloca de forma adecuada (torcido en la silla, en desequilibrio, etc.).
- *Sincinesias*. Movimientos difusos de grupos musculares normalmente no implicados en un gesto preciso. Debe distinguirse aquí entre las *sincinesias de imitación*, que suelen difundirse horizontalmente (los movimientos de pronosupinación de una mano que se difunden hacia la otra mano en la marioneta) y que, aun cuando son bastante frecuentes, suelen desaparecer poco a poco durante el desarrollo del niño, y las *sincinesias tónicas*, que se difunden a menudo en el eje vertical (movimientos bucofaciales al mover las manos, movimientos de los brazos cuando se mueven los miembros inferiores, etc.), se producen en pocos niños y persisten con la edad. Estas últimas parecen mucho más patológicas.
- *Paratonía*. Se caracteriza por la imposibilidad o una extrema dificultad para conseguir una relajación muscular activa. Así, cuando el examinador sostiene en alto las manos o los antebrazos del niño colocado frente a él, observa

que éste se mantiene en la misma posición incluso en ausencia de sujeción y aun cuando se le pide que se relaje. Esta paratonía es una especie de contractura cerélea que para algunos especialistas podría llegar a la catalepsia, y supone ya un importante obstáculo para conseguir una movilidad flexible y armoniosa.

Estas manifestaciones pueden ir acompañadas de unos reflejos algo más vivos de lo normal y algunos signos mínimos de irritación piramidal. Según Dupré, el origen orgánico de la debilidad motora no es en modo alguno equívoco ya que, siempre de acuerdo con sus afirmaciones, ésta proviene de un proceso de interrupción del desarrollo del sistema piramidal. Por el contrario, debe distinguirse de las anomalías lesionales de las vías motoras y de las perturbaciones motoras que acompañan a la deficiencia mental profunda (v. cap. 9).

Después de su descripción inicial, esta «debilidad motora» ha conocido una expansión notable y excesiva, debido a que ciertos autores no dudaban en designar con este vocablo perturbaciones que iban desde la corea hasta la tartamudez, pasando por los tics, la inestabilidad, la psicopatía, etc. De este modo, se encontraban reunidas bajo el mismo término manifestaciones de naturaleza y origen patogénico extremadamente diverso. Podemos imaginar los riesgos de una extensión semejante.

Actualmente, este concepto debe delimitarse de manera más rigurosa. Es necesario excluir los síndromes neurológicos que son manifestación de una lesión central, y reservar este término para las dificultades motoras relacionadas con las afecciones que provoca en el niño la torpeza tanto para «estar en su propio cuerpo» como para ocupar el espacio y moverse en él con una motilidad intencional y simbolizada suficientemente fluida. La «debilidad motora» como síntoma se encuentra así en los niños con una emotividad lábil, con frecuentes pero leves perturbaciones del esquema corporal, y una vida fantasmática en ocasiones dominada por una mediocre distinción entre el Yo y el entorno. Sin embargo, en otros niños puede limitarse a una torpeza de los gestos cuya significación neurótica es evidente, cuando esta torpeza está ligada a una persona o a un ambiente concreto.

## DISPRAXIAS EN EL NIÑO

No existen fronteras muy precisas entre la debilidad motora grave y lo que se denomina actualmente dispraxias del niño. Estas últimas se caracterizan por la existencia de profundas perturbaciones de la organización del esquema corporal y de la representación espaciotemporal.

En el aspecto clínico, se trata de niños incapaces de llevar a cabo ciertas secuencias gestuales o que lo hacen con extrema torpeza: vestirse, atarse los zapatos, abotonarse la camisa, ir en bicicleta sin ruedas pequeñas a los lados, etc., después de los 6 o 7 años. Sus dificultades son aún mayores en la realización de secuencias rítmicas (p. ej., dar palmadas alternativamente en las manos y sobre las rodillas), en las actividades gráficas (disgrafía importante, mediocridad en el dibujo del monigote). El fracaso es general en las operaciones espaciales y las operaciones lógico-matemáticas. Las pruebas como las de Bender o de la figura

de Rey demuestran estas dificultades. Todo esto tiene como consecuencia un fracaso escolar global, en gran parte como reacción a los problemas iniciales.

Por el contrario, el lenguaje, si bien no es estrictamente normal, se halla proporcionalmente mucho menos alterado.

El examen neurológico es casi siempre normal; se obtienen malos resultados en la totalidad o en parte de las pruebas de imitación de gestos y de designación de las diversas partes del cuerpo.

En el plano afectivo pueden distinguirse dos grupos de niños. Los primeros presentan principalmente dificultades motoras, sin rasgos psicopatológicos sobresalientes. Se observa ciertamente en ellos un cierto grado de inmadurez y actitudes infantiles, así como una inhibición en los contactos sociales, que es en parte reactivo, ya que el niño dispráxico suele ser objeto de risas y bromas por parte de otros niños; no obstante, permanecen en el marco de un desarrollo psicoafectivo sensiblemente normal. Los niños del segundo grupo manifiestan, por el contrario, perturbaciones más profundas de la organización de la personalidad, que se traducen en el plano clínico en un aspecto extraño, dificultad en el contacto social y relativo aislamiento de los otros niños. Por lo que respecta a los test de personalidad, revelan a menudo una vida fantasmática invadida por temas arcaicos. En estos niños se plantea la cuestión de si presentan una organización disarmonica (v. cap. 18).

Actualmente, ante estos cuadros complejos debemos buscar signos de una posible alteración genética que haya sido ya identificada, como por ejemplo el síndrome de Williams (v. cap. 12).

El abordaje terapéutico depende de la profundidad de los trastornos de la personalidad asociados. Es recomendable, e incluso indispensable, la administración de terapia psicomotora y de ayuda pedagógica. A menudo se necesita psicoterapia.

## INESTABILIDAD PSICOMOTORA

La «inestabilidad» es uno de los grandes motivos de consulta en paidopsiquiatría, y es más frecuente en los niños (60 a 80% de los casos) que en las niñas. Cuando se trata de niños en edad preescolar de entre 3-4 y 6-7 años, es la familia la que solicita la consulta. Esencialmente, suelen quejarse, por ejemplo, de que el niño «no para», «no se queda quieto en un sitio», «lo toca todo», «no escucha», «me agota», etc. Cuando los niños están en edad escolar, entre los 6 y los 10-12 años, suele ser un profesor quien insta a los padres a consultar a un especialista; en estos casos, lo que se señala en primer lugar es la inestabilidad de la atención, más que del comportamiento: el niño «está en las nubes», «está distraído», «podría obtener mejores resultados si prestara atención», etc. Estos dos tipos de quejas marcan la doble polaridad de la inestabilidad: el polo motor y el polo de la capacidad de atención.

Sin embargo, en primer lugar debe limitarse el cuadro de la inestabilidad y recordar que el niño de 2-3 años (o incluso más) atraviesa un período en que su atención es naturalmente lábil y su explosiva motricidad lo empuja a multiplicar descubrimientos y experiencias. El entorno no acepta siempre con facilidad esta conducta y a veces, por distintas razones (actitud rígida de los padres, ex-

cesiva exigüidad del espacio disponible, exigencia aberrante por parte de los maestros, etc.), no es tolerada. Esto tiene una gran importancia, ya que, ante la intolerancia del medio y sus inaccesibles exigencias, el niño corre entonces el riesgo de acentuar esta conducta y desarrollar una verdadera inestabilidad reactiva. Debe señalarse a este respecto que la vida urbana actual no está muy adaptada a las necesidades de catarsis motora del niño y muestra una gran intolerancia a lo que con demasiada facilidad se considera una «inestabilidad» patológica. Sólo tenemos que observar, entre otras cosas, los ritmos escolares, la frecuente exigüidad de los pisos, la ausencia de zonas verdes o de zonas de esparcimiento, etc.

## En el ámbito clínico

Hemos de distinguir pues entre la *inestabilidad motora* propiamente dicha, en la que el niño no cesa en su movimiento (corre de aquí para allá, cruza y descruza las piernas o los brazos cuando está sentado, etc.), y la *falta de atención o inestabilidad psíquica*. Aun cuando estas dos formas de inestabilidad aparecen a menudo asociadas, en algunos niños una de ellas puede ser dominante con respecto a la otra.

La *exploración psicomotora* pone a menudo de manifiesto, además de la inestabilidad motora, una inestabilidad postural y la existencia de «reacción de prestancia» (Wallon), es decir, actitudes afectadas y adultomórficas.

El *estudio del tono* permite, según algunos autores (Berges), distinguir entre las inestabilidades con paratonia, caracterizadas por un fondo permanente de contracturas o de tensión en las que la inestabilidad aparece como una «vía de escape» de este estado de control, y las inestabilidades en las que la exploración tónica parece normal pero, por el contrario, existen numerosos signos de una emotividad invasiva e incluso caótica: mirada inquieta, importantes sobresaltos frente a la menor sorpresa, manos sudorosas, sonrojo vasomotor en la cara, etc. Estos niños parecen estar en un estado permanente de hipervigilancia ansiosa, como si el entorno fuera en todo momento susceptible de convertirse en peligroso o desmoralizador.

El resto del examen somático es normal.

## Contexto psicológico

Es variable. En un primer momento, la inestabilidad puede formar parte de un estado reactivo a una situación traumática o ansiógena para el niño. Recordemos que cuanto más pequeño es el niño, más se centra en el cuerpo su manera de expresar un malestar o una tensión psíquica. El movimiento constituye al principio la modalidad más espontánea y más natural de respuesta. Así, la inestabilidad reactiva suele presentarse, por ejemplo, tras intervenciones quirúrgicas, separaciones, disociaciones familiares, etc.

En otros niños, la inestabilidad aparece relativamente aislada: no hay dificultades importantes en los otros ejes del desarrollo y el equilibrio psicoafectivo no parece estar claramente afectado. El nivel intelectual es normal. Se plantea entonces el problema del grado de tolerancia del entorno, en especial familiar, frente a este rasgo del comportamiento. Es probable que determinados niños presenten de manera congénita una motricidad más «explosiva» que otros. En

estos últimos casos, si la respuesta del entorno es demasiado intolerante o exigente, se corre el riesgo de fijar la reacción motora en un estado patológico que determinará de alguna manera un estado particular: la inestabilidad.

A veces, otras manifestaciones psicopatológicas se asocian a la inestabilidad, como por ejemplo enuresis, trastornos del sueño, dificultades escolares, comportamientos agresivos con reacción de prestancia, conductas provocadoras y peligrosas, importante susceptibilidad y tendencia destructiva o autodestructiva. En algunas ocasiones el niño intenta castigarse o hacer que le castiguen.

La inestabilidad puede en este caso tomar la significación de una búsqueda de autocastigo, como puede observarse en el caso de los niños con un sentimiento de culpabilidad neurótico. Por otra parte, la inestabilidad puede ser la respuesta a un estado ansioso grave, o bien un equivalente de defensa maniaca frente a la angustia depresiva o de abandono.

Por último, la inestabilidad se observa en determinados cuadros más complejos, como las psicosis infantiles precoces (v. cap. 14), los trastornos múltiples del desarrollo o la disarmonía evolutiva (v. cap. 18).

En el *plano familiar*, en el hogar de los niños con inestabilidad se encuentra a menudo una constelación especial: madre muy apegada a su hijo, aun cuando esta proximidad oculta a menudo fantasmas agresivos o de muerte; o bien padre distante, descalificado por la madre o que se descalifica a sí mismo en la relación con su hijo, por una agresividad crudamente expresada hacia este niño que percibe como un rival directo por la atención de la madre (Ch. Flavigny).

La *respuesta terapéutica* que debe darse al niño y a su familia frente al problema de inestabilidad no es unívoca. Dependerá de la reacción del entorno frente a la inestabilidad, reacción que puede ir desde el castigo o la coerción directa a la complacencia o incluso la provocación; de la existencia o no de problemas asociados (fracaso escolar, enuresis, etc.), y de la profundidad de los trastornos de personalidad. Así pues, la acción terapéutica podrá consistir en una reorganización educativa (consejos pedagógicos a los padres o al personal de la escuela, práctica de deporte o asistencia a un centro recreativo infantil, etc.), en un intento de catexis libidinal positiva del conjunto del cuerpo estático (relajación) o dinámico (diversos juegos psicomotores, danza rítmica), o en un intento de liberación de los conflictos psicoafectivos (psicoterapia).

Para terminar, haremos una aproximación a la «inestabilidad psicomotora» de la «hipercinesia» (CIE-10) y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH; DSM-IV) (v. cap. 18).

## TICS

Los tics consisten en una ejecución súbita e imperiosa, involuntaria y absurda, de movimientos repetidos que representan a menudo una «caricatura del acto natural» (Charcot). Su ejecución puede ir precedida de una necesidad, y su represión causa un estado de malestar. La voluntad o la distracción pueden interrumpirlos momentáneamente y suelen desaparecer durante el sueño.

Los tics faciales son los más frecuentes: guiños con los párpados, fruncimiento de las cejas, rictus, protrusión de la lengua, movimientos del mentón, etc. En el cuello pueden observarse tics de cabeceo, de saludo, de negación o de

rotación; otras posibilidades son los tics de encogimiento de los hombros, de elevación de los brazos, manos o dedos, y por último los tics respiratorios (resoplar por la nariz, bostezar, sonarse, toser, soplar, etc.) o fonatorios (chasqueo de la lengua, gruñidos, gritos más o menos articulados, ladridos, etc.).

Todos estos tics pueden presentarse de manera aislada o bien asociarse entre sí, permanecer siempre idénticos en un mismo paciente o bien sucederse. Suelen aparecer hacia los 6-7 años de edad, y se instauran poco a poco. Antes de que aparezca el tic, el sujeto experimenta a veces una sensación de tensión y el tic se desencadena como si tratara de una descarga que le alivia. No es raro que el tic se acompañe de un sentimiento de vergüenza o de culpabilidad, sentimientos que pueden verse reforzados por la actitud del entorno.

Hay que distinguir los tics de los otros tipos de movimientos anormales, que no presentan ni la misma brusquedad ni el aspecto estereotipado; se trata de movimientos coreicos, gestos conjuradores de las obsesiones graves (frotar los pies en la estera, tocar un objeto de manera preventiva, etc.), estereotipias psicóticas (marcadas por gestos finos y extraños) y ritmias diversas (de los miembros, de la cabeza, etc.) menos bruscas.

La evolución permite distinguir entre:

- *Tics transitorios*. Son pasajeros y pueden relacionarse con diversos hábitos nerviosos. Desaparecen de manera espontánea. Son, con diferencia, los más frecuentes.
- *Tics crónicos*. Constituyen una afección duradera que acompaña a una organización neurótica definida.

## Significación del tic

No es unívoca, sino que forma parte de las conductas desviadas que se instalan en un determinado estadio evolutivo del niño, y su persistencia puede servir de punto de partida de numerosos conflictos posteriores, con lo que tomará significaciones sucesivas hasta perder poco a poco su/s significado/s inicial/es para convertirse en una manera de ser profundamente fijada en el soma.

Al principio el tic puede ser una simple conducta motora reactiva a una situación de ansiedad pasajera (en caso de enfermedad, separación, etc.). Revela, no obstante, la facilidad con que los afectos, los conflictos y las tensiones psíquicas pasan a la motricidad en algunos niños. La asociación con la inestabilidad es frecuente. Ante esta facilidad, se piensa que el tic puede convertirse en una vía privilegiada de descarga de tensiones.

Es frecuente la asociación de tics y de rasgos obsesivos. Se trata de niños que se controlan con gran vigilancia y que reprimen activamente una agresividad cuya intensidad puede ser hereditaria o el resultado de situaciones traumáticas reales; el tic adquiere entonces una significación ya sea directamente agresiva en una simbolización grosera, ya sea autopunitiva, dirigiendo la agresividad contra sí mismo. Este tipo de niños con tics suele tener un contacto difícil e incluso distante. Es raro que el niño se refiera de manera espontánea a su síntoma, e incluso llega a negarlo. Aparentemente sumiso y pasivo, esta pasividad enmascara en realidad una fuerte oposición. Sus dibujos suelen ser perfeccionistas y rigurosos, y mientras los realiza los tics aparecen en forma de salvas que interrumpen este grafismo controlado.

En otros casos, el tic adquiere una significación más directa de conversión histérica. Esto se observa sobre todo en los niños de mayor edad o en los adolescentes, en los que los tics suelen suceder a accidentes o intervenciones quirúrgicas.

Sea cual sea la trascendencia psicodinámica para el niño, la respuesta del entorno, y sobre todo de los padres, ante las primeras manifestaciones de los tics puede determinar su evolución. Las observaciones demasiado insistentes, las burlas e incluso la prohibición aumentarán aún más la ansiedad o la angustia, vinculándola directamente con las descargas motoras. Estas últimas se encontrarán así relacionadas con las imágenes de los padres y conllevarán con ello la carga libidinal o agresiva unida a ellas. De este modo se instaura una organización neurótica en la que el tic servirá a la vez para reforzar el conflicto y para descargar la tensión pulsional, permitiendo evacuar el retorno de lo reprimido. El significado simbólico del tic será evidentemente distinto en cada niño, según sus propias líneas de desarrollo y sus propios puntos conflictivos.

En un nivel más arcaico, el tic puede presentarse en niños con graves trastornos de la personalidad, en los que indicará la existencia de organizaciones psicóticas. En este caso puede adquirir la significación de descarga pulsional directa en un cuerpo cuya percepción desmembrada resulta tan cercana que debe estar siempre controlado y en tensión.

### Actitud terapéutica

La mayor parte de los fármacos psicotropos tienen muy poco o ningún efecto sobre los tics, con la excepción de las butirofenonas, cuya posología eficaz varía en gran medida de un paciente a otro.

En el marco familiar, es importante que se consiga hacer comprender, reconocer y calmar la ansiedad frente a este síntoma y las reacciones que suscita, si se quiere que se sigan los consejos (no hacer nada frente a los tics, no tratar de reprimirlos ni sobrevalorarlos) del especialista.

Por lo que respecta al niño, el enfoque terapéutico depende a la vez de los trastornos psicopatológicos asociados y del papel que los tics continúan desempeñando en ellos. Así pues, puede proponerse:

- *Terapia psicomotora o relajación*, cuando el tic tiene una significación esencialmente reactiva y cuando se asocia a un comportamiento motor consistente de inestabilidad o torpeza.
- *Psicoterapia*, cuando el síntoma se halla comprendido en una organización neurótica o psicótica que le da su significado y que el tic mismo tiende a reforzar.
- *Terapia comportamental* de tipo «inmersión» o «descondicionamiento operante» (se pide al paciente que ejecute voluntariamente, frente a un espejo, el tic durante media hora todos los días o cada dos días). Se aplica cuando el síntoma aparece más como una costumbre motora y ha perdido ya en gran medida su significado original.

Sea cual sea la terapia aplicada, algunos niños, aun cuando experimentan una mejoría, conservan sus tics en su edad adulta.

### Enfermedad de Gilles de la Tourette

Descrita con este nombre en el DSM-III, la enfermedad de Gilles de la Tourette se caracteriza por la asociación de:

- Numerosos tics recurrentes, repetitivos y rápidos, que afectan con mayor frecuencia a la cara y los miembros superiores.
- Múltiples tics vocales en forma de coprolalia (obscenidades), ecolalia (repetición de lo que dice el interlocutor como si se tratara de un eco), gruñidos, resoplidos, ladridos, etc.

Esta afección suele iniciarse entre los 2 y los 15 años y es de larga duración (un año o más). La intensidad de los tics es diversa y depende en parte del contexto; el sujeto puede suprimir voluntariamente los tics durante algunos minutos u horas.

En asociación con estas manifestaciones, algunos autores han descrito anomalías neurológicas «menores» (hiperreactividad, signos neurológicos leves, anomalías inespecíficas en el electroencefalograma, etc.).

De hecho, este conjunto sindrómico es poco frecuente; los tics motores pueden presentarse de manera aislada, es decir, sin acompañarse de tics vocales, en cuyo caso se habla de «enfermedad de los tics» (Guinon). No obstante, esta última debe diferenciarse de la enfermedad de Gilles de la Tourette propiamente dicha.

Recientemente se han entablado numerosas discusiones etiopatológicas, que tuvieron más eco con ocasión del centenario de la primera descripción de esta enfermedad (1885). Aunque clásicamente se ha considerado una forma neurótica específica enmarcada por lo general en el cuadro de una psicopatología obsesiva, algunos autores defienden una etiología lesional (en los neurotransmisores), debido a las leves perturbaciones observadas y a la eficacia de determinados psicotropos (butirofenona, pimozida, clonazepam). No obstante, los resultados divergentes de los estudios neurobioquímicos no permiten «proponer hoy una explicación bioquímica coherente de este síndrome» (Dugas). Por el contrario, ciertas psicoterapias basadas en la recuperación y revelación del sentido de los tics y la evolución a veces favorable que se consigue con ello hablan a favor de un origen neurótico o preneurótico *borderline* de esta enfermedad (Lébovici et al.).

### TRICOTILOMANÍA. ONICOFAGIA

La tricotilomanía se caracteriza por la necesidad más o menos irresistible de enrollarse, acariciarse, estirarse o incluso arrancarse los cabellos. Cuando se arrancan mechones enteros de cabellos, pueden observarse amplias zonas alopécicas. En algunos casos el niño se come el pelo, con lo que se provoca la formación de un tricobezoar. Si bien no existe una significación unívoca de este síntoma, los autores insisten tanto en el aspecto autoerótico (caricia, autoestimulación del cuero cabelludo) como en el aspecto autoagresivo. Esta conducta puede aparecer también en situaciones de frustración o de carencia: separación



de los padres, muerte de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, ingreso en una institución, etc., y no ser más que una de las conductas desviadas dentro de un cuadro más amplio.

Más frecuente aún es la onicofagia, que, según algunos autores, se presenta en el 10 al 30% de los niños. Este comportamiento persiste además en numerosos adultos. Si bien no puede describirse un tipo psicológico del niño con onicofagia, suele tratarse de individuos ansiosos, vivos, activos y autoritarios. No es extraña la presentación de otros rasgos de conductas desviadas, como inestabilidad psicomotora y enuresis.

Si bien el niño no experimenta ninguna incomodidad cuando es pequeño, con la edad, y especialmente cuando es ya adolescente, puede aparecer un sentimiento de molestia e incluso de verdadera vergüenza frente a la onicofagia, ya que en este punto toma importancia el perjuicio estético.

En el plano teórico, algunos autores han observado en esta conducta un desplazamiento autoerótico que asocia el placer de la succión y un equivalente de la masturbación bastante directo, con una connotación autoagresiva y punitiva, tanto por las lesiones provocadas como por la reacción de desaprobación del entorno. Es posible además que la reacción ansiosa, prohibitiva o agresiva de los padres ante las primeras tentativas de onicofagia de su hijo provoquen en éste una fijación de la conducta, que adopta entonces una significación neurótica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAQUERRA J. DE, STAMBAK M.: L'évolution des syncinésies chez l'enfant. *Presse médicale*, 1955, 39, 817-819.
- AJURIAQUERRA J. DE, BONVALOT-SOUBIRAN G.: Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiat. enfant.*, 1959, 2 (2), 423-494.
- AJURIAQUERRA J. DE, HECAEN H., ANGELERQUES R.: Les apraxies. Variétés cliniques et latéralisation lésionnelle. *Rev. neurol.*, 1960, 1, 566-595.
- AUZIAS M.: Enfants gauchers, enfants droitiers. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1975, 1 vol., 246 p.
- AUZIAS M.: Les troubles de l'écriture chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1981, 1 vol., 2.ª ed.
- BERGES J., LÉZINE I.: *Test d'imitation de gestes. Technique d'exploration du schéma corporel et des praxies chez l'enfant de 3 à 6 ans.* Masson et Cie, Paris, 1963, 1 vol., 128 p.
- COHEN D.J.: Le syndrome de Tourette, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1992, 35, 2, 365-420.
- LA VONDES-MONOD V., PERRON R., STAMBAK M.: *L'écriture de l'enfant.* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964, 2 vol.
- DALERY J., MAILLET J., VILLARD R. de: Les tics de l'enfant. *Neuropsychiat, de l'enf.*, 1980, 28 (12), 581-585.
- DUGAS M.: Le Syndrome de Gilles de La Tourette. État actuel de la maladie des tics. *Presse Med.*, 1985, 14, 589-593.
- DUPRÉ E.: *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination.* Payot, Paris, 1925.
- DUPRÉ E., MERKLEN P.: La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité

- mentale. *Rapport au 19<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes français.* Nantes, 1909.
- FLAVIGNY Ch.: Psychodynamique de l'instabilité infantile. *Psy. Enf.*, 1988, 31, 2, 445-473.
- GALIFRET-GRANJON N.: Les praxies chez l'enfant, d'après Piaget. *Psychiat. enfant.*, 1961, 4 (2), 580-591.
- ISPANOVIC-RADOJKOVIC V., MELJAC C., BERGES J.: Dyspraxiques, figuratif et sémiotique. *Neuropsychiatrie enfance*, 1982, 30, 12, 657-670.
- KOUPERNIK C., DAILLY R.: *Développement neuropsychique du nourrisson.* PUF, Paris, 1968.
- LEBOVICI S., MORON P., CHILAND C., SAUVAGE D.: Les tics chez l'enfant (série d'articles). *Neuropsychiatrie enf.*, 1983, 31, 4, 169-177.
- LEBOVICI S., RABAIN J.F., NATHAN T. et al.: À propos de la maladie de Gilles de La Tourette. *Psy. Enf.*, 1986, 29, 1, 5-59.
- LECKMAN J.F., PETERSON B.S., ANDERSON G.M. et al.: Pathogenesis of Tourette's Syndrome. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1997, 38, 1, 119-142.
- STAMBAK M., L'HERITEAU D., AUZIAS M. et al.: Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiat. enfant.*, 1964, 7, 381-496.
- STAMBAK M., PECHEUX M.G., HARRISON A., BERGES J.: Méthodes d'approche pour l'étude de la motricité chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 155-167.
- TOURETTE G. DE LA: Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch. neurol.*, 1885, 9, 158-200.
- TZAVARAS A.: Droitiers et gauchers. *EMC Neurologie*, Paris, 1978, 17 022 C 10.
- WALLON H.: *L'enfant turbulent.* Alcan, Paris, 1925.
- WALLON H.: *L'habileté manuelle.* *Enfance*, 1963, 16, 111-120.