
Impacto del Síndrome de Tourette en la calidad de vida de adolescentes: una revisión sistemática

Impact of Tourette Syndrome on adolescents' quality of life: a systematic review

Verónica Nataly Hidalgo Vásconez ^I, Isaac Nicolás Guerra Gómez ^{II}, Edison
Fabricio Carrera Mejía ^{III}

^ICarrera de Psicología Clínica, Universidad Tecnológica Indoamérica, Ambato, Tungurahua, Ecuador
veronicahidalgo@uti.edu.ec, <https://orcid.org/0000-0003-3691-2995>

^{II}Carrera de Psicología Clínica, Universidad Tecnológica Indoamérica, Ambato, Tungurahua, Ecuador
iguerra@indoamerica.edu.ec, <https://orcid.org/0009-0007-6371-750X>

^{III}Carrera de Psicología Clínica, Universidad Tecnológica Indoamérica, Ambato, Tungurahua, Ecuador
carrerafabricio80@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0277-2850>

Recibido: 06/02/2026

Revisado: 09/03/2026

Aprobado: 12/03/2026

Publicado: 01/05/2026

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo sintetiza evidencia reciente sobre el Síndrome de Tourette en adolescentes, enfatizando su impacto en la calidad de vida y la interacción con comorbilidades. **Objetivo:** Caracterizar prevalencia, curso clínico, comorbilidades y barreras para la atención, y evaluar la eficacia de intervenciones conductuales y farmacológicas. **Metodología:** Revisión sistemática siguiendo PRISMA de estudios publicados entre 2020–2025 en bases biomédicas, incluyendo RCT, cohortes, revisiones y estudios cualitativos; extracción y síntesis temática de variables clínicas y psicosociales. **Resultados:** Alta heterogeneidad en prevalencia; comorbilidades (TDAH, TOC, ansiedad) aumentan impacto funcional; evidencia favorable para terapias conductuales y opciones farmacológicas en casos moderados-severos. **Conclusiones:** Se

requiere abordaje multidisciplinario, mayor acceso a terapias conductuales y políticas escolares inclusivas para mejorar bienestar y participación.

Palabras clave: Síndrome de Tourette; adolescentes; calidad de vida; comorbilidades; intervenciones conductuales; farmacoterapia; inclusión escolar; estigma

ABSTRACT

Introduction: This review summarizes recent evidence on Tourette Syndrome in adolescents, focusing on quality of life and comorbidity interactions. Objective: To characterize prevalence, clinical course, comorbidities, access barriers, and the effectiveness of behavioral and pharmacological interventions. **Methodology:** PRISMA-guided systematic review of literature (2020–2025) across major biomedical databases, incorporating RCTs, cohort studies, reviews, and qualitative research; thematic synthesis of clinical and psychosocial outcomes. **Results:** Marked heterogeneity in prevalence estimates; ADHD, OCD, and anxiety substantially increase functional burden; behavioral therapies show consistent benefit and pharmacotherapy supports moderate–severe cases. **Conclusions:** Integrated multidisciplinary care, expanded access to behavioral treatments, and school-level inclusion strategies are recommended to enhance adolescent well-being and participation.

Keywords: Tourette Syndrome; adolescents; quality of life; comorbidities; behavioral interventions; pharmacotherapy; school inclusion; stigma

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Tourette (ST) es un trastorno neuropsiquiátrico con tics motores y vocales que debutan en la infancia y pueden mantenerse, con variaciones, durante la adolescencia e incluso la adultez temprana (1-3). No siempre sigue un curso único. Su origen es multifactorial porque intervienen componentes genéticos y neurobiológicos, cuya expresión se ve modulada por el entorno y las experiencias del niño y del adolescente. Por ello, su abordaje exige integrar la dimensión clínica con la social y familiar del adolescente (4-6).

En la práctica clínica los tics suelen iniciarse entre los 5 y 7 años. Los picos de severidad resultan frecuentes en la niñez media, aunque en un número significativo de casos la sintomatología persiste o se transforma durante la adolescencia (2,6,7). Las comorbilidades son frecuentes y determinantes: TDAH, TOC y trastornos de ansiedad aparecen con alta prevalencia y aumentan la



carga funcional. También influyen en la respuesta a tratamientos y en la adaptación escolar y social del joven (1,6,7).

Asimismo, la calidad de vida (QoL) en adolescentes con ST es un constructo multidimensional que incluye bienestar emocional, funcionamiento social, rendimiento académico y participación en actividades cotidianas (4,5). El estigma y la victimización escolar incrementan la ansiedad social, promueven estrategias de ocultamiento y reducen la participación; el efecto acumulado suele traducirse en menor autoestima y peor rendimiento académico (5,6).

Por otro lado, desde la perspectiva terapéutica, las intervenciones conductuales específicas constituyen la primera línea de tratamiento para muchos pacientes adolescentes. Buscan reducir la frecuencia y la intensidad de los tics, mejorar la funcionalidad y dotar al adolescente de herramientas prácticas para manejar la urgencia premonitória y el estrés asociado. La evidencia clínica reciente indica que, cuando se aplican con supervisión especializada y adherencia, las intervenciones conductuales producen reducciones clínicamente relevantes en la severidad de los tics y mejoras en dominios funcionales (5-7).

No obstante, la farmacoterapia mantiene un papel relevante en el manejo de casos moderados a severos o cuando la respuesta conductual es insuficiente (8,9). En muchos escenarios clínicos, la combinación de abordajes conductuales y farmacológicos resulta la opción más pragmática para optimizar resultados, siempre que se realice un seguimiento riguroso de eficacia y tolerabilidad. Paralelamente, intervenciones complementarias dirigidas a la reducción del estrés, la mejora de la regulación emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo pueden potenciar los efectos terapéuticos y facilitar la integración escolar y social (10).

Sin embargo, la accesibilidad y la implementación de tratamientos constituyen desafíos persistentes. Existen vacíos en la formación de profesionales, en la disponibilidad de programas escolares adaptados y en la difusión de información dirigida a familias y comunidades. Asimismo, la pandemia y la influencia de redes sociales han modificado patrones de consulta y presentación clínica, lo que requiere vigilancia epidemiológica y criterios diagnósticos sensibles para distinguir presentaciones funcionales de los trastornos de tics clásicos (11).

Metodológicamente, evaluar el impacto del ST en la adolescencia demanda el uso de instrumentos validados que capturen dimensiones emocionales, sociales y funcionales, así como medidas objetivas de rendimiento escolar y participación social (12).

La presente revisión sistemática tiene por objetivo sintetizar la literatura reciente para caracterizar el impacto del ST en la QoL de adolescentes, identificar los factores clínicos y contextuales que modulan ese impacto y sintetizar la evidencia sobre intervenciones clínicas y psicosociales aplicables en contextos educativos y sanitarios. Se propone, además, mapear barreras para la inclusión escolar y el acceso a servicios, y formular recomendaciones prácticas para la atención integral que integren la perspectiva clínica con estrategias psicosociales y educativas. Esta aproximación busca orientar intervenciones que mejoren el bienestar, la participación y la trayectoria vital de los adolescentes con ST, privilegiando la traducción de la evidencia a la práctica clínica y comunitaria.

MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque sistemático, siguiendo las directrices del método PRISMA, con el objetivo de garantizar transparencia, reproducibilidad y rigor científico en la selección y síntesis de la evidencia. El uso de PRISMA permite estructurar el proceso de búsqueda, inclusión y exclusión de estudios, así como documentar de manera clara el flujo de referencias analizadas. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos biomédicas y psicológicas de acceso internacional, incluyendo PubMed, Scopus y Web of Science. La estrategia se diseñó para identificar artículos publicados en los últimos cinco años, con el fin de asegurar la actualidad de la evidencia. Se emplearon términos controlados y palabras clave relacionadas con el ST, adolescentes, QoL, intervenciones conductuales, farmacoterapia, comorbilidades e impacto psicosocial. Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) y filtros de fecha, idioma (inglés y español) y tipo de publicación.

Se incluyeron artículos que cumplieran con requisitos tales como:

- Publicación entre enero de 2020 y diciembre de 2025.
- Estudios centrados en población pediátrica con diagnóstico de ST.
- Diseños metodológicos con rigor científico: revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohorte, estudios de caso con descripción detallada y estudios cualitativos con metodología explícita.
- Artículos que abordaran aspectos clínicos, terapéuticos, psicosociales o educativos relevantes para el objetivo del trabajo.
- Publicaciones con disponibilidad de DOI o identificador electrónico, para asegurar trazabilidad y verificación.



Se excluyeron aquellos artículos que fueran:

- Tesis de pregrado, trabajos no publicados o literatura gris sin revisión por pares.
- Estudios con deficiencias metodológicas evidentes, ausencia de descripción clara de la muestra o instrumentos, o falta de validez científica
- Artículos que no presentaran información específica sobre adolescentes o que se centraran exclusivamente en población adulta
- Publicaciones duplicadas o redundantes en diferentes bases de datos.

El proceso fue documentado con PRISMA. Se extrajeron variables como autor y año de publicación, tipo de estudio y diseño metodológico, población y tamaño muestral, instrumentos de evaluación utilizados (clínicos, psicométricos, cualitativos), principales resultados: severidad de tics, QoL, presencia de comorbilidades, eficacia de intervenciones conductuales y farmacológicas, impacto psicosocial y educativo y limitaciones metodológicas reportadas por los autores. La información se organizó en tablas de síntesis, clasificando los estudios según temática principal: prevalencia y epidemiología, características clínicas y comorbilidades, intervenciones conductuales y farmacológicas, QoL e impacto psicosocial/educativo. Esta clasificación permitió estructurar los resultados de manera coherente y facilitar la comparación entre estudios. Al tratarse de una revisión sistemática de literatura publicada, no se requirió aprobación ética institucional. Se priorizó la inclusión de estudios con metodología robusta y resultados verificables, con el fin de ofrecer una síntesis confiable y aplicable en contextos clínicos y educativos.

RESULTADOS

La selección de artículos se realizó en tres fases tal y como se muestra en el Gráfico 1:

- **Identificación:** se recopilaron todas las referencias obtenidas de las bases de datos mediante la estrategia de búsqueda.
- **Cribado:** se eliminaron duplicados y se revisaron títulos y resúmenes para descartar estudios irrelevantes.
- **Elegibilidad:** se evaluaron los textos completos de los artículos restantes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

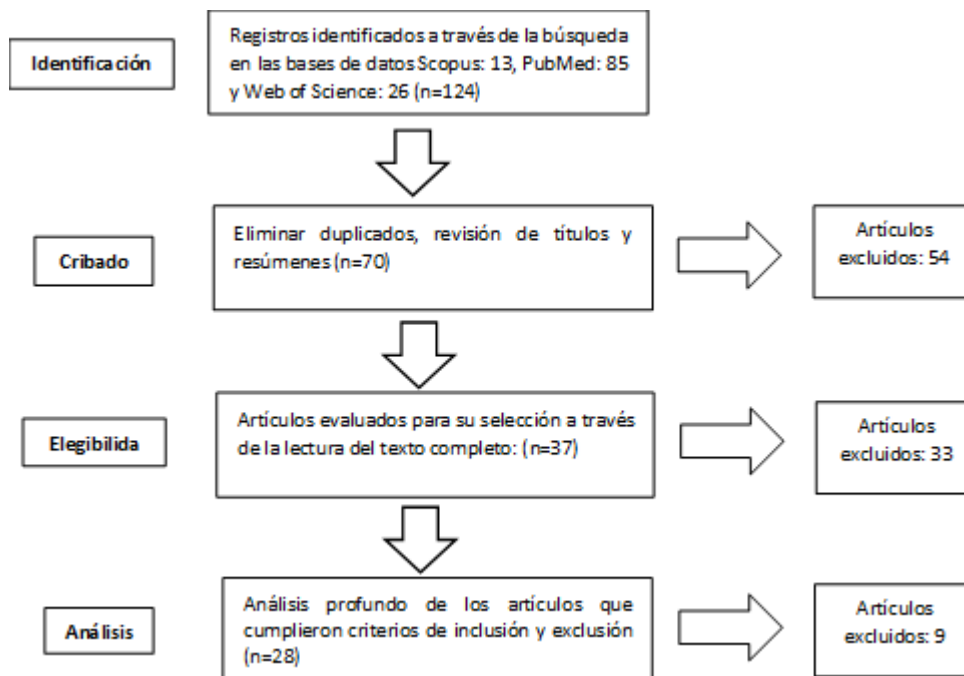


Gráfico 1. Diagrama de flujo de selección de los estudios mediante la metodología PRISMA.

Fueron estudiados un total de 28 artículos que se clasificaron según el tipo de estudio en: ensayos clínicos aleatorizados (RCT), revisiones y metaanálisis (sistemáticas, narrativas, redes y capítulos de revisión) (Tabla 1). La procedencia de los trabajos evidenció una concentración en países de altos ingresos y una proporción importante de trabajos multicéntricos o internacionales. Se identificaron nueve trabajos en Estados Unidos, cuatro en Italia, tres en China; y los restantes fueron de Japón, Francia, Suecia y Reino Unido; además se incluyó un estudio internacional, multicéntrico o no especificado (Tabla 2).

Los estudios incluidos muestran variabilidad marcada en las estimaciones de prevalencia del ST en adolescentes, existe una prevalencia de entre los 10 y 17 años para el comienzo de los síntomas, aunque otros reportan comienzos de los síntomas entre los 4 y los 7 años, con predominio inicial de tics motores simples (parpadeo, muecas, sacudidas de cabeza), seguidos por tics vocales simples (carraspeo, gruñidos) aproximadamente un año después, aunque presentan algunas variaciones.

Tabla 1. Principales hallazgos en los estudios seleccionados.

Autor y año	Tipo de estudio	Metodología y país	Resultados / Información relevante
Tomczak <i>et al.</i> , 2024 (1)	Estudio retrospectivo de seguimiento	Análisis retrospectivo de cohortes clínicas; revisión de historiales y seguimiento post-pandemia; EE. UU.	Documenta un aumento de presentaciones de tics funcionales (functional tic-like behaviors, FTL) tras el periodo de aislamiento por COVID-19, con asociación temporal a exposición a contenidos en redes sociales (TikTok) que muestran tics. Describe patrones clínicos: inicio súbito en adolescentes, predominio femenino, movimientos complejos y vocalizaciones con curso fluctuante; en el seguimiento muchos pacientes mostraron mejoría parcial con intervención multidisciplinaria (psicoterapia, manejo psicosocial).
Ricketts <i>et al.</i> , 2022 (2)	Estudio comparativo observacional (análisis de datos poblacionales)	Análisis comparativo entre grupos: TS solo, TS + TDAH y controles; uso de datos de encuestas clínicas/poblacionales; Estados Unidos	Los niños con TS presentan deterioro en dominios académico, interpersonal, recreativo y familiar; la presencia de TDAH comórbida incrementa significativamente la severidad del deterioro en todas las áreas evaluadas; implicación clínica: la comorbilidad TS+TDAH requiere evaluación y

			abordaje integrado para reducir impacto funcional.
Malli & Forrester-Jones, 2025 (3)	Capítulo de libro / revisión cualitativa y análisis crítico	Revisión crítica de literatura, análisis de narrativas y evidencia secundaria; enfoque en experiencias educativas y estigma; contexto Reino Unido e internacional	Documenta exclusión escolar, microestigmas y respuestas inadecuadas del profesorado; identifica falta de formación docente y políticas escolares insuficientes; propone estrategias: formación específica para docentes, adaptaciones razonables en aula y políticas inclusivas para reducir estigma y mejorar retención educativa.
Pring <i>et al.</i> , 2023 (4)	Revisión sistemática	Búsqueda en Embase, Web of Science, PubMed, PsycINFO, CINAHL; análisis temático; estudios pediátricos mayoritariamente de EE. UU., Europa	Actualiza evidencia sobre estigma en PTD/TS: cuantifica tipos de estigma (público, percibido, autoestigma), Identifica vacíos metodológicos y propone líneas de investigación y estrategias de reducción del estigma en entornos escolares y clínicos.
Atkinson-Clement <i>et al.</i> , 2023 (5)	Estudio observacional cualitativo cuantitativo (text-mining)	Análisis de grandes volúmenes de texto libre mediante minería de texto y análisis estadístico de coocurrencias; muestra clínica y foros; Francia	Identifica dominios cotidianos afectados (interacciones sociales; actividades escolares; sueño; autocontrol emocional); muestran que tics, ansiedad y estigma aparecen como núcleos que condicionan la vida diaria; sugiere intervenciones psicosociales focalizadas y adaptación escolar.

Gunturu <i>et al.</i> , 2025 (6)	Estudio epidemiológico descriptivo (análisis secundario)	Análisis de datos de la National Survey of Children's Health (NSCH); análisis estadístico de prevalencia y comorbilidades; Estados Unidos	Estimaciones de prevalencia de TS en población infantil; alta tasa de comorbilidades (TDAH, trastornos de ansiedad, T.O.C.); subgrupos con mayor riesgo identificados por edad y sexo; recomendaciones para vigilancia poblacional y detección temprana.
Xiong <i>et al.</i> , 2024 (7)	Estudio de prevalencia temporal	Análisis de series temporales y datos poblacionales nacionales; estimación de prevalencia 2016–2022; Estados Unidos	Muestra tendencias temporales en la prevalencia de TS entre niños y adolescentes; variaciones por edad y región; discusión sobre factores de detección y cambios en criterios/diagnóstico que pueden explicar aumentos o fluctuaciones.
Lenka & Jankovic, 2024 (8)	Revisión experta / actualización clínica	Revisión narrativa crítica de la evidencia farmacológica y paradigmas emergentes; análisis de ensayos clínicos, metaanálisis y estudios observacionales; internacional	Sintetiza la evidencia sobre antipsicóticos (p. ej., risperidona, aripiprazol, haloperidol) como fármacos con mayor eficacia demostrada para reducción de tics, discute agonistas alfa-2 (clonidina, guanfacina) para casos leves-moderados y su perfil de tolerabilidad, y evalúa nuevas opciones (VMAT2 inhibitors, ecopipam, formulaciones orales líquidas) y su evidencia emergente. Aborda balance eficacia-tolerabilidad, efectos adversos (sedación, ganancia de peso, efectos extrapiramidales,



			cambios metabólicos) y la necesidad de individualizar la elección farmacológica según comorbilidades (TDAH, TOC) y objetivos funcionales.
Martindale <i>et al.</i> , 2024 (9)	Protocolo de estudio	Desarrollo y validación de escala; fases: entrevistas cualitativas con pacientes y cuidadores, revisión por panel experto, pilotaje y plan de análisis psicométrico (análisis factorial, consistencia interna, validez convergente); EE. UU..	Diseño la Tourette Discrimination-Stigmatization Scale; el protocolo describe ítems generados por entrevistas, revisión experta y pilotaje; significado: proporciona un instrumento para cuantificar estigma/discriminación en trastornos de tics y permitirá evaluar intervenciones y correlaciones con salud mental una vez validada.
Petter <i>et al.</i> , 2025 (10)	Revisión sistemática	Revisión sistemática basada en estudios empíricos; marco teórico: Common-Sense Model; Reino Unido y estudios internacionales	Sintetiza representaciones de la enfermedad: identifica patrones en creencias sobre causa, cronología, control y consecuencias; aporta mapa conceptual para intervenciones psicoeducativas y medidas de evaluación de creencias. El estudio no prueba la eficacia de una intervención concreta, pero evidencia que focalizar el tratamiento en síntomas centrales y puente es una estrategia prometedora para abordar la comorbilidad TS–TDAH y optimizar recursos terapéuticos en población pediátrica.

Zhang <i>et al.</i> , 2023 (11)	Estudio empírico; análisis de red	Análisis de red de síntomas en muestras pediátricas; cuestionarios estandarizados; China	El estudio identifica uno o varios síntomas del ST (por ejemplo, tics motores o vocales) y síntomas de TDAH (por ejemplo, inatención o hiperactividad/impulsividad) como nodos con alta centralidad, lo que significa que están fuertemente conectados con otros síntomas y pueden mantener la red sintomática.
Khodoruth <i>et al.</i> , 2023 (12)	Revisión narrativa / mini-revisión genética	Revisión de estudios genéticos y GWAS; síntesis de evidencia molecular; internacional (datos multicéntricos)	Demuestra la presencia de loci y vías comunes entre TS y TOC; implicaciones para investigación de biomarcadores y terapias dirigidas.
Arbuckle <i>et al.</i> , 2022 (13)	Estudio comparativo observacional / artículo de análisis clínico	Comparación clínica entre presentaciones funcionales de tics y Provisional Tic Disorder; revisión de casos clínicos y series; EE. UU.	Demuestra que las presentaciones funcionales (FTL) difieren marcadamente de los tics provisionales en edad de inicio, curso temporal, patrón fenomenológico y factores precipitantes. Señala características discriminantes: inicio abrupto, mayor complejidad de movimientos/vocalizaciones, fuerte asociación con estrés psicosocial y exposición a modelos (p. ej., redes sociales), y respuesta distinta a tratamientos convencionales para tics.

Paschou <i>et al.</i> , 2022 (14)	Plataforma colaborativa / artículo metodológico	Propuesta y descripción de consorcio internacional para meta-análisis de neuroimagen y genética; protocolos estandarizados; multicéntrico, global	Establece protocolos armonizados para combinar datos de neuroimagen y genómica en TS; objetivo de identificar biomarcadores estructurales/funcionales y variantes genéticas; enfatiza colaboración, tamaño muestral aumentado y reproducibilidad.
Yilmaz & Jankovic, 2025 (15)	Revisión epidemiológica	Revisión narrativa/sistematizada de estudios poblacionales y clínicos; síntesis de prevalencia, edad de inicio, sexo y comorbilidades; global.	Hallazgos cuantificados: prevalencia pediátrica reportada en la literatura ~0.3–1%; razón hombre:mujer ≈ 3–4:1; alta comorbilidad con TDAH y TOC; significado: la carga poblacional es no trivial, predomina la representación masculina y la frecuente comorbilidad exige evaluación multidisciplinaria y priorización de cribado de TDAH/TOC en pacientes con tics.
Watson <i>et al.</i> , 2025 (16)	Estudio correlacional / observacional	Análisis cuantitativo de asociación entre QoL y factores psicosociales en adolescentes con TS; cuestionarios estandarizados; país no especificado (multicéntrico posible)	QoL correlacionada negativamente con severidad de tics, ansiedad y experiencias de estigma; factores protectores incluyen apoyo familiar y escolar; sugiere intervenciones psicosociales para mejorar QoL.
Hu <i>et al.</i> , 2024 (17)	Estudio correlacional y de mediación	Estudio cuantitativo; cuestionarios estandarizados sobre	<i>La función familiar actúa como mediadora parcial entre la severidad de los tics y la QoL infantil; mejores dinámicas familiares se asocian</i>

		funcionamiento familiar, severidad de tics y QoL; China	con mayor QoL. Presenta limitaciones ya que el diseño transversal impide inferir causalidad; muestreo clínico limitado a un centro pediátrico en Beijing, lo que reduce generalizabilidad.
Baglioni <i>et al.</i> , 2025 (18)	Encuesta nacional descriptiva	Encuesta online nacional sobre QoL y acceso a cuidados; muestra italiana; análisis descriptivo y comparativo	<i>Impacto negativo de los tics en QoL y barreras en acceso a servicios especializados</i> ; problemas en diagnóstico y demora en atención. Limitaciones: muestreo por encuesta online con posible sesgo de autoselección; tamaño muestral moderado y sobrerrepresentación de ciertos grupos demográficos.
Cavanna, 2025 (19)	Revisión narrativa especializada	Revisión crítica sobre QoL en TS; síntesis de evidencia clínica y estudios empíricos; perspectiva internacional	<i>QoL afectada por tics y comorbilidades (TDAH, TOC, ansiedad)</i> ; recomienda abordaje multidisciplinario. Limitaciones: revisión narrativa con posible sesgo de selección de estudios; conclusiones más interpretativas.
Conte <i>et al.</i> , 2024 (20)	Estudio observacional transversal	Evaluación neuropsicológica y cuestionarios de calidad de vida en niños con TS; análisis de asociación entre comorbilidades, duración de la enfermedad, cognición y QoL; Italia.	Mayor número de comorbilidades y duración de la enfermedad se asocian con peores puntuaciones en atención y funciones ejecutivas y menor calidad de vida. La comorbilidad y la cronicidad agravan el impacto funcional y cognitivo. Sugiere priorizar

			intervenciones tempranas y manejo integral para preservar funcionamiento y QoL.
Frey, Black & Malaty, 2022 (21)	Revisión y comentario clínico	Revisión narrativa y discusión sobre la relación entre uso de TikTok y aumento de tics funcionales; análisis de series de casos y literatura emergente; internacional	Plantea que el incremento observado en casos de tics funcionales en adolescentes coincide con la difusión de contenidos en TikTok que muestran tics o comportamientos similares; discute mecanismos propuestos: modelado social, contagio por atención, vulnerabilidad psicosocial y factores de aislamiento pandémico.
Andrén <i>et al.</i> , 2022 (22)	Ensayo clínico aleatorizado	RCT de ERP guiado por terapeuta vía internet; Suecia y centros colaboradores	Prevención de exposición y respuesta (ERP) online eficaz para reducir tics y síntomas asociados; buena adherencia y potencial coste-efectividad; muestra con acceso digital.
Prato <i>et al.</i> , 2022 (23)	Ensayo clínico aleatorizado	RCT comparando videoconferencia vs presencial para terapia conductual; Italia	Equivalencia clínica entre teleterapia y presencial en reducción de tics; contexto pandémico y tamaño muestral moderado.
He <i>et al.</i> , 2024 (25)	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, placebo	RCT multicéntrico de aripiprazol solución oral en niños y adolescentes; China	Aripiprazol mostró eficacia y perfil de seguridad aceptable en reducción de tics frente a placebo; Limitaciones: duración del ensayo limitada y necesidad de datos de seguridad a largo plazo.

Gilbert <i>et al.</i> , 2023 (24)	Ensayo clínico aleatorizado (fármaco nuevo)	RCT de ecopipam vs placebo; población pediátrica; Estados Unidos	Ecopipam demostró efectos sobre tics con perfil de seguridad y tolerabilidad evaluados; aporta alternativa farmacológica no-antipsicótica; Limitaciones: resultados requieren confirmación en fases posteriores y seguimiento extendido.
Burn <i>et al.</i> , 2025 (26)	Estudio cualitativo / encuesta mixta	Encuesta y entrevistas semiestructuradas a adolescentes diagnosticados con tics funcionales o trastornos de tics y a sus padres; análisis temático; país no especificado en cita	Describe la ruta diagnóstica como prolongada: retrasos en el diagnóstico, consultas repetidas a especialistas, experiencias de invalidación y estigma. Tras el diagnóstico, muchos informaron insuficiente apoyo post-diagnóstico (poca información práctica, escasez de servicios de rehabilitación y apoyo escolar). Padres y adolescentes destacaron la necesidad de coordinación multidisciplinaria, acceso a terapia psicológica especializada y recursos educativos.

Tabla 2. Prevalencia del ST en diferentes países.

Grupo	Países	Prevalencia	Edad pico / inicio	Hallazgo clave
Alta prevalencia en cribado escolar	España; Colombia; Polonia	≈3–5% en estudios escolares	Escolar (6–12 años)	Detección activa en escuelas; estimaciones elevadas por metodología y posible inclusión de PTD (3,15,18).



Prevalencia moderada en población infantil	Estados Unidos; Suecia; Brasil; Japón	~0.3–1.3% en niños/adolescentes	Inicio ≈4–8 años; pico de severidad 8–12 años	Consenso en inicio temprano y alta comorbilidad (TDAH, ansiedad, TOC) (6,7,14,15).
Baja en registros clínicos o administrativos	Alemania; Dinamarca; Finlandia; Canadá (registros adultos)	~0.01–0.1% en registros	Inicio temprano; muchos sintomáticos antes de los 10 años	Probable subdiagnóstico; cifras aumentan con mayor uso de servicios de salud mental (6,7,15).
Estudios que combinan ST y PTD	Polonia; Japón (ejemplos)	≈1.2–3% cuando se combinan categorías	Escolar	La inclusión de PTD eleva la prevalencia; dificulta comparaciones entre estudios (13,15).
Grupos con énfasis en comorbilidad y riesgos asociados	Taiwán; China; Noruega	No aplicable (enfoque en comorbilidad)	Inicio ≈6 años; pico 8–12 años	Alta coexistencia con TDAH, TOC, trastornos del sueño y TEA; ST aumenta riesgo de trastornos del sueño (11,12,17).
Estimaciones internacionales y meta-análisis	Revisiones multicéntricas	0.30–0.77% niños/adolescentes; 0.01% adultos	Edad media inicio ≈6.4 años; pico 8–12 años	Relación hombre: mujer ≈ 4:1; solo ~12% sin comorbilidad; alta heterogeneidad metodológica (6,7,14,15).

Fuente: Hidalgo et al., 2026

Los tics complejos (coprolalia, copropraxia, ecolalia, movimientos combinados) aparecen en una minoría de casos y tienden a manifestarse con mayor frecuencia en la adolescencia (1,5,20,13). El curso evolutivo típico muestra un pico de severidad entre los 10 y 12 años, seguido de una tendencia a la remisión parcial en la adolescencia tardía y adultez temprana; sin embargo, entre el 50% y el 80% de los adolescentes pueden continuar presentando tics leves en la adultez (1,5,7,20). La alta prevalencia de comorbilidades es uno de los hallazgos más robustos y transversales en la literatura (1,5,11,14). El TDAH se presenta en aproximadamente el 40–60% de los casos (1,5,6), seguido por el TOC (20–50%) (1,5,11), ansiedad (15–68%) (1,6,11), depresión (20–37%) (1,6,15), TEA (10–20%) (11,17) y trastornos del aprendizaje (8–33%) (1,5). Estas comorbilidades suelen tener un impacto funcional mayor que los propios tics, afectando la QoL, el rendimiento académico y la adaptación social de los adolescentes (1,5,9,16). Además, se observa una alta prevalencia de conductas autolesivas (17–35%) y un riesgo elevado de suicidio en comparación con la población general (1,6,15,18).

Las observaciones clínicas relevantes incluyen el retraso diagnóstico, especialmente en mujeres, donde el subdiagnóstico y la mayor edad al diagnóstico se asocian a mayor deterioro funcional (13,15,26). Es común diagnosticar erróneamente en un primer momento un ST como estereotipias, compulsiones y TEA, dada la superposición sintomática y la alta comorbilidad (3,10,13).

El ST afecta la QoL de adolescentes en múltiples dominios: bienestar emocional, relaciones interpersonales, rendimiento escolar y acceso a servicios como se muestra en la Tabla 3. Estudios cuantitativos y encuestas indican que los adolescentes con tics experimentan peor funcionamiento global y mayor carga familiar, que amplifican la discapacidad percibida. (16-18) Investigaciones centradas en experiencias escolares documentan mayor riesgo de bullying y exclusión social, con consecuencias directas sobre la asistencia, el rendimiento académico y la participación en actividades recreativas. (3-5)

Tabla 3. Calidad de vida y factores psicosociales

Característica del tic	Calidad de vida	Impacto psicosocial	Impacto educativo	Notas clínicas
Tics motores simples (movimientos)	Reducción moderada en bienestar emocional y	Molestia social puntual; riesgo de burlas en	Dificultades leves en atención y participación;	Suelen preceder a vocales; impacto depende

Característica del tic	Calidad de vida	Impacto psicosocial	Impacto educativo	Notas clínicas
breves, repetitivos)	confort físico; impacto variable según frecuencia (6,15).	entornos poco informados (4,5).	ausentismo poco frecuente (2.3).	de visibilidad y frecuencia. (5.6).
Tics motores complejos (gestos coordinados, conductas más llamativas)	Mayor deterioro en dominios social y funcional; peor percepción de QoL que tics simples (5,16).	Mayor estigmatización y aislamiento; incremento de ansiedad social y ocultamiento de síntomas (4,5).	Interrupciones en clase, necesidad de adaptaciones; riesgo de suspensión de actividades físicas o recreativas (3)	Asociados a mayor carga familiar y necesidad de intervenciones multidisciplinarias. (6,15).
Tics vocales simples (gruñidos, silbidos)	Impacto moderado en comunicación y bienestar emocional (5,6).	Reacciones sociales negativas esporádicas; posible incompreensión por pares (4,5).	Interferencia en exposiciones orales y participación verbal; puede afectar evaluación oral (3).	Menor impacto que vocales complejos, pero acumulativo si son frecuentes. (5).
Tics vocales complejos (palabras inapropiadas, coprolalia)	Deterioro marcado en QoL social y emocional; mayor vergüenza	Elevada estigmatización, victimización y riesgo de bullying; impacto en	Dificultades significativas en interacción en aula; mayor probabilidad de medidas	Aunque poco frecuentes, generan carga desproporcionada en la vida diaria; requieren

Característica del tic	Calidad de vida	Impacto psicosocial	Impacto educativo	Notas clínicas
	y aislamiento (16,20).	relaciones interpersonales (4).	disciplinarias o exclusión si no hay sensibilización escolar (3,4).	apoyo psicosocial intensivo. (16).
Alta severidad de tics	Peor puntuación global de QoL; afectación en sueño, ánimo y actividades recreativas (16,20).	Mayor aislamiento, mayor riesgo de comorbilidad ansiosa/depresiva; estrés familiar elevado (5.6).	Reducción del rendimiento académico, mayor absentismo y necesidad de adaptaciones educativas (2).	La severidad por sí sola explica parte del deterioro; comorbilidades amplifican el efecto (6).
Tics con comorbilidad TDAH	QoL reducida especialmente en dominios de funcionamiento escolar y conducta; peor autocontrol percibido (6.26).	Dificultades interpersonales por impulsividad; mayor conflicto en el aula y en el hogar (2).	Peor rendimiento académico, problemas de atención sostenida y mayor necesidad de apoyos educativos (2).	Combinación ST-TDAH se asocia a mayor discapacidad global y a decisiones terapéuticas combinadas (26).
Tics con comorbilidad TOC	Afectación significativa en bienestar emocional y en rutinas diarias; QoL disminuida	Aislamiento por rituales y ansiedad; estigma añadido por conductas repetitivas (4).	Interferencia en organización del trabajo escolar y en tiempos de	Solapamiento etiológico y genético entre ST y TOC; requiere abordaje integrado (12).

Característica del tic	Calidad de vida	Impacto psicosocial	Impacto educativo	Notas clínicas
	por rumiación y compulsiones (6,12)		examen; necesidad de adaptaciones (3).	
Tics con comorbilidad ansiedad/depresión	Marcada reducción de QoL en dominios afectivos; mayor riesgo de ideación negativa en casos severos (16,20).	Evitación social, retraimiento y menor participación en actividades (5).	Disminución del rendimiento y motivación; ausentismo por malestar emocional (2).	Trastornos internalizantes median la relación entre tics y QoL; intervención psicosocial prioritaria (16).
Presentaciones funcionales / tic-like (adolescentes, redes sociales)	QoL afectada por angustia y confusión diagnóstica; impacto variable según curso clínico (6,12,15).	Alta visibilidad mediática; estigmatización y controversia social; dinámicas de imitación entre pares (15,21).	Cambios en patrones de consulta y en demandas escolares; necesidad de educación sobre etiologías funcionales (2,6,13).	Diferencian clínicamente de los tics primarios; requieren evaluación diagnóstica cuidadosa (13).
Tics de baja intensidad y baja frecuencia	QoL relativamente preservada si no hay comorbilidades;	Menor estigma; integración social más fácil (5).	Pocas repercusiones académicas; no suelen requerir	Pueden pasar desapercibidos en entornos informados; seguimiento recomendado (6).

Característica del tic	Calidad de vida	Impacto psicosocial	Impacto educativo	Notas clínicas
	impacto contextual (5,6).		adaptaciones (3).	
Efecto de intervenciones (conductuales / farmacológicas)	Mejora de QoL correlacionada con reducción de severidad de tics; beneficios adicionales en funcionamiento social cuando se integra apoyo psicosocial (8,16,23).	Disminución de estigma percibido al mejorar visibilidad de los tics; mayor confianza social (4).	Mejoras en asistencia y rendimiento cuando la intervención reduce la interferencia en clase (3).	Modalidades remotas muestran eficacia comparable a presencial en corto-medio plazo; combinación terapéutica útil en casos complejos (3,8,22).

Los trabajos cualitativos y los análisis de texto aportan matices sobre la vida cotidiana: los adolescentes describen estigma, incompreensión docente y la necesidad de adaptaciones escolares; estas experiencias se asocian a ansiedad social y a estrategias de ocultamiento de los tics (5). Además, la percepción de apoyo familiar y la calidad del entorno doméstico median la relación entre severidad de tics y QoL: por lo que el mejor funcionamiento familiar se vincula a un menor impacto en la vida diaria (17). Estudios de contexto europeo e italiano subrayan barreras en el acceso a atención especializada y variabilidad en la atención psicosocial, lo que repercute en resultados de QoL y en la satisfacción con los servicios (18,19).

La severidad de los tics por sí sola no explica plenamente la disminución de QoL; la presencia de comorbilidades, el estigma escolar y la falta de apoyo institucional y familiar son determinantes clave (4,9,16,19,20). Intervenciones que combinan manejo clínico de tics, apoyo psicosocial y medidas de inclusión escolar parecen ser las más prometedoras para mejorar la QoL en adolescentes con ST, según los estudios revisados (3,5,17,18).

Los esquemas de tratamiento que presentan mayor impacto positivo en los pacientes menores de edad son la inversión del hábito y la prevención de respuesta (CBIT/TCC/ERP), que reducen la frecuencia e intensidad de los tics y mejoran indicadores funcionales, por sí solos o sumados a fármacos como aripiprazol y ecopipam (8,22,23,24,25).

DISCUSIÓN

El impacto del ST en la adolescencia es multifactorial: los tics contribuyen a la discapacidad, pero las comorbilidades y los factores sociales explican gran parte de la variación en la QoL; hallazgos cualitativos y encuestas subrayan además que el apoyo familiar y las adaptaciones escolares median la relación entre sintomatología y funcionamiento psicosocial (1,2,4,13).

Se observan dificultades para el diagnóstico correcto del ST, por lo que se debe tener en cuenta la urgencia premonitoria, la sensación física o mental desagradable que precede al tic y se alivia tras su ejecución como elemento para tener en cuenta.

En el plano terapéutico la eficacia de intervenciones conductuales estructuradas (CBIT, ERP) para reducir la severidad de los tics y mejorar la funcionalidad a corto-medio plazo (22); aunque la teleterapia ha mostrado buenos resultados. El uso de fármacos es necesario en casos moderados-severos o refractarios, aunque la evidencia sobre seguridad y efectos a largo plazo es todavía limitada y heterogénea (24,25).

No obstante, la literatura presenta limitaciones metodológicas que condicionan la certeza de las conclusiones: predominan diseños transversales y muestras clínicas, existe heterogeneidad en definiciones diagnósticas e instrumentos (YGTSS, TSIS, medidas de QoL) y faltan evaluaciones sistemáticas del riesgo de sesgo y protocolos registrados en múltiples trabajos (17,20). Además, la distribución geográfica de la investigación es claramente asimétrica: la mayor parte de los estudios procede de Estados Unidos, observando vacíos en América Latina, África y gran parte del Sur y Sudeste Asiático, en zonas con limitaciones de recursos (6-8,15,21).

Se requieren estimaciones poblacionales con muestreo probabilístico y protocolos activos (incluida la video-evaluación) para regiones subrepresentadas; cohortes longitudinales que describan trayectorias desde la infancia hasta la adultez temprana y permitan identificar predictores de persistencia; RCTs multicéntricos en América Latina, África, Sur y Sudeste de Asia, Medio Oriente y comunidades rurales que evalúen la eficacia y la adaptación cultural de CBIT/ERP, y programas escolares anti-bullying (3,6,7).



Los psicofármacos empleados en el tratamiento de niños con ST suelen presentar mejorías, a expensas de un mayor número de reacciones adversas, tales como los síntomas extrapiramidales, así como sedación y ganancia de peso, por lo que su uso debe ser reducido a casos que no presenten mejoría con terapia conductual integral. Por otro lado, el ecopipam muestra buenos resultados, a pesar de no ser un antipsicótico. Es imprescindible además realizar estudios de implementación y equidad que midan barreras estructurales (coste, formación profesional, conectividad) y evaluar la seguridad a largo plazo de fármacos emergentes mediante seguimientos prolongados y registros farmacovigilantes (24,25).

Para traducir la evidencia en prácticas inclusivas se recomienda estandarizar definiciones e instrumentos, registrar protocolos como el PROSPERO o el Tourette Discrimination-Stigmatization Scale y aplicar herramientas formales de riesgo de sesgo en estudios primarios; incorporar diseños mixtos que integren datos cuantitativos y narrativas cualitativas para adaptar intervenciones a contextos culturales diversos; y promover políticas educativas que financien formación docente y adaptaciones razonables (8,9).

CONCLUSIONES

La revisión sistemática muestra que la adolescencia constituye un desafío clínico y social, caracterizado por la presencia de comorbilidades y por un impacto significativo en la calidad de vida. Los estudios analizados coinciden en que el TDAH, el TOC y los trastornos de ansiedad intensifican las dificultades escolares y sociales, mientras que el estigma y la exclusión agravan el deterioro emocional. Las intervenciones conductuales aportan beneficios significativos en la reducción de los tics, y la farmacoterapia resulta útil en los casos de mayor severidad cuando se aplica con un seguimiento adecuado. Asimismo, se identifican barreras persistentes en el acceso a servicios especializados y en la inclusión educativa, lo que subraya la necesidad de estrategias integrales. En conjunto, los hallazgos indican que el abordaje del trastorno debe trascender lo clínico y articularse con acciones psicosociales y educativas que favorezcan la participación, el bienestar y la trayectoria vital de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomczak KK, Worhach J, Rich M, Swearingen Ludolph O, Eppling S, Sideridis G, Katz TC. Time is ticking for TikTok tics: A retrospective follow-up study in the post-COVID-19 isolation era. *Brain Behav.* 2024;14:e3451. doi:10.1002/brb3.3451
2. Ricketts EJ, Wolicki SB, Danielson ML, Rozenman M, McGuire JF, Piacentini J, Mink JW, Walkup JT, Woods DW, Bitsko RH. Academic, interpersonal, recreational, and family impairment in children with Tourette Syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(1):3-15. doi:10.1007/s10578-020-01111-4
3. Malli MA, Forrester-Jones R. Educational experiences of students with Tourette's syndrome: navigating inclusion, stigma, and systemic barriers. In: *Tourette's syndrome, stigma, and society's jests*. Cham: Palgrave Macmillan; 2025. p. 249-285. doi:10.1007/978-3-031-83368-7_8
4. Pring K, Malli MA, Hardy BW, Rapp SR, Storch EA, Mink JW, Martindale JM. Reframing stigma in Tourette syndrome: an updated scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023;34:19-39. doi:10.1007/s00787-023-02332-3
5. Atkinson-Clément C, Duflot M, Lastennet E, Patsalides L, Wasserman E, Sartoris TM, Tarrano C, Rosso C, Burbaud P, Deniau E, Czernecki V, Roze E, Hartmann A, Worbe Y. How does Tourette syndrome impact adolescents' daily living? A text mining study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023;32:2623-35. doi:10.1007/s00787-022-02116-1
6. Gunturu S, Saeidi M, Alzein O, Jafari K, Salehi M, Jaka S. Unpacking Tourette syndrome in children: insights into prevalence and comorbidities from NSCH data. *J Clin Med.* 2025;14(5):1485. doi:10.3390/jcm14051485
7. Xiong Y, O'Brien M, Yang W, Zang X, Bao W, Xu G. Prevalence of Tourette syndrome among children and adolescents in the United States, 2016–2022. *BMC Public Health.* 2024;24:2699. doi:10.1186/s12889-024-20216-2
8. Lenka A, Jankovic J. An update on the pharmacological management of Tourette syndrome and emerging treatment paradigms. *Expert Rev Neurother.* 2024;24:1025-33. doi:10.1080/14737175.2024.2382463
9. Martindale JM, Ringheanu VM, Pring KA, Norona S, Wiseman K, Strowd RE, Chapman L, Rigdon J, Rapp SR, Storch EA, Ip E, Mink JW. Study protocol for measuring stigmatization in persistent tic disorders: development and validation of the Tourette

- discrimination-stigmatization scale. *Front Psychol.* 2024;15:1381063. doi:10.3389/fpsyg.2024.1381063
10. Petter C, Khan K, Babbage C, Davies EB. A systematic review exploring perceptions of Tourette syndrome and tic disorders using the common-sense model of illness representations. *Psychol Health.* 2025;1-34. doi:10.1080/08870446.2025.2502515
 11. Zhang W, Jiang Z, Zhang A, Yu L, Wang X, Hong X, Cui Y, Lei T. Network analysis of Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2024;18:118. doi:10.1186/s13034-024-00810-3
 12. Khodoruth MAS, Ahammad F, Khan YS, Mohammad F. The shared genetic risk factors between Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Front Neurol.* 2023;14:1283572. doi:10.3389/fneur.2023.1283572
 13. Arbuckle AL, Bihun EC, Schlaggar BL, Black KJ. Functional tic-like presentations differ strikingly from provisional tic disorder. *F1000Res.* 2022;11:1566. doi:10.12688/f1000research.129252.2
 14. Paschou P, Jin YF, Müller-Vahl KR, Möller HE, Rizzo R, Hoekstra PJ, Roessner V, Debes NM, Worbe Y, Hartmann A, Mir P, Cath DC, Neuner I, Eichele H, Zhang C, Lewandowska K, Münchau A, Verrel J, Musil R, Silk TJ. Enhancing neuroimaging genetics through meta-analysis for Tourette syndrome (ENIGMA-TS): a worldwide platform for collaboration. *Front Psychiatry.* 2022;13:958688. doi:10.3389/fpsyt.2022.958688
 15. Yilmaz AY, Jankovic J. Epidemiology of Tourette syndrome. *Brain Sci.* 2025;15(5):426. doi:10.3390/brainsci15050426.
 16. Watson KH, Eckland M, Schwartzman JM, Molnar A, Boon W, Hiller M, Scholer S, Mace R, Rothman A, Claassen DO, Riordan HR, Isaacs DA. The association of quality of life with psychosocial factors in adolescents with Tourette syndrome. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2025;56:1586-97. doi:10.1007/s10578-023-01656-0
 17. Hu SJ, Li Y, Yang QH, Yang K, Jun JH, Cui YH, Lei TY. Family functioning mediation in tic severity and quality of life for children with Tourette syndrome. *World J Psychiatry.* 2024;14(11):1641-51. doi:10.5498/wjp.v14.i11.1641

18. Baglioni V, Esposito D, Notaristefano I, Di Iorio G, Romano S, Pisani F. Growing up with tic disorders: an Italian survey on quality of life and access to care. *Front Psychiatry*. 2025;16:1581666. doi:10.3389/fpsy.2025.1581666
19. Cavanna AE. Quality of life in Tourette syndrome. *Psychiatr Clin North Am*. 2025;48:123-50. doi:10.1016/j.psc.2024.08.010
20. Conte G, Costanza C, Novelli M, Scarselli V, Arigliani E, Valente F, Baglioni V, Terrinoni A, Chiarotti F, Cardona F. Comorbidities and disease duration in Tourette syndrome: impact on cognition and quality of life of children. *Children (Basel)*. 2024;11(2):226. doi:10.3390/children11020226
21. Frey J, Black KJ, Malaty IA. TikTok Tourette's: are we witnessing a rise in functional tic-like behavior driven by adolescent social media use? *Psychol Res Behav Manag*. 2022;15:3575-85. doi:10.2147/PRBM.S359977.
22. Andrén P, Holmsved M, Ringberg H, Wachtmeister V, Isomura K, Aspvall K, Lenhard F, Hall CL, Davies EB, Murphy TL, Hollis C, Sampaio F, Feldman I, Bottai M, Serlachius E, Andersson E, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Therapist-supported internet-delivered exposure and response prevention for children and adolescents with Tourette syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2022;5(8):e2225614. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.25614
23. Prato A, Maugeri N, Chiarotti F, Morcaldi L, Vicario CM, Barone R, Rizzo R. A randomized controlled trial comparing videoconference vs. face-to-face delivery of behavior therapy for youths with Tourette syndrome in the time of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2022;13:862422. doi:10.3389/fpsy.2022.862422
24. Gilbert DL, Dubow JS, Cunniff TM, Wanaski SP, Atkinson SD, Mahableshwarkar AR. Ecopipam for Tourette syndrome: a randomized trial. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022059574. doi:10.1542/peds.2022-059574
25. He F, Luo J, Huang Y, Hao Y, Sun L, Ke X, Wu B, Chen Y, Han Y, Zhang Y, Liu J, Han H, Xian M, Uki M, Zheng Y. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of aripiprazole oral solution in children and adolescents with Tourette's disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18:88. doi:10.1186/s13034-024-00764-6

26. Burn O, Duncan M, McAllister E, Murphy T, Loewenberger A. The journey to a functional diagnosis and experiences of post diagnostic support: perspectives from adolescents and their parents. *Disabil Rehabil.* 2025;1-12. doi:10.1080/09638288.2025.2477293