



Trastornos de Ansiedad:  
**Una guía para  
familias sobre los  
medicamentos**

AMERICAN ACADEMY OF  
CHILD & ADOLESCENT  
PSYCHIATRY

WWW.AACAP.ORG

AMERICAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION



## Trastornos de ansiedad: Grupo de Trabajo de la Guía para Familias sobre Medicamentos

### CO-PRESIDENTES:

John T. Walkup, MD  
Jeffrey R. Strawn, MD

### MIEMBROS:

Kareem Ghalib, MD  
Kimberly A. Gordon-Achebe, MD  
Tanya Murphy, MD, MS  
Daniel S. Pine, MD  
Adelaide S. Robb, MD  
Moirá A. Rynn, MD  
Timothy E. Wilens, MD

### PERSONAL:

Carmen J. Thornton, MPH, CHES, Director, Research, Grants, & Workforce  
Sarah Hellwege, MEd, Deputy Director, Research, Training, & Education

### CONSULTOR:

Esha Gupta, Medical Science Writer

### TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL:

Laura Vigo, MD  
Irma Isasa, MD  
Joaquín Fuentes, MD  
Servicio de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Policlínica Gipuzkoa  
Donostia / San Sebastián, España

### NOTA DE LOS TRADUCTORES:

1. El Diccionario panhispánico de dudas, de la Real Academia Española y las veintiuna Academias de la Lengua Española de América y Filipinas, establece la posibilidad de que el uso genérico del masculino designe a todos los individuos de la especie, sin distinción de sexos. Solo se justifica la mención explícita del femenino cuando la oposición de sexos es relevante al contexto. Los autores de la traducción, por economía del lenguaje, aceptan esta recomendación y utilizan los términos “niños” y “padres” de modo genérico, salvo cuando esté indicado diferenciar entre ambos sexos. También, han tratado de utilizar sustantivos inclusivos siempre que ha sido posible.
2. El borrador de la traducción directa e inversa a ciegas ha sido revisado, en cuanto a su claridad, por un grupo de diez personas no-especializadas del País Vasco (España), y en cuanto a su aplicabilidad léxica en Latino América por María José Lisotto, MD (Uruguay), Geovanna Andrade, MD (Ecuador) y Andrés Camilo Cardozo Alarcón, MD (Colombia). La contribución de traductores y revisores ha sido gratuita.
3. Ya que los medicamentos tienen nombres comerciales diferentes según los países, se ha optado por evitar dichos nombres, y referir sus principios activos.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente promueve el desarrollo saludable de niños y de adolescentes, así como de sus familias, a través del apoyo, la educación y la investigación. Los profesionales de psiquiatría infantil y adolescente son la autoridad médica líder en la salud mental de la infancia.



# Índice

Introducción .....	<b>4</b>
Los Trastornos de Ansiedad.....	<b>6</b>
Evaluación y Tratamiento.....	<b>8</b>
La Medicación como una Herramienta para tratar la Ansiedad.....	<b>9</b>
Tratamientos Psicosociales para la Ansiedad.....	<b>16</b>
Referencias .....	<b>17</b>

# Introducción

El propósito de esta *Guía para Familias sobre los Medicamentos* es ofrecer un texto fácil de leer y sencillo de comprender, sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y juventud. En la Guía, se señalan las formas más comunes de ansiedad y trastornos relacionados, incluyendo los siguientes:

- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Fobia social
- Crisis de angustia
- Trastorno obsesivo-compulsivo

## ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una emoción normal que es importante para nuestra supervivencia y funcionamiento. Nos puede ayudar a evitar situaciones potencialmente peligrosas y prepararnos para afrontar desafíos. Los acontecimientos estresantes de la vida, como el enfrentarse a un examen, comenzar el curso en una escuela nueva o hablar delante de un grupo, pueden desencadenar formas normales de ansiedad que ayudan al niño y al joven (*Nota de los traductores: como se explica en la contraportada, caso de no hacerse explícito, el masculino genérico incluye a ambos sexos*) a prepararse para retos que debe superar. Dicho esto, a veces los niños pueden presentar dificultades para expresar las emociones, lo que tiene un impacto negativo en su vida diaria. El miedo, la ansiedad, la tristeza e incluso nuestra capacidad de disfrute son emociones que, si se convierten en extremas, alteran nuestra capacidad para desenvolvernos.

## ¿Hasta qué punto son frecuentes los trastornos de ansiedad y a quiénes afectan?

Los trastornos de ansiedad son comunes tanto en la niñez como en la adolescencia y a

menudo comienzan en esas fases de la vida. De hecho, algunos sugieren que los trastornos de ansiedad afectan a uno de cada ocho menores de edad. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) estima que el 25,1% de los adolescentes entre 13 y 18 años de edad, van a tener un trastorno de ansiedad y que el 5,9% van a presentar una forma grave de ansiedad. En la infancia, los chicos y chicas están igualmente afectados; pero después de la pubertad, parece que las chicas pedirían con mayor frecuencia ser tratadas de ansiedad.

Tanto los factores genéticos como el entorno juegan un papel en los trastornos de ansiedad. Los antecedentes familiares Ponen al joven a riesgo de desarrollar este trastorno. Pero, además, los cuidadores o familiares pueden empeorar sin querer el miedo y la ansiedad, si favorecen que evite el estímulo que le asusta, en lugar de apoyarle para que lo afronte.

## ¿Cómo se diferencian la ansiedad normal y el trastorno de ansiedad?

Los trastornos de ansiedad son diferentes a la ansiedad regular o típica, de la misma manera que la depresión es diferente a la tristeza normal, o la sintomatología maniaca (estado de ánimo elevado y expansivo) es diferente a la felicidad y la excitación normal.

Los síntomas de ansiedad pueden variar y ser diferentes según los antecedentes y la etnia, pero se distinguen de la ansiedad normal por una serie de aspectos importantes:

1. La ansiedad normal ocurre en todos los momentos de la vida. Sin embargo, los trastornos de ansiedad **comienzan por primera vez antes de la pubertad** y, en ocasiones, se inician o empeoran sin causa aparente.
2. Las actividades cotidianas adecuadas para la edad, que la mayoría de los menores



- disfrutan, se convierten en **insuperables** para quienes tienen trastornos de ansiedad. Para un niño con trastorno de ansiedad, el ir a la escuela, el dormir fuera de casa sin sus padres, el acudir a un campamento, el hacer nuevas amistades en una fiesta, el “lucirse” delante de los demás y las experiencias nuevas potencialmente divertidas (como un parque de atracciones), pueden provocar mucha ansiedad. De hecho, esas intensas reacciones a menudo sorprenden a sus cuidadores, ya que la causa desencadenante es, frecuentemente, algo rutinario o un acontecimiento vital normal, que un niño de una determinada edad suele ser capaz de hacer y disfrutar.
3. Los niños con trastornos de ansiedad experimentan a menudo varios **síntomas físicos no explicables por causa médica**, como dolor de estómago, de cabeza, sensación de falta de aire al respirar, dolores en el pecho, miedo a asfixiarse, náuseas o vómitos. A menudo se preocupan sobre su estado general de salud. Estos niños prestan demasiada atención a sus sensaciones corporales y creen erróneamente que estas sensaciones son síntomas de una enfermedad. En consecuencia, los padres con frecuencia creen que sus hijos están físicamente enfermos, acudiendo a menudo con ellos a la enfermería escolar o al pediatra, perdiendo días de clase y, en ocasiones, sometiéndoles a procedimientos médicos innecesarios.
  4. La **consistencia y la persistencia** del cuadro de síntomas de ansiedad en el tiempo, resultan claves a la hora de diagnosticar un trastorno. Dicho esto, sabemos que algunos casos de ansiedad experimentan un repentino empeoramiento de sus síntomas. Por ejemplo, un niño de ocho años, que ha tenido una ligera ansiedad de pequeño pero disfrutaba acudiendo a la escuela, puede ahora, de pronto, sufrir de ansiedad por separación y rechazar el acudir a la escuela.
  5. Los niños con ansiedad tienden a **evitar situaciones** que les ponen ansiosos. Si dichas situaciones son tareas rutinarias y necesarias para su desarrollo personal, su funcionamiento diario, en casa o en la escuela, se verá afectado.
  6. Los niños con trastorno de ansiedad pueden tener **además una ansiedad normal (esperable para la situación)**. Los profesionales formados, como los psiquiatras infantiles y de adolescentes, pueden reconocer el patrón sintomático de un trastorno de ansiedad.
- Frecuentemente las familias anticipan la conducta ansiosa del niño y para aliviar su sufrimiento, intentarán que eviten esas situaciones que les genera ansiedad. La evitación, el descontrol emocional y otras conductas que continuamente impiden al niño llevar a cabo actividades adecuadas para su edad, afectarán a su funcionamiento normal. Además, tanto el sufrimiento físico como el emocional van a causar un impacto psicológico, y así, el niño con ansiedad sufre funcional y psicológicamente.

# Los Trastornos De Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se clasifican de diferentes manera según los síntomas que presenta el niño. **(Tabla 1)**

## Síntomas comunes a todos los Trastornos de Ansiedad

Aunque existen síntomas específicos asociados con cada trastorno listado en la Tabla 1, hay unos síntomas comunes en estos trastornos:

- Hipervigilancia—analizar continuamente el entorno para detectar cualquier cosa nueva o diferente.
- Reactividad—los niños con ansiedad se sienten frecuentemente amenazados por cosas nuevas o diferentes y reaccionan en consecuencia; mientras que la mayoría de los demás niños sienten curiosidad y se interesan por las novedades.

- Quejas físicas—dolores de cabeza, miedo a atragantarse, ahogarse o vomitar, dolor en el pecho, quedarse sin aire al respirar, pérdida de apetito, dolor de estómago, acudir urgentemente al baño, sudoración excesiva, tensión muscular, nerviosismo y dificultad para iniciar el sueño nocturno.
- Evitación—es la manera más fácil y frecuente de responder que tiene el niño con ansiedad. En vez de acercarse con curiosidad a una nueva situación, como hacen la mayoría de los niños, quienes tienen ansiedad evitan situaciones que la desencadenan. La evitación de algo importante para el desarrollo infantil, es indicativa de que la ansiedad debe ser atendida y abordada.
- Aspectos conductuales—si el niño no es capaz de evitar la situación que le genera ansiedad, puede presentar alteraciones del comportamiento, como negarse a participar, mostrarse negativista o tener un ataque de rabia. La ansiedad intensa y estos comportamientos serios resultan muy difíciles de manejar para la mayoría de los cuidadores, que frecuentemente se sienten incapaces de ayudar al niño.



Tabla 1.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS RELACIONADOS	
<b>Fobia específica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción irracional o de miedo extremo ante un objeto o situación (ej., animales, alturas, personas disfrazadas y/o algún tipo de transporte).</li> <li>• Que provoca la evitación de los objetos o situaciones, o un fuerte malestar cuando están expuestos a ellos en la vida cotidiana.</li> <li>• Constituye frecuentemente el primer signo de un trastorno de ansiedad y puede estar asociado con otras formas de ansiedad.</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad por separación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación específica de que algo malo va a ocurrirles a ellos o a sus cuidadores si se separan de él (ej., estar separados en distintas habitaciones de su casa, dormir solo en su cama, ir por la mañana a la escuela, quedarse a dormir en casa de una amistad cercana y/o preocuparse si los cuidadores no están en casa o van a llegar tarde al hogar).</li> <li>• Frecuentemente descritos como niños excesivamente "apegados" a sus padres o que les echan de menos con suma facilidad.</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversos miedos y preocupaciones sobre las experiencias normales de cada día (ej., anticipar frecuentemente desastres [pensamiento catastrófico], preocuparse sobre aspectos de su salud o situación económica, además de la salud y las finanzas de su familia, pensar sobre la vida y la muerte o sobre problemas en las relaciones familiares o con otras personas, sentir una intensa presión académica).</li> <li>• Frecuentemente descritos como preocupados, tensos, rígidos, inflexibles y perfeccionistas.</li> <li>• Por la noche, pueden tener problemas para quedarse dormidos, debido a sus preocupaciones.</li> <li>• A veces, tienen problemas para centrarse y concentrarse en la escuela por estar pensando en las cosas que les preocupan</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo o preocupación sobre su funcionamiento en las interacciones sociales (ej., ser extremadamente consciente de sí mismo y miedo a ser juzgado o humillado en situaciones sociales o avergonzarse, asustándose con la idea de ser el foco de atención de los demás).</li> <li>• Puede limitarse a un entorno particular (ej., hablar frente a un grupo) o puede ser un problema global y afectar a las interacciones individuales cara a cara (ej., pedir la comida en un restaurante y/o preguntar a un adulto amable, como un profesor, una pregunta o solicitar instrucciones a un policía sobre una dirección).</li> <li>• A menudo son considerados como tímidos, muy auto-conscientes, les cuesta coger confianza, inseguros en situaciones sociales, que "hablan bajito" y rechazan hacer preguntas a los demás, o pueden preguntar con frases muy cortas y evitando hacer el contacto visual socialmente adecuado.</li> <li>• Frecuentemente tienen síntomas físicos (ej., ruborizarse, sudar, temblar, o sentir náuseas o malestar en el estómago) cuando afrontan a una situación social.</li> </ul>
<b>Trastorno de pánico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimentar ataques de pánico que se caracterizan por ser repentinos (en minutos), o por sentir un intenso miedo de que algo malo está pasando o va a pasar, o también miedo a perder el control.</li> <li>• El ataque de pánico alcanza su punto máximo en unos 10 minutos y dura de 15 a 30 minutos; pero el efecto de haber tenido un ataque de pánico puede prolongarse, ya que la persona se preocupa ante la posibilidad de que el ataque se repita y cómo podría afectar a su salud física, haciéndole evitar situaciones asociadas con la sensación de pánico.</li> <li>• Los síntomas físicos del ataque de pánico pueden incluir: dificultad para respirar, dolor en el pecho, irregularidad del ritmo cardíaco (el corazón late muy fuerte o muy rápido), aumento de la frecuencia de la respiración (hiperventilación) con hormigueo o entumecimiento alrededor de la boca y los dedos, sudores, temblores. Todo ello les hace sentir que se podrían morir, aunque en realidad, no están en peligro vital.</li> </ul>
<b>Trastorno obsesivo-compulsivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizado por obsesiones: ideas no deseadas que se repiten continuamente en su mente; sentir la obligación de tener que hacer algo, o tener imágenes mentales que provocan ansiedad, malestar y que están unidas a comportamientos o ritos compulsivos (conductas "obligatorias", que aunque las percibe como absurdas, "debe" hacer)</li> <li>• Los rituales compulsivos parecen aliviar a corto plazo la ansiedad generada por las ideas obsesivas, pero el niño a menudo pasa mucho tiempo obsesionándose o realizando compulsiones (más de una hora al día), lo que provoca angustia y repercusión en su vida diaria.</li> <li>• Las obsesiones más frecuentes incluyen: miedo a los gérmenes o a la contaminación, pensamientos no-deseados y prohibidos sobre el sexo, la religión o el hacerse daño a uno mismo o a los demás, pensamientos agresivos no-deseados y la necesidad de que la cosas estén equilibradas, simétricas o en perfecto orden.</li> <li>• Las compulsiones más comunes incluyen: excesivo aseo y lavado de manos, ordenar y arreglar las cosas de una manera precisa y particular, comprobar repetidamente cosas, como el que la puerta esté cerrada o el horno apagado y/o hacer rituales mentales, como la manera de reemplazar las "pensamientos malos" con "pensamientos buenos".</li> </ul>

# Evaluación y Tratamiento

Es importante que el clínico que evalúa a un niño en el que se sospecha un Trastorno de Ansiedad esté familiarizado con el diagnóstico, evolución a lo largo de la vida y tratamiento de estos trastornos. Dado que se pueden solapar la ansiedad normal (esperable para la situación) y los trastornos de ansiedad, algunos pediatras, médicos de asistencia primaria, profesorado de la escuela y profesionales de la salud mental, pueden no entender cómo se presentan los trastornos de ansiedad en la infancia y no reconocer plenamente estos trastornos como un problema importante de salud mental.

Los psiquiatras infantiles y de la adolescencia, médicos especializados en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental en niños y adolescentes, son unos miembros importantes del equipo de salud mental de su hijo, ya que ofrecen a las familias las ventajas de una educación médica, el seguimiento de un código ético y la responsabilidad de proporcionar un cuidado integral.

Resulta importante distinguir entre las reacciones severas y prolongadas de ansiedad ante los sucesos vitales significativos (ej., ansiedad normal (esperable ante una circunstancia vital extrema) y un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad requieren tratamientos específicos y las reacciones de ansiedad ante circunstancias vitales extremas se manejan con establecer para el niño un entorno seguro y predecible, e incluso un tratamiento de apoyo psicológico. En ambas circunstancias, los niños que muestran problemas para afrontar las actividades de cada día, deben ser vistos por un clínico para una evaluación completa, a fin de determinar qué tipo de tratamiento es el indicado.

Ya que el niño experimenta internamente muchos de los síntomas de ansiedad (ej., miedo o preocupación), un cuidador o cuidadora puede únicamente reconocer el deterioro funcional que el niño muestra; por ejemplo, dificultad para quedarse dormido, no ir a la escuela, ansiedad ante actuaciones públicas, reticencia a implicarse en situaciones sociales y hacer amistades, reacciones emocionales intensas y otros comportamientos de evitación. Una evaluación global de un clínico va a incluir probablemente la administración de escalas de puntuación y la entrevista clínica de los padres y del niño sobre sus síntomas internos y su deterioro funcional. El clínico trabajará para entender el patrón de los síntomas de ansiedad del niño, su nivel de evitación y la buena disposición de la familia para implicarse en el tratamiento. También determinará si el niño tiene otros problemas que pueden complicar el plan de tratamiento.

El clínico considerará diversos factores para decidir que tratamiento requiere el niño con trastorno de ansiedad. Después de haberlo examinado debe comunicar los resultados de su evaluación, especificar las recomendaciones de tratamiento y la razón que encuentra para justificar sus recomendaciones. Dichas recomendaciones incluyen frecuentemente pautas específicas sobre cómo la familia puede convenientemente involucrarse y apoyar al niño, para ser los "entrenadores" de quienes trabajan con él, para que asuma y se enfrente a sus miedos y preocupaciones.

Aunque el iniciar el tratamiento de un trastorno de ansiedad en un niño es una decisión seria, es importante comprender que es igualmente seria la decisión de no tratarle. Los trabajos clínicos sugieren que

los niños con un trastorno de ansiedad no mejoran simplemente con apoyo y las investigaciones a largo plazo establecen que si la ansiedad no es tratada, se asocia con un impacto vital negativo: riesgo de depresión, uso erróneo de sustancias, pensamientos y conductas suicidas y dificultades adaptativas y de afrontamiento.

## El papel de la familia en la evaluación y el tratamiento

La participación de la familia es muy importante en la evaluación y tratamiento de la ansiedad. Los clínicos entienden los trastornos de ansiedad en los niños, pero dependen enormemente del compromiso de los cuidadores en la evaluación y el tratamiento, con el fin de ayudar al máximo al niño. Los cuidadores son "los ojos y los oídos" del clínico. El tratamiento va a ser mucho más eficaz cuando los padres y los clínicos trabajen conjuntamente para reducir la ansiedad del paciente.

Independientemente de la situación, cuando un niño tiene dificultades para manejar las actividades de cada día por presentar ansiedad, debe ser visto por un profesional de la salud para una evaluación completa y para decidir si se recomienda un tratamiento.

# La medicación como una herramienta para tratar la ansiedad

La Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) supervisa el proceso de aprobación que demuestra que una medicación es segura y eficaz para una patología concreta (ej., trastorno de ansiedad generalizada). Una vez que la medicación ha sido aprobada por la FDA, los médicos pueden utilizar el fármaco para esa patología concreta (prescripción conforme o “dentro de la ficha de la FDA”) o para cualquier otra patología en la que haya estudios que demuestren su eficacia o bien porque el médico considera que es eficaz y segura (receta fuera de indicación o “fuera de la ficha de la FDA”).

Es importante tener en cuenta que los médicos que practican una medicina de calidad “basada en la evidencia” y tratan niños y adolescentes

con trastornos de ansiedad, van a menudo a recomendar y recetar medicamentos “fuera de la ficha”. Esto no es una mala práctica, ya que dichos fármacos han demostrado su eficacia y seguridad incluso, aunque no hayan pasado por el proceso de aprobación de la FDA.

Para los trastornos de ansiedad, solamente una medicación, la duloxetina, ha recibido en Estados Unidos la aprobación de la FDA y puede, por tanto, ser recetada “dentro de la ficha” para niños de más de siete años de edad con un trastorno de ansiedad generalizada. La fluoxetina está aprobada por la FDA para el trastorno obsesivo-compulsivo a partir de los siete años y la sertralina tiene la misma aprobación a partir de los seis años. Además, un número importante de otros medicamentos han demostrado ser seguros y eficaces para el



Es importante reconocer que los médicos que practican una medicina de calidad “basada en la evidencia” y trabajan con niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, a menudo, recomendarán y recetarán medicamentos “fuera de ficha” que son seguros y eficaces.

tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, aunque no hayan pasado por el proceso de aprobación de la FDA.

### ¿Qué medicamentos reducen la ansiedad y sus síntomas de manera consistente a lo largo del tiempo?

Los fármacos antidepresivos constituyen la base del tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en gente joven. Muchos de los medicamentos que mejoran los trastornos de ansiedad y el TOC, fueron inicialmente identificados para tratar la depresión y de ahí su nombre. Los fármacos antidepresivos más eficaces, los inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina y noradrenalina (IRSN), aumentan los efectos de la serotonina y la noradrenalina, que son neurotransmisores químicos presentes en el cuerpo humano que ayudan a regular la ansiedad, el ánimo y el comportamiento social.

Los fármacos antidepresivos que han demostrado ser eficaces para los trastornos de ansiedad y el TOC en la infancia y juventud, que pueden ser recetados “dentro de ficha” son la duloxetina y “fuera de ficha” se incluyen la sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y venlafaxina de liberación prolongada.

### ¿Cuál es el objetivo del tratamiento de un niño o un adolescente con ansiedad?

El objetivo del tratamiento de un niño es siempre la remisión (presencia de muy pocos o de ningún síntoma) del trastorno de ansiedad. Si la remisión no se consigue, o bien con el tratamiento farmacológico, o bien con el tratamiento farmacológico combinado con tratamiento psicológico, el clínico deberá considerar otros enfoques diversos, tales como el cambio de medicación o el añadir otras intervenciones psicológicas. Es importante subrayar que está bien sugerir un cambio de medicación para alcanzar el objetivo de la remisión, ya que el niño puede que responda mejor

a un segundo fármaco. Se ha visto que es beneficioso el cambiar de un fármaco a otro en aquellos jóvenes que no responden a la medicación inicial.

### ¿Qué han mostrado los estudios sobre el uso de la medicación antidepresiva en niños y adolescentes con ansiedad?

Casi una docena de estudios han evaluado a los medicamentos antidepresivos en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad generalizada, social y de separación (**Tabla 2**). En casi todos los estudios, los jóvenes que recibían tratamiento antidepresivo mejoraron más que aquellos que recibieron placebo (píldora de azúcar). Y aquellos niños que recibieron una combinación de medicación antidepresiva y tratamiento psicológico, fueron los que mejor reaccionaron. Igualmente, en niños con TOC, los ISRS han sido valorados y se han demostrado eficaces en reducir los síntomas del TOC. Los estudios que han comparado los ISRS con la terapia psicológica en jóvenes con TOC, han mostrado de forma general que la combinación de la medicación antidepresiva y la psicoterapia es mucho más efectiva que el uso aislado de la medicación o la psicoterapia.

El objetivo del tratamiento de un niño es siempre la remisión del trastorno de ansiedad (tener muy pocos síntomas o ninguno)



### ¿Cómo se eligen los medicamentos?

El especialista considerará diversos factores a la hora de recetar una determinada medicación para un niño:

- El diagnóstico
- La edad del niño
- La eficacia de la medicación
- Efectos secundarios
- Con qué rapidez funciona la medicación
- Interacciones con otros medicamentos que toma el niño
- La forma de presentación de la medicación (cápsulas, comprimidos, líquido)



### **¿Cuánto tiempo tarda en empezar a hacer efecto la medicación?**

A menudo, comienza la mejoría a las 2–4 semanas tras el inicio del tratamiento, con un creciente efecto para las 8–12 semanas. Algunos niños mejoran con dosis bajas de antidepresivos y en poco tiempo; sin embargo, los médicos pueden aumentar la dosis del medicamento para asegurarse de que el niño tiene una mayor probabilidad de remisión.

En las investigaciones clínicas de medicación, la dosis óptima de tratamiento, tras el inicio del mismo, suele identificarse a las 8–12 semanas, mejorando los síntomas de forma continuada, incluso después de ese tiempo. La investigación sugiere que los efectos beneficiosos de los ISRS, independientemente de que se combinen con terapia cognitivo conductual (TCC), alcanzan su máximo beneficio a los 6–9 meses de tratamiento.

### **¿Qué medicamentos se usan ocasionalmente para tratar episodios de ansiedad intensa?**

Los médicos a menudo utilizan diferentes tipos de medicamentos para abordar experiencias específicas generadoras de ansiedad; como volar en avión, dar una charla o cualquier otra actuación

delante de los demás. Algunos de estos fármacos vienen de un grupo llamado benzodiazepinas, como el lorazepam y el clonazepam. Las benzodiazepinas generalmente se usan como tratamientos a corto plazo. Cuando son utilizados durante un tiempo prolongado, algunos pacientes presentan dificultades para suspender la medicación y experimentan síntomas de abstinencia.

Algunos médicos pueden recetar también antihistamínicos, como la difenhidramina o la hidroxicina para reducir la ansiedad durante un corto periodo. Otros medicamentos del tipo de los betabloqueantes, como el propranolol, se han utilizado especialmente en situaciones estresantes derivadas de la exposición al público, como para impartir un discurso.

### **¿Qué medicamentos son utilizados para problemas ocasionales del sueño en jóvenes con ansiedad?**

El sueño es frecuentemente un problema significativo en jóvenes con ansiedad. El tratamiento del trastorno de ansiedad con antidepresivos y/o terapia cognitivo conductual (TCC) tiene normalmente un efecto beneficioso al reducir la ansiedad y restaurar un patrón de sueño normal. Si la ansiedad del niño está bajo un buen control, pero conciliar el sueño continúa

En los estudios clínicos con medicamentos, la dosis óptima suele identificarse a las 8–12 semanas del inicio del tratamiento, mejorando los síntomas de forma continuada incluso después de ese tiempo.



Tabla 2.

Medicamentos que pueden ser usados para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes						
Tipo	Medicamento (Nombre genérico)	Intervalo de dosis comúnmente utilizadas (mg/día)	Dosis de los comprimidos (mg)	Efectos secundarios frecuentes	Efectos secundarios graves	Efectos secundarios graves pero poco frecuentes
<b>ISRS</b>	Citalopram/escitalopram	10/5–40/20	10/5, 20/10, 40	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor de cabeza</li> <li>Insomnio</li> <li>Diarrea</li> <li>Pérdida del apetito</li> <li>Hiperactividad/ inquietud</li> <li>Vómitos</li> <li>Irritabilidad/rabia</li> <li>Disfunción sexual</li> <li>Dolor muscular</li> <li>Pérdida/ganancia de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advertencia en el envase: ideación y comportamientos suicidas en niños, adolescentes y jóvenes adultos</li> <li>Alteraciones del ritmo cardíaco</li> <li>Sintomatología maníaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome serotoninérgico</li> <li>Problemas de sangrado</li> </ul>
	Fluvoxamina	100–300	25, 50, 100, 150			
	Sertalina	25–200	25, 50, 100			
	Fluoxetina	10–60	10, 20, 40, 60			
	Paroxetina	10–50	10, 20, 40			
<b>ISRN</b>	Venlafaxina	37.5–225	37.5, 75, 150, 225	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia</li> <li>Insomnio</li> <li>Inquietud motora</li> <li>Disfunción sexual</li> <li>Dolor de cabeza</li> <li>Sequedad bucal</li> <li>Irritabilidad/rabia</li> <li>Aumento de la tensión arterial</li> <li>Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>Dolor muscular</li> <li>Pérdida/ganancia de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advertencia en el envase: ideación y comportamientos suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes</li> <li>Sintomatología maníaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome serotoninérgico</li> <li>Problemas de sangrado</li> </ul>
	Duloxetina	30–120	20, 30, 40, 60			
	Atomoxetina	10–100	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100			
<b>Antidepresivos Tricíclicos</b>	Clomipramina	75–250	25, 50, 75	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia</li> <li>Sequedad bucal</li> <li>Ganancia de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advertencia en el envase: ideación y comportamientos suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes</li> <li>Problemas del ritmo cardíaco, alteración del electrocardiograma y niveles de sangre</li> <li>Sintomatología maníaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome serotoninérgico</li> </ul>
	Imipramina		10, 25, 50			
<b>Benzodiazepinas</b>	Alprazolam	0.5–1.5	0.25, 0.5, 1, 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inestabilidad</li> <li>Torpeza motora</li> <li>Sequedad bucal</li> <li>Mareo</li> <li>Dolor abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible dependencia</li> <li>Síntomas de abstinencia cuando se usa a dosis altas y por largos periodos de tiempo. La estrategia normalmente utilizada es la reducción gradual de la dosis, para disminuir el riesgo de aparición de síndromes de abstinencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión respiratoria (posible cuando se usa a dosis altas y cuando se combina con otros depresores del sistema nervioso central)</li> </ul>
	Clonazepam	0.5–3	0.5, 1, 2			
	Lorazepam	1–2	1, 2			
<b>Ansifóricos atípicos</b>	Buspirona	15–60	5, 10, 15, 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mareo</li> <li>Auridimiento</li> <li>Cansancio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desinhibición</li> <li>Problemas de memoria</li> <li>Empeoramiento de la depresión</li> </ul>	
<b>Antihistamínicos</b>	Difenhidramina	12.5–50	25, 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia</li> <li>Sequedad bucal</li> <li>Disminución de la sudoración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anormalias del ritmo cardíaco</li> </ul>	
	Doxilamina	12.5–50	25, 50		<ul style="list-style-type: none"> <li>Agitación</li> <li>Dificultad para vaciar completamente la vejiga urinaria</li> </ul>	
	Hidroxicina	25–50	10, 25, 50		<ul style="list-style-type: none"> <li>Daño a ciertos tipos de células sanguíneas</li> <li>Convulsiones</li> </ul>	

Adaptado de Wilens, Hammerness. "Hablando claro sobre medicación psiquiátrica en niños" (Editorial Guilford, 2016).

## ¿Qué es la advertencia de la FDA?

La FDA añadió una "advertencia en el envase" en todos los medicamentos antidepresivos para alertar a los médicos y los pacientes que ha de tomarse una especial precaución cuando se utilizan estos fármacos en niños, adolescentes y adultos jóvenes. La advertencia señala que los medicamentos antidepresivos se "asocian con un aumento del riesgo de pensamientos y/o comportamientos suicidas en una pequeña proporción de niños y adolescentes, especialmente durante las fases iniciales del tratamiento". Estos "efectos secundarios" (mayormente ideas suicidas) fueron informados en aproximadamente el 4% de todos los niños y adolescentes que tomaban medicación, en comparación con un 2% de aquellos que tomaban placebo. Los estudios más recientes y más amplios sugieren que el riesgo asociado es incluso menor. Es importante entender que no se sabe por qué hay un leve incremento del riesgo de presentar ideas o comportamientos suicidas en aquellos pacientes que toman medicamento frente aquellos que toman placebo.

siendo un problema, los tratamientos conductuales deberían ser el siguiente paso a seguir. Si estos abordajes no tienen éxito, existen diferentes medicamentos que pueden ayudar a los niños con ansiedad a dormir mejor. Los médicos suelen escoger entre medicamentos como la melatonina, antihistamínicos, antidepresivos sedantes como la mirtazapina e incluso otros medicamentos específicamente comercializados para el insomnio en adultos, como el zolpidem y el zaleplon. Aunque dichos fármacos pueden ser útiles en niños, no existen al día de hoy estudios extensos que avalen su uso en esta población.

## ¿Cómo se determina la dosis de una medicación y cuando cambiarla?

La dosis inicial es determinada por los médicos, basándose en investigaciones que han estudiado medicamentos antidepresivos en niños y adolescentes.

En general, los niños con ansiedad empiezan con una dosis baja de medicamento para, a continuación, ir incrementando hasta alcanzar una dosis adecuada que ofrezca la mayor garantía de remisión, con los mínimos efectos secundarios, si es que hay alguno. A lo largo del ciclo de tratamiento, tanto los cuidadores como el niño, tendrán reuniones regulares con su médico, que valorará cómo han cambiado los síntomas de ansiedad, así como la presencia de efectos secundarios. Algunos médicos ajustan el medicamento rápidamente (con visitas de seguimiento más frecuentes), mientras que otros pueden preferir un abordaje más gradual. Un abordaje "a la baja y despacio" es adecuado; pero, sin embargo, es importante considerar que empezar con dosis demasiado bajas e ir subiendo esas dosis demasiado lentamente, puede prolongar de manera innecesaria, el sufrimiento del niño. Los intervalos de dosis, comúnmente empleados en niños con ansiedad, se muestran en la **Tabla 2**.

## ¿Cómo se manejan los efectos secundarios?

Los antidepresivos, como los ISRS o los IRSN, pueden producir varios efectos

secundarios, tal y como se muestra en la **Tabla 2**. Es importante contrastar con el médico de su hijo los efectos secundarios.

Todo el mundo se preocupa con los efectos secundarios, pero las personas y los niños con trastornos de ansiedad, se preocupan aún más que los demás. La presencia de efectos secundarios es una parte importante del proceso de decisión del ajuste de la dosis. A veces resulta complicado establecer si el niño tiene un efecto secundario o es que la ansiedad, que todavía presenta, está impactando en el niño (ej., dolor de estómago).

Los efectos secundarios más frecuentes que aparecen en un 10-20% de los pacientes, incluyen dolores de cabeza, dificultades para dormir, cambios en el apetito, dolor abdominal y diarrea. Los efectos secundarios posibles, que pueden ocurrir en un 5% de los pacientes, incluyen aumento de peso, dolor muscular y síntomas de catarro. Los efectos secundarios más raros que aparecen con mucha menor frecuencia, incluyen convulsiones, conductas autolesivas, anomalías en el ritmo cardíaco y manía. La ideación y el comportamiento suicida se recogen en el recuadro de la izquierda, aunque este riesgo no se ha visto en la mayoría de los estudios con ISRS realizados en jóvenes con trastornos de ansiedad.

Quizás, lo que más preocupa a los padres es si la medicación va a cambiar el comportamiento o la personalidad del niño o la niña de alguna manera no deseada. En general, cuando los ISRS y los IRSN actúan de manera adecuada, reducen mucho los niveles de ansiedad, permitiendo al niño funcionar como si no tuviera ansiedad. Es importante saber que los medicamentos reducen la ansiedad, pero no resuelven todos los problemas que el niño pueda tener.

Por último, en todos los estudios con ISRS e IRSN, hay un perfil común de efectos secundarios que llamamos el "síndrome de activación". Se trata de una inquietud excesiva e incómoda que ocurre al inicio del tratamiento o poco después de un cambio de dosis. Esta activación puede hacer que el niño o niña se encuentre más irritable, impulsivo y, en general, más difícil de

manejar. Reducir la dosis o suspender el tratamiento es el manejo más eficaz, hasta que los síntomas de activación desaparecen. Como estos síntomas aparecen más frecuentemente al inicio del tratamiento y con dosis más bajas, puede ser difícil llegar a una dosis terapéutica en estos niños.

La estrategia habitual para manejar los efectos secundarios es reducir la dosis o suspender el tratamiento. Sin embargo, ajustar la dosis para minimizar los efectos secundarios, puede suponer la pérdida de algún efecto beneficioso de la medicación. Esto puede constituir un equilibrio delicado que, tanto los cuidadores como el médico, deberán manejar juntos. Si el médico tiene que reducir la dosis del medicamento para afrontar los efectos secundarios y como consecuencia de ello, los síntomas de ansiedad reaparecen, el especialista tendrá que revisar las opciones terapéuticas con los cuidadores, para que el niño pueda obtener un resultado óptimo.

Cambiar una medicación por otra es algo habitual cuando la primera medicación no funciona o aparecen efectos secundarios.

### **¿Cómo sé si la medicación está funcionando?**

La pregunta de si la medicación, la terapia psicológica o la combinación de ambas está funcionando, se responde observando si la ansiedad del niño ha disminuido en frecuencia e intensidad, y si en general el niño se encuentra más cómodo y capaz de hacer las cosas. Familiares, cuidadores y médicos pueden también responder a esta pregunta fijándose en la mejoría de determinados síntomas "diana", como por ejemplo, las preocupaciones excesivas. En general, los padres y cuidadores de niños con trastornos de ansiedad podrán observar e informar si ahora son capaces de hacer cosas que antes no hacían, como por ejemplo, dormirse más rápido, pasar la noche en casa de un amigo, ir a una fiesta, acudir a la escuela o a un campamento,



estar con gente en grupos, ir a los centros comerciales o restaurantes, etc. Los síntomas físicos relacionados con la ansiedad (ej., dolor de cabeza, dolor en el estómago, dificultades para tragar, etc.) disminuirán o desaparecerán del todo.

### ¿Cuánto tiempo se debe mantener la medicación?

A pesar de que, tanto cuidadores como niños, se preguntarán cuándo es el momento de dejar el antidepresivo, el principal objetivo del tratamiento es la disminución del número de síntomas o su total desaparición. El niño tiene más posibilidades de que se le suspenda el tratamiento si ha experimentado la remisión del cuadro y una recuperación funcional.

Solo entonces debería analizarse la posibilidad de interrumpir el tratamiento. En aquellos niños que continúen presentando síntomas de ansiedad, con el consiguiente deterioro asociado, aumentar la dosis del medicamento o asociar una

terapia psicológica, pueden ser unas buenas opciones antes de considerar suspender la medicación.

Aunque no hay un periodo de tiempo específico conocido, algunos expertos recomiendan interrumpir el tratamiento 6-12 meses después de alcanzada la remisión clínica. Un niño que, de manera satisfactoria, ha trabajado con su familia en psicoterapia al tiempo que tomaba el tratamiento farmacológico, o un niño con una rápida respuesta al tratamiento, podría estar preparado para interrumpir la medicación antes. Es importante tener en cuenta que no hay evidencia que sugiera que el tratamiento farmacológico a largo plazo sea arriesgado, especialmente cuando éste ha sido globalmente bien tolerado.

Cuando se interrumpe el tratamiento, existe un riesgo de que los síntomas de ansiedad vuelvan a aparecer, incluso en niños que se habían recuperado por completo. Las familias solo deberían

considerar cesar el tratamiento en periodos de estrés reducido y evitar hacerlo en momentos en los que el niño se pueda encontrar más ansioso, como por ejemplo, antes de volver al colegio después de un periodo de vacaciones si tenía ansiedad de separación y fobia escolar. Para algunos niños hay determinadas situaciones, como las propias vacaciones que, al contrario de lo que podría pensar un adulto, también pueden ser percibidas como estresantes. Es por ello que se debe tener en cuenta que la ansiedad detectada entonces podría explicarse por dichas situaciones y no por la interrupción de la medicación.

Si un niño ha dejado con éxito el medicamento, puede ser útil hacer un seguimiento de control para asegurarnos de que algunos síntomas más sutiles de ansiedad no vuelven a aparecer y de que mantiene un buen funcionamiento a lo largo del tiempo.



# TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES PARA LA ANSIEDAD

La terapia cognitiva conductual (TCC) se basa en la evidencia científica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos obsesivos compulsivos (TOC) y comienza con la educación del niño y de su familia sobre la naturaleza de los síntomas de ansiedad y cómo estos síntomas pueden empeorar con el tiempo.

El médico que hace una evaluación del niño, puede recomendar un tratamiento psicológico específico, como es la terapia cognitiva conductual (TCC), o bien una combinación de TCC y medicación, ya que ambos se basan en evidencia científica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia-específicamente trastornos de ansiedad por separación, ansiedad generalizada y trastornos de ansiedad social, así como para el TOC.

La TCC, basada en evidencia científica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de los TOC, comienza por educar al niño y su familia sobre la naturaleza de los síntomas de ansiedad y cómo estos síntomas pueden empeorar con el tiempo, si no se abordan de manera eficaz. Por ejemplo, un niño ansioso que afronta su ansiedad con la evitación, puede sentirse mejor al principio, aunque la evitación realmente reforzará la ansiedad a más largo

plazo. Una vez que, tanto el niño como su familia, entienden esta dinámica, el siguiente paso será que el especialista implique al niño en el proceso denominado "exposición y prevención de repuesta". La exposición y prevención de respuesta le enseña al niño dos cosas importantes: 1) el miedo o la preocupación no tienen por qué ocurrir para hacer las tareas normales del desarrollo y 2) con el tiempo, el miedo o la preocupación desaparecerán o serán mejor toleradas y el niño aprenderá a afrontarlas sin evitación.

Aunque la psicoterapia puede ser una forma muy eficaz de tratamiento para algunos niños con trastornos de ansiedad, esta guía se centra en los tratamientos farmacológicos. Hay otros recursos disponibles que tratan la TCC con más detalle. Aquellos niños que reciben la combinación de psicoterapia más el tratamiento farmacológico, acaban con menos síntomas de ansiedad con respecto a otros que únicamente reciben medicamentos o únicamente psicoterapia.



# Referencias

- Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP)  
[https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Resource\\_Centers/Anxiety\\_Disorder\\_Resource\\_Center/Home.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Anxiety_Disorder_Resource_Center/Home.aspx)
- Asociación de Ansiedad y Depresión de América  
<https://adaa.org>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)  
<https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/depression.html>
- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI)  
<https://www.nami.org/Find-Support/Family-Members-and-Caregivers>
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)  
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
- <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders-listing.shtml>



# Declaración de conflictos de interés

## **KAREEM GHALIB, MD**

Assistant Clinical Professor,  
Department of Psychiatry  
*Columbia University Medical Center*  
No declara conflictos

## **KIMBERLY A. GORDON-ACHEBE, MD** Medical Director

*Hope Health Systems, Inc.*  
*Liderazgo:* Caucus of Black Psychiatrists; Council on Children, deAdolescents, and Their Families, American Psychiatric Association

## **TANYA MURPHY, MD, MS**

Endowed Chair, College of Medicine Pediatrics; Director and Professor, Rothman Center for Pediatric Neuropsychiatry; Professor, Pediatrics and Psychiatry, College of Medicine Pediatrics *University of South Florida*  
*Fondos de investigación:* Centers for Disease Control and Prevention; F. Hoffmann-La Roche Ltd.; National Institute of Mental Health; Neurocrine Biosciences, Inc.; PANDAS Network; Pfizer Inc.; Psyadon Pharmaceuticals, Inc.; Shire; Teva Pharmaceuticals Industries, Ltd.; Tourette Association of America

*Junta Asesora Científica:* International OCD Foundation, PANDAS Network, Tourette Association of America

## **DANIEL S. PINE, MD**

Chief, Emotion and Development Branch; Chief, Section on Development and Affective Neuroscience  
*National Institute of Mental Health*  
No declara conflictos

## **ADELAIDE S. ROBB, MD**

Chief, Psychiatry and Behavioral Sciences *Children's National Health System*  
*Asesor/Consultor:* Allergan, Inc.; Neuronetics; National Institute of Mental Health; Supernus Pharmaceuticals, Inc.; University of Cambridge

*Junta de Control de Datos y Seguridad:* National Institute of Mental Health for University of Cincinnati; Neuronetics; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

*Honorarios como conferenciante:* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Academy of Pediatrics

*Servicios:* Allergan, Inc.; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Academy of Pediatrics; Supernus Pharmaceuticals, Inc.

*Fondos de investigación:* Allergan, Inc.; Lundbeck; National Center for Advancing Translational Sciences; National Institute of Mental Health; National Institute of Neurological Disorders and Stroke; Pfizer Inc.; Supernus Pharmaceuticals, Inc.

*Acciones en Bolsa:* Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Johnson & Johnson Services, Inc.; Pfizer Inc.

## **MOIRA A. RYNN, MD**

Chair, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences  
*Duke University School of Medicine*  
*Libros, Propiedad intelectual:* American Psychiatric Association Publishing; UptoDate

*Consultora:* Allergan, Inc.

*Junta de Control de Datos y Seguridad:* Allergan, Inc.

*Fondos de investigación:* National Institute of Child Health and Development; National Institute of Mental Health

## **JEFFREY R. STRAWN, MD**

Associate Professor  
*University of Cincinnati*  
*Libros, Propiedad Intelectual:* Springer

*Servicios:* Travel support from American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

*Honorarios:* CMEology

*Apoyo de materiales:* GeneSight/Assurex Health, Inc.

*Fondos de investigación:* Allergan, Inc.; Lundbeck; National Institute of Child Health and Development; National Institute of Environmental Health Sciences; National Institute of Mental Health; Neuronetics; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.; Yung Family Foundation

## **JOHN T. WALKUP, MD**

Professor, Department of Psychiatry, Northwestern University Feinberg School of Medicine; Director, Department of Psychiatry *Ann and Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago*  
*Libros, Propiedad Intelectual:* Guilford Press; Oxford Press

*Honorarios:* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychiatric Association, Tourette Association of America

*Fondos de investigación:* Abbott Laboratories; Eli Lilly and Company; The Hartwell Foundation; Pfizer Inc.; Tourette Association of America

## **TIMOTHY E. WILENS, MD**

Chief, Child and Adolescent Psychiatry Department; Co-director, Center for Addiction Medicine  
*Massachusetts General Hospital*  
*Asesor/Consultor:* Bay Cove Human Services; Gavin Foundation; Ironshore Pharmaceuticals Inc.; KemPharm, Inc.; National Institute on Drug Abuse; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.; US Minor/Major League Baseball; US National Football League (ERM Associates)

*Libros, Propiedad Intelectual:* Cambridge University Press; Elsevier; Guilford Press

*Co-propietario y derechos de autor del Questionario Diagnóstico:* Before School Functioning Questionnaire (BSFQ)

*Acuerdo de Licencia:* Ironshore Pharmaceuticals Inc.

*Fondos de investigación:* Lloyd Foundation; National Institute on Drug Abuse



AMERICAN ACADEMY OF  
CHILD & ADOLESCENT  
PSYCHIATRY

W W W . A A C A P . O R G

3615 Wisconsin Avenue, NW | Washington, DC 20016-3007 | [www.aacap.org](http://www.aacap.org)

©2020 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, todos los derechos reservados.