

GUÍA PARA FAMILIAS

Síndrome de Tourette

*Todo lo que necesitas saber para acompañar a
tu hijo o hija*



Índice

1. ¿Qué es el Síndrome de Tourette? _____	3
- Diagnóstico	
2. Los Tics: ¿Qué son y cómo se manifiestan? _____	4
- Tics motores y Tics fónicos	
- Características importantes de los tics	
- Sobre la evolución del ST	
3. Mitos y realidades sobre el ST _____	5
4. Más allá de los tics: condiciones coexistentes _____	6
5. Opciones de tratamiento _____	7
- Tratamiento conductual: CBIT	
- Tratamiento farmacológico	
- ¿Cuándo buscar tratamiento?	
6. Irrupciones de ira _____	9
- ¿Por qué ocurren?	
- ¿Qué hacer a largo plazo?	
- Herramientas de regulación emocional para practicar	
- En familia: crear un plan de calma	
7. El Tourette en el colegio _____	12
- Lo que es importante que el colegio sepa	
- Socialización del diagnóstico	
- Adaptaciones escolares útiles	
- Cómo hablar con el colegio: consejos prácticos	
8. El bienestar de toda la familia _____	14
- Lo que las familias suelen experimentar	
- Estrategias para el hogar	
9. Glosario básico _____	15
10. Referencias bibliográficas _____	16

Esta guía ha sido elaborada con información basada en evidencia científica actualizada. Su objetivo es acompañarte desde el primer diagnóstico hasta el día a día.

1 ¿Qué es el Síndrome de Tourette?

El Síndrome de Tourette (ST) es una condición del neurodesarrollo. No es una enfermedad psicológica ni una conducta aprendida. El cerebro de tu hijo o hija funciona de manera diferente, y eso se manifiesta en movimientos y sonidos involuntarios llamados tics.

**1 de cada
100**

niños tiene Tourette u otro
trastorno de tics

3-4 veces

más frecuente en niños que
en niñas

86%

tiene al menos una condición
asociada

Para que se diagnostique como Síndrome de Tourette, deben cumplirse 4 criterios:



Criterio 1

Presencia de al menos 2 tics
motores y 1 tic fónico, no
necesariamente al mismo
tiempo



Criterio 2

Los tics han estado presentes
por más de 1 año, aunque
pueden aparecer y
desaparecer



Criterio 3

El inicio fue antes de los 18
años



Criterio 4

Los tics no se deben al
consumo de sustancias ni a
otra condición médica

Diagnóstico

El diagnóstico del Síndrome de Tourette es realizado por un médico especialista en neurología y/o psiquiatría, basándose en el historial de síntomas. No existe un examen de sangre ni una imagen cerebral que confirme el diagnóstico.

2 Los Tics: ¿Qué son y cómo se manifiestan?

Los tics son movimientos o sonidos involuntarios, repentinos, rápidos, recurrentes y no rítmicos. Tu hijo o hija no los hace a propósito. No es capricho, ni búsqueda de atención, ni falta de disciplina. Son manifestaciones neurológicas que escapan al control voluntario.

TICS MOTORES

Simples: parpadear, encogerse de hombros, sacudir la cabeza, torcer el cuello, arrugar la nariz.

Complejos: saltar, tocarse, gestos con las manos, movimientos de todo el cuerpo.

TICS FÓNICOS

Simples: carraspeo, olfatear, hacer sonidos guturales, chasquear la lengua, hipo.

Complejos: repetir palabras o frases propias o ajenas, palabras fuera de contexto, coprolalia*.

***Sobre la coprolalia:** La emisión involuntaria de obscenidades o palabras socialmente inapropiadas es uno de los síntomas más conocidos popularmente, pero también uno de los menos frecuentes: se presenta en aproximadamente un 10 a 15% de las personas con Síndrome de Tourette. Su asociación casi exclusiva con el ST en los medios de comunicación y redes sociales ha generado un estereotipo erróneo que no refleja la realidad de la mayoría de quienes viven con esta condición.

Características importantes de los tics:

- Pueden cambiar con el tiempo en tipo, intensidad y ubicación en el cuerpo.
- Aumentan con el estrés, la ansiedad, la fatiga y la excitación.
- Pueden reducirse durante actividades que exigen concentración.
- Muchas personas sienten un “impulso premonitorio”: una sensación física incómoda justo antes del tic, similar a la necesidad de estornudar. El tic la alivia temporalmente.
- Pueden suprimirse por períodos cortos, pero con esfuerzo y costo energético – y luego explotan con mayor intensidad.
- Cuando los tics se suprimen en el colegio, es normal que en casa sean más intensos. Esto no significa que la familia los provoca.

Sobre la evolución del Síndrome de Tourette

Los tics suelen aparecer por primer vez entre los 5 y 7 años con un tic motor en cabeza y cuello. Alcanzan su punto máximo entre los 8 y 12 años.

La mayoría de las personas con ST experimenta una mejora significativa al final de la adolescencia.

En algunos casos los tics desaparecen por completo. En otros, persisten en la adultez con menor intensidad.

Cada persona tiene un recorrido único. El pronóstico, en general, es optimista.

3 Mitos y realidades sobre el Tourette

MITO	REALIDAD
<i>“El Tourette es solo decir groserías”</i>	La coprolalia (decir groserías de manera involuntaria) afecta solo a un 10-15% de las personas con ST. La gran mayoría nunca la presenta.
<i>“Mi hijo lo hace a propósito solo para llamar la atención”</i>	Los tics son neurológicos e involuntarios. Pedirle que “pare” es como pedirle que deje de parpadear. No se trata de conducta ni de voluntad.
<i>“El Tourette es muy raro”</i>	Afecta a 1 de cada 100 niños en edad escolar. Es más común que la diabetes infantil e igual de común que la epilepsia.
<i>“El ST empeora con el tiempo y es de por vida”</i>	La mayoría mejora notablemente al final de la adolescencia. Muchos adultos tienen tics mínimos o ninguno.
<i>“No hay nada que se pueda hacer”</i>	Existen tratamientos conductuales y farmacológicos efectivos. La psicoeducación y el apoyo familiar marcan una gran diferencia.
<i>“Es culpa de los padres o de la crianza”</i>	El ST tiene base neurológica y genética. No es causado por la forma en que se cría a los hijos.

4 Más allá de los tics: condiciones coexistentes

El 86% de las personas diagnosticadas con ST tiene al menos una condición coexistente. Estas condiciones, en muchos casos, generan más dificultades en el día a día que los propios tics. Identificarlas es clave para apoyar bien a tu hijo o hija.

TDAH	Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Dificultad para sostener la atención, impulsividad, hiperactividad. Muy frecuente en personas con ST.
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Pensamientos y/o sensaciones que generan malestar y conductas repetitivas para aliviarlo (hasta que se sienta bien).
Trastornos de Ansiedad	El estrés y la ansiedad intensa pueden acentuar los tics. El manejo de la ansiedad es una parte fundamental del tratamiento integral.
Disgrafía	Dificultad para la escritura a mano. Es muy frecuente porque el ST múltiples áreas del desarrollo afectadas, dentro de ellas coordinación y motricidad fina.
Dificultades de aprendizaje	Dificultades en lectura, escritura, matemáticas y procesamiento de información. No están relacionadas con la inteligencia; los niños con ST tienen capacidades intelectuales normales o superiores.
Desregulación emocional	Dificultad para identificar y gestionar las propias emociones. Puede manifestarse como “berrinches” intensos o “tormentas emocionales” de aparición brusca.

Trastorno del Espectro Autista / Rasgos del Espectro Autista

Algunos niños y niñas con ST presentan características propias del espectro autista — dificultades en la comunicación social, rigidez en las rutinas o conductas repetitivas — sin que esto signifique necesariamente un diagnóstico formal de TEA. En la mayoría de los casos, estos rasgos están relacionados con condiciones coexistentes como el TOC o el TDAH y tienden a disminuir con la edad a medida que los tics también mejoran.

Un grupo menor, aproximadamente entre un 4% y un 9%, presenta un TEA de forma independiente y persistente. Por esta razón, es fundamental contar con una evaluación especializada antes de establecer este diagnóstico. Sin embargo, es importante comprender que la confusión entre tics complejos y conductas autistas es frecuente incluso entre profesionales.

5 Opciones de tratamiento

No existe cura para el ST, pero existen tratamientos efectivos que mejoran significativamente la calidad de vida. En muchos casos, los tics son leves y no requieren tratamiento médico específico — la psicoeducación y el apoyo del entorno son suficientes.

Tratamiento conductual: CBIT

La Intervención Global de Comportamiento para Tics (CBIT, por sus siglas en inglés) es el tratamiento de primera línea recomendado. Es una terapia cognitivo-conductual que ha demostrado ser tan eficaz como los fármacos en muchos casos. La edad recomendada de inicio de tratamiento suele ser a partir de los 9 años, pero puede ser eficaz en niños entre 5 y 8 años, aplicando protocolos adaptados para esas edades.

Componente 1	Conciencia del tic: entrenar a la persona para reconocer el impulso premonitorio antes de que ocurra el tic.
Componente 2	Respuesta competitiva: desarrollar un movimiento o conducta alternativa incompatible con el tic cuando siente el impulso.
Componente 3	Ajustes del entorno: identificar situaciones que empeoran los tics y hacer cambios prácticos en la rutina para reducirlos.

La terapia CBIT requiere entre 8 y 10 sesiones con un terapeuta capacitado (psicólogo/a, terapeuta ocupacional). La participación activa de la familia es parte del proceso.

Tratamiento farmacológico

Cuando los tics son intensos e interfieren significativamente en la calidad de vida, puede considerarse el uso de medicamentos, siempre bajo supervisión médica especializada. No existe una pastilla que “cure” el ST, pero hay fármacos que reducen la frecuencia e intensidad de los tics.

- Los medicamentos se evalúan caso a caso, según los síntomas y las condiciones coexistentes*.
- En muchos casos, serán necesarios cambios en los medicamentos hasta encontrar el indicado para cada persona. Es un proceso de ensayo y error.

- A veces es más urgente tratar el TDAH, el TOC o la ansiedad que los tics propiamente dichos.
- El objetivo es mejorar la calidad de vida, no eliminar completamente los tics.

***Sobre el tratamiento farmacológico del TDAH:** Es importante considerar que, durante muchos años, el uso de medicamentos estimulantes para el tratamiento del TDAH en personas con ST era desaconsejado, basado en la idea de que podrían empeorar los tics. La evidencia científica acumulada en la última década ha revertido esa posición: se encontró que el uso de estimulantes en personas con ST es seguro y eficaz. Sin embargo, su uso sigue estando sujeto a evaluación caso a caso, considerando la severidad de los tics, la presencia de ansiedad y el historial de respuesta a fármacos anteriores de cada persona.

Importante: ¿Cuándo buscar tratamiento?

No todo niño con ST necesita medicación ni terapia cognitivo-conductual.

El tratamiento se recomienda cuando los tics interfieren en el aprendizaje, las relaciones sociales, la autoestima o la calidad de vida.

El primer paso siempre es la psicoeducación: que tu hijo o hija, la familia, el colegio y el entorno cercano entiendan qué es el Tourette.

6 Irrupciones de ira

Parte importante del ST es la dificultad para poner freno a movimientos, acciones, pensamientos y emociones. Por este motivo es frecuente que ocurran desregulaciones emocionales o conductas impulsivas.

Algunas personas con ST experimentan episodios de ira intensa que aparecen de forma repentina y que sienten que no pueden controlar. Pueden incluir gritos, portazos, tirar objetos o necesidad de huir. Cuando el episodio pasa, suele aparecer un profundo arrepentimiento o culpa.

ES IMPORTANTE ENTENDER

- **No son rabietas:** Las rabietas ocurren en la primera infancia como respuesta a la frustración. Las irrupciones de ira en el ST ocurren en niños/as más grandes, adolescentes y adultos, y no tienen un fin de conseguir algo.
- **No son conducta intencional:** En el momento de la crisis, la persona no tiene control sobre sus emociones y tiene un control parcial sobre sus acciones. Generalmente después de las crisis hay gran preocupación, angustia y arrepentimiento por lo ocurrido. No hay intención de hacer daño.
- **Son más frecuentes** cuando el ST se presenta junto a dos o más condiciones coexistentes.

¿Por qué ocurren?

Imagina la batalla interna invisible que enfrenta tu hijo/a cada día: gestionar sus tics, suprimir impulsos, controlar compulsiones, sostener atención, regular sus emociones...Es un esfuerzo enorme que nadie ve. En ese contexto de agotamiento interno, cualquier estímulo externo — aunque parezca menor — puede convertirse en la chispa que desencadena la crisis. Para ayudar a tu hijo/a en el momento, puedes:

- Mantener la calma. Tu regulación emocional es el ancla.
- No intentes razonar durante la crisis, no es el momento.
- Asegúrate de que esté a salvo y que no se haga daño.
- Espera a que pase. Después, con calma, se puede conversar.
- No castigues por la irrupción. En cambio, orienta hacia reparar el daño causado.

¿Qué hacer a largo plazo?

Busca apoyo profesional especializado. La terapia cognitivo-conductual ayuda a la persona a reconocer sus procesos internos, desarrollar estrategias de regulación emocional y recuperar la confianza en sí misma. En algunos casos se combina con tratamiento farmacológico bajo supervisión psiquiátrica.

Herramientas de regulación emocional para practicar

Estas técnicas no eliminan las irrupciones de ira, pero practicarlas de forma regular ayuda a reducir su frecuencia e intensidad. Son más efectivas cuando se aprenden con un terapeuta y se aplican en momentos de calma — no durante la crisis.

- **Respiración Diafragmática:**

Respirar lento y profundo activando el diafragma reduce la actividad del sistema nervioso. Se inhala por la nariz contando 4 tiempos, se sostiene 4 tiempos y se exhala lentamente por la boca contando 6 a 8 tiempos. Practicarla a diario — aunque no haya crisis — entrena al cuerpo para calmarse más rápido cuando lo necesita.

- **Relajación Progresiva de Jacobson:**

Consiste en tensar y soltar grupos musculares de forma progresiva, desde los pies hasta la cabeza. Ayuda a reconocer la tensión corporal antes de que escale y a liberar el estrés acumulado. Es especialmente útil en personas con ST porque trabaja directamente sobre la tensión muscular asociada a los tics.

- **Mindfulness:**

Prestar atención al momento presente sin juzgar lo que ocurre — los pensamientos, las sensaciones, las emociones. No es relajación, es observación. Practicarlo ayuda a identificar las señales de alerta antes de que la ira escale, y a responder en lugar de reaccionar. Existen aplicaciones gratuitas como *Calm* o *Headspace* con ejercicios guiados en español.

- **Rutinas de Descarga Física:**

El ejercicio físico regular — caminar, correr, nadar, bailar, cualquier actividad que mueva el cuerpo — es una de las herramientas más efectivas para reducir la tensión acumulada que puede desencadenar una irrupción de ira. No requiere ser intenso, sino constante.

- **Identificación de Señales de Alerta:**

Cada persona tiene sus propias señales de alerta antes de una crisis — tensión en el cuello, irritabilidad creciente, sensación de “bomba a punto de estallar”. Aprender a reconocerlas permite actuar antes de que la ira estalle. Un terapeuta puede ayudar a mapear esas señales de forma personalizadas.

En familia: crear un plan de calma

Acordar juntos en un momento tranquilo, nunca durante una crisis, qué hará cada uno cuando aparezcan las señales de alerta. Por ejemplo, el niño o adolescente puede tener un espacio de retiro acordado, una señal no verbal para pedir tiempo fuera, o una actividad que lo regule. Tener un plan reduce la improvisación y la escalada.

7 El Tourette en el colegio

La escuela es uno de los contextos más desafiantes para los niños con ST. El estrés, la demanda de concentración y la presión social pueden intensificar los tics. Tu rol como familia es ser el puente entre tu hijo o hija y el colegio.

Lo que es importante que el colegio sepa

- Los tics son involuntarios. No se deben sancionar o tratar como mala conducta.
- La mejor respuesta ante un tic en clases es ignorarlo. Llamar la atención sobre él genera estrés y empeora los síntomas.
- Cuando un niño controla mejor sus tics en el colegio que en casa, es señal de que está haciendo un esfuerzo enorme. No significa que en casa “se porte mal”.
- El bullying hacia un niño con ST es una violación de sus derechos. Debe ser abordado activamente de acuerdo con los protocolos institucionales y la normativa chilena.

Socialización del Diagnóstico

Informar sobre el diagnóstico de ST en el entorno escolar requiere un orden estratégico que proteja al niño o niña y maximice el apoyo que recibirá.

• Primero: los profesores y el equipo directivo

El primer paso siempre es informar a los docentes y al equipo de orientación, antes que a cualquier otra persona. Los profesores necesitan entender qué es el ST, cómo se manifiesta y qué adaptaciones aplicar — y deben estar preparados para sostener cualquier conversación que surja en el aula.

• Segundo: los padres de los compañeros

Una vez que el equipo docente está informado y alineado, puede ser útil comunicar a los padres del curso — especialmente en cursos más pequeños, donde los adultos tienen mayor influencia sobre las actitudes de los niños. Esto reduce el riesgo de que los tics o las adaptaciones académicas generen preguntas sin respuesta, malentendidos o actitudes de exclusión. Los padres informados pueden reforzar en casa mensajes de respeto e inclusión.

- **Tercero: los compañeros**

La decisión de informar a los pares es del propio niño o niña — especialmente a medida que crece. En cursos menores, esta conversación puede hacerse con apoyo del docente o psicólogo escolar, de forma simple y adaptada a la edad del grupo. En la adolescencia, el joven debe tener autonomía para decidir a quién, cuándo y cómo contarle sobre su condición. Nunca debe sentir que se le impone compartir algo que considera íntimo.

- **¿Por qué este orden importa?**

Cuando los adultos del entorno escolar están informados primero, pueden anticipar preguntas, evitar situaciones de exclusión y acompañar activamente la integración del niño. Esto reduce significativamente el riesgo de que las adaptaciones académicas o los tics sean percibidos como "privilegios" o motivo de burla por parte de los compañeros.

Adaptaciones escolares útiles

En Chile, el Decreto 83/2015 y la Ley 21.545 amparan el derecho a recibir apoyos y adaptaciones curriculares. Puedes solicitar al colegio de tu hijo o hija:

- Tiempo adicional para pruebas y evaluaciones.
- Uso de computador para tareas escritas.
- Rendir pruebas en espacios más tranquilos o con menos distractores.
- Toma de apuntes por parte de un compañero o del docente.
- Reducción en la cantidad de texto a copiar.
- Acceso a un espacio de calma cuando los tics aumentan.

Cómo hablar con el colegio: consejos prácticos

Lleva documentación médica y material informativo sobre el ST a las reuniones con docentes. Solicita una reunión con el equipo de orientación o el/la psicólogo/a escolar.

Involucra a tu hijo o hija en las decisiones sobre qué compartir y con quién, y también en la elaboración de estrategias y adecuaciones.

Recuerda: eres el/la experto/a en tu hijo o hija. El colegio necesita tu información para apoyarlo bien.

8 El bienestar de toda la familia

El diagnóstico de ST puede generar una montaña rusa emocional. Miedo, culpa, alivio, agotamiento, frustración, amor. Todo eso es válido. Cuidar a un hijo o hija con Tourette es un trabajo exigente que también requiere cuidarte a ti.

Lo que las familias suelen experimentar

- El camino al diagnóstico puede ser largo y frustrante, con múltiples consultas y respuestas incompletas.
- Es natural sentir la tentación de querer sobreproteger a tu hijo o hija para evitarle el dolor. Sin embargo, esto puede dificultar que desarrolle herramientas propias para afrontar los desafíos.
- Los hermanos o hermanas también se ven afectados. Incluirlos en la conversación – con lenguaje apropiado para su edad – es importante.
- El estrés familiar puede aumentar los tics. Crear un ambiente tranquilo en casa no es un lujo: es parte del tratamiento.

Estrategias para el hogar

- Establece rutinas predecibles. La estructura reduce la ansiedad y, con ella, los tics.
- No le pidas a tu hijo/a que “pare” o “se controle”. Sí puedes apoyarlo/a en aprender técnicas CBIT con un terapeuta.
- Premia el esfuerzo, no la ausencia de tics. Los tics no se premian ni se castigan.
- Habla abiertamente sobre el Tourette en casa. Que tu hijo/a sepa que puede hablar contigo sin vergüenza es un factor protector poderoso.
- Busca grupos de apoyo para familias. Compartir experiencias con otras personas que entienden lo que vives es muy valioso.
- Cuídate tú también. Buscar apoyo psicológico como padre o madre no es debilidad, es sabiduría.

Recuerda siempre:

El Tourette no define a tu hijo o hija. Es parte de quién es, pero no es todo lo que es. Con el acompañamiento correcto, las personas con ST llevan vidas plenas, exitosas y felices. No estás solo/a. La **Fundación Amigos del Tourette Chile** ofrece comunidad, grupos de apoyo, charlas y talleres, y te puede acompañar en este camino.

9 Glosario básico

Tic	Movimiento o sonido involuntario, repentino y no rítmico.
Impulso premonitorio	Sensación física o mental que precede al tic y que se alivia al realizarlo.
CBIT	Intervención Global de Comportamiento para Tics. Tratamiento conductual de primera línea para el ST.
TDAH	Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Condición coexistente frecuente en personas con ST.
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Pensamientos y/o sensaciones que generan malestar y conductas repetitivas para aliviarlo (hasta que se sienta bien).
Coprolalia	Decir groserías o palabras socialmente inapropiadas de forma involuntaria. Afecta solo al 10-15% de las personas con ST.
Disgrafía	Dificultad para la escritura a mano. Frecuente en las personas con ST por su componente motor.
Psicoeducación	Proceso de informar y educar al paciente y su entorno sobre la condición para mejorar su manejo.
Trastorno del neurodesarrollo	Condición que afecta el funcionamiento del sistema nervioso central y que se manifiesta durante el desarrollo infantil.

10 Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Cath, D. C., et al. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(4), 155–171.
3. Hirschtritt, M. E., et al. (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325–333.
4. Ministerio de Educación de Chile. (2017). *Apoyo educativo a estudiantes con Síndrome de Gilles de la Tourette: Guía para docentes*. Santiago: MINEDUC.
5. Ministerio de Educación de Chile. (2015). *Decreto N°83: Criterios y orientaciones de adecuación curricular para estudiantes con necesidades educativas especiales*. Santiago: MINEDUC.
6. Congreso Nacional de Chile. (2023). *Ley N°21.545: Establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de las personas con trastorno del espectro autista*. Santiago.
7. Tourette Association of America. (2023). *Guía para familias sobre el Síndrome de Tourette y trastornos de tics*. Bayside, NY: TAA. tourette.org
8. Cravedi, E., et al. (2024). Tourette Syndrome Research Highlights 2024. Tourette Association of America. tourette.org
9. Yilmaz, N., & Jankovic, J. (2023). Epidemiology of Tourette syndrome. *Movement Disorders Clinical Practice*.
10. Walkup, J. (2016). *Impulse Control, Aggression and Anger Outbursts in Tourette Syndrome*. Tourette Association of America. tourette.org
11. Budman, C. (2016). *Explosive Outbursts and Tourette* [Webinar]. Tourette Association of America. tourette.org
12. Budman, C. (1998). Rage attacks in children and adolescents with Tourette's disorder: a pilot study. *US National Library of Medicine*.
13. GOSH NHS Foundation Trust. (2012). *Tourette syndrome & anger management*.
14. Chowdhury, U. (2004). *Tics and Tourette Syndrome: A Handbook for Parents and Professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
15. Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4th ed.). Guilford Press.
16. Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. Bantam Books.
17. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press.
18. Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 247–269.
19. Verdellen, C., van de Griendt, J., Hartmann, A., & Murphy, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: Behavioural and psychosocial interventions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(4), 197–207.
20. Burd, L., et al. (2009). Tourette syndrome and learning disabilities. *Journal of Child Neurology*, 24(2), 170–175.
21. Darrow, S. M., et al. (2017). The phenotypic and genetic spectrum of Tourette syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 610–617.

El Tourette no define a tu hijo/a

*Lo/a define el amor, el apoyo y las oportunidades
que le das.*

Fundación Amigos del Tourette Chile

www.tourettechile.cl | [@tourette_chile](https://www.instagram.com/tourette_chile) | contacto@tourettechile.cl

Edición Técnica:

Isabela Brenner Acevedo
Psicóloga Clínica | Terapeuta CBIT
Vicepresidenta, Fundación Amigos del Tourette Chile

Dra. María José Chaná
Psiquiatra Infanto-Juvenil
Especialista en Neuropsiquiatría y Síndrome de Tourette

*Este material fue elaborado con base en evidencia científica actualizada y puede reproducirse
con fines educativos citando la fuente.*

Primera edición: julio 2026