

Comentarios elogiosos previos a la publicación de *Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad*

“Este libro representa una lectura obligatoria para cualquier padre de un adolescente que es asediado por preocupaciones y ansiedad. Ocupa un sitio singular al combinar el conocimiento actual con información práctica sobre lo que los adolescentes están sufriendo, qué se puede hacer y la forma en que los padres pueden ayudar. Aunque se ha preparado para los padres, los profesionales también podrán obtener beneficios del libro a partir de su cobertura amplia de los temas del diagnóstico, el tratamiento y las causas de los diversos estados de ansiedad. Es evidente que este libro refleja la vasta experiencia clínica de un profesional clínico veterano y compasivo.”

—Rachel Klein, Ph.D., New York University Child Study Center

“En este maravilloso libro, Edna Foa toma el trabajo pionero realizado sobre los trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos en adultos, y lo aplica a los niños, los adolescentes y sus familias, dentro del contexto de la literatura para niños y adolescentes. Lleno de la sabiduría clínica, y basándose en la mejor evidencia disponible, el libro será un recurso excepcionalmente valioso para las familias y los clínicos que trabajan con la juventud ansiosa. Sólo nos queda la esperanza de que el estado de la práctica clínica llegue a reflejar las normas de atención bosquejadas en este libro. Altamente recomendado tanto para los profesionales como para el público no profesional.”

—John S. March, M.D., M.P.H., Profesor y Jefe, Psiquiatría del Niño y
el Adolescente, Programa para Trastornos Afectivos y de Ansiedad,
Duke University Child and Family Study Center

“Foa y Andrews ofrecen a los padres una comprensión global de una variedad de preocupaciones, temores y ansiedades, junto con las pautas para ayudar a los adolescentes a resolverlos. Los padres encontrarán que el libro es absorbente, fácil de leer, y que está repleto de ideas sobre la mejor manera de entender y ayudar a sus adolescentes. Una obra que debe leerse... para bien del adolescente y también para el nuestro.”

—Thomas H. Ollendick, Ph.D., Profesor Universitario Distinguido y Director,
Child Study Center, Virginia Tech

“Los problemas con la ansiedad pueden cambiar el curso de la vida de muchos adolescentes. Pero la información buena y sin sesgo prácticamente no existe. Este libro fue escrito por dos autoras armadas con abundante información científica, extensa experiencia, y comprensión empática. La

Dra. Foa y la Srta. Andrews aportan un recurso vital para los padres de los adolescentes con ansiedad. El lenguaje es claro y directo y la información es precisa y actualizada. Este es un libro que debe estar en manos de todos los padres de un adolescente con ansiedad.”

—Ronald M. Rapee, Ph.D., Director, Unidad de Investigación de la Ansiedad de la Universidad

Macquarie, y autor de *Helping your Anxious Child: Una Guía Detallada para los Padres*.

“Una lectura esencial, este libro es un recurso claro, conciso y exhaustivo para los padres de hijos que presentan problemas con la ansiedad.”

—Louis Harkins, Fundador y Administrador del OCD y Lista de Crianza

“Fácil de leer... un valioso recurso para padres y profesionales. Este volumen puede ayudar enormemente a los padres, así como a los profesionales, a identificar y ayudar más eficazmente a los adolescentes que están sufriendo. Yo lo recomendaría sin reservas a los padres así como a los colegas profesionales.”

—Esther Deblinger, Ph.D., New Jersey CARES Institute,

University of Medicine & Dentistry of N.J., School of Osteopathic Medicine



The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

Patrick Jamieson, PhD, *editor de la serie*

Otros libros de la serie

*Si su adolescente padece depresión
o trastorno bipolar (2005)*

Dwight L. Evans, MD y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece un trastorno alimentario (Otoño 2005)

B. Timothy Walsh, MD y V. L. Cameron

Si su adolescente padece esquizofrenia (2006)

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Ann Braden Johnson, Ph.D.

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad

Un recurso esencial para los padres

- *Trastorno de ansiedad social*
- *Trastorno de ansiedad generalizada*
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*
- *Trastorno de estrés postraumático*

Edna B. Foa, PhD y Linda Wasmer Andrews



The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente



OXFORD
UNIVERSITY PRESS
2006

Oxford University Press, Inc., publica trabajos que fomentan los objetivos de excelencia de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania (University of Pennsylvania)
Oxford University Press

Oxford Nueva York
Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi
Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi
Nueva Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en:
Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia
Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur
Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2006 de Oxford University Press, Inc.

Publicado por Oxford University Press, Inc.
198 Madison Avenue, New York, New York 10016
www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza, sin el previo permiso de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Foa, Edna B.

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad un recurso esencial para los padres

/ por Edna B. Foa y Linda Wasmer Andrews.

p. cm. — (The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands / Adolescent mental health initiative)

“Trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático.”

Incluye referencias bibliográficas e índice analítico.

ISBN-13: 978-0-19-518151-7 (pbk-13) ISBN-10: 0-19-518151-4 (pbk)

ISBN-13: 978-0-19-518150-0 (tela-13) ISBN-10: 0-19-518150-6 (tela)

1. Ansiedad en niños. 2. Ansiedad en niños—Tratamiento. I. Andrews, Linda Wasmer.

II. Título. III. Serie.

RJ506.A58F63 2006 618.92'8522—dc22 2005023770

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica, en papel sin ácido

Índice general

<i>Capítulo Uno</i>	2
Introducción: Mentes intranquilas	4
Cómo puede ayudarle este libro.....	6
Organización de este libro	8
La gente detrás del libro.....	9
<i>Capítulo Dos</i>	12
Los trastornos de ansiedad: Qué son, de dónde vienen	12
Tres instantáneas de la ansiedad	12
Siete tipos de trastornos de ansiedad	16
Aproximadamente uno de cada 20 adolescentes	22
De la ansiedad al trastorno	22
Afecciones coexistentes	25
La psicología de la ansiedad	27
La biología de la ansiedad.....	30
La genética de la ansiedad	37
El peligro de no hacer nada.....	41
Los beneficios de obtener ayuda.....	42
<i>Capítulo Tres</i>	44
Trastorno de ansiedad social: Temor a avergonzarse	44
Una historia familiar	45
Más allá de la timidez o inhibición	46
Trastorno de ansiedad social en adolescentes	49
Causas y factores contribuyentes	52
Diagnóstico y tratamiento	55
Apoyo de su adolescente en su casa	63
Colaboración con el maestro de su adolescente.....	66
Un vistazo al futuro.....	70
<i>Capítulo Cuatro</i>	71
Trastorno de ansiedad generalizada: Preocupado por todo	71

Una historia familiar	72
El Señor Angustias máximo.....	73
GAD en los adolescentes	77
Causas y factores contribuyentes	80
Diagnóstico y tratamiento	83
Apoyo de su adolescente en su casa	93
Colaboración con el maestro de su adolescente.....	96
Un vistazo al futuro.....	98
<i>Capítulo Cinco</i>	99
Trastorno obsesivo-compulsivo: atrapado en un callejón mental sin salida	99
Una historia familiar	100
Rituales y rutinas.....	102
OCD en los adolescentes	107
Causas y factores contribuyentes	112
Diagnóstico y tratamiento	117
Apoyo de su adolescente en su casa	124
Colaboración con el maestro de su adolescente.....	126
Un vistazo al futuro.....	129
<i>Capítulo Seis</i>	131
Trastorno de estrés postraumático (PTSD): Imposibilidad de recobrase de un trauma	131
Una historia familiar	132
Réplicas del trauma.....	134
PTSD en los adolescentes	139
Causas y factores contribuyentes	143
Diagnóstico y tratamiento	148
Apoyo de su adolescente en su casa	156
Colaboración con el maestro de su adolescente.....	158
Un vistazo al futuro.....	160
<i>Capítulo Siete</i>	161
Tratamiento y recuperación: Una vista de cerca del proceso	161
Cómo obtener un diagnóstico	162

Cómo encontrar la terapia apropiada	163
Cómo elegir a un terapeuta	165
Puntos a favor y en contra de los medicamentos	168
Cómo resolver problemas con los seguros.....	175
Resolución de problemas en la escuela.....	180
Apoyo para usted y su adolescente	189
<i>Capítulo Ocho</i>	192
Llamada a la acción: Combate del estigma, respaldo del adolescente	192
Cómo disipar los mitos sociales.....	193
Cómo fomentar la aceptación propia	194
El siguiente tramo de su viaje	195
<i>Apéndice</i>	197
Criterios de diagnóstico	197
Trastorno de ansiedad generalizada	197
Trastorno obsesivo-compulsivo:.....	198
Trastorno de pánico.....	199
Trastorno de estrés postraumático	200
Trastorno de ansiedad de separación	202
Trastorno de ansiedad social.....	203
Fobia específica	204
Glosario.....	205
Más lecturas y recursos.....	209
Organizaciones.....	209
Libros	211
Multimedia	212
Páginas en Internet.....	212
Recursos para adolescentes.....	212
Recursos para problemas relacionados	212
Recursos para recobrase de traumas	213
Bibliografía	214

Prólogo

La Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (The Adolescent Mental Health Initiative, AMHI) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands para compartir con los profesionales de salud mental, los padres y los adolescentes, los adelantos en el tratamiento y la prevención que se encuentran ahora al alcance de los adolescentes con trastornos de salud mental. La implementación de la iniciativa fue posible gracias a la generosidad y la visión de los Embajadores Walter y Leonore Annenberg, y el proyecto fue administrado por el Centro Annenberg de Política Pública de la Universidad de Pensilvania, asociado con Oxford University Press.

La iniciativa se inició en el año 2003 con la convocación, en Filadelfia y Nueva York, de siete comisiones eruditas formadas por más de 150 psiquiatras y psicólogos líderes de todo el país. Bajo la presidencia de los Dres. Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E.P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin, se encomendó a estas comisiones que evaluaran el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales prevalentes, cuyo inicio ocurre predominantemente entre las edades de 10 y 22 años. Sus hallazgos colectivos se publican ahora en un libro para los profesionales de salud mental y los responsables de formular las normas correspondientes, titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la Iniciativa, este libro también identificó una agenda de investigación que pudiera avanzar mejor nuestra capacidad para prevenir y tratar estos trastornos, entre ellos los trastornos de ansiedad, depresión y trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

El segundo flanco de ataque del esfuerzo en tres partes de la Iniciativa es una serie de libros, incluso éste, destinados principalmente para los padres de adolescentes con un trastorno de salud mental específico. Al extraer la información científica mayormente del volumen profesional AMHI, estos “libros para padres” presentan los hallazgos de cada comisión pertinente en forma accesible y en una voz que creemos que será familiar y tranquilizadora para los padres y las familias de los adolescentes que necesitan ayuda. Además, esta serie, que será seguida de otra destinada a los lectores adolescentes mismos, combina la ciencia médica con los conocimientos prácticos de los padres que han enfrentado estas enfermedades en sus propios hijos.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands comprende dos sitios en Internet. El primero, www.CopeCareDeal.org, está destinado a los adolescentes. El segundo, www.oup.com/us/teenmentalhealth, proporciona actualizaciones para la comunidad médica sobre los temas examinados en el libro profesional de AMHI, *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*.

Tenemos la esperanza de que encuentre este volumen útil e instructivo, como uno de los resultados de la Iniciativa.

Patrick Jamieson, Ph.D.

Editor de la Serie

Instituto de Comunicación de Riesgos en Adolescentes

Centro Annenberg de Política Pública

Universidad de Pensilvania

Filadelfia, PA

**Si su adolescente tiene un
Trastorno de ansiedad**

Introducción: Mentes intranquilas

Una madre recuerda que su hijo siempre parecía tener un poco más de temor que la mayoría de los niños. “Pero realmente empezó a interferir con su vida cuando tenía unos 15 años y empezó a preocuparse constantemente de que su corazón dejaría de latir mientras dormía.”

Otra madre dice que su hija “era muy, muy introvertida al comienzo de la adolescencia. Siempre evitaba hablar en público, incluso hablar en la clase. Siempre tenía demasiado miedo de atraer atención, en caso de que dijera o hiciera algo mal.”

Un padre dice que su hijo de 16 años desarrolló una obsesión con el temor a la contaminación. Recientemente, el padre fue llamado desde la escuela para que fuese a buscar al hijo. ¿La razón? “Mi hijo había dejado caer el almuerzo al piso por accidente. Cuando fue a levantarlo, la manga de su camiseta rozó el piso y él se quedó petrificado. Más tarde me dijo que tenía que volver a la casa para ‘esterilizarse’ después de eso.”

Una abuela dice que su nieta continúa recordando el horror del abuso sexual y físico por años y años después del hecho. Una vez que se descubrió el abuso, la niña fue a vivir con los abuelos, donde tenía un hogar estable y sin peligros. “Pero la noche todavía era una pesadilla para nosotros”, dice la abuela. “No podía dormir por más de 45 minutos seguidos, y después se despertaba dando gritos.”

Estas historias parecen ser bastante diferentes en cierta forma, pero todas comparten una cosa: ansiedad.

De hecho, cada uno de estos adolescentes ha sido diagnosticado con trastorno de ansiedad, uno de un grupo de trastornos psicológicos que conducen a una ansiedad excesiva o irracional, preocupación y temor. En cualquier día dado, del 3 al 5% de los niños y adolescentes en los Estados Unidos presentan algún tipo de trastorno de ansiedad. Sin tratamiento, este tipo de trastorno puede interferir con su capacidad para realizar sus tareas de todos los días, tener éxito en la escuela o hacer amistades y mantenerlas. O simplemente puede causarles gran angustia que les quita gran parte de su alegría de vivir.

Los padres mencionados antes también comparten un vínculo común: No importa cuánto o cuán poco conocían ya sobre los trastornos de ansiedad, todos tuvieron que luchar para aceptar y comprender qué es lo que estaba pasando cuando *su* hijo se enfermó. “Realmente daba miedo”, dice la madre del muchacho que temía que su corazón dejara de latir. El hecho de que ella sea una psicoterapeuta con experiencia no cambió la angustia y la impotencia que la invadió inicialmente cuando fue su propio hijo el que sufría.

Si usted se encuentra en una situación similar, es probable que conozca muy bien estos sentimientos. Un aspecto positivo actualmente es que ahora sabemos mucho más que antes acerca de cómo tratar los trastornos de ansiedad. No existen curaciones milagrosas, pero hay formas eficaces de psicoterapia y medicamentos que ayudan a que su adolescente se sienta mejor. En cuanto a sus propios sentimientos, no le podemos prometer que las preocupaciones y frustraciones desaparezcan totalmente. Después de todo ¡no olvide que está criando a un adolescente! Pero la preocupación debe aliviarse a medida que los síntomas de su adolescente mejoran, y la sensación de impotencia debe abatirse a medida que usted toma las riendas de la situación y encuentra un tratamiento para su hijo y una red de apoyo para usted.

Cómo puede ayudarle este libro

Tal vez esté ya comenzando a preguntarse si su adolescente pudiera padecer un trastorno de ansiedad. O ya haya comenzado el proceso de buscar un diagnóstico y tratamiento para su adolescente. En cualquiera de los casos, este libro le ofrece la información práctica y fiable que necesita para tranquilizarse y poder controlar mejor la situación como padre.

El “trastorno de ansiedad” es un término general que cubre siete afecciones diferentes, mencionadas a continuación y seguidas, en algunos casos, de sus correspondientes siglas en inglés: trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada (GAD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), trastorno de estrés postraumático (PTSD), trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico y fobias específicas. En este libro nos ocuparemos, mayormente, de los primeros cuatro trastornos, porque son los que conducen a la mayoría de los problemas durante la adolescencia. Por el contrario, el trastorno de pánico normalmente comienza en la edad adulta, mientras que el de ansiedad de separación y las fobias específicas son más prominentes en la niñez y normalmente se alivian durante la adolescencia.

Entre los cuatro trastornos examinados en este libro

- El trastorno de ansiedad social es bastante común y comienza, típicamente al final de la niñez o principios de la adolescencia.
- El GAD también es común, ya que afecta por lo menos al 2% de todos los adolescentes
- El OCD es menos común, pero los síntomas pueden ser especialmente perjudiciales para la vida de los jóvenes.
- El PTSD también puede causar síntomas particularmente angustiantes. Además, los adolescentes están a más riesgo que los grupos de otras edades de sufrir los acontecimientos traumáticos que pueden causar el PTSD.

Las causas, los síntomas y los tratamientos del trastorno de ansiedad social, GAD, OCD y PTSD se describirán en detalle en los capítulos siguientes. Naturalmente, es posible que también tenga curiosidad acerca del trastorno de ansiedad de la separación, el de pánico y las fobias específicas.

Probablemente haya oído estos términos mencionados casualmente y se pregunte qué es lo que realmente significan científicamente, de modo que hemos proporcionado descripciones breves de los tres en el Capítulo 2.

A lo largo del libro encontrará respuestas claras, científicamente sólidas, para las preguntas que los padres de los adolescentes con trastornos de ansiedad hacen con mayor frecuencia. Por ejemplo,

- ¿Cuál es la diferencia entre la ansiedad de todos los días y un trastorno de ansiedad?
- Si mi hijo presenta un trastorno de ansiedad ¿es culpa mía?
- ¿A qué señales de advertencia debo estar atento?
- ¿Qué tipo de terapia es útil para los trastornos de ansiedad?
- ¿Cuáles son los argumentos a favor y en contra de los medicamentos?
- ¿Cubrirá el seguro médico los costos del tratamiento?
- ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a tener éxito en la escuela?
- ¿Qué es lo que el futuro deparará a mi hijo?
- ¿Dónde puedo aprender más y encontrar apoyo para mí?

Ningún libro puede reemplazar el diagnóstico y tratamiento profesional ofrecido por un proveedor calificado de atención de la salud mental.

Cuanto más sepa usted, tanto mejor equipado estará para plantear preguntas cruciales, tomar decisiones fundamentadas y, cuando sea necesario, defender eficazmente a su adolescente frente a la compañía de seguro o al sistema escolar.

Pero este libro puede darle la información que necesita conocer para poder escoger un profesional calificado en primer lugar. Y una vez que haya encontrado la persona correcta para obtener un diagnóstico y tratamiento, este libro puede ayudarles, a usted y a su adolescente, a sacar la mayor ventaja de esa oportunidad. Cuanto más sepa usted, tanto mejor equipado estará para plantear preguntas cruciales, tomar decisiones fundamentadas y, cuando sea necesario, defender eficazmente a su adolescente frente a la compañía de seguro o al sistema escolar.

Organización de este libro

En el Capítulo 2 de este libro encontrará una introducción a los siete tipos de trastornos de ansiedad. Aquí es donde aprenderá a distinguir un trastorno de los otros y por qué es que todos representan alguna forma de ansiedad disfuncional. Si se ha preguntado alguna vez qué es, realmente, una fobia o un ataque de pánico, este capítulo le ayudará a aclarar el significado verdadero de estos términos usados tan ampliamente, pero no siempre en la forma correcta.

En los Capítulos 3 a 6 encontrará exámenes más detallados de los cuatro trastornos de ansiedad que se aplican especialmente a los adolescentes: el de ansiedad social, el de ansiedad generalizada (GAD), el obsesivo compulsivo (OCD) y el de estrés postraumático (PTSD). Estos capítulos describen los síntomas, los factores de riesgo, las causas, el diagnóstico y los tratamientos para cada uno, y también se ocupan de las formas en que los padres pueden ayudar con el control diario de los síntomas, tanto en el hogar como en la escuela. Como es posible que usted quiera leer solamente acerca del trastorno de su propio adolescente, hemos preparado cada uno de estos capítulos de modo que funcionen independientemente como una guía para esa afección en particular. Así podrá omitir los capítulos que no correspondan a su adolescente o bien, si prefiere leer el libro de punta a punta, podrá omitir las pocas secciones que, necesariamente, se repiten de un capítulo al siguiente. En particular, la sección titulada Terapia con medicamentos es similar para todos los trastornos. Tal vez le convenga leer esa información detenidamente la primera vez y luego sólo echarle un vistazo en los capítulos restantes.

En el Capítulo 7 encontrará un examen detallado de los temas de tratamiento y recuperación que corresponden a todos los tipos de trastornos de ansiedad. Hay un examen general de los conceptos a favor y en contra de la terapia y los medicamentos, así como sugerencias para ayudar a su adolescente a obtener el beneficio mayor a partir de la opción terapéutica que se haya escogido. Además, se ofrecen consejos prácticos para trabajar con las compañías de atención administrada y la escuela de su adolescente.

En el Capítulo 8 atamos los cabos sueltos ofreciendo sugerencias para apoyar y respaldar a su adolescente para que pueda hacer frente al estigma. Al final del libro encontrará un apéndice con los criterios de diagnóstico, un glosario y una lista de recursos adicionales que tal vez quiera consultar. En conclusión, tratamos de proporcionar la información que un padre preocupado y activo tenga más probabilidad de necesitar.

Tratamos de ofrecerle un cuadro realista de lo que realmente significa criar a un adolescente con un trastorno de ansiedad. A veces, es posible que se sienta bajo estrés, preocupado, confuso,

frustrado, desalentado... o todo a la vez. No se puede negar que su papel como madre o padre puede ser muy difícil. No obstante, y en última instancia, hay muchas y muy buenas razones para sentirse optimista. Actualmente existen tratamientos excelentes, incluidas terapias con objetivos específicos y medicamentos nuevos, y la mayor parte de los adolescentes con trastornos de ansiedad pueden ser ayudados a sentirse mejor. Usted puede desempeñar un papel fundamental en ese proceso, apoyando a su adolescente en el hogar y buscando atención profesional cuando sea necesaria.

Actualmente existen tratamientos excelentes, incluidas terapias con objetivos específicos y medicamentos nuevos, y la mayor parte de los adolescentes con trastornos de ansiedad pueden ser ayudados a sentirse mejor.

La gente detrás del libro

En el año 2003, la Iniciativa de Salud Mental en la Adolescencia (Adolescent Mental Health Initiative), un proyecto liderado por la Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands (Annenberg Foundation Trust at Sunnylands), convino una comisión selecta de autoridades nacionales en trastornos de ansiedad en la adolescencia. El resultado fue un informe profesional que resumió el estado de la ciencia en esta área. El libro que tiene en sus manos utilizó mucho material del informe de la comisión para presentarle la información más actualizada y de mayor autoridad con que se cuenta actualmente.

La autora principal de este libro fue presidente de la comisión. La Dra. Foa es profesora de psicología clínica en psiquiatría, de la Universidad de Pensilvania, donde también dirige el Centro para el Tratamiento y Estudio de la Ansiedad (Center for the Treatment and Study of Anxiety). La Dra. Foa es una autoridad internacionalmente reconocida por sus investigaciones de las causas y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, entre ellos el OCD, el PTSD y el trastorno de ansiedad social. Un programa terapéutico desarrollado por ella para las víctimas de traumas ha influido mucho sobre el tratamiento del PTSD. La Dra. Foa ha publicado varios libros y más de 250 artículos y capítulos de libros, y ha hecho numerosas presentaciones en todo el mundo. A lo largo de los años, recibió muchos honores, entre ellos un doctorado honorario de la Universidad de Basilea en Suiza y los Premios de Científico Distinguido y de Contribuciones Científicas Distinguidas a la Psicología Clínica, ambos otorgados por la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association).

Dos colegas de la Dra. Foa en la Universidad de Pensilvania contribuyeron también sus percepciones y pericia considerables para este libro. Martin E. Franklin, Ph.D., es un profesor adjunto de psicología clínica en psiquiatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, y director clínico del Centro para el Tratamiento y Estudio de la Ansiedad. La Dra. Moira A. Rynn, es profesora adjunta de psiquiatría y directora médica de la Sección de Trastornos del Humor y la Ansiedad (Mood and Anxiety Disorders) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania. Deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Franklin y la Dra. Rynn por su ayuda en examinar y proporcionar comentarios sobre las dimensiones científicas del libro.

La segunda autora de este libro es una periodista que se ha especializado en temas de salud mental por más de dos décadas. Su contribución más importante al proyecto consistió en entrevistar a los padres de adolescentes con trastornos de ansiedad dentro y fuera de los Estados Unidos. Estas madres y padres—y una abuela que está criando a su nieta—compartieron generosamente sus experiencias porque conocen lo potente que puede ser el apoyo que un padre presta a otro.

Muchos ofrecieron también consejos sensatos, basados en su experiencia propia, para enfrentar los dilemas paternales más peliagudos con los que usted probablemente también se enfrente. Los nombres de los padres y los adolescentes se han cambiado en el libro para proteger sus vidas privadas, pero las historias son verídicas y las citas de los padres destilan una urgencia y autenticidad que reflejan la realidad cotidiana de sus vidas y, tal vez, también de la suya. Estamos convencidos de que usted encontrará de particular utilidad, la honestidad, el aliento y las sugerencias prácticas de estos padres.

Los trastornos de ansiedad: Qué son, de dónde vienen

Créase o no, la ansiedad es, en realidad, una cosa buena. La ansiedad implica prever un daño o mala suerte en el futuro, y la capacidad de mirar hacia adelante y pensar sobre los acontecimientos futuros es parte de lo que nos hace seres humanos. En dosis razonables, esta capacidad para la previsión es protectora. Es lo que nos impide que guiemos un automóvil a 90 millas por hora en un camino con hielo o que caminemos a la noche en un vecindario peligroso.

Pero, cuando la ansiedad se vuelve extrema o irracional, se puede transformar rápidamente desde una forma adaptiva a una de mala adaptación. En este momento, la ansiedad comienza a causar una angustia emocional considerable y a interferir con la capacidad de una persona de funcionar en la vida diaria. Numerosos síntomas intensamente desagradables, de carácter mental,

No hay dos historias de ansiedad en el adolescente que sean exactamente iguales.

físico y conductual, también pueden acompañar la sensación general de aprensión. En este caso, la persona ha cruzado el umbral entre la ansiedad “normal” y un trastorno de ansiedad.

Tres instantáneas de la ansiedad

No hay dos historias de ansiedad en el adolescente que sean exactamente iguales. Los adolescentes que se describen a continuación, al igual que los mencionados en el resto del libro, fueron diagnosticados con uno o más trastornos de ansiedad.

Sin embargo, la experiencia del trastorno en cada caso fue tan singular como lo son ellos. Como éstos son adolescentes reales, y no casos mencionados en los libros de texto, no siempre presentan los síntomas más comunes. Pero, como grupo, los adolescentes descritos en este libro ofrecen un cuadro fiel de la amplia gama de formas y severidades que pueden presentar los trastornos de ansiedad.

Kayla

Kayla, de 13 años de edad, tiene su habitación en el piso alto de su casa de dos pisos. Una noche, recientemente, Kayla estaba acostada cuando de pronto gritó llamando a su madre. La madre, Liz, alarmada, fue inmediatamente a ver qué es lo que pasaba. “Le pregunté, ‘¿qué ocurre?’ Y ella me dijo, ‘Oigo como si alguien estuviese susurrando afuera de mi ventana’.” Naturalmente, sólo era la rama de un árbol que hacía ruidos con el viento. Kayla aceptó que era muy improbable que alguien estuviese, realmente, afuera de una ventana del segundo piso. No obstante seguía insistiendo, “*Siento* como si hubiese alguien allí”.

Kayla tenía también tendencia a preocuparse mucho acerca de pasar la noche en una casa que no fuese la suya. Éste es un tema en el cual ella y su madre han venido trabajando con la ayuda de su terapeuta. En el séptimo grado, la clase de Kayla hizo una excursión de fin de semana a una ciudad vecina, y ella pareció estar muy excitada acerca del prospecto. Pero dos días antes del viaje, el celular de Liz sonó poco después de que hubiera dejado a Kayla en la escuela. Era su hija diciéndole que se había descompuesto y que tenía que volver a la casa porque se sentía enferma. Liz dice, “Di vuelta el automóvil, volví, la recogí y la traje a casa, donde no volvió a descomponerse por el resto del día. Me pareció que estaba bien.”

Al siguiente día pasó lo mismo. Liz volvió a la escuela una vez más, pero esta vez pasó varios minutos hablando con su hija.

“Yo le dije, ‘no creo que tengas gripe porque si la tuvieras no te descompondrías solamente cuando llegas a la escuela.’” Madre e hija estuvieron de acuerdo en que la verdadera culpable era, probablemente, la ansiedad. Un año antes, unas palabras para darle ánimo no hubiesen sido suficientes para tranquilizar a Kayla pero ahora estaba progresando bien en el control de su ansiedad desde que había iniciado el tratamiento. Después de hablar de la situación, Kayla volvió a la escuela y, finalmente, fue a la excursión al día siguiente. Liz informa que “ella estaba muy ansiosa a la noche, pero un par de sus maestras favoritas acompañaban la excursión, y eso la ayudó. Pudo participar y, de hecho, se divirtió mucho.” Para Kayla, la excursión representó una victoria importante.

Lucas

Alrededor de la época en que Lucas llegó a la pubertad, su comportamiento comenzó a ponerse cada vez más grotesco. “En la cocina tenemos una cafetera, un horno de microondas y una cocina eléctrica, y las tres tienen relojes”, dice su madre, Ellen. Ella notó que su hijo se paraba al lado de los relojes y murmuraba algo entre dientes. Finalmente, le preguntó qué decía. “Resultó que estaba repitiendo la hora hacia adelante y atrás, una y otra vez. Y si las horas no eran exactamente iguales, se ponía muy nervioso. Después de un tiempo, desenchufamos todos los equipos, porque estábamos perdiendo el control.”

Poco tiempo después Lucas empezó a darse palmadas en la pierna mientras hablaba entre dientes. Más tarde, Ellen se enteró de que estaba repitiendo una plegaria hacia adelante y atrás. “Lo hacía tan seguido que tenía moretones en la pierna”, dice su madre. “Él trató de explicármelo, pero lo único que podía decir era, ‘No puedo evitarlo’. Y después gritó y dijo, ‘¡No puedo parar!’” Por suerte, para ese entonces Lucas ya estaba recibiendo tratamiento que le ayudó muy pronto a controlar su comportamiento después de todo.

Él trató de explicármelo, pero lo único que podía decir era, “No puedo evitarlo”.

No obstante, nuevos comportamientos raros siguen apareciendo de vez en cuando. Actualmente, “se lava las manos con demasiada frecuencia”, dice Ellen. “Él lo niega, pero tiene las manos enrojecidas y con grietas”. Para Lucas, que tiene casi 15 años, el tratamiento ha reducido mucho su angustia emocional, pero sigue teniendo problemas para controlar su comportamiento compulsivo.

Tim

Cuando Tim tenía 4 años, su madre se casó con su segundo esposo. Una madre soltera con tres hijos varones y un cuarto bebé en camino, Susan tenía la esperanza de que el matrimonio marcaría un nuevo comienzo y aportaría una estabilidad muy necesaria a todas sus vidas. En vez de ello, el matrimonio comenzó trágicamente cuando el cuarto hijo murió durante el sueño, a los dos meses de edad. Susan descubrió al bebé muerto en su cuna a la mañana siguiente y “mis otros hijos me dicen que se acuerdan de haberse despertado ese día a causa de mis gritos.”

En los años siguientes, nacieron dos hijos más y las demandas de criar a su familia creciente frecuentemente dejaban a Susan exhausta y abrumada. Mientras tanto, el trauma dentro de la familia se complicó a causa de que el esposo de Susan se volvía progresivamente más volátil y abusivo. Tim y sus hermanos eran menospreciados sin piedad, mientras que su madre sobrellevaba físicamente lo peor de las furias de su esposo. Ella informa que él la golpeaba frecuentemente y la amenazó con matarla al menos en dos ocasiones, una vez con un hacha y otra vez con una escopeta. En ese entonces, Susan se decía que los niños estaban protegidos contra lo peor de la violencia. Sin embargo, después que ella y su esposo se separaron, cuando Tim tenía 15 años, Susan se enteró de que su hijo había sido traumatizado por el abuso en una medida mayor de lo que ella hubiese querido admitir.

Actualmente, han pasado cuatro años desde que el matrimonio se deshizo, pero Susan y sus hijos todavía están enfrentándose con los resultados del trauma. Tim, especialmente, tiene problemas persistentes con la ansiedad. Una noche reciente, por ejemplo, la madre y el hijo estaban mirando un programa de TV sobre el asesinato de un bebé. “Es como si hubiese desencadenado algo en Tim” dice Susan. “Él se levantó súbitamente y dijo ‘yo no puedo ver esto’ y dejó la habitación. Yo me sentí muy mal, porque él parecía tan trastornado.”

A Tim no le gusta hablar mucho sobre el pasado, pero su madre cree que ella puede percibir los efectos residuales en las pesadillas recurrentes acerca de la muerte de su hermanito, que le han acosado desde hace años. Susan convenció a Tim que viera a un terapeuta por un tiempo, pero él lo dejó muy pronto. Sin embargo, su madre querría que él volviera al tratamiento. “Tim tiende a retirarse dentro de sí mismo y no compartir sus sentimientos con nadie”, dice Susan. “Eso me preocupa. Tengo miedo de que, si no recibe ayuda y se enfrenta con lo que le ha pasado, todos esos sentimientos van un día a explotarle en la cara.”

Siete tipos de trastornos de ansiedad

Como puede verse en estas viñetas, la ansiedad puede tomar una entre una gran variedad de formas. Los profesionales de salud mental han clasificado los trastornos de ansiedad dentro de siete categorías principales, cada una con su propio juego de signos y síntomas característicos. A continuación se dan descripciones breves de los trastornos. Si desea una versión más simple de los criterios de diagnóstico formales para cada trastorno, consulte el Apéndice.

Trastorno de ansiedad social

La característica que define el trastorno de ansiedad social—también llamado fobia social—es un temor notable en situaciones sociales en que la persona está expuesta a gente que no conoce bien o al escrutinio posible por parte de terceros.

Aunque el trastorno es algo similar a la timidez común, los síntomas son más extremos y discapacitantes. La gente joven con trastorno de ansiedad social puede mantener relaciones apropiadas para la edad bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando se reúne con unos pocos amigos íntimos en su propia casa. Sin embargo, en situaciones sociales menos conocidas o seguras, se preocupa excesivamente acerca de la posibilidad de hacer el ridículo, sufrir una humillación o pasar vergüenza. Esta ansiedad puede causar una angustia intensa o interferir con las actividades de todos los días y con las relaciones normales.

El trastorno de ansiedad social comienza, típicamente, al final de la niñez o principios de la adolescencia. En algunos adolescentes, el problema se limita a situaciones específicas, por ejemplo, cuando tiene que presentar un tema a la clase o comer frente a extraños. Sin embargo, para otros es más generalizado, causando que eviten encontrarse en cualquiera de numerosas situaciones sociales. El trastorno de ansiedad social se describe más detalladamente en el Capítulo 3.

Trastorno de ansiedad generalizada (GAD)

Como su nombre lo implica, el GAD se refiere a una ansiedad y preocupación excesivas con referencia a numerosas cosas, tales como las tareas escolares, el aspecto físico, la salud, el dinero y el futuro. A veces, una multitud de preocupaciones irracionales se enfoca en situaciones o acontecimientos específicos; por ejemplo, un buen estudiante puede preocuparse incesantemente acerca de sus calificaciones. Otras veces, la preocupación no cubre cosa alguna en particular, pero la persona puede sentirse tensa e inquieta constantemente. El patrón de preocupación constante durante un período de meses o años y las ideas inquietantes son difíciles de controlar.

Otros síntomas del GAD incluyen inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse y para conciliar o mantener el sueño. Aunque el GAD declarado no aparece, a veces, hasta la adolescencia o más tarde, muchas personas que padecen el trastorno recuerdan haberse sentido ansiosos y nerviosos durante toda la vida. El GAD se describe más detalladamente en el Capítulo 4.

Tabla 1. Leones y tigres y osos

Los jóvenes con trastornos de la ansiedad se preocupan acerca de muchas de las mismas cosas que otros adolescentes, pero lo hacen con mayor frecuencia e intensidad. En un estudio publicado en el *Journal of Abnormal Child Psychology* en el 2000, se preguntó a 119 niños y adolescentes que visitaban una clínica para trastornos de la ansiedad, qué era lo que más les preocupaba. Sus respuestas más comunes se dan a continuación.

	<i>Preocupaciones más frecuentes</i>	<i>Preocupaciones más intensas</i>
1	Amigos	Guerra
2	Compañeros escolares	Daño personal
3	Escuela	Desastres
4	Salud	Escuela
5	Rendimiento	Familia

Adaptado de Weems, C. F., Silverman, W. K., y La Greca, A. M. (2000). “¿Qué es lo que preocupa a los jóvenes referidos por trastornos de la ansiedad? La preocupación y su relación con la ansiedad y los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.” *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 63-72.

Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD)

La característica esencial del OCD es la presencia de obsesiones o compulsiones imposibles de controlar. Las obsesiones son pensamientos recurrentes que importunan y no son considerados apropiados por la persona que los tiene, y que provocan una ansiedad y angustia considerables. Las compulsiones son acciones mentales o conductuales repetitivas, que una persona se siente obligada a realizar para responder a una obsesión o para cumplir con ciertas reglas rígidas. Estas compulsiones tienen el objeto de impedir o reducir la angustia o prevenir un acontecimiento temido, aunque tal vez no haya una conexión realista entre la acción y la situación temida.

Muchos adolescentes con OCD se dan cuenta de que sus pensamientos y acciones recurrentes son excesivos e irracionales, pero se sienten incapaces de detenerlos. Algunos están obcecados con preocupaciones tales como la suciedad o el pecado. Otros dedican horas a las conductas compulsivas, como lavarse las manos, repetir acciones un número dado de veces o repetir palabras silenciosamente. En un tiempo se consideraba que el OCD era una afección rara en los niños y adolescentes. Sin embargo, las investigaciones sugieren que hasta un 1% de la gente joven podría padecer el trastorno. El OCD se describe más detalladamente en el Capítulo 5.

Trastorno de estrés postraumático (PTSD)

Lo que distingue al PTSD es que es el único trastorno de ansiedad que requiere un acontecimiento que lo precipite. En el PTSD, los síntomas siempre aparecen después de la exposición a una ocurrencia traumática. El acontecimiento causa sentimientos intensos de temor, impotencia u horror, porque se percibe como representando una amenaza a la integridad física del sujeto o de otros. Por ejemplo, las semillas del PTSD pueden ser sembradas cuando una persona sufre un accidente grave, se vuelve la víctima de abuso sexual en la niñez o es testigo de un asesinato. Posteriormente, la persona vuelve a vivir el trauma una y otra vez en alguna forma, por ejemplo, con escenas retrospectivas, pesadillas o imágenes mentales recurrentes.

Las personas con PTSD tratan de evitar las cosas o los lugares asociados con el trauma. Muchos se sienten, también, emocionalmente entumecidos en situaciones que requieren una respuesta emocional. Además, las personas con PTSD desarrollan signos de despertamiento agudo, tal como dificultad para conciliar el sueño, aumento de la irritabilidad, vigilancia constante o una respuesta exagerada cuando se sobresaltan. Es como si el cuerpo de la persona se encontrase siempre en estado agudo de alerta, y la tensión puede ser abrumadora. El PTSD se describe más detalladamente en el Capítulo 6.

Trastorno de ansiedad de separación

Al contrario de las cuatro afecciones mencionadas antes, el trastorno de ansiedad de separación se observa mayormente en los niños pequeños. Se trata de una ansiedad excesiva acerca de estar separado de un padre o del hogar. El grado de ansiedad no es apropiado para el desarrollo y causa una angustia indebida o interfiere con las actividades de todos los días. Se calcula que hasta un 4% de los niños y adolescentes jóvenes sufren de este trastorno. Sin embargo, el problema con frecuencia se abate a medida que el individuo crece.

Las personas jóvenes con trastorno de ansiedad de separación tal vez se preocupan incesantemente acerca del daño que puede sobrevenir a un padre o acerca de algún acontecimiento indebido que pudiese conducir a la separación, tal como perderse o ser secuestrado. Además, pueden tener temor a dormir fuera de la casa y tal vez desarrollen quejas físicas, como dolores de cabeza o trastornos estomacales, ante la expectativa de pasar tiempo fuera de la casa. En algunos niños, la ansiedad de la separación toma la forma de una renuencia extrema a asistir a la escuela, lo que, a su vez, puede conducir a problemas académicos y sociales. Cuando los adolescentes se niegan a ir a la escuela, su comportamiento puede, a veces, deberse también a la ansiedad de la separación. Pero hay explicaciones más probables a esta edad, entre ellas el trastorno de ansiedad social.

Trastorno de pánico

Lo que distingue al trastorno de pánico es la ocurrencia de ataques espontáneos de pánico, que comprenden ondas súbitas de temor y aprensión intensos. Estos sentimientos se acompañan de síntomas físicos, como latidos cardíacos muy rápidos, falta de aliento, sensación de ahogo o sudor. El problema se inicia, a veces, con ataques esporádicos, aislados, alrededor de la época de la pubertad. Con el tiempo, la frecuencia de los ataques puede aumentar y las personas afectadas pueden sentir preocupación creciente acerca de cuándo y dónde ocurrirá el siguiente ataque o cuáles serán sus consecuencias. Algunos pueden pensar que “se están volviendo locos” o sufrir un ataque cardíaco. Sin embargo, esta transición al trastorno completo de pánico normalmente no ocurre hasta fines de la adolescencia o principios de la juventud.

En los adultos, el trastorno de pánico se asocia, con frecuencia, con la agorafobia. La palabra “agorafobia” quiere decir, literalmente, “temor de la plaza del mercado”.

Sin embargo, el término ha tomado un significado más amplio: temor de estar en sitios o situaciones desde los cuales puede ser difícil escapar o en los cuales puede no haber ayuda en caso de que ocurra un ataque de pánico. El temor típicamente se extiende a través de una amplia variedad de situaciones. En los casos graves, la persona presenta temor ante todas las situaciones en las cuales están solas y fuera de sus casas o están rodeadas de una multitud. La ansiedad intensa que surge en estas situaciones hace que las personas traten de evitarlas. Algunas personas se obligan a enfrentar las situaciones temidas, pero solamente a costas de una angustia muy grande. Otras prácticamente se encierran en sus casas.

Fobias específicas

Una fobia específica es un temor intenso, fuera de toda proporción con cualquier amenaza real y que se enfoca en un animal, objeto, actividad o situación específico. Las personas con fobias sienten ansiedad cuando se encuentran o hasta cuando piensan acerca del objeto de su temor. Esta ansiedad toma a veces la forma de un ataque de pánico. Pero, mientras que los ataques en el caso de un trastorno de pánico parecen surgir de la nada, los vinculados con una fobia específica son desencadenados por factores muy específicos. Los factores en sí pueden dividirse en cinco categorías básicas: animal (por ejemplo, perros, ratones, arañas), ambiente natural (por ejemplo, la altura, el agua, las tormentas), lesión (por ejemplo, sangre, inyecciones), situaciones (por ejemplo, aviones, elevadores, espacios cerrados) y otros tipos (por ejemplo, ahogarse, ruidos fuertes). Cuando el factor desencadenante es una situación, se limita a una situación específica más bien que a un conjunto de situaciones, como es el caso de la agorafobia.

La mayoría de nosotros tiene uno o dos temores irracionales. Para poderse clasificar como una fobia específica, sin embargo, el temor debe causar una angustia extrema o interferir con la capacidad para realizar actividades normales. Estas fobias son más comunes en la niñez o al principio de la adolescencia. Pueden seguir a un acontecimiento traumático que comprende la entidad temida, un ataque de pánico imprevisto en la situación temida, la observación de temor en otras personas o las advertencias paternas repetidas o la cobertura de los medios de difusión acerca de un cierto peligro. La gente a menudo encuentra forma de evitar estos factores desencadenantes.

Lamentablemente, esta forma de evitarlos puede afectar su capacidad para funcionar en la vida diaria. Por ejemplo, un temor leve a los perros no es nada fuera de lo común. No obstante, un adolescente con una fobia a los animales puede tener un temor tan intenso que no saldrá de su casa por temor a encontrarse con un perro suelto.

Aproximadamente uno de cada 20 adolescentes

Hasta el 5% de los niños y adolescentes presentan un trastorno de ansiedad en un día dado. Aunque la naturaleza de la ansiedad puede cambiar, el índice de prevalencia se mantiene aproximadamente igual a lo largo de la niñez y la adolescencia. Las niñas tienen mayor probabilidad que los varones de presentar un trastorno de ansiedad, y también son referidas al tratamiento con frecuencia mayor. Las razones para esta diferencia sexual todavía no se han aclarado pero es posible que las hormonas sexuales desempeñen un papel. Se sabe que el estrógeno, una hormona femenina, interactúa con la serotonina, un compuesto químico cerebral que ha sido implicado tanto en la ansiedad como en la depresión.

Algunos estudios de los trastornos de ansiedad demostraron una influencia genética más potente en las mujeres que en los varones. Las expectativas y los estereotipos impuestos por las sociedades también podrían desempeñar un papel. Por ejemplo, entre los adultos, las mujeres tienen tres veces más probabilidad que los hombres de presentar un trastorno de pánico con agorafobia. Una teoría es que las mujeres pueden tender a resolver su ansiedad acerca de ataques futuros de pánico evitando las situaciones amenazantes. Los varones, por otra parte, pueden tener más probabilidad de considerar que tienen que enfrentarse con sus temores, tal vez con la ayuda de alcohol u otras drogas.

De la ansiedad al trastorno

Los trastornos de ansiedad ocurren en personas de todas las edades. Sin embargo, la naturaleza típica de la ansiedad varía a través de las diversas etapas de desarrollo.

En los niños pequeños, los padres y el hogar son el centro de su universo, y un poco de ansiedad debida a la separación es perfectamente normal. No es de sorprender, entonces, que la ansiedad *excesiva* por separación también sea la más común durante este período. A medida que los niños entran a la adolescencia, las relaciones con sus compañeros toman un carácter cada vez más importante. Al mismo tiempo, los adolescentes están tomando más conciencia de sí mismos, lo que significa que también están más propensos a la cohibición penosa. No es por casualidad que ésta es la etapa a la cual típicamente comienza la ansiedad social *excesiva*.

Trate de recordar cómo se sintió durante su primera cita romántica. Tal vez tenía las palmas de las manos frías y húmedas o sentía que el estómago se le estrujaba de los nervios. Este tipo de nerviosidad es una reacción normal ante una experiencia nueva y, cuando uno es joven, lo nuevo es cosa de todos los días. Sin embargo, esta sensación no desaparece en algunas de las personas jóvenes. Estas personas son acosadas por dudas y preocupaciones persistentes, y su angustia puede volverse de grado tal que comienzan a evitar cualquier situación que pudiese provocarla.

Finalmente, esta maniobra comienza a interferir con su habilidad para funcionar en el hogar o la escuela. Considere el ejemplo de un muchacho adolescente, que sufre de más ansiedad de la normal cuando está alrededor de las niñas. Al principio tal vez simplemente evite hablar con las niñas en la clase por temor de pasar vergüenza de algún modo. A medida que la ansiedad aumenta, sin embargo, comienza a temer la asistencia a la escuela. En este momento, la ansiedad está claramente obstaculizando su vida social y académica.

La angustia y la disfuncionalidad son dos de los signos cardinales que indican que una persona ha cruzado la línea desde la ansiedad ordinaria al trastorno de ansiedad. El tercer signo es la falta de flexibilidad, es decir, la incapacidad para recobrase de las situaciones que provocan la ansiedad y adaptarse emocionalmente a ellas. Éstas son las tres claves importantes que los profesionales de salud mental consideran cuando evalúan si está o no presente un trastorno de ansiedad.

Como padre, usted tiene la ventaja inmensa de conocer lo que es normal y lo que no lo es en el caso de su propio hijo. Si algo parece seriamente mal, no tenga temor de pedir ayuda. “Considerando el pasado, yo confiaría en mis instintos antes de lo que lo hice”, dice la madre de una niña que desarrolló el OCD a los 13 años de edad. “No esperaría que un maestro confirmara que ella estaba teniendo un problema, cuando yo podía verlo con mis propios ojos.” Como es el caso con cualquier otra enfermedad, cuanto más pronto se diagnostica y trata un trastorno de ansiedad, tanto más rápidamente se puede empezar a aliviar el sufrimiento.

Si algo parece seriamente mal, no tenga temor de pedir ayuda.

Primeros pasos

El primer instinto de un padre es proteger a los hijos y resolver sus problemas, y no hay nada peor que sentirse impotente para aliviar las preocupaciones y temores de un hijo. Uno quiere *hacer* algo, pero tal vez no esté seguro dónde empezar. Aquí tiene algunos consejos de padres que han recorrido ese camino antes que usted.

- *Hable con su hijo.* No tenga temor a iniciar una conversación franca con su adolescente. “Yo me daba cuenta de que algo le estaba pasando a mi hijo, pero él nunca decía nada”, dice un padre que también padece OCD. “De modo que empecé a hablar sobre mis propias experiencias, y allí fue que él admitió que estaba pasando por experiencias similares que no podía entender.”
- *Encuentre un especialista.* No todos los profesionales de salud mental están igualmente familiarizados con las necesidades singulares de los adolescentes con trastornos de ansiedad. Si es posible, busque alguien que se especialice en esta área. Una madre declara: “Teníamos que viajar 45 minutos de ida y 45 de vuelta para ver al terapeuta, pero valía la pena”. Para obtener más sugerencias sobre cómo encontrar un terapeuta calificado, consulte el Capítulo 7.
- *Edúquese.* La ayuda profesional puede ser muy valiosa pero no reemplaza su propia preparación. Lea libros, investigue los sitios serios de Internet, ingrese en un grupo de apoyo formado por padres. Una madre dice: “Cuanto más sepa usted, tanto mejor estará su hijo”.

Afecciones coexistentes

Los profesionales de salud mental usan criterios estrictos para dividir los trastornos de la ansiedad en tipos distintivos, para los fines de diagnóstico y de investigación. Esto crea una ilusión de categorías nítidas y ordenadas. Pero la vida real es mucho más desordenada. Un adolescente que padece una ansiedad extrema en situaciones sociales puede también sufrir un temor irracionalmente intenso de las arañas, así como tener ataques ocasionales de pánico que parecen ocurrir sin ton ni son.

El término “comorbilidad” pertenece a la jerga científica y significa la coexistencia de dos o más trastornos en el mismo individuo. En los adolescentes con trastornos de ansiedad se observa un alto nivel de comorbilidad, lo que puede complicar el diagnóstico y el tratamiento. No obstante, para obtener el mejor resultado posible para un adolescente en particular, es esencial que cualquier problema coexistente sea reconocido y tratado por su propia cuenta.

Comorbilidad con otros trastornos

Los trastornos de ansiedad también pueden ocurrir conjuntamente con otros trastornos mentales o conductuales. A continuación se dan descripciones breves de algunas de las afecciones coexistentes más comunes.

- **Depresión**—Hay una asociación muy estrecha entre los trastornos de ansiedad y la depresión. Hablando clínicamente, la depresión es un trastorno del humor, que comprende estar deprimido o irritable casi todo el tiempo, o perder el interés o la capacidad de disfrutar de prácticamente cualquier cosa. Estos sentimientos duran por lo menos 2 semanas, se asocian con varios otros síntomas mentales y físicos, y causan una angustia significativa o afectan el funcionamiento. La gente joven que padece trastornos de ansiedad tiene una probabilidad ocho veces mayor de sufrir depresión que los que no presentan estos trastornos. Tal vez haya también un vínculo secuencial entre las dos afecciones. Los individuos con un trastorno de ansiedad en la niñez, corren un riesgo mayor de desarrollar depresión más tarde en sus vidas.

- Abuso de sustancias—La relación entre los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias es menos clara. Varios estudios han informado una asociación significativa entre los dos problemas. Pero un análisis reciente sugiere que, más bien que una relación directa, podría ser una indirecta, basada en un denominador común, tal como la depresión. También hay evidencia conflictiva acerca del vínculo entre la ansiedad inicial y el abuso de sustancias más tarde. Los investigadores hallaron que los niños que padecían ansiedad de separación tenían menos probabilidades que otros niños de comenzar a beber alcohol al crecer, y los que lo bebían tendían a empezar a hacerlo a mayor edad que el promedio. Por otra parte, los niños con GAD tenían más probabilidad de comenzar a beber y lo hacían a una edad menor en su adolescencia.
- Trastornos de tics—Un tic es un movimiento o vocalización súbito, rápido, repetitivo, tal como sacudida de la cabeza, muecas faciales, parpadeo o aclararse la garganta. Entre el 20 y el 30% de las personas con OCD informan haber tenido tics en algún momento de su vida. Un número menor exhibe el síndrome de Tourette completo, un trastorno neurológico caracterizado por tics múltiples frecuentes.

La historia de Luis

“El Tourette empezó cuando Luis tenía unos seis años”, recuerda su madre. Con el pasaje de los años, los tics tomaron varias formas, entre ellas, pestañeo, muecas, olfateo, gruñidos y silbidos. Pero cuando Luis llegó al sexto grado, algo cambió. “Encontramos ratones en el espacio debajo de la casa y él había oído en algún lado que los ratones eran portadores del hantavirus”, dice su madre. “Desarrolló una obsesión con la idea de que se iba a morir a causa del hantavirus y que iba derecho al infierno.” Los pensamientos de condena eterna no le dejaban dormir a la noche y los rezos compulsivos empezaron a ocuparle una parte creciente de sus días. La madre y el médico de Luis se dieron cuenta muy pronto de lo que estaba ocurriendo: El síndrome de Tourette se había unido con el OCD.

Etiquetas y más etiquetas

. . . ninguna etiqueta puede abarcar la totalidad de su adolescente, que es un modelo exclusivo.

El diagnóstico correcto—o los diagnósticos, en muchos casos—es importante, porque ayuda a los profesionales de salud mental a hacer las mejores elecciones terapéuticas. En muchos casos, también es un paso necesario para obtener cobertura de seguro o lograr que su adolescente ingrese en un programa escolar especial. Sin embargo, es imprescindible recordar que ninguna etiqueta puede abarcar la totalidad de su adolescente, que es un modelo exclusivo.

Los médicos, terapeutas y maestros de vez en cuando son culpables de una estrechez de miras. Algunos pueden tener dificultad en ver más allá de un diagnóstico médico, psicológico o educativo en particular. Usted, como padre, sin embargo, probablemente vea a su hijo como un individuo completo, mucho más que como la suma de todas sus etiquetas. La perspectiva que usted aporta a la situación de su adolescente es sumamente valiosa. Una madre, cuyo hijo de 13 años había sido diagnosticado con OCD, síndrome de Tourette, trastorno de déficit de atención hiperactiva y una discapacidad del aprendizaje, lo describió de esta manera: “Él ha sido llamado una cantidad de cosas. Pero, para mí, es el mismo chico de siempre, que he criado y amado.”

La psicología de la ansiedad

¿Qué es lo que causa que la ansiedad aumente vertiginosamente? Ésta puede ser una pregunta clara y obvia, pero la respuesta no es ni simple ni completamente evidente en este momento. Por un lado, el estado que llamamos “ansiedad” comprende una variedad de pensamientos, sentimientos y conductas. Tiene sentido pensar que un estado de múltiples facetas tenga múltiples causas. Entre otras cosas, la ansiedad parece ser influida por factores psicológicos, biológicos y genéticos.

Condicionamiento clásico

Una de las primeras teorías científicas sobre la ansiedad se basó en la suposición de que las fobias se adquirirían a través del condicionamiento clásico. Se forma una asociación apareando un estímulo previamente neutro (como una campana) con un estímulo no condicionado (como un choque eléctrico) para obtener una respuesta no condicionada (por ejemplo, temor). Con el tiempo, el estímulo previamente neutro, que se llama ahora el estímulo condicionado, es capaz de producir temor por sí solo.

En un artículo publicado en el año 1920, que se volvió uno de los experimentos más citados en la historia de la psicología, John B. Watson y un colaborador demostraron cómo aplicar estos mismos principios al temor condicionado en un bebé de 11 meses de vida llamado Albert. Inicialmente, el bebé no mostraba temor a una rata blanca de juguete (estímulo neutro) pero lloraba y se sobresaltaba (respuesta no condicionada) cuando los investigadores hacían mucho ruido golpeando una barra de acero con un martillo (estímulo no condicionado). Después, los investigadores empezaron a hacer el ruido cada vez que le mostraban la rata blanca de juguete. Al poco tiempo, el solo hecho de ver la rata (estímulo condicionado) era suficiente para causar el llanto (respuesta condicionada). No sólo eso, pero el temor recientemente condicionado del bebé se generalizó también a otros objetos de peluche, entre ellos un perro, un conejo, un abrigo de piel y hasta una máscara de Santa Claus.

Como lo demostró el pobre Albert, los temores pueden aprenderse a través del condicionamiento clásico. De acuerdo con la teoría del aprendizaje, también se puede demostrar que dichos temores pueden ser ‘desaprendidos’ mediante la extinción, en la cual el estímulo condicionado se presenta repetidamente sin el estímulo no condicionado. Con el tiempo, esto causa que la respuesta condicionada se vaya debilitando hasta desaparecer completamente.

Procesamiento mental

Mientras que el condicionamiento es una de las piezas del rompecabezas, ignora, sin embargo, un factor crucial: la capacidad del individuo de pensar y atribuir un significado personal a un acontecimiento o situación. Las teorías más recientes destacan que no es el acontecimiento en sí, sino la manera de percibir el acontecimiento, lo que determina el grado de temor que evoque. Si una persona interpreta un acontecimiento como amenazante, es probable que despierte ansiedad. La terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés) se basa en este concepto. Enseña a las personas a comparar sus interpretaciones con la realidad, y luego reemplazar los pensamientos inexactos con vistas más apropiadas de la situación.

En el año 1986, la autora principal de este libro y su colega, Michael J. Kozak, propusieron una nueva teoría para explicar los trastornos de ansiedad y sus tratamientos. Bajo el nombre de Teoría del procesamiento emocional, define al temor como una estructura mental que sirve como un plan de acción para escapar o evitar el peligro. Los diversos trastornos de ansiedad reflejan planes de acción diferentes. Por ejemplo, la estructura de temor de las personas que padecen el trastorno de pánico se caracteriza por las interpretaciones erróneas de daños corporales inocuos como entidades peligrosas. Cuando estas personas exhiben latidos cardíacos rápidos, falta de aliento, sudor y otros cambios físicos que van de la mano con los sentimientos de pánico, interpretan estos acontecimientos, erróneamente, como señales de una enfermedad grave, por ejemplo, un ataque cardíaco. El resultado es que comienzan a evitar situaciones que puedan conducir a ataques futuros de pánico. También pueden evitar otras cosas, tales como el ejercicio vigoroso, que causen sensaciones físicas similares.

Por el contrario, la estructura de temor de las personas con el OCD se caracteriza, más a menudo, por interpretaciones erróneas de las cosas inocuas considerándolas peligrosas. Por ejemplo, una mancha cualquiera puede ser considerada como evidencia de una contaminación con bacterias potencialmente mortales. Pero, como en el caso del trastorno del pánico—y también otros trastornos de ansiedad—el problema central es una mala conexión entre los estímulos y las respuestas, así como una interpretación errónea del significado de los acontecimientos.

Los estudios experimentales apoyan la noción de que los niños ansiosos tienden a ver amenazas donde no existen o donde la situación es ambigua. En un grupo de estudios, los niños y adolescentes oyeron o leyeron homófonos (palabras con igual sonido pero significados diferentes). Los homófonos particulares usados en estos estudios (por ejemplo, “pegar”, “tirar”) tenían, en cada caso, un significado amenazante y otro significado inocuo. Cuando se les pidió que indicaran el significado de cada palabra, los niños ansiosos mostraron una probabilidad mayor que los no ansiosos de elegir la opción amenazante.

La biología de la ansiedad

La pubertad es un período de crecimiento físico y maduración rápidos. Usted se da cuenta cuando su hija necesita su primer sostén o el calzado de su hijo le queda chico a las pocas semanas de comprarlo. Algo menos visible, pero por lo menos igualmente importante, son los cambios drásticos que están ocurriendo dentro del cerebro de su adolescente. Entre otras cosas, hay cambios en los circuitos cerebrales, incluso los implicados en el reconocimiento y la expresión del temor, la ansiedad y otras emociones. Es como si el cerebro se estuviese reinventando. Una consecuencia de esta reestructuración es que de pronto quedan expuestas las vulnerabilidades que estaban, hasta este momento, escondidas.

“El OCD de mi hija realmente explotó al comienzo de la pubertad”, dice una madre. “Mi hijo dejó de ser tan hiperactivo, pero la ansiedad dio una vuelta cerrada para empeorar cuando tenía unos 13 años”, dice otra. Para algunas personas jóvenes, la transición de la niñez a la adolescencia está repleta de nuevas ansiedades y preocupaciones.

Hay cualquier número de explicaciones posibles—desde las presiones de la escuela intermedia al florecimiento de la sexualidad. Sin embargo, vale la pena observar que otro contribuyente probable es la reestructuración que está ocurriendo dentro del cerebro.

Fisiología del temor

Los científicos han estado trabajando para identificar exactamente las regiones y los circuitos cerebrales que están implicados en los trastornos de ansiedad. Cuando se percibe una amenaza, los sentidos envían señales a dos partes diferentes del cerebro. Una se dirige a la corteza cerebral, la parte del cerebro que piensa, pero toma una ruta tortuosa. La otra señal se dirige directamente al cuerpo amigdaloides cerebral, una estructura en forma de avellana situada profundamente dentro del cerebro. Allí desencadena una respuesta automática, muy rápida, que moviliza el cerebro y el cuerpo para enfrentar el peligro inminente. Este temor, basado en el cuerpo amigdaloides cerebral, entra en acción antes de que la parte del cerebro que piensa se haya siquiera dado cuenta de lo que está pasando. Un dato interesante es que los investigadores han hallado que el cuerpo amigdaloides cerebral puede ser activado no sólo por el peligro, sino también por lo inesperado.

Una vez que se ha activado la respuesta rápida del sistema del cuerpo amigdaloides cerebral, las hormonas relacionadas con el estrés se liberan y entran en la sangre. El corazón late con mayor rapidez y la sangre se desvía desde los órganos internos a los músculos, donde se la necesita para tomar acción rápidamente. Mientras tanto, se vierte glucosa en la circulación sanguínea, donde proporciona la energía necesaria para hacer frente y luchar o para huir. Para

Al enfrentarse con un peligro real, la respuesta de temor representa una función protectora y, en una emergencia grave, puede salvar literalmente la vida.

proteger a la persona en confrontaciones futuras con la misma amenaza, el cuerpo amigdaloides cerebral hace una grabación de un programa de la respuesta aprendida al temor.

Al enfrentarse con un peligro real, la respuesta de temor representa una función protectora y, en una emergencia grave, puede salvar literalmente la vida.

El problema surge cuando los acontecimientos aterradoros o inesperados ceban al cerebro de una persona para reaccionar excesivamente ante situaciones relativamente inocuas. Es fácil ver cómo, la respuesta aprendida al temor que ha sido grabada en el cerebro, puede ser un obstáculo más bien que una ayuda en tales casos. Pero, ¿cómo puede ese proceso singular dar origen a varios tipos diferentes de temor y ansiedad disfuncionales? Los científicos todavía están investigando este interrogante. Algunas investigaciones indican que los diversos trastornos de ansiedad pueden estar asociados con la activación de diferentes partes del cuerpo amigdaloides cerebral.

Mientras que ésta es la primera parte del cerebro que es activada, la información sensorial acerca de la amenaza llega muy pronto también a la corteza cerebral. En este momento, la persona es capaz de evaluar racionalmente la situación. Como se ha observado, la meta de la CBT consiste en mejorar la precisión de tales evaluaciones. Finalmente, el objetivo consiste en aumentar el control cognitivo sobre la respuesta de temor de la persona.

Una ventana dentro del cerebro

La nueva tecnología de obtención de imágenes cerebrales permite que los investigadores examinen el interior del cerebro vivo y lo observen mientras trabaja. A continuación se da una muestra de los hallazgos recientes a partir de los estudios de obtención de imágenes.

- GAD—En los niños con GAD, el volumen del cuerpo amigdaloides cerebral tiende a ser más grande cuando se compara con el de niños que no presentan el trastorno.
- OCD—En los adultos, los investigadores hallaron anomalías en un circuito cerebral que comprendía el tálamo (una estructura que actúa como una estación de relé para la información sensorial que ingresa), los ganglios basales (un manojito de neuronas que desempeñan un papel clave en el movimiento y la conducta) y la corteza prefrontal (la parte frontal de la corteza cerebral). Se han encontrado anomalías similares en los niños y adolescentes que padecen OCD.
- PTSD—El hipocampo (parte del cerebro que participa en la emoción, el aprendizaje y la memoria) tiende a ser más pequeño en los adultos con PTSD que en los que no sufren el trastorno. Sin embargo, los niños no exhiben esta diferencia.

Neurotransmisores

A un nivel químico, los trastornos de ansiedad pueden reflejar desequilibrios en los neurotransmisores. Éstos son los mensajeros químicos que las neuronas (las células nerviosas) usan para comunicarse entre sí. El proceso funciona del siguiente modo: Cuando una neurona es activada, envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular, a lo largo de una rama en forma de fibra, denominada axón. Una vez que la señal llega al final del axón, sin embargo, se encuentra con un problema. Entre cada neurona y sus vecinas existe una brecha pequeñísima, llamada una sinapsis. Allí es donde actúa el neurotransmisor. Su trabajo consiste en transportar químicamente el mensaje a través de la brecha.

Los neurotransmisores son de muchos tipos diferentes, cada uno con una forma química distintiva. Después que un neurotransmisor se ha liberado del axón en la neurona remitente, el

Piense en el neurotransmisor como una llave y en el receptor como un cerrojo.

proceso de comunicación se ha completado solamente hasta la mitad. El neurotransmisor todavía debe encontrar una molécula receptora en la neurona recipiente, que presente una forma correspondiente. Piense en el neurotransmisor como una llave y en el receptor como un cerrojo. El mensaje solamente puede entregarse si la llave calza en forma apropiada en el cerrojo.

Cuando ocurre esto, el receptor transmite el mensaje dentro de la neurona recipiente, donde señala a la célula que se encienda o se apague. Si el mensaje es excitante, enciende el interruptor de la neurona y ésta continúa pasando la señal. Si el mensaje es inhibitor, apaga el interruptor de la neurona y ésta suprime la señal. En cualquiera de los dos casos, una vez que el mensaje se ha entregado, un mecanismo de retroinformación informa a la neurona originaria de la señal que deje de producir nuevos neurotransmisores. Ahora todo lo que queda es desechar el neurotransmisor viejo, que permanece en la sinapsis. Una molécula, llamada un transportador, se despacha para recogerlo y devolverlo a través de la brecha, al axón que lo había liberado originalmente. Allí es absorbido de vuelta dentro de la neurona que lo envió, un proceso que se conoce como recaptación.

Cuando funciona, éste es un sistema notablemente complejo y eficiente. Sin embargo, como es el caso con cualquier sistema complicado, de vez en cuando se avería. En algunos casos, los receptores pueden ser demasiado sensibles o no lo suficientemente sensibles para un neurotransmisor en particular. En otros casos, la neurona remitente tal vez no libere suficiente neurotransmisor o reabsorba demasiado pronto al agente químico, antes de que haya enviado su mensaje. Cualquiera de estos fracasos en la comunicación puede afectar la ansiedad y el humor.

Se cree que varios neurotransmisores desempeñan un papel en la ansiedad.

- Ácido gamma-aminobutírico (GABA)—Inhibe la activación de las neuronas. GABA parece ayudar a disipar la ansiedad.
- Serotonina—Ayuda a regular el humor, el sueño, el apetito y los apetitos sexuales. Las concentraciones bajas de serotonina se han vinculado con la ansiedad y la depresión.
- Norepinefrina—Ayuda a regular el despertamiento, el sueño y la presión arterial. Las cantidades excesivas de norepinefrina pueden desencadenar ansiedad.
- Dopamina—Permite el movimiento e influye sobre la motivación. Alguna evidencia sugiere que puede haber un vínculo entre las concentraciones bajas de dopamina y el trastorno de ansiedad social, y entre el exceso de dopamina y el OCD.

Se cree que los medicamentos ayudan a corregir y/o mantener el equilibrio químico correcto en el cerebro para resolver los síntomas de la ansiedad. Una clase común de medicamentos usados para tratar la ansiedad es la de las benzodiazepinas, tales como alprazolam (Xanax), diazepam (Valium) y lorazepam (Ativan). Se cree que estos medicamentos elevan las concentraciones de GABA en el cerebro. Otra clase de medicamento de amplio uso es la de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés) tales como fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft). Estos agentes retardan la recaptación de serotonina, lo que aumenta el abastecimiento disponible de este neurotransmisor.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina–norepinefrina, entre ellos, duloxetine (Cymbalta) y venlafaxina (Effexor), afectan a la serotonina en forma bastante similar a la acción de los SSRI, pero también afectan a la norepinefrina. Y la buspirona (BuSpar), uno de los primeros medicamentos estudiados contra la ansiedad, aumenta la actividad de la serotonina disminuyendo, a la vez, la actividad de la dopamina.

Hormonas

Mientras los neurotransmisores llevan los mensajes dentro del cerebro, las hormonas son las que transportan estos mensajes a lo largo de la circulación sanguínea, a los tejidos y órganos en el resto del organismo. La falta de equilibrio hormonal también puede afectar la ansiedad. Las hormonas más importantes en estos casos pueden ser las que están implicadas en la respuesta del organismo ante situaciones amenazantes.

Cuando una persona percibe una amenaza, el cuerpo amigdaloides cerebral no es la única parte del cerebro que responde. El hipotálamo—la parte del cerebro que sirve como centro de mando para los sistemas hormonal y nervioso del organismo—también es activado. El hipotálamo libera una sustancia llamada factor liberador de corticotropina (CRF, por sus siglas en inglés). Esta hormona pasa a la glándula pituitaria, situada en la base del cerebro, donde desencadena la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH, por sus siglas en inglés). La ACTH se dirige entonces a las glándulas suprarrenales, situadas sobre los riñones, donde estimula la liberación de una hormona de estrés potente, llamada cortisol. La elevación en el cortisol, a su vez, estimula numerosos efectos fisiológicos, produciendo una descarga de energía y un estado de alerta.

Cuando se toman juntos, estos elementos forman un sistema corporal conocido como el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Algunos estudios hallaron que las personas con trastornos de ansiedad exhiben desequilibrios en este sistema. La asociación mayor se observa entre las concentraciones mayores de lo normal de CRF y el PTSD. El exceso de CRF podría explicar por qué es que las personas con este trastorno se sobresaltan tan fácilmente.

Y también podría explicar por qué los individuos que sufren estrés o trauma extremos al principio de la vida, corren mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad durante el crecimiento. De acuerdo con una teoría, el estrés extremo en la infancia, cuando los pasajes cerebrales se encuentran todavía en desarrollo, puede afectar las células cerebrales productoras de CRF de manera tal que dan lugar a una actividad excesiva de larga duración. El aumento duradero en el CRF puede conducir a una respuesta supersensible al menor signo de amenaza.

Actualmente se ha obtenido una evidencia considerable para apoyar esta teoría. No obstante, varios interrogantes importantes siguen sin haberse aclarado. Por ejemplo, la mayoría de los estudios en apoyo de esta teoría se han hecho en animales o en personas adultas. Los hallazgos en los niños han sido menos drásticos y, algunas veces hasta contradictorios, y las razones para esta discrepancia no se han aclarado aún. Además, no todos los que sobreviven un traumatismo inicial desarrollan más tarde un trastorno de ansiedad. Aquí puede ser donde las experiencias posteriores en la vida de una persona, la química cerebral y la estructura genética entrarían en juego. Aparentemente, los trastornos de ansiedad representan la interacción compleja de todos estos factores.

Sistema nervioso autónomo

La respuesta fisiológica al temor comprende no solamente hormonas, sino también el sistema nervioso autónomo (ANS, por sus siglas en inglés). Esta porción del sistema nervioso controla las funciones involuntarias de los órganos internos. Cuando el ANS es activado, produce efectos tales como latidos rápidos, falta de aliento y dolor en el pecho—en otras palabras, algunos de los síntomas clásicos asociados con un ataque de pánico.

La asociación es particularmente notable entre los adultos con ataques de pánico, en quienes el sistema nervioso autónomo tiende a un exceso de actividad. Además del trastorno de pánico, otras afecciones que podrían relacionarse con la actividad autonómica excesiva incluyen presión arterial alta, enfermedad cardíaca y una forma grave de depresión, llamada depresión melancólica.

Vínculo entre la inflamación estreptocócica de la garganta y el OCD

No es posible contraer un trastorno de ansiedad de la misma forma que se contrae un resfriado o la gripe. Sin embargo, parece haber un vínculo entre las infecciones estreptocócicas y una variante del OCD infantil, llamada PANDAS (que se refiere a trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas). PANDAS se caracteriza por un inicio dramático, “de un día para otro”, de síntomas de OCD o tics. Este inicio súbito normalmente es precedido por un caso de inflamación estreptocócica de la garganta. El mecanismo de PANDAS no se entiende completamente, pero parecería que la respuesta inmunitaria del organismo frente a la infección estreptocócica se descarrilaría. Al montar un ataque contra las bacterias invasoras, el sistema inmunitario también ataca, por error, a los tejidos y células del propio organismo. Esto es similar a lo que ocurre en la fiebre reumática, otro trastorno que es desencadenado por infecciones estreptocócicas. Para obtener más información sobre PANDAS, consulte el Capítulo 5.

La genética de la ansiedad

En un momento u otro, todos nos hemos enfrentado con el estrés, la presión, los traumatismos o la tragedia. Pero no todos desarrollamos un trastorno de ansiedad. En muchos casos, los genes podrían desempeñar un papel crítico en decidir quién desarrollará un trastorno de ansiedad y quién no. Ciertas variaciones genéticas tal vez causen desequilibrios químicos dentro del cerebro, que predispongan a una persona a la ansiedad. Pero esta predisposición puede permanecer latente

Las personas que tienen un padre o hermano con un trastorno de ansiedad presentan un riesgo mayor de desarrollarlo ellas mismas.

hasta ser activada por el estrés o por un trauma intenso. Por consiguiente, el inicio real de un trastorno de ansiedad puede depender de una interacción entre los genes y el medio ambiente.

Las personas que tienen un padre o hermano con un trastorno de ansiedad presentan un riesgo mayor de desarrollarlo ellas mismas. En parte, esto tal vez se deba al haber aprendido por imitación de modelos ansiosos o por crecer en el mismo ambiente causante de estrés.

Sin embargo, los estudios realizados en mellizos y en familias con niños adoptados, muestran que la herencia también es un factor. Los investigadores están trabajando actualmente para identificar los genes exactos implicados. Aunque todavía hay mucho que aprender, aparentemente los trastornos de ansiedad son el resultado de muchos genes que trabajan en concierto.

Genes específicos

Hasta el momento, el mejor caso postulado parece ser una asociación entre la ansiedad y un gen llamado 5-HTT. Como gen transportador de serotonina, 5-HTT ayuda a regular la cantidad de serotonina presente en el cerebro. Una variación en particular de este gen produce concentraciones bajas de serotonina. Las investigaciones demostraron que la variación es más prevalente en personas con GAD y con OCD que en la población en general.

En el año 2000 se publicó un estudio interesante en el *Journal of Abnormal Psychology*. Setenta y dos personas sin antecedentes de ataques de pánico ni trastornos de ansiedad dieron muestras de sangre que fueron analizadas para ver quién presentaba la variación 5-HTT. Cada uno de los participantes inhaló entonces una mezcla de dióxido de carbono y oxígeno que les causó una falta temporal de aliento, una sensación que se asocia, a veces, con los ataques de pánico. La prueba provocó temor sólo en el grupo que tenía la variación genética. Como ninguno de los individuos en cualquiera de los grupos padecía un trastorno de ansiedad, es obvio que la variación, por sí sola, no fue suficiente para causar ansiedad. Sin embargo, aparentemente el hecho de ser portador de la variación podría preparar la escena para los sentimientos de pánico y, tal vez, un trastorno de ansiedad declarado, si se presentara una situación de suficiente estrés en el futuro.

Varios otros genes han sido implicados también en la ansiedad. Estos genes adicionales incluyen variaciones genéticas asociadas con el trastorno de pánico, la agorafobia, otras fobias específicas y el trastorno de ansiedad social. Los investigadores tienen la esperanza de que una comprensión mejor de la forma en que estos genes interactúan con el medio ambiente conducirá, finalmente, a adelantos en el tratamiento y la prevención.

Temperamento

El término “temperamento” se refiere a diferencias individuales en la reactividad emocional, una característica que se mantiene relativamente estable con el tiempo a medida que los niños crecen. Algunas diferencias básicas en el temperamento se ponen en evidencia desde la primera infancia, lo que ha hecho que los investigadores llegaran a la conclusión de que son heredadas. Los individuos que nacen con ciertos tipos de temperamento pueden estar predispuestos a exhibir trastornos de ansiedad más tarde en la vida.

Una manera de clasificar el temperamento consiste en comparar los niños retraídos, tímidos, con sus compañeros más extrovertidos y audaces. Según el psicólogo Jerome Kagan, los bebés y niños en el primer grupo muestran un patrón general de comportamiento inhibido. Su primera

En la adolescencia, el riesgo de ansiedad social es mayor en los individuos que habían estado inhibidos cuando eran niños pequeños, que en los que no estaban inhibidos.

reacción ante una situación con la que no están familiarizados tiende a tratar de evitarla, mostrar angustia o adoptar una conducta pasiva. En la adolescencia, el riesgo de ansiedad social es mayor en los individuos que habían estado inhibidos cuando eran niños pequeños, que en los que no estaban inhibidos. Los investigadores hallaron también una relación entre la conducta inhibida y un cuerpo amigdalóide excesivamente activo.

Al mirar al pasado, algunos padres dicen recordar haber notado los primeros indicios de un comportamiento ansioso en sus hijos, mucho antes de haberse declarado un trastorno de ansiedad completo. “Siempre fue una niña temerosa”, dice otra madre, que notó inicialmente esta característica cuando su hija empezaba a caminar. No obstante, vale la pena recordar que muchos niños en edad preescolar, tímidos y retraídos, no presentan un trastorno de ansiedad al crecer, mientras que otros niños pequeños extrovertidos y aventureros sí lo desarrollan. Como es el caso con todos los otros factores genéticos, biológicos y psicológicos, el temperamento es sólo una parte del cuadro total.

Si usted también está ansioso

Como la ansiedad puede observarse en varios miembros de la familia, no es raro que un adolescente con un trastorno de ansiedad tenga un padre que también sufra de uno de estos trastornos. Por cierto, nadie desearía tener antecedentes familiares de enfermedad alguna. Sin embargo, muchos padres que se encuentran en esta situación dicen que hay al menos una ventaja. Si se ha luchado con la ansiedad propia, tal vez se pueda comprender mejor por lo que un hijo adolescente esté pasando, porque uno ha tenido ya esa experiencia.

“Lo que me ayudó a notar inicialmente las características del OCD en mi hijo fue lo parecida que era su actuación a la mía”, dice Carl, que también presenta OCD. “Cuando yo tenía su edad, no tenía a nadie con quien hablar de eso, lo que me hacía sentir realmente mal. Yo creo que me encerró más y más profundamente dentro de mi propio mundo. Carl decidió que las cosas serían diferentes para su hijo, de modo que hizo un gran esfuerzo por mantener las líneas de comunicación abiertas. También buscó ayuda profesional sin demora para el niño de 13 años, aunque él no había iniciado su propio tratamiento hasta después de sus 30 años. Como dice Carl, “Quiero ser el tipo de padre que dice ‘voy a obrar inteligentemente acerca de esto. Sé dónde obtener ayuda para mi hijo para que él no tenga que sufrir como yo sufrí por tantos años’.”

“Quiero ser el tipo de padre que dice ‘voy a obrar inteligentemente acerca de esto’.”

Si usted ha padecido ansiedad pero no ha buscado ayuda todavía, use esta oportunidad para hacerlo. Al recibir tratamiento y aprender a controlar sus síntomas personales, usted se pone más emocionalmente disponible para su adolescente. A medida que su propia ansiedad mejora, podrá servir mejor de modelo de las estrategias para hacer frente al trastorno que usted quiere que su adolescente aprenda. Además, habrá menos posibilidades de que usted reaccione excesivamente ante la ansiedad del adolescente, en forma que echaría más leña al fuego del temor y la preocupación.

“¿Es culpa mía?”

¿Tiene usted la culpa por el trastorno de ansiedad de su adolescente? La respuesta corta es no. Los trastornos de ansiedad son enfermedades complejas con múltiples causas, muchas de las cuales están arraigadas en la biología y la genética. Por cierto, el amor y la atención que dé a su adolescente ejercen una influencia potentemente positiva. Pero los niños criados por padres cariñosos, atentos y competentes no son inmunes a los trastornos de ansiedad.

Lamentablemente, “muchas gente todavía quiere culpar a los padres”, dice la madre de dos adolescentes con OCD. “De hecho, yo he tenido que escuchar a personas que sugerían que yo podría arreglar las cosas tomando clases de crianza de niños. Y mi respuesta fue, ‘Si me está diciendo que hay una clase sobre cómo criar niños con OCD me interesaría mucho asistir a ella. Pero si me está diciendo que esto no hubiese ocurrido si yo fuese una madre mejor, entonces usted está mal informada’.” Después, ella ofreció proporcionar más información. Nada destruye más rápidamente un estereotipo que los hechos reales.

El peligro de no hacer nada

La lectura de un libro sobre los trastornos de ansiedad en la adolescencia es suficiente para hacerle sentir...digamos, ansioso. A ningún padre le gusta pensar que su hijo está angustiado. Sería muy fácil volver la cara al otro lado y negar que existe un problema. Lamentablemente, esta solución “fácil” puede conducir a problemas más difíciles más adelante. Como es el caso con otras enfermedades, los trastornos de ansiedad solamente empeoran si no reciben el tratamiento apropiado, y también pueden causar numerosas complicaciones, por ejemplo:

- Rechazo de la escuela—Los jóvenes con ansiedad de separación, trastorno de ansiedad social y GAD van a veces a la escuela a regañadientes. A menos que esto se solucione sin demora, las repercusiones académicas y sociales pueden ser graves.

- Aislamiento social—Los individuos con trastorno de ansiedad social, agorafobia y otros trastornos de ansiedad, pueden distanciarse completamente de otras personas. Por desgracia, esto les priva del apoyo emocional y práctico que tanto necesitan.
- Depresión—Cualquier tendencia hacia la depresión puede aumentar al evitar las actividades que, fuera de ello, podrían ser divertidas y relajantes.
- Abuso de sustancias—Algunas personas con trastornos de ansiedad recurren al alcohol u otras drogas tratando, erróneamente, de aliviar su angustia emocional.
- Enfermedad física—La ansiedad puede ser causada o coexistir con numerosas enfermedades físicas, tales como trastornos tiroides, hipoglucemia, síndrome de intestino irritable, neumonía y encefalitis. El curso de la enfermedad puede ser prolongado o empeorar como resultado de la ansiedad.

Si no se tratan, los trastornos de ansiedad probablemente interferirán con las actividades cotidianas y pondrán obstáculos en las relaciones con los amigos y la familia. La ansiedad también puede conducir a una angustia considerable o a dificultad constante para tomar decisiones. Estos sentimientos, a su vez, pueden distraer a los adolescentes del tema vitalmente importante de la educación. Mientras tanto, las conductas para evitar ciertas cosas pueden impedir la participación completa del adolescente en esta época especial de su vida. Justamente a la hora en que los adolescentes deben estar extendiendo las alas, sus ansiedades y temores los mantienen atados al piso.

Los beneficios de obtener ayuda

El aspecto positivo de esto es que no tiene, necesariamente, que ser así. Aunque no hay curaciones milagrosas, *hay* tratamientos eficaces que pueden reducir considerablemente los síntomas de la ansiedad. La investigación ha demostrado que la CBT, que está destinada a corregir los patrones innatos de formas de pensar y conducirse que pueden estar contribuyendo a los síntomas de la persona, a menudo es particularmente útil en este campo.

Típicamente, la exposición sistemática a los objetos o las situaciones temidos forma parte de la terapia. También es posible que se necesiten medicamentos como parte de los planes terapéuticos para el adolescente.

No hay un solo régimen terapéutico que sea el correcto para todos. En vez de ello, el tratamiento necesita individualizarse ajustándose a las necesidades de una persona. Los factores que se deben considerar incluyen el tipo de trastorno de ansiedad, su gravedad, los síntomas primarios y la presencia de afecciones coexistentes, tales como depresión o abuso de sustancias. Algunas personas responden al tratamiento en unas pocas semanas o meses, mientras que otras necesitan un año o más. Con el tiempo, sin embargo, la gran mayoría de los adolescentes con trastornos de ansiedad pueden ser ayudados a sentirse mejor. Una vez que los síntomas se han controlado, la continuación del tratamiento puede, a veces evitar que recurran o impedir que surja otro trastorno de ansiedad. En otros casos, los síntomas pueden volver en algún momento. Pero, al conocer lo que se debe vigilar, usted y su adolescente pueden tomar una acción eficaz mucho más rápidamente.

La mayor parte del resto de este libro se dedica a ofrecer la información esencial que necesitará para encontrar el tratamiento apropiado para su adolescente y apoyar el proceso de recuperación en el hogar. Si todo esto es nuevo para usted, es importante que sepa que las cosas indudablemente mejorarán. “Daba tanta pena ver por lo que estaba pasando, emocional, social y físicamente”, dice la madre de Luis sobre sus luchas con el OCD y el síndrome de Tourette. Ahora, sin embargo, Luis, de 17 años, está en el último grado de la escuela secundaria, ha pasado muy bien sus exámenes de SAT y está entusiasmado con ir a la universidad. Su madre dice,

“Está magníficamente bien. Entiende los trastornos y está contento y logrando buenas clasificaciones en la escuela.”

“Está magníficamente bien. Entiende los trastornos y está contento y logrando buenas clasificaciones en la escuela. Ahora podemos mirar atrás con una sensación tan grande de alivio. Sin embargo, sé que hay familias ahí afuera, que están donde nosotros estábamos hace cinco o diez años. Si yo pudiese hablar con ellas, les diría que hay luz al final de ese túnel.”

Trastorno de ansiedad social: Temor a avergonzarse

¿Qué adolescente no ha tartamudeado cuando tuvo que exponer un tema inesperadamente en la clase, no se ha ruborizado al hablar con un compañero atractivo, o no se ha mortificado al decir algo fuera de lugar? Los años de la adolescencia están repletos de episodios bochornosos y que dejan pequeños resabios humillantes, pero la mayoría de los jóvenes se reponen, se sacuden el polvo y salen adelante. Para los que presentan el trastorno de ansiedad social, sin embargo, no es tan fácil. Su ansiedad acerca de las situaciones sociales puede aumentar sin control hasta volverse un temor discapacitante ante la idea de que pueden ser juzgados o ridiculizados. Tal vez se preocupen por varios días antes de un acontecimiento social importante, y posteriormente pueden pasar horas repasando críticamente cada una de sus palabras y acciones.

Para poder comprender lo que es el trastorno de la ansiedad social, tal vez sea más útil pensar en lo que *no es*. No es la disposición tímida, callada, que es natural en algunos adolescentes. No es el caso de los nervios que la mayoría de nosotros sufrimos de vez en cuando antes de un acontecimiento importante. Y no es algo imaginario, que la gente puede decidir dejar de lado. En vez de ello, es una enfermedad real, con bases biológicas, que causa un temor tan intenso en las situaciones sociales que puede limitar gravemente la vida de una persona.

*No es algo
imaginario, que la
gente puede decidir
dejar de lado.*

El hecho de que un adolescente sufra de ansiedad social no quiere, necesariamente, decir que sea socialmente inepto. De hecho, muchas personas que padecen el trastorno pueden ser encantadoras bajo ciertas circunstancias. Sin embargo, si se las coloca en una situación menos familiar o cómoda, pueden volverse sumamente ansiosas. El que estén paradas al frente de un grupo o mezclándose con una multitud, las personas que presentan ansiedad social sienten como si todos los ojos a su alrededor estuviesen clavados en ellas. Su ansiedad se centra alrededor del temor de que se las vaya a juzgar duramente o de que van a hacer algo bochornoso o humillante.

Una historia familiar

Los adolescentes que presentan el trastorno de ansiedad social pueden o no estar ansiosos cuando se asocian con los adultos o niños más pequeños. Pero se ponen ansiosos, al menos parte del tiempo, cuando están con otras personas de su misma edad. “Katie tenía muy pocos amigos en su adolescencia”, dice Suzanne, hablando de su hija. “Yo no sabía por qué, porque ella podía ser realmente extrovertida de vez en cuando. Quiero decir, si ella estaba en una reunión con adultos, no tenía ningún problema. Siempre mantenía también buenas relaciones con los niños más pequeños. Sólo era cuando estaba con sus compañeros que ella tenía problemas.”

Para Suzanne, la falta de amigos de su hija era inconcebible a la vez que preocupante. “En casa, o en un ambiente cómodo, ella era la persona más creativa y alegre que se pueda imaginar.” Finalmente, sin embargo, Suzanne reconoció la profundidad de la ansiedad de su hija. Se dio cuenta de que ella veía una imagen de Katie que sus compañeros nunca habían vislumbrado. Como dice Suzanne, “Si uno tiene tanta ansiedad que ni siquiera habla, los demás no van a tener oportunidad de conocer la gran persona que uno es.”

Al principio, Katie no estaba muy dispuesta a tratar de solucionar el problema mediante la terapia. Dice Suzanne, “Su razonamiento era algo así: ‘Muy bien, ya tengo 13 años y me gusta estar entre la gente de 20 años. Así que, en unos pocos años, yo tendré 20 años y todo se arreglará.’” No es así, le contestó la terapeuta. Y le explicó que, sin tratamiento, Katie a los 20 años podría solamente sentirse cómoda con personas de 40 años y Katie, a los 40, podría reunirse socialmente sólo con personas jubiladas. Finalmente, dice Suzanne, “Katie decidió reclamar su propia vida”.

La terapia ayudó considerablemente, pero Katie todavía tuvo dificultades para hacer amistades durante todo el período de la escuela intermedia y la secundaria. Pero fue durante esos años cuando también descubrió algo importante acerca de sí misma. Dice Suzanne, “La misma niña que vomitaba si pensaba en ir a una fiesta, estaba perfectamente en su casa en un tablado teatral.” Actualmente, Katie, a los 22 años, está estudiando teatro en una universidad importante. Y está

disfrutando no sólo de sus clases sino, con frecuencia creciente, también de sus compañeros. En realidad, cuando Suzanne fue entrevistada para este libro, su hija estaba en una gira con su grupo teatral. Dice Suzanne, “Para los otros jóvenes que están de viaje, lo único que importa es divertirse. Pero para Katie es realmente un logro emocional importante”.

“Para los otros jóvenes que están de viaje, lo único que importa es divertirse. Pero para Katie es realmente un logro emocional importante.”

Más allá de la timidez o inhibición

Las personas como Katie, que padecen un trastorno de ansiedad social, se preocupan con el temor de que van a hacer algo bochornoso o que serán objeto del ridículo. Para algunas,

la ansiedad se limita a sólo unas pocas situaciones específicas. Por ejemplo, algunas personas quedan petrificadas ante la posibilidad de dar un discurso. Temen que los que las escuchan notarán su incomodidad y que las juzgarán mal. Otras personas se ponen muy ansiosas acerca de una conversación cara a cara, temiendo que su timidez extrema dé la impresión de que son obtusas y aburridas.

Temores de todos los días

El trastorno de ansiedad social puede ser debilitante cuando conduce a las personas a evitar las experiencias comunes de todos los días. Aunque estas experiencias parecerían ser mundanas, ayudan a los adolescentes a aprender a funcionar cómodamente en la sociedad, de modo que el no tenerlas puede representar una pérdida que no es trivial. Los factores desencadenantes comunes para la ansiedad social incluyen:

- Hablar a un grupo de personas
- Llegar después que los otros se hayan sentado
- Ser presentado a gente que no se conoce
- Hacer el pedido en un restaurante
- Comer o beber en público
- Devolver artículos a un negocio
- Escribir frente a otras personas
- Usar un baño público

Todavía otras evitan comer, beber o escribir en público, temiendo que el temblor de sus manos revele su ansiedad a todos los que le rodean. Sin embargo, estas mismas personas pueden estar totalmente relajadas en otras situaciones sociales.

Otro grupo de personas presenta ansiedad social generalizada, que significa que sienten temor en una gran variedad de ambientes sociales. Por ejemplo, un adolescente en particular tal vez tenga temor de hablar en un grupo, participar en una conversación cara a cara, comer en frente de otras personas y concurrir a fiestas. Esta forma generalizada del trastorno de ansiedad social típicamente se inicia antes y dura más que el tipo más restringido. También es más probable que se asocie con déficits en las habilidades sociales o con trastornos graves en la escuela.

Cara roja, manos húmedas

Cuando las personas con trastorno de ansiedad social se encuentran en una de las situaciones que desencadenan su trastorno, casi siempre responden con una ansiedad intensa.

Algunos síntomas—como el rubor, las manos húmedas, el sudor, la voz o el cuerpo que tiemblan—pueden ser notados por otros. Los que sufren del trastorno pueden estar convencidos de que todos observan su dificultad, y de que nadie se ha sentido nunca como ellos. Otros síntomas menos visibles incluyen un corazón galopante, dolores de estómago, diarrea y músculos tensos. De vez en cuando, las personas con ansiedad social hasta presentan ataques de completo pánico.

La mayoría de los adolescentes y los adultos están agudamente al tanto de que su temor es excesivo o irracional pero se sienten incapaces de controlarlo. Como resultado de ello, muchos gastan un tiempo y energía considerables tratando de evitar la situación temida. Otros la aguantan, pero solo a expensas de gran inquietud y angustia. En cualquiera de los casos, la ansiedad puede consumir una porción creciente de su vida, obstaculizando sus actividades y sus relaciones con otras personas.

A medida que pasa el tiempo, se puede establecer un círculo vicioso. El temor conduce a un desempeño desalentador, lo que sólo aumenta el temor. Digamos que un adolescente tiene temor a dar un discurso. Una presentación futura al frente de la clase es suficiente para causar olas de inquietud durante días y no dejarle dormir por varias noches. Finalmente, a la hora de la

Una presentación futura al frente de la clase es suficiente para causar olas de inquietud durante días y no dejarle dormir por varias noches.

presentación, el adolescente está tan nervioso que termina tartamudeando y ruborizándose. Lo único que esta mala experiencia logra es reforzar sus peores temores. La siguiente vez que es escogido para hablar en la clase, estará aún más nervioso y con más temor de pasar vergüenza que antes.

Banderas de peligro que deben vigilarse

¿Cree usted que su adolescente puede estar sufriendo un trastorno de ansiedad social? Las siguientes son algunas señales de advertencia de que su adolescente podría estar

necesitando ayuda:

- Una preocupación excesiva acerca de ser juzgado por personas que no sean los miembros de la familia.
- Rubores nerviosos, temblor o sudor
- Confusión o parálisis en ciertas situaciones sociales
- Dificultad para hablar en la clase o leer en voz alta
- Incomodidad al ser el centro de la atención
- No estar dispuesto a invitar a los amigos a reunirse
- Vacilación antes de iniciar conversaciones
- Renuencia a hacer llamadas telefónicas
- Evitar hacer contacto visual con otros
- Negativa a asistir a la escuela o a los acontecimientos sociales
- Hablar en voz muy baja o entre dientes
- Mantenerse apartado durante las actividades de grupo

Los criterios de diagnóstico completos para el trastorno de ansiedad social pueden consultarse en el Apéndice.

Trastorno de ansiedad social en adolescentes

Cuando la gente joven pasa de la niñez a la adolescencia, es muy común que se empiece a preocupar acerca de asuntos sociales y de cómo se comparará con sus amigos. Algo de inhibición puede esperarse. Es sólo cuando los adolescentes presentan temores extremos o paralizantes regularmente que existe la posibilidad de un trastorno de ansiedad social. El trastorno comienza, típicamente, al final de la niñez o principios de la adolescencia. Algunas veces aparece súbitamente, después de un incidente bochornoso, pero otras veces no hay un factor desencadenante obvio y el inicio es gradual.

Aunque el número exacto de personas afectadas no se conoce, se calcula que entre el 3 y el 13% de los estadounidenses pueden padecer de un trastorno de ansiedad social en algún momento de sus vidas. El trastorno parece afectar a las mujeres con aproximadamente el doble de frecuencia que a los varones.

Sin embargo, una mayor proporción de varones busca ayuda, de modo que el número de personas que reciben tratamiento para el trastorno de ansiedad social es aproximadamente igual para ambos sexos.

En comparación con sus compañeros sin ansiedad, los adolescentes con trastorno de ansiedad social tienen mayor probabilidad de informar que tienen pocos amigos, que se sienten aislados o deprimidos y que se consideran socialmente incompetentes. Carolanne dice, “Mi hija, de 17 años, sale todos los viernes y sábados a la noche y tiene cantidades de amistades. Pero mi hija de 18 años [que ha comenzado ahora los estudios en la universidad] nunca salió en una cita romántica ni fue a una fiesta en todos sus años de escuela secundaria, aunque es una chica muy bonita, y sus compañeros pensaban que estaba en la onda.” Mientras todavía iba a la escuela secundaria, la hija mayor de Carolanne creó ciertos trabajos artísticos que se exhibieron en una red de televisión y en una publicación nacional. Sin embargo, a pesar de tener tanto a su favor, se perdió la vida social que es, con tanta frecuencia, la parte más destacada de estos años.

Rechazo de la escuela

Es típico que los adolescentes con trastorno de ansiedad social vayan a la escuela, pero sufran al hacerlo. De vez en cuando, sin embargo, pueden resistirse a asistir a la escuela. Naturalmente, los estudiantes de la escuela intermedia y de la escuela secundaria han demostrado faltar a clases por todo tipo de razones, muchas de las cuales no tienen nada que ver con la ansiedad. Pero, cuando el problema es la variedad común de faltar a la escuela, los adolescentes tienden a esconder sus ausencias de los padres.

Por el contrario, los adolescentes con trastorno de ansiedad social tal vez traten de persuadir a sus padres para que les permitan faltar a clase. En vez de tener problemas con los padres o la escuela, normalmente lo único que quieren es pasar sus días callados, en su casa. Muchos de estos adolescentes están dispuestos a hacer las tareas de la escuela. Pero lo que quieren evitar desesperadamente son las demandas sociales de la escuela. Para estos adolescentes, el tratamiento para la ansiedad primaria normalmente ayuda también con los problemas escolares.

Otros problemas relacionados

La mudez selectiva es una afección rara en la cual los niños se niegan a hablar en ciertas situaciones sociales, por ejemplo, en la escuela. Estos niños son física y mentalmente capaces de hablar y hasta pueden ser bastante charlatanes en su casa. Sin embargo, cierran la boca completamente en las situaciones que les provocan ansiedad. La mudez selectiva normalmente se inicia antes de los 5 años de edad, aunque puede no ser diagnosticada hasta que los niños comienzan a asistir a la escuela. Normalmente, los niños se libran de la afección antes de la adolescencia. No obstante, es posible que la mudez selectiva pueda ser una señal de aviso de las cosas por venir. Aunque la naturaleza exacta de la mudez selectiva todavía se debate en los círculos científicos, muchos expertos creen que puede ser una forma infantil del trastorno de ansiedad social.

A veces, los adolescentes que padecen de ansiedad social pueden recurrir al alcohol u otras drogas tratando, erróneamente, de aliviar su sufrimiento. Las investigaciones indican que aproximadamente un 20% de los adultos con trastorno de ansiedad social abusan del alcohol. Aunque, para algunos, ésta podría ser una respuesta directa al trastorno, para otros puede estar asociada con depresión que acompaña, muy a menudo, a la ansiedad. Los estudios han demostrado que aproximadamente la mitad de las personas con trastorno de ansiedad social presentan también depresión.

También hay cierta evidencia de que las personas con trastorno de ansiedad social pueden correr riesgo de presentar trastornos alimentarios. Un extenso estudio, publicado en el *American Journal of Psychiatry* en el año 2004, descubrió que aproximadamente un 20% de los individuos con un trastorno alimentario también habían presentado trastorno de ansiedad social en algún momento de sus vidas. Esto correspondió tanto a la anorexia nerviosa como a la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual la persona tiene un temor intenso de aumentar de peso de modo que restringe severamente lo que come, a menudo hasta el punto de casi inanición. La bulimia nerviosa, por su parte, es un trastorno en que la persona ingiere una gran cantidad de alimentos y luego se purga forzándose a vomitar, abusando de laxantes o diuréticos o haciendo ejercicios excesivamente.

Las bases para la conexión entre la ansiedad social y los trastornos alimentarios todavía está siendo estudiada aunque aparentemente la ansiedad se desarrollaría primero. Algunos investigadores han sugerido que la excesiva preocupación de ser juzgado podría originar la consiguiente preocupación enfermiza con el peso corporal.

Las bases para la conexión entre la ansiedad social y los trastornos alimentarios todavía está siendo estudiada.

Causas y factores contribuyentes

Como es el caso con otros trastornos de ansiedad, la ansiedad social parece tener múltiples causas, entre ellas la herencia y el medio ambiente. Los estudios realizados en hermanos mellizos hallaron evidencia sólida vinculando los genes y el trastorno de ansiedad social. No obstante, los genes no pueden, por sí solos, explicar por qué es que las cosas salen mal. Las experiencias de la vida también parecen ser factores contribuyentes importantes.

Tímido por naturaleza

Una forma en que los genes pueden influir sobre la ansiedad social es a través del temperamento innato. Algunos niños parecen ser más vergonzosos y tímidos que sus compañeros desde que nacen. El psicólogo Jerome Kagan y sus colegas se han referido a estos niños como inhibidos conductualmente. A menudo estos niños, cuando son bebés lloran frecuentemente, cuando empiezan a caminar son tímidos y temerosos y, cuando llegan a la edad escolar tienden a mantenerse socialmente al margen. Como recuerda una madre, “Ya desde que mi hija era muy pequeña me di cuenta de que su socialización era un problema. Traté de ayudarla organizando días de juego con familias donde los niños no eran demasiado agresivos, lo que asustaba a mi hija, y donde las madres eran bondadosas y comprensivas”.

No todos estos niños llegan a desarrollar un trastorno de ansiedad social completo pero, como se puede esperar, muchos lo hacen. El riesgo de trastorno de ansiedad social en los adolescentes inhibidos conductualmente en su niñez, es considerablemente mayor que en los adolescentes menos inhibidos previamente. No obstante, muchos niños pequeños tímidos, callados, nunca desarrollan el trastorno de ansiedad social, mientras que algunos de sus compañeros extrovertidos, escandalosos, sí lo hacen. Es evidente que el temperamento no es el único factor importante.

Factores del medio ambiente

La investigación ha demostrado que los acontecimientos causantes de estrés en la vida—por ejemplo, el abuso físico o sexual, no pasar una materia escolar, el abandono de los estudios, dificultades con las autoridades, ser colocado en el sistema de asistencia social para niños o tener padres que están separados o se han divorciado—pueden aumentar el riesgo de padecer el trastorno de ansiedad social. Cuantos más numerosos sean estos factores en la vida de los adolescentes, mayor parece ser el riesgo que corren.

Los padres también representan una influencia importante. Las investigaciones sugieren que los temores sociales pueden aprenderse, al menos en parte, observando a otras personas. Si los padres actúan en forma tímida, temerosa o retraída, sus hijos pueden imitar este comportamiento. Además, algunos padres pueden, sin querer, recompensar el comportamiento temeroso de sus hijos, al llenarlos de atención cuando parecen estar atemorizados. Otros padres pueden contribuir a la ansiedad de sus hijos al protegerlos excesivamente o juzgarlos duramente.

No obstante, vale la pena recordar que las relaciones familiares son calles de dos vías. Los niños que padecen gran ansiedad social tal vez pueden, naturalmente, suscitar más protección de parte de sus padres, lo que alienta a los hijos a volverse aún más tímidos y retraídos, causando un aumento de la protección, y así sucesivamente.

Si los padres actúan en forma tímida, temerosa o retraída, sus hijos pueden imitar este comportamiento.

Muy pronto se establece un círculo vicioso en el que la gente joven nunca tiene oportunidad de aprender a controlar su propia ansiedad. En estos casos, no es que los padres *causaran* la ansiedad sino, más bien, de que ayudaran a perpetuarla a pesar de sus buenas intenciones.

Los compañeros y conocidos también participan en la ecuación. Los adolescentes muy temerosos acerca de hacer contactos sociales tienden a distanciarse de los demás, y a tener pocas amistades. Para los extraños, esta conducta puede parecer rara o distante. El resultado es que los adolescentes ansiosos pueden, en efecto, terminar siendo ridiculizados o rechazados y, una vez que sus peores temores se han confirmado, tal vez se pongan aún más ansiosos. La cosa en sí que quisieron evitar se vuelve una profecía con su propio cumplimiento.

Factores fisiológicos

Como es el caso con todos los trastornos de ansiedad, la ansiedad social también tiene un componente fisiológico. Se cree que el cuerpo amigdaloides cerebral—la estructura pequeña dentro del cerebro que controla las respuestas de temor—desempeñaría un papel fundamental. En los estudios de imágenes cerebrales, los adultos con trastorno de ansiedad social que observaron fotografías de caras o a quienes se pidió que hablaran frente a un público, mostraron mayor actividad en el cuerpo amigdaloides que sus compañeros que no sufrían ansiedad. También presentaron un patrón fuera de lo común de actividad en otras partes del cerebro que forman parte de un sistema especializado para evaluar las señales sociales y decidir si existe alguna amenaza. Los investigadores creen que este sistema puede ser muy activo en las personas con ansiedad social, causando que el cerebro envíe un mensaje de “¡Alarma!” hasta cuando las situaciones de que se trata son inofensivas.

Los medicamentos para el trastorno de la ansiedad social cambian la forma en que el cerebro trabaja, al afectar las concentraciones de los neurotransmisores claves, es decir, los mensajeros químicos dentro del cerebro. Pero lo que muchas personas no comprenden es que el aprendizaje, por ejemplo, el que ocurre durante la terapia, afecta también al cerebro.

Un estudio interesante, realizado en la Universidad de Uppsala, en Suecia, examinó las respuestas de personas adultas con trastorno de ansiedad social, que fueron tratadas con medicamentos o con terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés). Después de nueve semanas, ambos grupos tratados mostraron mejorías aproximadamente iguales, mientras que un tercer grupo, que sólo se había incluido en una lista de espera, no había mejorado. En las exploraciones cerebrales, ambos grupos tratados mostraron también reducciones similares en la actividad cerebral durante discursos al público. Las reducciones se observaron en el cuerpo amigdaloides, el hipocampo (parte del cerebro implicado en la emoción, el aprendizaje y la memoria) y varias áreas vecinas. Como ese estudio lo demostró claramente, tanto los medicamentos como la terapia pueden atacar las raíces fisiológicas de la ansiedad social.

Diagnóstico y tratamiento

Comprender el origen de la ansiedad social es una cosa; poder funcionar en la vida diaria cuando se la sufre es otra muy distinta. Como padre, la observación de la lucha de su adolescente con sus temores e inseguridades puede ser una experiencia desgarradora. El conocimiento de cuándo y dónde buscar ayuda puede representar una gran diferencia, no sólo para el bienestar de su adolescente, sino para la propia paz mental suya.

Cómo obtener un diagnóstico

El primer paso consiste en conocer con qué se enfrenta realmente. Algunos pediatras están lo suficientemente familiarizados con el trastorno de ansiedad social como para reconocerlo cuando lo ven, pero otros no lo están. Si usted cree que su adolescente puede estar sufriendo un trastorno de ansiedad, pida a su médico que le refiera a un profesional de salud mental. Lo ideal sería que esta persona se especializara en trastornos de ansiedad y que tuviese una experiencia sustancial con la gente joven. Otras fuentes posibles para obtener referencias incluirían maestros, organizaciones religiosas y grupos de apoyo, como la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Association of America).

Como padre, la observación de la lucha de su adolescente con sus temores e inseguridades puede ser una experiencia desgarradora.

Para llegar a un diagnóstico, el profesional de salud mental hablará con usted y su adolescente y observará el comportamiento de este último. Nadie conoce mejor a su hijo que usted, de modo que él le pedirá que informe acerca de los antecedentes de su adolescente y sobre los síntomas actuales. Como la adolescencia es una época de cambio rápido, que lleva consigo una corriente continua de nuevos desafíos, no siempre es fácil identificar la diferencia entre los baches normales en el camino del desarrollo y los desvíos más graves. Para clasificar la diferencia, el profesional buscará síntomas que satisfagan los criterios del trastorno de ansiedad social y que causen una angustia sustancial o trastornen la vida del adolescente.

El profesional buscará también señales de que el adolescente tiene problemas para recobrase de los acontecimientos de estrés y tensión de todos los días. No hay nada que sea inusual acerca de un adolescente a quien el corazón le galopa y las palmas de las manos se le humedecen cuando se encuentran cerca de una persona atractiva. Lo que es más raro—y tal vez sea una señal de trastorno de ansiedad social—es si el adolescente se preocupa acerca del incidente por varios días después de que haya ocurrido o si se preocupa tanto de que vaya a ocurrir nuevamente que comienza a evitar ir a las clases.

Si usted cree que su adolescente puede presentar un trastorno de ansiedad social, ahora es el momento de buscar ayuda. Los estudios indican que una gran mayoría de las personas que reciben tratamiento para el trastorno se sienten mejor después de hacerlo y dicen que son capaces de controlar su ansiedad social. Las opciones terapéuticas principales son CBT, medicamentos o una combinación de los dos.

Terapia conductual cognitiva

La terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés) es la forma principal de terapia para el trastorno de ansiedad social. Este tipo de tratamiento ayuda a la gente a reconocer y cambiar las formas de pensar contraproducentes, así como a cambiar los comportamientos de mala adaptación.

Tres estudios clínicos aleatorios, controlados—la norma clásica en la investigación clínica—han demostrado que la CBT es un tratamiento eficaz para la ansiedad social en los adolescentes.

Para comprender el papel que los pensamientos y la conducta desempeñan en el trastorno de ansiedad social, considere este ejemplo: Digamos que una adolescente está convencida de que otra persona pensará que todo lo que ella diga va a ser estúpido o aburridor. Cuando se le pide que exponga en la clase, aunque conozca bien el material, el primer pensamiento que aparece automáticamente en su mente es “Oh, no. Voy a quedar mal”. Esto inicia una reacción en cadena de otros pensamientos, tales como “Van a pensar que soy una idiota” y “Todos van a reírse de mí”. Tales ideas irracionalmente negativas conducen a un aumento en la atención hacia sí misma lo que, a su vez, puede conducir a un comportamiento tal como, por ejemplo, olvidarse de la respuesta, o expresarla en forma incoherente. En conjunto, los pensamientos y el comportamiento conspiran para asegurar que los temores iniciales de esta adolescente se conviertan en realidad.

A la noche en su casa, la adolescente puede volver a examinar la escena mentalmente cien veces, y cada vez se castigará más a sí misma por su “estupidez”. A la mañana siguiente se siente descompuesta al sólo pensar en ir a la clase. Su ansiedad está dando vueltas fuera de control, garantizando que estará aún más nerviosa y menos capaz de responder en forma apropiada, la próxima vez que se le pida que exponga algún punto.

La CBT trata de romper esta cadena de pensamientos y conductas. La parte cognitiva del tratamiento comienza pidiendo que la persona tome nota de sus pensamientos y grados de ansiedad en varias situaciones. Más tarde, el terapeuta y el paciente examinan los pensamientos y evalúan si son o no son realistas, considerando los hechos de la situación. El paciente puede ser desafiado a poner a prueba sus creencias o examinar si el peor resultado considerado realmente alcanzaría ese grado de desastre.

A la noche en su casa, la adolescente puede volver a examinar la escena mentalmente cien veces, y cada vez se castigará más a sí misma por su “estupidez”.

Finalmente, el terapeuta y el paciente colaboran para reemplazar las ideas no realistas con otras más realistas.

La CBT también puede incluir enseñar al paciente las habilidades específicas que puedan ayudarlo a reducir el estrés y dar a la persona una sensación de mayor control en situaciones difíciles. Por ejemplo, el paciente puede aprender las técnicas de respirar profundamente para relajar el cuerpo y revertir algunos de los cambios fisiológicos causados por el estrés. O bien, se puede enseñar al paciente una habilidad social específica, tal como la forma de mantener el contacto ocular o participar en una conversación.

Terapia por exposición

Una forma particular de CBT que ha demostrado ser especialmente útil para el tratamiento de la ansiedad es la terapia por exposición, en que la persona se expone sistemáticamente a las situaciones que le causan terror. La premisa primaria es que la mejor manera de vencer un temor es enfrentándolo cara a cara. Este tipo de terapia parece ser especialmente valioso en el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

La terapia por exposición puede tomar varias formas. Se puede pedir a los pacientes que se imaginen en ciertas situaciones sociales, o que desempeñen un papel en estos escenarios durante el tratamiento. Además, también se les puede dar tareas para el hogar, en las que se les pide que se pongan en situaciones sociales de la vida real que les causan ansiedad. Más bien que zambullirse en una situación súbitamente, sin embargo, el paciente es introducido a la misma gradualmente. La idea es comenzar con tareas que impliquen poco riesgo de rechazo o desaprobación. Los pacientes pasan entonces gradualmente a tareas más importantes, pero sólo después de haber apuntalado la confianza en sí mismos necesaria para hacer frente a cualquier rechazo o desaprobación con que pudieran encontrarse. A medida que las experiencias sociales positivas se suman, el temor y la ansiedad comienzan a reducirse.

La terapia para el trastorno de ansiedad social puede llevarse a cabo con el paciente frente a frente con el terapeuta conductual cognitivo, o dentro de un pequeño grupo de pacientes que es dirigido por un terapeuta y formado por personas con problemas de ansiedad similares. La terapia de grupo da a los adolescentes una oportunidad para poner a prueba sus nuevas habilidades sociales en un ambiente inofensivo, antes de aventurarse a situaciones de mayor riesgo. Los miembros del grupo también se benefician al observar la forma en que otros resuelven sus problemas.

¡1-2-3-Contacto!

Cuando se trata de ayudar a su adolescente a hacer contactos sociales, el asunto es hacerlo paso a paso. Suzanne dice que un terapeuta conductual cognitivo ayudó a su hija a encontrar un plan para hacer amistades, como parte de su terapia por exposición. “Primero, Katie llamó a una compañera para preguntar acerca de la tarea escolar en la casa”, dice Suzanne. “Después llamó a una compañera y habló por unos pocos minutos. Finalmente, hizo planes sociales organizados, limitados, tales como ir a ver una película.” En ese momento, el “pasar el rato” sin otros planes todavía causaba mucha ansiedad en Katie. Pero ella ha sido ayudada mucho en cuanto a reducir sus temores y aumentar la confianza en sí misma al seguir un plan gradual.

Terapia por medicamentos

Varios medicamentos han demostrado ser útiles en casos de personas con trastorno de ansiedad social. En los estudios, aproximadamente el 70% de los adultos que toman medicamentos para el trastorno de ansiedad social mejoran, en comparación con sólo un 30% de los que reciben un placebo (píldora de azúcar). Sin embargo, han sido pocos los estudios que examinaron la terapia por medicamentos en niños o adolescentes con el trastorno, y hay una gran necesidad de investigar esta área que tanto lo necesita. No obstante, los médicos prescriben medicamentos para los jóvenes basándose en la experiencia clínica y los resultados de estudios realizados en adultos. Los medicamentos generalmente entran en una de tres clases: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés), inhibidores de la recaptación de serotonina–norepinefrina (SNRI, por sus siglas en inglés) y benzodiazepinas.

No obstante, los médicos prescriben medicamentos para los jóvenes basándose en la experiencia clínica y los resultados de estudios realizados en adultos.

- **SSRI**—Estos medicamentos se clasifican como antidepresivos, pero también se usan ampliamente para tratar los trastornos de ansiedad. Ejercen su acción aumentando la cantidad disponible de serotonina, un neurotransmisor cerebral clave. Los SSRI incluyen citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft). Un estudio realizado con fluvoxamina en personas jóvenes, de 6 a 17 años de edad, encontró que era un tratamiento eficaz para el trastorno de ansiedad social. En los adultos, los estudios demostraron los beneficios de fluvoxamina, paroxetina y sertralina para pacientes con ansiedad social generalizada. Los efectos completos de los SSRI pueden necesitar unas pocas semanas antes de poder percibirse. Los efectos secundarios posibles incluyen náuseas, dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, inquietud y problemas sexuales. En el año 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) también publicó una advertencia acerca de un riesgo pequeño, pero significativo, de aumento de las ideas y los comportamientos suicidas en niños y adolescentes que estaban tomando agentes antidepresivos. Para obtener más información sobre esta advertencia, consulte el Capítulo 7.
- **SNRI**—Dos agentes antidepresivos más nuevos—duloxetina (Cymbalta) y venlafaxina (Effexor)—ejercen su acción sobre la serotonina en forma muy similar a los SSRI, pero también afectan a otro neurotransmisor llamado norepinefrina. Estos medicamentos se prescriben, a veces, para el tratamiento de la ansiedad así como de la depresión. La investigación en adultos ha demostrado que la venlafaxina es eficaz para el tratamiento de la ansiedad social generalizada. Pero los beneficios completos de estos fármacos pueden necesitar unas pocas semanas hasta percibirse. Los efectos secundarios son similares a los de los SSRI, y la advertencia de la FDA acerca del riesgo de ideas y comportamientos suicidas también se aplica a ellos.

- Benzodiacepinas—Se cree que estos medicamentos contra la ansiedad elevarían las concentraciones del ácido gamma-aminobutírico, otro neurotransmisor más que parece desempeñar un papel en la ansiedad. Las benzodiacepinas incluyen alprazolam (Xanax), clordiacepóxido (Librium), clonazepam (Klonopin), clorazepato (Tranxene), diazepam (Valium), lorazepam (Ativan) y oxazepam (Serax). Una ventaja de estos agentes es que son de acción rápida. Algunas personas que los toman se sienten mejor desde el primer día. Los posibles efectos secundarios incluyen somnolencia, falta de coordinación, fatiga, confusión o lentitud mental. Si su adolescente tiene edad suficiente para guiar vehículos, tal vez se le aconseje que no lo haga mientras toma uno de estos medicamentos; si tiene un problema de abuso de sustancias, tenga en cuenta que la combinación de estos medicamentos con el alcohol puede causar complicaciones graves o hasta potencialmente mortales. Además, las benzodiacepinas también pueden ser abusadas, de modo que su uso debe ser supervisado estrechamente. Para obtener más información sobre los efectos secundarios de los fármacos contra la ansiedad, consulte el Capítulo 7.

Entre todos estos medicamentos, solo paroxetina (Paxil), sertralina (Zoloft) y venlafaxina (Effexor) han sido aprobadas por la FDA específicamente para el tratamiento del trastorno de ansiedad social, y los tres agentes han sido aprobados solamente para usar en pacientes adultos. No obstante, una vez que un medicamento cuenta con la aprobación de la FDA para cualquier indicación, se permite que los médicos lo prescriban para otros fines y grupos de edades diferentes, basándose en el juicio clínico del médico. El uso de medicamentos para tratar el trastorno de ansiedad social en los adolescentes se está volviendo paulatinamente más común.

*El uso de medicamentos
para tratar el trastorno de
ansiedad social en los
adolescentes se está
volviendo paulatinamente
más común.*

Receta para la ansiedad de ejecución

La ansiedad de ejecución es una forma limitada de ansiedad social, en la cual el temor excesivo se relaciona con la ejecución de una tarea específica frente a otras personas. Los ejemplos incluyen el miedo a salir a escena en el teatro, o la ansiedad antes de un examen. Algunas veces se usan bloqueadores beta—medicamentos tales como propranolol (Inderal) que normalmente se prescriben para el tratamiento de la presión arterial alta o de problemas cardíacos—para el tratamiento de la ansiedad de ejecución. Estos agentes reducen la frecuencia cardíaca y el sudor y los temblores. Al reducir los signos fisiológicos de temor, pueden ayudar a una persona a sentirse menos ansiosa o con pánico, por el tiempo suficiente para concluir su actuación o examen importante. Sin embargo, los bloqueadores beta no parecen ser útiles para tratar la ansiedad social más generalizada.

El tratamiento mejor

¿Cuál es el mejor enfoque terapéutico para *su* adolescente? La respuesta varía dependiendo de numerosos factores, entre ellos, la naturaleza y gravedad de los síntomas de su adolescente, la presencia de otros problemas y el estilo de vida y las preferencias de su adolescente. En general, la CBT con terapia por exposición tiene algunas ventajas sobre los medicamentos. Se ha probado más en los adolescentes y no se asocia con el mismo riesgo de efectos secundarios. Los estudios realizados en adultos sugieren que al menos la mitad de las personas con trastorno de ansiedad social mejora con el tratamiento, y que la mejoría es, a veces, bastante drástica. Además, la persona aprende ciertas habilidades en la CBT que puede aplicar durante el resto de su vida.

Por otra parte, la terapia por exposición puede considerarse como la parte más importante de la CBT para el trastorno de ansiedad social, y los terapeutas con experiencia y capacitación en la terapia por exposición son difíciles de encontrar en muchas partes del país. La terapia por exposición necesita también que su adolescente esté dispuesto a desempeñar un papel activo en el tratamiento. Durante el curso de la terapia, su adolescente necesitará enfrentarse con situaciones aterradoras y soportar un aumento de corta duración en el temor y la ansiedad para poder lograr sus objetivos a largo plazo. Algunos adolescentes no están listos para comprometerse a esto.

En el caso de los adolescentes que no están dispuestos o no pueden participar en la terapia, o cuando la terapia conductual cognitiva no da resultados, los medicamentos ofrecen otra opción valiosa. Para los que no logran un alivio adecuado, bien sea con la terapia o con medicamentos por sí solos, puede probarse una combinación de ambos. De hecho, algunos profesionales terapéuticos recomiendan la terapia combinada desde el principio, asumiendo que ambos tratamientos juntos son más potentes que cualquiera de ellos por sí solo. Aunque esto parece lógico, ningún estudio ha examinado si la terapia combinada realmente da resultados superiores en la gente joven con ansiedad social.

Cuando se estén considerando opciones terapéuticas, asegúrese de que tanto usted como su adolescente entienden los beneficios y los riesgos de cada una, y lo que se esperará de parte suya. Si tiene preguntas o inquietudes, no vacile en ventilarlas. Un buen terapeuta o médico debe agradecer la oportunidad del diálogo. “La terapeuta de mi hijo es magnífica”, dice una madre. “Explicó exactamente qué es lo que iba a hacer para la ansiedad social. Explicó lo que era el problema, cuál sería el resultado si no hacíamos nada, cuál era el camino del tratamiento y cuánto tiempo podría esperarse que tomara.”

Apoyo de su adolescente en su casa

Encontrar ayuda profesional para su adolescente es un paso importante, pero el papel suyo no termina allí. Usted puede hacer una diferencia tremenda en la vida de su adolescente debido a todas las cosas que hace diariamente para demostrarle su cariño y apoyo. Aunque usted no es responsable de la ansiedad de su adolescente, *puede* influir positivamente sobre ella.

Tres trampas que se deben evitar

Hasta los padres con las mejores intenciones a veces empeoran la ansiedad de sus hijos sin darse cuenta. A continuación se mencionan tres errores comunes que los padres con buenas intenciones cometen frecuentemente:

- Ser un modelo ansioso para el hijo. Si usted padece ansiedad social, tal vez crea que no tiene importancia. Después de todo, tal vez piense, usted no tiene que estar seguro de sí mismo para poder alentar a su adolescente a estarlo. Pero su adolescente tal vez haga lo que usted hace, en vez de lo que usted dice. Si su propia ansiedad social no está controlada, probablemente evitará las situaciones sociales, tendrá dificultades para conocer nuevas personas o se sentirá incómodo tratando de mantener una conversación. Su adolescente tal vez esté desarrollando algunos de estos comportamientos a partir de usted, por imitación. Afortunadamente, usted puede dar vuelta al revés a esta situación, buscando ayuda para su propia ansiedad. De ese modo, estará sirviendo como modelo no sólo de las estrategias para enfrentarse mejor con la realidad, sino también de las habilidades sociales necesarias para tomar las riendas de su vida y realizar cambios positivos.
- Reaccionar críticamente ante los temores de su adolescente. Tal vez usted normalmente sea una persona comprensiva, pero la ansiedad social de su adolescente parece darle cuerda. Quiere sentir compasión pero, en vez de ello, termina enojado o disgustado. Una posibilidad es que la ansiedad de su adolescente puede representar un recuerdo incómodo de una parte de su vida que usted prefiere negar que haya pasado. Si ese es el caso, el encontrar las formas de aumentar su propia confianza social puede ayudarle no sólo a sentirse más feliz consigo mismo, sino también a aceptar mejor a su adolescente. Si no está seguro de dónde empezar, un terapeuta o asesor puede ser capaz de ponerlo en la dirección correcta.
- Volverse excesivamente protector. Tal vez usted vaya al otro extremo. Salte a “rescatar” a su adolescente al menor indicio de ansiedad o angustia. Su intención consiste en proteger a su adolescente, pero lo que realmente está haciendo es quitándole las oportunidades de enfrentarse con sus propios temores. Recuerde que el hacer frente a los temores es una parte vital de vencerlos. Retírese un par de pasos y permita que su adolescente tome algunos riesgos sociales. Esto no quiere decir que a usted no le importe. Al contrario, está dándole la oportunidad de que crezca y aprenda.

Recuerde que el hacer frente a los temores es una parte vital de vencerlos.

Estrategias de ayuda propia

Cuando se deba enfrentar con situaciones sociales, dé un buen ejemplo usando las siguientes estrategias para ayudarse a sí mismo y después aliente a su adolescente a que también las pruebe.

- Expóngase a nuevas situaciones sociales. Por ejemplo, inscríbese para tomar parte en una actividad divertida u ofréczcase como voluntario para trabajar por una causa que sea importante para usted.
- Prepare por adelantado algunas frases para iniciar la conversación. Por ejemplo, puede leer el periódico para encontrar algunas historias interesantes sobre las que querría hablar.
- Pregunte a otros acerca de sus pasatiempos y actividades. Esto comunica su interés y a la vez, le da un tópico de conversación listo para usar.
- Invite a comer a algunos de sus vecinos. Esto le da una oportunidad extensa para actuar socialmente y proporciona un modelo de conversación para sus hijos.

Otras cosas para aumentar su confianza

Cuando su adolescente se enfrente con un nuevo desafío social, dígame lo mucho que usted admira el esfuerzo que está haciendo. Como dice Sondra, “Cuando mi hija hace algo, como salir con sus amigas, yo trato de reforzar ese paso mostrándome positiva y orgullosa de ella y le digo cosas como ‘¿No estás contenta por haber hecho eso? Fue divertido ¿no es verdad?’” En la mente de su adolescente, los fracasos sociales pueden aumentar fuera de toda proporción, mientras que los éxitos son fácilmente ignorados. Al señalar los aspectos positivos, usted puede ayudar a su adolescente a desarrollar una imagen más fiel de sí mismo.

Los adolescentes con trastorno de ansiedad social tienden no sólo a subestimar sus propias habilidades sociales, sino también a exagerar la facilidad social de todos los demás.

Ayude también a su adolescente a desarrollar un punto de vista más empático de los demás. Por ejemplo, si una familia con una hija adolescente se muda al vecindario, tal vez pueda decir, “Apuesto a que se estará sintiendo algo perdida y fuera de lugar. Tal vez tú puedas presentarte a ella mientras esperan el ómnibus escolar. Probablemente ella se sentirá mucho mejor al conocer el nombre de al menos una persona”.

Aliente a su adolescente a hablar por sí mismo, por ejemplo, cuando haga pedidos en un restaurante o cuando necesite instrucciones para llegar a un lugar. Si salió de compras para conseguir un nuevo par de zapatillas de tenis, deje que su adolescente pida ayuda al vendedor. Si tiene dificultades con el sistema de juegos de vídeo, pida a su adolescente que llame a la línea de apoyo a clientes. Una buena manera de practicar una charla con los compañeros de clase es hablando acerca de una tarea asignada. Una madre dice que la tarea asignada a su adolescente por el terapeuta conductual cognitivo, consistió en llamar a tres personas y preguntarles cuál era la tarea asignada para la casa, sea que su hija necesite o no esta información.

Ayude a su adolescente a buscar metas mayores gradualmente, comenzando con las tareas que necesiten menos esfuerzo y luego aumentando lentamente el grado de dificultad. Por ejemplo, digamos que la meta final de su adolescente es hacer una presentación durante una clase de historia. Él o ella podría, en primer lugar, hablar con unos pocos estudiantes fuera del aula, después haría unos pocos comentarios en la clase y luego participaría en la presencia de un proyecto del grupo. En este momento, su adolescente estará mejor preparado para enfrentarse con el proyecto de hacer un discurso por su propia cuenta.

Colaboración con el maestro de su adolescente

No es un accidente que la mayoría de los ejemplos presentados en este capítulo se refieren a situaciones escolares. La escuela es donde ocurren muchas de las interacciones sociales más importantes de su adolescente.

Por consiguiente, también es probablemente el foco de gran parte de la ansiedad del adolescente. La ansiedad social puede afectar todas las cosas, desde hablar en clase y tomar exámenes hasta almorzar en la cafetería y participar en actividades extracurriculares. Cuanto más pueda usted ayudar a su adolescente a resolver la ansiedad escolar, tanto mejor podrá el adolescente hacerlo en todas estas situaciones.

Obtenga aliados entre los maestros de su adolescente, el consejero o psicólogo y otro personal clave de la escuela. Con su colaboración, usted puede crear un plan de acción que satisfaga específicamente las necesidades de su adolescente. Por ejemplo, si su hijo tiene temor a hablar en la clase, usted o el maestro puede:

- Explicar que el hablar en público se vuelve más fácil con la práctica.
- Buscar formas de lograr que todos participen en las actividades de grupo.
- Alentar discretamente al estudiante a participar en las discusiones en la clase.
- Elogiar al estudiante por hablar, pero hacerlo en privado de modo que no se le abochorne por ponerlo al centro de la atención.
- Evitar castigar o avergonzar al estudiante por no hablar.
- Incluir una capacitación formal para hablar en público, como parte del currículo de la clase. Esto es beneficioso para todos y permite que los que padecen ansiedad social vean que muchos de sus compañeros también encuentran abrumador el hablar en público.

Obtenga aliados entre los maestros de su adolescente, el consejero o psicólogo y otro personal clave de la escuela.

Cómo hacer frente al rechazo de la escuela

En algunos casos, los estudiantes con trastorno de ansiedad social pueden resistirse a ir a una clase en particular o negarse completamente a ir a la escuela. Éste es un problema serio, que necesita ser examinado inmediatamente, antes de que su adolescente quede demasiado atrás en su trabajo escolar.

Resolución de la ansiedad por exámenes

La ansiedad por exámenes puede tener causas diferentes, pero a menudo surge debido a la ansiedad por ejecución cuando hay que tomar un examen en la clase o ser juzgado por el maestro. Si su adolescente exhibe ansiedad severa por exámenes, hable con el maestro acerca de la posibilidad de hacer algún ajuste. Explique que estas estrategias no tienen por objeto conferir una ventaja especial a su adolescente. Lo que hacen es ayudar a que el adolescente se desempeñe hasta el límite de sus habilidades. Este éxito, a su vez, ayuda al adolescente a lograr gradualmente la confianza en sí mismo necesaria para tener éxito en situaciones de pruebas más exigentes. Los posibles ajustes incluyen:

- Permitir que el estudiante tome el examen en privado
- Darle más tiempo para reducir la presión
- Enfocarse en las respuestas correctas más bien que en los errores
- Realizar evaluaciones sin clasificaciones
- Aceptar portafolios en vez de exámenes
- Enseñar habilidades para estudiar y estrategias para tomar exámenes

Trate de descubrir la causa básica. En algunos casos, su adolescente puede tener una inquietud muy razonable, tal como la ansiedad causada por un bravucón que le está acosando entre una clase y otra. En otros casos, la inquietud central puede ser más general, tal como una ansiedad de aparecer tonto o de no calzar en el ambiente. Si su adolescente tiene dificultades en hablar francamente con usted, sugiera que hable con un maestro a quien le tenga confianza, o con el consejero o psicólogo de la escuela.

Las inquietudes comunes, que pueden contribuir al rechazo de la escuela en los estudiantes de educación intermedia o secundaria incluyen el temor de:

- Ser llamado en la clase
- Almorzar en la cafetería
- Usar los baños escolares
- Cambiarse de ropa para la gimnasia
- Viajar en el ómnibus escolar
- Ser acosado por los bravucones

Una vez que ha identificado el problema, puede empezar a buscarle soluciones. Una “solución” que se debe evitar, sin embargo, es permitir que su adolescente falte a clase, no importa cuánto quisiera él o ella hacerlo. La inasistencia sólo aumenta la ansiedad escolar y la resistencia al cambio. En vez de ello, busque maneras de reducir la ansiedad en la situación causante del problema. Si no ve progreso pronto, considere buscar ayuda profesional. Un terapeuta conductual cognitivo puede ayudar a su adolescente a preparar un plan sistemático para enfrentar y sobreponerse a temores escolares específicos.

La inasistencia sólo aumenta la ansiedad escolar y la resistencia al cambio.

Historia con éxito de Kim

La historia de Kim da una idea de los resultados que pueden obtener un padre participante y los maestros interesados. “Kim realmente tuvo dificultades con la ansiedad social durante su primer año de escuela secundaria, aunque va a una escuela muy pequeña con sólo 45 estudiantes”, dice su madre, Mary. Como resultado de ello, sus calificaciones bajaron. Durante el último año, sin embargo, una combinación de medicamentos y apoyo familiar la ayudó a obtener un control mejor sobre sus temores. En el décimo grado, Kim ha florecido socialmente, lo que se tradujo en un rendimiento académico mejor. Mary dice, “Ahora habla regularmente en la clase y hasta pidió leer en inglés en voz alta. Sus calificaciones mejoraron a la par que su autoestima. Han subido un promedio del 25%.”

Mary colaboró estrechamente con los maestros de Kim en la pequeña escuela privada, para ayudarla a lograr esas mejoras. “Discretamente, pedí a los maestros que la aparearan con otros estudiantes callados, y gradualmente pasar a los más bulliciosos”, dice Mary. “Y pedí que su armario estuviese situado entre dos estudiantes de buen carácter.” Mientras tanto, los maestros trataron conscientemente de llamar regularmente a Kim en la clase y recompensarla cuando hablaba. “Mi consejo a los padres es que no deben perder de vista que ellos son los clientes y defensores”, dice Mary. “Ellos conocen a sus hijos mejor que nadie. Es obligación suya defender los derechos de sus hijos para participar en la sociedad y ayudarles a alcanzar sus objetivos.”

Un vistazo al futuro

No hace mucho tiempo, el trastorno de ansiedad social se consideraba como un problema de poca importancia, que los jóvenes simplemente dejarían atrás al crecer. Sin embargo, en años recientes, nos hemos dado cuenta de que la ansiedad social grave puede tener implicaciones serias para el éxito académico y posteriormente en el ambiente de trabajo. Puede trastornar las relaciones y causar una cantidad tremenda de temor y preocupación. Además, puede drenar gran parte de la alegría de vivir. Como dice un padre, “Era muy triste y frustrante ver cómo esos años desaparecían uno tras otro sin gran parte de la alegría que podría haber existido si ella hubiese recibido ayuda más pronto.”

El tratamiento correcto, asociado con el apoyo de una familia y amigos cariñosos, puede mejorar enormemente la calidad de la vida de un adolescente. Puede abrir las puertas que la ansiedad social mantuviera cerradas, desde hacer nuevas amistades a tratar de ganar entrada en un equipo de deportes o a solicitar el ingreso en una universidad fuera del estado. Hasta con los

Los síntomas del trastorno de ansiedad social pueden volver a aumentar si ocurre una nueva fuente de estrés.

mejores resultados, sin embargo, los síntomas del trastorno de ansiedad social pueden volver a aumentar si ocurre una nueva fuente de estrés. Por ejemplo, un estudiante de escuela intermedia, que parece haber conquistado su ansiedad social, puede ser atacado con una nueva clase de ansiedad e inseguridad al comenzar la escuela secundaria. Pero esta vez, el adolescente estará preparado. Sabrá qué debe hacer y a quién recurrir para pedir ayuda en caso de que surja la necesidad.

Lamentablemente, muchas personas con el trastorno de ansiedad social creen que no tienen más remedio que sufrir en silencio. Usted sabe que no es así, y esa es una parte crítica del conocimiento que debe transmitir a su hijo.

Trastorno de ansiedad generalizada: Preocupado por todo

¿De qué tienen que preocuparse los adolescentes? No tienen empleos a tiempo completo, no tienen hipotecas ni cuentas a pagar y, por cierto, no tienen la responsabilidad de criar a un adolescente. No obstante, parece que los adolescentes, como los adultos, tienen una cantidad de cosas que les preocupan—desde las calificaciones escolares y las espinillas en la cara, a las pandillas de bravucones y las drogas, y hasta la guerra y el terrorismo.

De hecho, los adolescentes actualmente enfrentan tantas causas de estrés y presiones en su vida, que un cierto grado de preocupación de vez en cuando es perfectamente normal y realista. Es sólo cuando la preocupación tiene aprisionada la mente del adolescente y no la deja escapar que puede haber un problema grave. La característica distintiva del trastorno de ansiedad generalizada GAD, (por sus siglas en inglés) es la preocupación y tensión exageradas que no tienen una base real, o que son desproporcionadas para la situación de que se trata. Los adolescentes con GAD siempre esperan que ocurra lo peor. Se preocupan acerca de toda clase de cosas—las tareas escolares, su aspecto personal, el dinero, los amigos, la salud, el futuro y su rendimiento en una amplia variedad de situaciones, para mencionar algunas de las preocupaciones más comunes. Este estado de preocupación constante, que no amaina, puede durar meses o hasta años. Después de un tiempo, puede empezar a afectar adversamente la salud mental y física del adolescente.

La característica distintiva del trastorno de ansiedad generalizada (GAD) es la preocupación y tensión exageradas que no tienen una base real, o que son desproporcionadas para la situación de que se trata.

Aunque es tentador llegar a la conclusión de que el adolescente sólo tiene una personalidad propensa a la preocupación, hay otras cosas más que intervienen. El GAD, como es el caso de otros trastornos de ansiedad, es una enfermedad con vínculos biológicos que, si no se trata, puede causar problemas y sufrimiento considerables. Esta realidad fue destacada en una encuesta realizada en el año 2004 por la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Association of America). En esta encuesta participaron más de 1,000 adultos de todos los Estados Unidos, aproximadamente la mitad de los cuales padecían de GAD. La mayoría de los que sufrían de GAD indicaron que su enfermedad ejercía un impacto importante sobre sus relaciones con sus seres queridos, amigos, hijos y compañeros de trabajo. La mayoría manifestó también que el GAD ponía obstáculos a su capacidad para desempeñar sus actividades de todos los días.

Su adolescente tiene una gran ventaja sobre estos adultos: un padre que vigila la situación y que está ansioso por ayudar. Si se necesita tratamiento, el obtenerlo al principio puede ahorrar al adolescente innumerables horas de preocupación. También puede mejorar las perspectivas para el futuro, ayudando al adolescente a estar más al tanto de la ansiedad y dándole herramientas para controlarla más eficazmente.

Una historia familiar

Kevin es un buen ejemplo. La ansiedad parece ser común en su familia. Sus dos hermanos fueron diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés) y su madre, Brenda, tuvo un ataque de agorafobia a la edad de 21 años. Además, Kevin siempre pareció presentar un poco más de ansiedad que sus amigos. Sin embargo, estos indicios no se transformaron en un problema grande hasta que cumplió los 15 años, cuando comenzó a preocuparse constantemente acerca de su salud. Brenda dice, “Siempre se estaba verificando los latidos para asegurarse de que todo andaba bien”.

Kevin tenía también muchas otras preocupaciones. De hecho, parecía vivir en un estado constante de ansiedad general. “Iba y venía”, dice Brenda. “Los cambios en su medio ambiente exacerbaban sus síntomas.” Un cambio tan ínfimo como el volver a la escuela después de las vacaciones de invierno era suficiente para iniciar la espiral adversa de la preocupación.

Sin embargo, finalmente Kevin pudo aprender a reconocer mejor cuando la preocupación se volvía descontrolada. Esto le dio una oportunidad para usar los métodos para controlar la ansiedad que había aprendido de su madre, que era una psicoterapeuta, y su hermana que ya estaba siendo tratada por OCD. “En vez de añadir más temor encima de la ansiedad, aprendió más o menos a aceptarla, después de lo cual desaparecía”, dice Brenda. Kevin tomaba además medicamentos y su madre dice que esto también “representó una diferencia inmensa”.

Actualmente, Kevin, a los 22 años, está estudiando periodismo en una universidad importante. Ahora que es un adulto joven “controla mucho mejor su ansiedad”, dice Brenda. “Eso no quiere decir que no sufra a veces. La ansiedad todavía viene y va, pero él no se preocupa. En realidad, yo ya no oigo mucho sobre el tema.”

El Señor Angustias máximo

Brenda estaba especialmente sensibilizada con respecto a la ansiedad de su hijo debido a su propia experiencia personal y su capacitación profesional. Pero para los que no conocen mucho de los trastornos de ansiedad, el GAD puede ser engañoso. Es fácil descontar por lo que están pasando los que presentan este trastorno. Después de todo, todo el mundo se preocupa de vez en cuando, y los que padecen de GAD pueden no aparecer muy diferentes, vistos desde afuera. Por dentro, sin embargo, las personas con el GAD pueden ser atormentadas por la preocupación constante hasta el punto en que se sienten siempre con el ánimo por el suelo.

Sus mentes pueden estar tan preocupadas con los escenarios de lo peor que puede pasar, que tienen dificultades en concentrarse en algo distinto. Sus cuerpos pueden estar tan agobiados por la tensión sin tregua que se les hace casi imposible relajarse o pasar una noche de sueño reparador.

Los adolescentes con GAD tal vez se den cuenta de que se preocupan constantemente, pero se sienten incapaces de controlar los pensamientos angustiantes. Pueden preocuparse sobre las cosas importantes, sobre las cosas sin importancia o sobre nada en particular. Naturalmente, las personas con otros trastornos de ansiedad tienden a preocuparse mucho también, pero el foco de su ansiedad es más estable y más específico. Con el GAD, el foco cambia. Es una preocupación incesante que mantiene siempre el mismo grado.

El GAD afecta tanto al cuerpo como a la mente. La gente joven con el trastorno puede sufrir frecuentes dolores musculares o trastornos del estómago sin que se les pueda encontrar una causa médica. Marilyn dice que la primera cosa que le hizo notar la ansiedad de su hija fue la diferencia en la forma en que respiraba. “Empezó a tomar una cantidad de respiraciones profundas, y yo lo notaba más cuando ella estaba nerviosa”, dice Marilyn. “Después empezó a tener un tic facial y, cuanto más nerviosa estaba, peor se ponía el tic también.” Cuando el pediatra no pudo encontrar una explicación para los problemas, Marilyn llevó a su hija a un psiquiatra infantil, que le diagnosticó el GAD.

Estos adolescentes también pueden ser perfeccionistas que llegan a tiempo, siguen un presupuesto para su mensualidad y repiten las tareas escolares hasta que todo está completamente a su satisfacción.

El adulto pequeño

Algunos jóvenes con GAD parecen ser mayores que lo que indiquen sus años, porque están tan preocupados con programar su tiempo, sus finanzas y su salud, preocupaciones que son más típicas de las personas de la edad de sus padres. Estos adolescentes también pueden ser perfeccionistas que llegan a tiempo, siguen un presupuesto para su mensualidad y repiten las tareas escolares hasta que todo está completamente a su satisfacción.

Causas de preocupación

Los adolescentes con el GAD y otros trastornos de ansiedad tienen todo un mundo como objeto de preocupación. Ésta es una pequeña muestra de las preocupaciones que los padres entrevistados para este libro comunicaron haber compartido con sus hijos. Algunas de las preocupaciones podrían indicar otros trastornos de ansiedad si se tomaran aisladamente. Es sólo cuando la persona está crónicamente preocupada acerca de todo tipo de cosas, que se diagnostica el GAD.

- Estar solo en la oscuridad—Gloria dice que su hija de 13 años se pone particularmente ansiosa a la noche. “Ella pide, ‘mamá, ven acuéstate conmigo por unos minutos antes de dormirme’.” Mientras que este tipo de rutina a la noche puede ser común en los niños pequeños, es una señal de advertencia cuando un adolescente todavía necesita ser tranquilizado a la noche.
- Estar enfermo o lastimado—La hija de Gloria también se alarma sobremanera acerca de su salud física. Una vez, tropezó y se cayó contra la esquina redondeada de un tocador. “No fue una caída dura”, dice Gloria. “Pero ella se deslizó al suelo y gritó, ‘¡Las piernas no me funcionan!’” Afortunadamente, no se había hecho un daño real. La reacción excesiva se atribuyó a la ansiedad.
- Tomar exámenes—Marilyn dice que su hija de 12 años se pone muy nerviosa antes de tomar un examen, a pesar de ser una buena estudiante que está inscrita en clases avanzadas. “Ha recibido tres clasificaciones de 100 seguidas en estudios sociales y está más que lista para la prueba siguiente, porque ha estado estudiando mucho en casa. La preparación ayuda, pero no la libra totalmente de su ansiedad.”

Estas características tienen su lado bueno, naturalmente, pero pueden llegar a extremos. La presión que se imponen a sí mismos puede llevar a explosiones ocasionales, especialmente cuando hay un cambio inesperado en los planes. Con frecuencia, sin embargo, la angustia profunda de estos adolescentes pasa calladamente desapercibida. Los padres pueden considerar a su hijo o hija como “el niño perfecto” sin darse cuenta del torbellino que existe debajo de la fachada puntual y organizada.

Una niña con este mismo cuadro era una estudiante cuyas calificaciones siempre eran “A”, que estaba tomando clases avanzadas en la escuela secundaria. “La noche anterior a la presentación de un informe, exposición o examen, literalmente vomitaba”, dice su madre. “Mi esposo y yo somos el tipo de padres que le decíamos, ‘¿Qué puede pasar si haces algunos errores? No es el fin del mundo’.” Pero la hija todavía no estaba dispuesta a aceptar nada de parte suya que no estuviese perfecto.

Los adolescentes con el GAD pueden estar bastante ansiosos acerca de cómo se los considera social, académica y atléticamente. Al contrario de la gente joven con el trastorno de ansiedad social, sin embargo, los que sufren del GAD se sienten así aunque no les preocupa ser juzgados por otros. Ellos son sus críticos más exigentes. Algunos tratan de reducir su ansiedad buscando constantemente comentarios acerca de cómo están desempeñándose. Puede llegar al punto en que tienen dificultades para hacer cualquier cosa, porque pasan tanto tiempo buscando que se les tranquilice.

Banderas de peligro que deben vigilarse

¿Cree usted que su adolescente puede padecer el GAD? Las siguientes son algunas señales de advertencia de que su adolescente podría estar necesitando ayuda:

- Se preocupa acerca de toda clase de acontecimientos y actividades
- Está muy nervioso o con los nervios a flor de piel todo el tiempo
- Se cansa más fácilmente que en el pasado
- Parece distraído o mentalmente “ausente”
- Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Se despierta cansado después de una noche de sueño inquieto
- Se pone estándares irrazonablemente elevados
- Es un perfeccionista o se autocrítica indebidamente
- Considera como catástrofes a las dificultades de poca importancia
- Sufre de dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas o diarrea sin explicaciones
- Suda profusamente o tiene las manos frías y húmedas

Los criterios de diagnóstico completos para el GAD pueden consultarse en el Apéndice.

GAD en los adolescentes

Hasta los niños muy pequeños pueden ser diagnosticados con el GAD. Con la edad, sin embargo, la cantidad de los síntomas de ansiedad tiende a aumentar, y su calidad también tiende a cambiar. En comparación con los niños pequeños, los adolescentes con GAD tienden a preocuparse más acerca de los acontecimientos que ocurrieron en el pasado, así como los que tal vez ocurran en el futuro. Estos sentimientos a menudo tienden a empeorar gradualmente. A la hora del diagnóstico, muchos dicen que no pueden recordar la última vez que se sintieron cómodos.

El GAD es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Aproximadamente del 2 al 4% de los adolescentes satisficieron los criterios para el GAD, y se calcula que un 5% de las personas lo desarrollarán en algún momento de sus vidas. Desde el comienzo de la adolescencia en adelante, las mujeres con GAD son más numerosas que los varones, en una proporción de aproximadamente dos a uno. Para la mayoría de las personas, el trastorno es una afección prolongada que aparece y desaparece. Con frecuencia, lo que inicia un nuevo período de preocupación o causa que los síntomas ya presentes empeoren, es un acontecimiento causante de estrés.

Para Nia, su primer ataque de GAD pareció ser iniciado, en parte, por las dificultades que su hermana tenía con el OCD. “Nia empezó a exhibir síntomas aproximadamente un año después que Claire”, recuerda su madre. “Durante ese año, el ambiente estuvo bastante cargado de estrés para toda la familia.” Pero, a medida que Claire logró gradualmente controlar sus síntomas, y el resto de la familia aprendió a vivir con sus reacciones, el nivel de estrés en su hogar comenzó a nivelarse. Mientras tanto, Nia empezó también el tratamiento. Sus problemas con el GAD no desaparecieron, pero mejoraron mucho.

Al recordar este período, la madre de Nia se alegra de haber buscado ayuda para su hija en el momento que lo hizo. El tratamiento del GAD tal vez no “cure” la ansiedad. De hecho, la mayoría de las personas continúa presentando al menos algunos síntomas de ansiedad hasta después de recibir tratamiento, y hay una buena probabilidad de que la preocupación excesiva reaparezca en algún momento hasta después de haber sido controlada. Sin embargo, el tratamiento todavía puede ayudar a los adolescentes con GAD a sentirse mucho mejor a corto plazo. Para plazos más largos, la terapia puede ofrecer a los adolescentes las habilidades que necesitan para ayudarse a controlar mejor sus respuestas al estrés en el futuro.

Para plazos más largos, la terapia puede ofrecer a los adolescentes las habilidades que necesitan para ayudarse a controlar mejor sus respuestas al estrés en el futuro.

Otros problemas relacionados

Entre los adolescentes que reciben tratamiento para el GAD, casi todos exhiben al menos un trastorno mental o conductual adicional. Frecuentemente, ésta es otra forma de ansiedad, tal como una fobia específica, trastorno de pánico o trastorno de ansiedad social. Además, los adolescentes con GAD a veces se niegan a ir a la escuela o a hacer las tareas escolares. A menudo, esto se debe a una preocupación excesiva acerca de no alcanzar los estándares elevados que se han impuesto a sí mismos.

Varias otras afecciones pueden también existir al mismo tiempo que el GAD. Los adolescentes con GAD presentan un riesgo particularmente elevado de depresión. En parte, esto se debe a las grandes similitudes entre las dos afecciones. Tanto el GAD como la depresión pueden causar agitación, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad e insomnio.

La investigación sugiere, además, que los adolescentes con GAD corren un riesgo mayor de abusar del alcohol o de otras drogas. Algunos estudios han demostrado que la gente joven con GAD tiene mayor probabilidad que sus compañeros de comenzar a beber alcohol a edad temprana. Para muchos, éste puede ser un esfuerzo insensato para aliviar sus sentimientos de ansiedad o depresión.

El hábito de fumar y el GAD

La investigación ha documentado un vínculo entre fumar cigarrillos y la ansiedad. Un estudio interesante fue publicado en *JAMA*, la revista de la Asociación Médica Americana (American Medical Association) en el año 2000. Este estudio halló que el fumar en exceso en la adolescencia, que se define como al menos 20 cigarrillos al día, se asociaba con un riesgo mayor de GAD, agorafobia y trastorno de pánico al principio de la edad adulta. La razón para esta asociación todavía se está investigando. Para algunos adolescentes, sin embargo, la ansiedad puede aparecer primero. Estos adolescentes tal vez fumen para obtener los efectos calmantes de la nicotina, así como para obtener la aceptación social que surge de doblarse a la presión de sus compañeros. Para otros adolescentes, el fumar puede aparecer primero. El hábito tal vez contribuya al desarrollo de los trastornos de ansiedad al causar síntomas físicos, como falta de aliento, que pueden desencadenar ansiedad o pánico en las personas predispuestas. Sea lo que sea que ocurra primero, una vez que un adolescente está ansioso y adicto a los cigarrillos, es probable que las dos cosas interactúen para empeorar ambos problemas.

Trastornos físicos

La preocupación y tensión fastidiosas que acompañan al GAD pueden también causar o empeorar varias otras dolencias físicas. El insomnio y la fatiga son síntomas comunes del trastorno. Los adolescentes con GAD a menudo sufren, además, de dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas o diarrea. Sin embargo, hay numerosas razones posibles para estas quejas. Si su adolescente está teniendo estos problemas, debe consultar a un médico. Es importante descartar otras afecciones médicas, antes de asumir que la ansiedad puede ser la causa.

Hasta en el caso de que el GAD sea un factor contribuyente, eso no significa que los problemas físicos de su adolescente no sean reales. El médico puede necesitar iniciar el tratamiento de estos problemas al mismo tiempo que el profesional de salud mental esté tratando la ansiedad. Por ejemplo, el síndrome de intestino irritable es una afección médica que a menudo coexiste con el GAD.

Hasta en el caso de que el GAD sea un factor contribuyente, eso no significa que los problemas físicos de su adolescente no sean reales.

En esta afección, el intestino grueso no funciona en forma apropiada, causando calambres abdominales, vientre hinchado, estreñimiento o diarrea. El estrés empeora el síndrome de intestino irritable y las medidas para reducir el estrés y la ansiedad pueden ayudar a aliviar los síntomas. Pero el médico de su adolescente también podrá recetarle medicamentos contra la diarrea o cambios en la dieta.

Causas y factores contribuyentes

Es relativamente poco lo que se ha hecho para investigar las causas del GAD. No obstante, se sabe que los síntomas tienden a empeorar durante épocas de estrés. Algunos estudios sugieren también que el trastorno puede ocurrir en varios miembros de la familia y, como es el caso de otros trastornos de ansiedad, la estructura y química del cerebro parecen desempeñar papeles importantes.

Buenos sueños

El sueño da al cerebro y al cuerpo una oportunidad muy necesaria para descansar y recargarse. En el caso de los adolescentes con GAD, sin embargo, la hora de acostarse muchas veces se traduce en estar acostado despierto preocupándose o dando vueltas en la cama a lo largo de un sueño con interrupciones. La falta de sueño y la fatiga, a su vez, aumentan la ansiedad. Éste es un círculo vicioso, pero usted puede ayudar a su adolescente a librarse de él fomentando buenos hábitos de sueño. Aliente a su adolescente a:

- Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, incluso en los fines de semana y días de fiesta.
- Pasar la última media hora antes de acostarse ocupándose de actividades calladas y tranquilas.
- Hacer ejercicios regularmente, pero no en las últimas horas antes de acostarse.
- Evitar las siestas durante el día si empeoran el insomnio.
- Levantarse e ir a otro cuarto si no se duerme dentro de los 30 minutos. Leer algo sencillo o sentarse calladamente, sin TV ni computadoras. Después de unos 20 minutos, volver a la cama. Hacer esto tan a menudo como sea necesario hasta que finalmente llegue el sueño.

Estrés y tensiones

El GAD es una afección insidiosa, que frecuentemente comienza solapada, sigilosa y lentamente. El resultado es que es difícil decir exactamente qué es lo que la desencadenó en primer lugar. Sin embargo, es posible que una acumulación de experiencias causantes de estrés en la vida causen ansiedad en algunas personas. Para Becky, una niña de 12 años, diagnosticada recientemente con GAD, la ansiedad pareció acumularse gradualmente durante un período de varios años. Aunque no llegó a un punto crítico hasta más tarde, un factor que podría haber iniciado el problema sería la muerte del padre de Becky por enfermedad de Hodgkin, cinco años antes.

“Yo creo que el estrés se acumuló lentamente”, dice la madre de Becky. “Becky se niega a hablar de su padre y de la forma que ella se siente. Pero dígame que tiene que lavar la loza cuando no quiere hacerlo, y le puede dar un ataque de nervios.” La madre de Becky es una viuda joven que está criando a tres hijos por sí sola, y hace un par de años ella también empezó a tener ataques de pánico. Parecería probable que la pérdida emocional y el estrés hubiesen ayudado a poner en marcha una reacción de ansiedad en cadena en toda la familia.

Una vez que el GAD está establecido, la conexión con el estrés a menudo es fácil de ver. Los síntomas frecuentemente empeoran durante períodos de estrés. Para los adolescentes, el factor desencadenante podría ser cualquier cosa, desde la transferencia a una nueva escuela o mudarse a otro barrio, a hacer frente al acoso o a los bravucones de la escuela o prepararse para tomar el examen SAT. No tiene sentido tratar de proteger a su adolescente contra todo el estrés, ya que ésta es una parte inevitable de la vida. Pero el ambiente paterno cariñoso, uniforme, asociado con la terapia si es necesario, puede ayudar a los adolescentes a desarrollar mayor resistencia frente al estrés.

Factores genéticos

Las investigaciones realizadas en adultos indican que los genes desempeñan un papel como causa del GAD. Un estudio publicado en el 2001 halló que el tamaño modesto del efecto genético era aproximadamente igual para mujeres y hombres. Como es el caso con otros trastornos de ansiedad, la presencia de ciertos genes no significa, necesariamente, que una persona desarrollará el trastorno. Sin embargo, puede indicar que la persona es más vulnerable a ponerse ansiosa si ocurren acontecimientos causantes de estrés en su vida.

Una forma en que los genes pueden influir sobre el GAD es a través del temperamento heredado. Los jóvenes con un temperamento “inhibido conductualmente” típicamente son bebés irritables, niños pequeños temerosos y escolares tímidos y cautelosos. Estos niños tienen mayor probabilidad que sus compañeros menos inhibidos de desarrollar un trastorno de ansiedad con el pasaje de los años. No obstante, muchos niños tímidos, cautelosos no se vuelven adolescentes ansiosos, mientras que otros niños más atrevidos lo hacen. El temperamento infantil es un factor de riesgo, pero está muy lejos de ser un factor de predicción seguro para las cosas por venir.

Factores fisiológicos

Como es el caso de otros trastornos de ansiedad, el GAD se asocia con ciertas características fisiológicas en el cerebro. Los estudios que usaron equipos de alta tecnología para obtener imágenes del cerebro, han demostrado que los niños con GAD tienden a presentar un cuerpo amigdaloides agrandado. El cuerpo amigdaloides cerebral es la estructura pequeña dentro del cerebro que controla las respuestas de temor, creyéndose que desempeñaría un papel fundamental en la ansiedad. Las imágenes cerebrales estudiadas en adultos con GAD han demostrado una actividad mayor en la corteza cerebral (la parte pensante del cerebro) y una actividad menor en los ganglios basales (un manojito de neuronas que desempeñan un papel clave en el movimiento y el comportamiento). El significado exacto de estos hallazgos todavía no se ha dilucidado. Sin embargo, en conjunto, parecen apoyar la teoría de que los cerebros de las personas con GAD están “cebados” para reaccionar excesivamente ante el estrés.

Las personas con GAD también parecen tener concentraciones bajas de dos neurotransmisores: ácido gamma-aminobutírico (GABA) y serotonina. GABA parece ayudar a disipar la ansiedad. La serotonina ayuda a regular el humor y el sueño, y las concentraciones bajas de serotonina han estado implicadas tanto en los trastornos de ansiedad como en la depresión. Los medicamentos contra la ansiedad y la depresión, que se recetan a menudo para el GAD, ejercen su efecto aumentando las concentraciones de estos dos compuestos químicos cerebrales.

Diagnóstico y tratamiento

Cuanto más sepa sobre las raíces genéticas y fisiológicas del GAD, tanto más evidente se le hará que es una enfermedad real, no diferente de la diabetes o el asma. Del mismo modo que para cualquier otra enfermedad, su misión es ayudar a su hijo con GAD a obtener la mejor atención posible, prestada por los profesionales más capacitados que pueda encontrar. Probablemente no sea fácil aceptar que su hijo padece un trastorno crónico. Sin embargo, la alternativa es peor. En las palabras de un padre, “Fue realmente doloroso observar a mi hijo sufriendo de tanta ansiedad constantemente, hasta el punto de enfermarse”. Mientras que un diagnóstico de GAD no es exactamente una buena noticia, abre las puertas para buscar el tratamiento y el alivio que su adolescente necesita.

“Fue realmente doloroso observar a mi hijo sufriendo de tanta ansiedad constantemente, hasta el punto de enfermarse”.

Cómo obtener un diagnóstico

El primer paso consiste en encontrar con qué es que se enfrenta realmente. Como el GAD a menudo se manifiesta en síntomas físicos, tal vez quiera empezar haciendo una cita con el médico de su adolescente. Si sospecha que la ansiedad puede desempeñar un papel en los síntomas, no vacile en traer a colación esta posibilidad. Tenga en cuenta que el diagnóstico del GAD puede ser difícil.

Los síntomas fisiológicos del GAD a menudo se enmascaran como toda una serie de otras afecciones médicas. Además, la naturaleza crónica y gradual del GAD hace que sea más difícil de reconocer que un trastorno que provoque un cambio súbito y drástico en el comportamiento o la personalidad.

Algunos pediatras y médicos generales están familiarizados con el GAD, pero otros no. Si un examen físico exhaustivo no puede encontrar otra causa para los síntomas de su adolescente, el médico tal vez sugiera consultar a un profesional de salud mental. Aun en el caso de que el tratamiento médico sea útil para algunos de los problemas, usted tal vez querrá pedir que se le refiera a un profesional de salud mental si otros signos de tensión y preocupación no están también mejorando. Otras fuentes posibles para obtener referencias incluirían maestros, organizaciones religiosas y grupos de apoyo, como la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Association of America).

Para evaluar el estado de su adolescente, el profesional de salud mental hablará con su adolescente y observará su comportamiento. Como usted es la mejor autoridad del mundo en lo que concierne a las experiencias previas y a los antecedentes de desarrollo de su hijo, tal vez se le pida también que proporcione información que pudiera aclarar la situación.

Naturalmente, algo de preocupación es una parte natural y hasta beneficiosa de la vida. La preocupación realmente no es nada más que la expectativa de que algo malo está por pasar, y esto puede ser, a veces, una expectativa completamente razonable; por ejemplo, si usted tiene una presentación importante mañana y todavía no ha comenzado a prepararla. En este caso, un poco de preocupación puede ser algo bueno si le empuja a empezar a trabajar en su presentación. El desafío con que se enfrenta el profesional de salud mental, es separar la preocupación sana, de corta duración, de la preocupación enfermiza, de larga duración, que no sirve ningún propósito útil. Para hacerlo, el profesional buscará evidencia de una angustia significativa o de impedimentos serios en la capacidad del adolescente para funcionar en el hogar o la escuela.

Cuando se trata de encontrar ayuda para el GAD de su adolescente, cuanto más pronto, mejor. El tratamiento apropiado puede ayudar al adolescente a sentirse mejor, lo que podría, a su vez, ayudar a evitar las complicaciones, tales como la negativa a ir a la escuela o el abuso del alcohol u otras drogas. Las opciones terapéuticas principales son la terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés), los medicamentos o una combinación de los dos.

Terapia conductual cognitiva

A lo largo de los años, se han usado muchas formas de psicoterapia para el GAD, pero la que cuenta con el apoyo más sólido de las investigaciones es la CBT. Los estudios realizados en niños pequeños y en adultos han demostrado que la CBT puede ser un tratamiento eficaz para el GAD. Lamentablemente, todavía no se han realizado estudios controlados para investigar la CBT específicamente en adolescentes con el trastorno. No obstante, de acuerdo con los resultados obtenidos en personas mayores y menores, parece probable que la CBT sería también una buena elección terapéutica para los adolescentes.

El componente cognitivo de la CBT se enfoca en cambiar los pensamientos de mala adaptación o tergiversados. Los adolescentes con GAD tienden a considerar como catástrofes importantes a las dificultades de menor importancia. Por ejemplo, una sola calificación mala en un examen de matemáticas podría hacer que la mayoría de los estudiantes se sintieran decepcionados o desalentados. Pero, para un estudiante con el GAD, podría causarle pensamientos excesivamente autocríticos, tales como “Soy un desastre en matemáticas” o “Soy estúpido”. Estas dudas de sí mismo podrían transformarse en inquietudes exageradas, tales como “No voy a aprobar la clase” o “Nunca voy a poder entrar en la universidad”.

La distorsión de los pensamientos puede conducir a comportamientos contraproducidos. Por ejemplo, los adolescentes que se preocupan excesivamente acerca de no aprobar una clase pueden empezar a creer que cada tarea asignada debe hacerse perfectamente y que cada calificación de una prueba debe resultar en un 100%. El resultado es que se preocupan tanto sobre cada detalle de una tarea que nunca pueden completarla. O bien, pueden encontrar excusas para quedarse en la casa y no ir a la escuela, no por el temor de lo que otros puedan pensar acerca de ellos, sino por el temor de que no van a satisfacer sus propios estándares excesivamente perfeccionistas.

Los adolescentes con GAD tienden a considerar como catástrofes importantes a las dificultades de menor importancia.

El objetivo de la CBT es romper esta cadena de pensamientos y comportamientos destructivos. Para empezar, la persona puede anotar sus pensamientos y preocupaciones en una variedad de situaciones. Más tarde, el terapeuta y el paciente pueden examinar estos pensamientos, evaluar su grado de realismo, y hablar sobre las maneras de reemplazar los pensamientos irracionales con otros más razonables. El estudiante que recibió una sola calificación mala en matemáticas, por ejemplo, puede ser ayudado a ver a esa calificación dentro del contexto de otros logros. En el futuro, cuando empiece a pensar cosas como “Soy estúpido” o “Nunca podré ir a la universidad”, el estudiante puede tratar de reemplazar esas ideas con pensamientos más precisos, tales como “Esta vez no hice las cosas tan bien como quería, pero es solamente un examen. Yo soy inteligente y recibí buenas calificaciones en otros exámenes. Una calificación mala no es cosa del otro mundo.”

El componente de la conducta, de la CBT, entra también en juego cuando se trata el GAD. Como es imposible eliminar toda la ansiedad de la vida de una persona, el terapeuta puede enseñar al paciente ciertas habilidades específicas para controlar los síntomas físicos que acompañan a menudo a la preocupación. Por ejemplo, se puede enseñar a los pacientes a usar respiraciones profundas o imágenes mentales relajantes para recobrar la calma cuando empiezan a sentirse tensos y bajo estrés. O bien, tal vez puedan aprender ciertas habilidades para resolver problemas, que les ayuden a sentirse con más confianza acerca de situaciones potencialmente inquietantes. El concepto básico detrás de la CBT es que los pensamientos, las conductas y los sentimientos están todos unidos. Al cambiar uno, tal vez cambien también los otros.

Terapia por exposición

La terapia por exposición es una forma particular de CBT en la que las personas se exponen sistemáticamente a las situaciones que les causan ansiedad. La idea es que la mejor forma de vencer a un temor es enfrentándolo cara a cara. Es fácil ver cómo podría esto dar resultados en un adolescente que tiene una fobia a las alturas o un temor de hablar en público.

Las señales de temor específicas para el GAD con frecuencia no son tan obvias, de modo que el papel desempeñado por la terapia por exposición puede no ser tan prominente como en el caso de otros trastornos de la ansiedad. No obstante, la terapia por exposición puede formar parte de la CBT para el GAD.

En la terapia por exposición, los pacientes ordenan sus temores y preocupaciones jerárquicamente de acuerdo con el grado de terror que les causan. Bajo la guía de un terapeuta, los pacientes trabajan entonces gradualmente con la lista, comenzando con la cosa que cause menos miedo y progresando a las que causan gran terror. En el caso del adolescente que está excesivamente ansioso acerca de cometer errores en la tarea escolar asignada, un primer paso fácil sería practicar respiraciones profundas para relajarse antes de comenzar a trabajar en la tarea. Las tareas se volverían después progresivamente más difíciles. Finalmente, el adolescente podría entregar deliberadamente un trabajo que contenga un error. Naturalmente, el objetivo no sería enseñar al adolescente a trabajar descuidadamente, sino demostrarle que el cometer un error no es el fin del mundo.

Algunas inquietudes pueden no ser fáciles de abordar con este enfoque; por ejemplo, si el adolescente se preocupa excesivamente acerca de ataques terroristas. Sin embargo, digamos que evita leer o mirar las noticias debido a sus temores acerca del terrorismo. En ese caso, puede trabajar gradualmente para poder leer la carátula de un periódico o mirar un programa de noticias en la TV. Al mismo tiempo, el adolescente sería alentado a pensar más realísticamente acerca de la probabilidad de un ataque terrorista en su vecindario, así como pensar qué es lo que él o ella puede hacer para enfrentarse más eficazmente con esas inquietudes.

Terapia por medicamentos

Varios medicamentos han demostrado ser eficaces para el tratamiento del GAD en adultos. Muchos dan también resultados contra la depresión, lo que los hace particularmente útiles para las personas que presentan ambas afecciones. Varios estudios han sugerido que el uso de medicamentos para el tratamiento del GAD infantil también puede dar resultados positivos. Sin embargo, estos estudios incluyen otros tipos de trastornos de ansiedad en la niñez, además del GAD. En este momento, hay varios estudios de medicamentos que se están llevando a cabo para examinar el GAD infantil específicamente.

Hable con su adolescente

Lexi, la hija de Gloria, presenta GAD y OCD al mismo tiempo. También tiene varios otros trastornos médicos, entre ellos, asma, migrañas, convulsiones, acidez de estómago y estreñimiento frecuente. Los problemas son numerosos, pero Gloria dice que la comunicación franca ayuda a madre e hija a no sentirse abrumadas. “Desde el comienzo me senté con ella y le dije, ‘Esto es lo que tú tienes, éste es el nombre que tiene y otras personas también lo tienen’. También hablamos mucho sobre las estrategias para hacerles frente, estrategias que le había enseñado su terapeuta. Ella está muy consciente de que, si algo le causa ansiedad, no se lo evita, porque lo único que se va a lograr es aumentar la ansiedad.”

La comunicación también ha sido la clave para las relaciones con la hermana mayor de Lexi, que, en el pasado, a menudo resentía toda la atención que recibía su hermana menor. Dice Gloria, “Al principio su actitud era, ‘Oh, allí está de nuevo Lexi con todo el drama’.” Gloria no dejó de lado las inquietudes de su hija mayor, pero trató de explicarle los obstáculos para la salud física y mental con que tenía que enfrentarse Lexi. El mensaje aparentemente llegó a destino. La hermana de Lexi, que está iniciando sus estudios universitarios, se ha vuelto más comprensiva últimamente y hasta tiene interés en estudiar neurología.

Actualmente, los médicos recetan medicamentos para las personas jóvenes con GAD, basándose en los hallazgos de estudios pediátricos y en adultos, así como en la experiencia clínica. Los medicamentos generalmente entran en una de cuatro clases: inhibidores selectivos de

En este momento, hay varios estudios de medicamentos que se están llevando a cabo para examinar el GAD infantil específicamente.

la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés), inhibidores de la recaptación de serotonina–norepinefrina (SNRI, por sus siglas en inglés), agentes antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas.

- **SSRI**—Estos medicamentos se clasifican como antidepresivos, pero también se usan ampliamente para tratar los trastornos de ansiedad. Ejercen su efecto aumentando la cantidad disponible de serotonina, un neurotransmisor que parece desempeñar un papel central en los trastornos de ansiedad y en la depresión. Los SSRI incluyen citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft). Los estudios bien controlados, realizados con fluvoxamina y sertralina, demostraron que estos fármacos son tratamientos eficaces para el GAD en personas jóvenes de hasta 17 años de edad. Su desventaja es que pueden necesitarse unas pocas semanas para que se manifiesten los efectos completos de los SSRI, y estos agentes deben iniciarse a una dosis baja, ya que a veces aumentan inicialmente la ansiedad. Los efectos secundarios posibles incluyen náuseas, dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, inquietud y problemas sexuales. En el año 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) también publicó una advertencia acerca de un riesgo pequeño, pero significativo, de aumento de las ideas y los comportamientos suicidas en niños y adolescentes que estaban tomando agentes antidepresivos. Para obtener más información sobre esta advertencia, consulte el Capítulo 7.
- **SNRI**—Dos agentes antidepresivos más nuevos—duloxetina (Cymbalta) y venlafaxina (Effexor)—ejercen su acción sobre la serotonina en forma muy similar a los SSRI, pero también afectan otro neurotransmisor llamado norepinefrina. Estos medicamentos se prescriben, a veces, para el tratamiento de la ansiedad así como de la depresión. La venlafaxina, en particular, ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento del GAD en los adultos. Pero los beneficios completos de estos fármacos pueden necesitar unas pocas semanas hasta percibirse. Los efectos secundarios son similares a los de los SSRI, y la advertencia de la FDA acerca del riesgo de ideas y comportamientos suicidas también se aplica a ellos.

- Antidepresivos tricíclicos—Estos agentes antidepresivos más antiguos también afectan la concentración y actividad de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro. Sin embargo, tienen mayor probabilidad que sus compañeros más recientes, de causar efectos secundarios molestos, de modo que normalmente no son los tratamientos de primera elección. Los antidepresivos tricíclicos incluyen amitriptilina (Elavil), clomipramina (Anafranil), desipramina (Norpramin), doxepina (Sinequan), imipramina (Tofranil), maprotilina (Ludiomil), nortriptilina (Pamelor), protriptilina (Vivactil) y trimipramina (Surmontil). Los efectos secundarios posibles incluyen boca seca, estreñimiento, trastornos de la vejiga, problemas sexuales, visión borrosa, mareos, somnolencia y aumento de la frecuencia cardíaca. La advertencia de la FDA acerca del riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas se aplica también a estos agentes antidepresivos.
- Benzodiazepinas—Se cree que estos medicamentos contra la ansiedad elevan las concentraciones de GABA, otro neurotransmisor más, que parece desempeñar un papel en la ansiedad. Las benzodiazepinas incluyen alprazolam (Xanax), clordiazepóxido (Librium), clonazepam (Klonopin), clorazepato (Tranxene), diazepam (Valium), lorazepam (Ativan) y oxazepam (Serax). Una ventaja de estos agentes es que son de acción rápida. Algunas personas que los toman se sienten mejor desde el primer día. Sin embargo, los resultados fueron mixtos en los pocos estudios limitados con benzodiazepinas en gente joven. Algunos estudios encontraron beneficios, mientras que otros no los encontraron, de modo que estos medicamentos, usados por sí solos, normalmente no son los tratamientos de primera elección para los adolescentes, pero cuando se combinan con un agente antidepresivo pueden ser muy útiles para los aspectos discapacitantes agudos de la ansiedad. Los posibles efectos secundarios incluyen somnolencia, falta de coordinación, fatiga, confusión o lentitud mental.

Si su adolescente tiene edad suficiente para guiar vehículos, tal vez se le aconseje que no lo haga mientras toma uno de estos medicamentos. Si su adolescente tiene un problema de abuso de sustancias, tenga en cuenta que la combinación de estos medicamentos con el alcohol puede causar complicaciones graves o hasta potencialmente mortales. Además, las benzodiazepinas también pueden ser abusadas, de modo que su uso debe ser supervisado estrechamente. Para obtener más información sobre los efectos secundarios de los fármacos contra la ansiedad, consulte el Capítulo 7.

Una opción adicional es la bupirona (BuSpar), otro medicamento aprobado para el tratamiento de la ansiedad. Como es el caso con los agentes antidepresivos, la bupirona ejerce su efecto al aumentar la actividad de la serotonina, y ha demostrado combatir la ansiedad y la depresión en los adultos. Sin embargo, se cuenta con información limitada acerca de su eficacia en la gente joven.

El tratamiento mejor

La CBT y los medicamentos ofrecen ventajas singulares individualmente. La CBT no se asocia con el mismo riesgo de efectos secundarios que los medicamentos, y enseña a la gente joven ciertas habilidades que pueden usar por el resto de sus vidas. Numerosos estudios son testigos de la eficacia terapéutica de la CBT. Por otra parte, los medicamentos atacan las raíces fisiológicas de la ansiedad, y muchos estudios demostraron que también pueden ser bastante eficaces. Cuando se consideran los puntos a favor y en contra de estas alternativas, es importante que usted y su adolescente entiendan claramente los beneficios previstos y los riesgos de cada una. Si tiene preguntas, no vacile en consultar a su médico.

El mejor tratamiento para su adolescente es el que se prepara de acuerdo con sus necesidades individuales.

Cuando se consideran los puntos a favor y en contra de estas alternativas, es importante que usted y su adolescente entiendan claramente los beneficios previstos y los riesgos de cada una.

No hay una terapia que sirva para todas las personas con GAD. En vez de ello, los profesionales que se ocupan de la salud mental buscan factores tales como la naturaleza y severidad de los síntomas del adolescente, la presencia de depresión u otros trastornos complicantes y el estilo de vida y las preferencias del adolescente, para tomar decisiones terapéuticas.

Si la CBT y los medicamentos pueden ser eficaces por su propia cuenta ¿no sería una estrategia terapéutica ideal usar una combinación de los dos? La respuesta, definitivamente, es: tal vez. Para los adolescentes que no obtienen alivio suficiente con la CBT o los medicamentos por sí solos, un enfoque combinado ofrece otra alternativa. Hasta en el caso de los adolescentes que responden bien a un tipo de tratamiento, teóricamente es posible que al añadirse un segundo tipo de tratamiento se puedan aumentar los beneficios. Por otra parte, si los medicamentos atenúan la respuesta de temor, también es posible que puedan reducir la eficacia de la terapia por exposición, ya que este tipo de intervención depende del confrontamiento de los temores propios. Ésta es otra área en la cual se necesitan investigaciones en que participen adolescentes con GAD.

Mientras tanto, los que proporcionan tratamiento toman decisiones basadas en las necesidades de su adolescente, la experiencia clínica del profesional y las consideraciones prácticas, entre ellas, la cobertura de seguro. Un adolescente tal vez necesite medicamentos inicialmente para controlar los síntomas de ansiedad, seguidos de varias semanas de CBT, seguidas de sesiones ocasionales de CBT para reforzar los resultados, según se necesiten. Otro adolescente podría empezar con medicamentos y CBT juntos, y luego continuar tomando el medicamento por un tiempo prolongado después de haber concluido las sesiones de CBT. Un tercer adolescente, que esté muy motivado para resolver sus problemas podría sacar muchos beneficios con la CBT por sí sola, mientras que un cuarto, que vive a 100 millas del terapeuta conductual cognitivo más cercano podría recurrir solamente a los medicamentos. Cada una de estas opciones es viable para algunos adolescentes en ciertas circunstancias. Finalmente, el plan terapéutico correcto para *su* adolescente es el que dé resultados.

Apoyo de su adolescente en su casa

Como el GAD es una afección de larga duración, necesita una estrategia de control a largo plazo. El tratamiento profesional es sólo una parte de ese proceso. El apoyo constante que usted proporciona a su adolescente también es un componente vital. Cuanto más sepa usted, tanto mejor podrá ayudar a su adolescente a sobrellevar los altibajos del GAD. Como dice un padre: “Mi consejo para padres ‘nuevos’. Lea, lea, lea, lea. Adopte la misión de volverse tan educado acerca del problema como le sea posible.”

Preocupado acerca de preocuparse

Usted no es responsable del GAD de su adolescente. Como hemos visto, numerosos factores genéticos, fisiológicos y ambientales pueden conspirar para causar la ansiedad en primer lugar. Una vez que la ansiedad se ha establecido, sin embargo, la forma en que usted reaccione será una de las muchas cosas que influyan sobre sus aumentos y reducciones.

Si se preocupa incesantemente acerca de las preocupaciones de su adolescente, usted puede terminar aumentando la ansiedad de su hijo sin quererlo. Por un lado, usted se comportará como un modelo ansioso. Créalo o no, su adolescente todavía se deja guiar por usted e imita su comportamiento. Al permitir que sus propias preocupaciones permanezcan sin control, usted está dándole precisamente el mensaje equivocado. Si está luchando con su propia ansiedad, una de las mejores cosas que puede hacer para sí mismo y su adolescente es buscar ayuda personal.

Como usted quiere tanto a su hijo, puede estar tentado a protegerlo excesivamente. Es natural que quiera proteger a su hijo contra las cosas que le causen angustia. Muchos adolescentes con GAD tienen una habilidad particular para despertar al protector en la gente, porque están constantemente buscando que le tranquilicen de que todo anda bien.

Si está luchando con su propia ansiedad, una de las mejores cosas que puede hacer para sí mismo y su adolescente es buscar ayuda personal.

Lamentablemente, al “rescatar” a su adolescente de las situaciones problemáticas, usted está, realmente, quitándole la oportunidad de enfrentarse con sus temores y vencerlos. Bien pronto, usted puede tener un círculo vicioso en marcha, en el que su adolescente se siente ansioso y usted viene al rescate, lo que hace que su adolescente se sienta más ansioso todavía y menos tranquilizado. Para detener este círculo tal vez necesite poner riendas temporalmente a sus instintos paternos. Dé un paso atrás, y permita que su adolescente se enfrente con algunas situaciones causantes de ansiedad por su cuenta. Si tiene problemas para encontrar el equilibrio correcto entre mostrar interés y fomentar la independencia, el terapeuta de su adolescente puede darle algunas sugerencias útiles.

Hora de preocuparse

Un método de controlar las preocupaciones molestas es dedicar una “hora para preocuparse” específica diariamente. Aunque esto podría parecer contraintuitivo, la idea es establecer límites definidos para las preocupaciones, más bien que dejarlas correr alocadamente. Su adolescente podría probar este ejercicio. Usted también puede usarlo por sí solo si encuentra que es difícil enfocarse en cosa alguna, excepto su preocupación acerca del bienestar de su adolescente.

1. Dedique dos períodos de 15 minutos cada uno, diariamente.
2. Pase todo ese tiempo preocupándose, permitiéndose llegar al mayor grado posible de angustia. No trate de encontrar alternativas positivas y no trate de evaluar si sus pensamientos son realistas. Zambúllase en sus preocupaciones. Si se le acaban las cosas nuevas para preocuparse, vuelva a las viejas hasta que su período haya terminado.

Tal vez encuentre difícil tratar de mantener esto durante los 15 minutos íntegros. Ese es un buen signo. Cuando la preocupación le asalta en otros momentos del día, recordará lo difícil que era mantenerla mentalmente en primer lugar durante el período de preocupación. Después de un tiempo, podrá decirse a sí mismo: “Ese pensamiento puede esperar hasta la hora para preocuparme.”

Cómo crear un adolescente resistente

Como el estrés es una parte inevitable de la vida, el tratar de proteger a su adolescente contra él es inútil. Tiene más sentido ayudarlo a desarrollar la resistencia necesaria para enfrentarse con situaciones causantes de estrés a medida que surjan. Del mismo modo que usted alienta a su adolescente a comer sus verduras y mantenerse físicamente activo, también puede enseñarle a formar el hábito regular de la relajación. Demasiada gente joven tiene horarios que agotarían hasta a los ejecutivos más trabajadores. Asegúrese de que su adolescente tiene algún tiempo libre diariamente simplemente para relajarse y divertirse en un ambiente sin presión, que no cause estrés.

No reduzca al mínimo las numerosas fuentes de estrés para los adolescentes. “Considere sus preocupaciones seriamente”, dice una madre. Los adolescentes tienen que enfrentarse con cuerpos que cambian rápidamente, sentimientos sexuales naciendo y, a veces, emociones volátiles. Añada a eso nuevas presiones sociales y demandas académicas mayores, y agregue los problemas difundidos en la sociedad, tales como las drogas y la violencia. Todo esto se suma para dar una receta de considerable estrés que sólo sirve para alimentar la ansiedad y la preocupación de la gente joven vulnerable.

Hable con su adolescente acerca de lo que le está preocupando. Si el grado de preocupación parece exagerado, ayúdele a ver que sus inquietudes son exageradas. Hasta en el caso de que la situación sea realmente lóbrega, ayude a su adolescente a mantener el problema en perspectiva. Déjele saber que hay días más brillantes en el futuro. Un punto de vista optimista es una de las armas más importantes contra la ansiedad y la depresión.

Aunque es magnífico alentar a su adolescente a buscar lo positivo, recuerde que él o ella puede no ser capaz de vislumbrar el espacio detrás de las nubes hasta tanto la ansiedad no se le alivie un poco. “La ansiedad no es algo que uno pueda ahuyentar diciendo ‘relájate’ o ‘no te preocupes’,” dice el padre de un adolescente con GAD.

Un punto de vista optimista es una de las armas más importantes contra la ansiedad y la depresión.

Declaraciones con menos estrés

“No te preocupes, sé feliz” es una exhortación sin sentido. Si su adolescente pudiese hacerlo indudablemente ya lo hubiera hecho. Por suerte, hay formas más útiles para responder cuando su adolescente expresa una preocupación. A continuación se le dan algunas sugerencias para empezar.

- “Está permitido no ser perfecto.”
- “Está permitido cometer errores.”
- “Esa idea no parece estar ayudándote en este momento.”
- “Tú puedes aceptar el estar equivocado.”
- “Esa no es responsabilidad tuya.”
- “Ya has hecho todo lo que podías, y eso es suficiente.”
- “Tal vez es el momento de tomarse un descanso.”
- “Tengo ganas de salir a caminar. ¿Quieres acompañarme?”

“Y no es algo que puedan decidir dejar de lado.” Allí es donde entra el tratamiento con CBT o los medicamentos. Una vez que las nubes de ansiedad comienzan a levantarse, su adolescente puede estar más listo para adoptar una actitud más positiva.

Colaboración con el maestro de su adolescente

Cuando la preocupación impregna la vida de su adolescente, parte de la misma puede volcarse en la escuela. Por un lado, es difícil que el adolescente pueda concentrarse en la literatura y la ciencia cuando está preocupado con ideas de destrucción y desastre. Además, las quejas físicas que frecuentemente acompañan al GAD pueden interferir con la asistencia a la escuela, mientras que el perfeccionismo puede sofocar la productividad y la creatividad. Además, los adolescentes que están agobiados por la ansiedad pueden hallar que es más difícil relacionarse con sus compañeros, y los vínculos sociales son una parte muy importante de la experiencia escolar total.

Sin embargo, es muy fácil que estos problemas pasen desapercibidos en la escuela. Los estudiantes con GAD a menudo tratan tanto de complacer y están tan motivados para destacarse que su sufrimiento pasa desapercibido hasta que se vuelve grave. Como padre, usted puede descubrir los problemas mucho antes que un maestro que pasa una hora al día con su adolescente, y esa hora dentro de un aula llena de otros estudiantes. Si su hijo tiene un problema que usted cree que el maestro debería conocer, no vacile en iniciar un diálogo. Usted podrá lograr más si ambos colaboran formando un equipo.

“Algunos padres no quieren hacer esto porque temen que ponga un estigma en su hijo”, dice Brenda, que es la madre de un hijo con GAD y una psicoterapeuta que asesora a otros padres. “Pero yo siempre trato de alentarles a mantener a la escuela implicada e informada. En general, cuanto más sepa la escuela, tanto más podrá ayudar a su hijo. Y usted realmente va a necesitar esa ayuda si es que su hijo tiene un problema o entra en una crisis.”

Hacia el perfeccionismo

La mayoría de los padres estarían encantados si los adolescentes no sólo hicieran su tarea escolar sino que también la verificaran cuidadosamente. Cuando los adolescentes tienen GAD, sin embargo, estas cualidades positivas pueden llevarse a un extremo contraproducente. Estos adolescentes pueden estar tan preocupados acerca de no cometer ningún error o recibir menos que una A, que encuentran casi imposible completar las tareas asignadas o funcionar hasta el máximo de su potencial.

Para estos adolescentes, un esfuerzo coordinado entre el hogar y la escuela puede ayudar a fomentar una tolerancia sana para la imperfección humana. Las estrategias posibles incluyen:

- Poner límites en las revisiones o borraduras
- Establecer límites de tiempo para completar las tareas
- Ayudar a los adolescentes a evaluar realísticamente la probabilidad de que algo salga mal
- Alentar ideas realistas acerca de las consecuencias de un error de menor importancia
- Reducir gradualmente la cantidad de tranquilización que usted dispense
- Ser un modelo positivo al aceptar sus propias imperfecciones y dejar pasar las cosas de poca importancia

Un vistazo al futuro

La vida con el GAD puede ser difícil tanto para los adolescentes que lo padecen como para los padres que los quieren. “Hubo momentos en que me sentí tan frustrado porque no sabía cómo podía ayudarlo”, dice un padre. Al leer este libro, usted ha dado un paso hacia reducir ese frustrante factor. Ha leído acerca de las formas en que puede apoyar a su adolescente en el hogar y la escuela, y ha aprendido cuándo y dónde buscar tratamiento profesional.

“Hubo momentos en que me sentí tan frustrado porque no sabía cómo podía ayudarlo.”

El GAD tiende a ser una afección de larga duración, que puede mejorar por un tiempo y luego volver a empeorar durante un período de estrés. El tratamiento no lo “curará” necesariamente en forma permanente, pero puede reducir enormemente el sufrimiento. Para un adolescente que está consumido por la preocupación sin sentido, o que está constantemente tenso sin razón, el tratamiento puede liberar una gran cantidad de energía física y mental derrochada. Cuanto más pronto

obtenga ayuda su adolescente con GAD, tanto más pronto podrá volver a enfocar esa energía en la tarea importantísima de aprender, divertirse y volverse un joven adulto.

Trastorno obsesivo-compulsivo: atrapado en un callejón mental sin salida

Es bien común oír el comentario de una persona que se declara “obsesionada” con un pasatiempo, o que dice ser “compulsiva” acerca de la limpieza en el hogar. Todos entienden que ésta es sólo una forma de hablar retóricamente. Naturalmente, es posible que uno se descubra preocupado con el proyecto de carpintería en el garaje o la novela que no ha terminado en su escritorio, cuando lo que debiera hacer es concentrarse en el trabajo. O tal vez le guste que las camisas colgadas en el armario estén ordenadas de una cierta manera o que la cama esté tendida en una forma específica. Pero estos pensamientos, hábitos y peculiaridades no hacen daño grave a nadie y normalmente pueden dejarse de lado si requieren demasiado trabajo.

Sin embargo, para las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés), el poder de dejar de lado los pensamientos y comportamientos no deseados no es una opción. Estas personas son acosadas por los pensamientos repetidos, angustiantes, llamados obsesiones, y sienten que no pueden hacer nada para controlarlos. Los pensamientos no son tan sólo preocupaciones excesivas acerca de cosas que ocurren en la vida real. En vez de ello, son temores y ansiedades exageradas que tienen muy pocas bases en la realidad. Sin embargo, una vez que estos pensamientos entran en la mente de la persona, no hay manera de que desaparezcan, no importa cuánta angustia e inconveniencias puedan causar.

Estas ideas intrusas despiertan tanta ansiedad que las personas son empujadas a encontrar algo—cualquier cosa—que les traiga algún alivio. Las compulsiones verdaderas son conductas repetitivas o actos mentales que la gente se siente obligada a realizar para responder a las obsesiones, tratando de evitar algunas consecuencias temidas o que ocurra algún daño. Por ejemplo, los adolescentes que están obsesionados con la contaminación pueden lavarse las manos para librarse de los gérmenes que están seguros de que se esconden allí, a pesar de la realidad de que sus manos ya están limpias. Como su obsesión es tan intensa, un enjuague rápido debajo del grifo no es suficiente para reducir sus temores. En vez de ello, tal vez se laven las manos una y otra vez, o pueden desarrollar rutinas complicadas de lavado de las manos, tales como fregar cada dedo un número específico de veces. Después de hacerlo, su ansiedad se reduce, pero sólo por un tiempo. Las ideas ansiosas vuelven pronto y así también lo hace la necesidad de lavarse las manos. No es de sorprender que los adolescentes cuyos síntomas de OCD toman esta forma, con frecuencia tienen manos que están rojas, agrietadas y que sangran debido al fregado constante.

El OCD puede tomar miles de otras formas pero, de una manera u otra, siempre termina con consecuencias negativas. Un adolescente puede volverse tan preocupado con examinar y verificar que su tarea escolar esté en su mochila, que finalmente nunca llega a la clase. Otro puede pasar tanto tiempo contando mentalmente todo lo que ve, que termina aislado en su mundo propio por horas y horas.

Una historia familiar

Para Justin, de 14 años de edad, los primeros indicios de problemas aparecieron hace unos pocos años, mientras estaba de vacaciones con su familia en Canadá. Como su madre, Laura, lo recuerda, “Estábamos caminando a lo largo de un sendero cerca del río, cuando él estiró la pierna y me pateó.

Yo le dije, ‘Oye, ¿por qué hiciste eso? Casi me hiciste caer’. Y él me contestó ‘Bueno, te había tocado con la pierna derecha, así que tenía que tocarte con la izquierda para emparejar las cosas’.”

En la mayoría de las familias, esto pasaría a ser uno de los incidentes graciosos y sin importancia que pasan muy pronto al olvido. En el caso de Justin, sin embargo, la compulsión de “emparejar las cosas” muy pronto se transformó en algo mucho más notable y preocupante. En la escuela, estaba causando problemas en el aula al prender y apagar las luces repetidamente. “En el aula había un sistema de interruptor de luces de tres botones, y él tenía que lograr que todos ellos se prendieran o apagaran exactamente en el mismo momento”, dice Laura. En casa, tenía problemas para dactilografiar en la computadora o tocar el piano, porque tenía que lograr que las teclas también concordaran exactamente.

El simple hecho de mantener una conversación con Justin se volvía insoportable. Laura recuerda que “Uno decía, ‘Hola Justin’. Y él lo miraba a uno sin expresión por unos pocos segundos antes de responder finalmente.” Al principio, Laura no lo podía entender pero, finalmente se enteró de la razón para las demoras sin sentido. “Si alguien decía algo, antes de que la conversación pudiese continuar, él tenía que repetir mentalmente las palabras en sentido inverso. De modo que durante esos segundos, cuando parecía que estaba mirando sin ver, estaba en realidad repitiendo las frases íntegras en sentido inverso, en su mente.”

Justin comenzó a ver a un terapeuta conductual cognitivo. Al principio iba dos veces a la semana, después una vez a la semana y posteriormente sólo para sesiones de “repaso” ocasionales, cuando se las necesitaba, y empezó a tomar medicamentos para ayudar a controlar sus síntomas. “Le está yendo muy bien,” dice Laura. Actualmente, toca el saxofón y a veces todavía tiene el deseo urgente de emparejar sus dedos con las teclas. Cuando está escribiendo, a veces quiere volver a trazar las letras. La diferencia es que ahora entiende lo que está pasando y tanto él como su madre han aprendido a usar estrategias para responder.

“Él me dice inmediatamente cuando está teniendo problemas”, dice Laura. Para responder, ella y Justin normalmente preparan un plan para ayudarlo a enfrentarse con la ansiedad. “De vez en cuando, todavía lo llevo al consultorio del terapeuta para hacer un repaso, pero esto no ocurre a menudo. Normalmente podemos hacer frente juntos a la ansiedad, por nuestra propia cuenta.”

Rituales y rutinas

Como descubrió Justin, *es* posible lograr un control mejor de los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas que se asocian a menudo con ellos. No obstante, el asunto no es fácil. El OCD es una enfermedad tenaz, como cualquiera que se haya enfrentado con ella le puede decir. “Es una enfermedad notable”, dice un padre cuyo hijo de 16 años desarrolló síntomas sólo recientemente. “Cosas tan simples como entrar en la ducha—cosas que usted o yo daríamos por sentado—se han vuelto este ritual complicado para él.”

Para poder entender el dominio de las obsesiones en un adolescente, es útil compararlas con algo más familiar: las preocupaciones. Cuando uno se preocupa, se siente angustiado y ansioso, pero sus pensamientos específicos varían de un día para el otro, a medida que cambian las circunstancias. Las obsesiones, por el contrario, son más estables. Los mismos pensamientos, impulsos o imágenes mentales preocupantes vuelven una y otra vez. Aunque el contenido exacto de estas ideas varía de una persona a otra, con frecuencia implican preocupaciones acerca de estar sucio o ser pecador, o la ansiedad de que algo terrible pudiera pasar. Cada vez que los pensamientos obsesivos vuelven, causan sensaciones de angustia, temor, disgusto o vergüenza.

Como estas sensaciones son tan desagradables, la gente a menudo trata de neutralizarlas con otro pensamiento o acción. Allí es donde entran las compulsiones. Por ejemplo, considere a una adolescente obsesionada con la idea de que sus libros serán robados si ella no los vigila en su armario.

Ella puede tratar de neutralizar este pensamiento angustiante verificando que los libros todavía estén allí. Finalmente podría terminar verificando compulsivamente su armario muchas veces al día—una conducta que interfiere con su capacidad para llegar a tiempo a la clase y socializar con sus compañeros entre una clase y otra. En algún momento, tal vez reconozca que la verificación de su armario está descontrolada. Pero encuentra que la compulsión de verificarlo nuevamente es casi imposible de resistir.

Tipos de OCD

Los pensamientos obsesivos son centrales al OCD. Sin embargo, los rituales y las rutinas compulsivas que generan son más fáciles de notar, de modo que son estos comportamientos los que se usan para clasificar los subtipos del trastorno. A continuación se enumeran los siete tipos más comunes del OCD. Recuerde, sin embargo, que muchas personas desarrollan más de un tipo de comportamiento compulsivo.

. . . muchas personas desarrollan más de un tipo de comportamiento compulsivo

- Lavadores y limpiadores—Algunos adolescentes con OCD están obsesionados con ideas de contaminación por gérmenes, secreciones corporales o agentes químicos tóxicos. Para contrarrestar tales preocupaciones, muchos se lavan las manos excesivamente—la compulsión más común entre la gente joven. Otros desarrollan rituales complicados para la ducha o pasan horas limpiando su cuarto. Estos mismos adolescentes también pueden recurrir a medidas muy complicadas para evitar cualquier contacto con los objetos contaminados. Por ejemplo, pueden negarse a tocar un objeto que ha caído al suelo.
- Verificadores—Estos adolescentes son consumidos por sus preocupaciones acerca de la posibilidad de calamidades. Para neutralizar sus preocupaciones, verifican repetidamente que han tomado algún tipo de acción protectora. Por ejemplo, los adolescentes que se preocupan obsesivamente acerca del robo pueden verificar que las puertas de la casa estén trabadas, no una vez o dos, sino repetidamente. Los adolescentes con este tipo de OCD a veces quedan paralizados por horas en un lazo repetitivo de pensamientos de preocuparse y verificar, preocuparse y verificar.

- Repetidores—Como los verificadores, estos adolescentes están obsesionados con las catástrofes potenciales. La diferencia es que se sienten obligados a llevar a cabo rituales repetitivos, protectores, sin conexión lógica con el acontecimiento temido. Por ejemplo, un adolescente consumido por pensamientos de que su hermana menor puede morir, tal vez sienta que la única manera de evitarlo es vistiéndose y desvistiendo repetidamente hasta que los pensamientos angustiantes pasen.
- Ordenadores—Estos adolescentes son acosados por una sensación general de incomodidad, que surge cuando las cosas no están en perfecto orden. Para reducir su molestia, los adolescentes dedican un tiempo considerable a ordenar, arreglar, enderezar o tratar de poner las cosas más simétricamente. Estos adolescentes pueden enojarse muchísimo si sus posesiones se arreglan de otro modo. Para ellos, es crítico que todo se encuentre en el lugar “correcto”.
- Acumuladores—Estos adolescentes están obsesionados con preocupaciones de no tener algo que pueden necesitar en el futuro. Algunos coleccionan activamente objetos que la mayoría de nosotros consideraríamos sin valor. Otros simplemente evitan desechar cosas. Naturalmente, muchos adolescentes son coleccionistas ávidos, como los adultos. Pero, aunque un adolescente típico puede querer coleccionar CD, un acumulador podría guardar no sólo los CD sino también las bolsas en que vinieron.
- Ritualistas mentales—Estos adolescentes, como los otros que se describieron antes, participan en comportamientos compulsivos para mantener a raya la ansiedad causada por los pensamientos obsesivos. La diferencia es que sus rituales se llevan a cabo de principio a fin en sus mentes. Los rituales mentales más comunes son rezar, contar y repetir en silencio ciertas palabras o frases. Una madre contó que su hijo se imaginaba a un “hombre que volteaba”, dando volteretas primero a un lado y luego al otro, una y otra vez.

- Obsesivos puros—Aunque la gran mayoría de los adolescentes con OCD participan en rituales compulsivos, algunos no lo hacen. Los obsesivos puros presentan pensamientos angustiantes repetidos, pero no han desarrollado comportamientos compulsivos para reducir la ansiedad que sienten. Los ejemplos incluyen los impulsos inquietantes de lastimar a los seres queridos o las imágenes avergonzantes de actos sexuales que les vienen a la mente. Estas ideas inquietantes vuelven una y otra vez, y la persona se siente incapaz de detenerlas.

Banderas de peligro que deben vigilarse

¿Cree usted que su adolescente puede estar sufriendo del OCD? Las siguientes son algunas señales de advertencia de que su adolescente podría estar necesitando ayuda:

- Tiene pensamientos inquietantes que vuelven una y otra vez
- Se preocupa excesivamente sobre la suciedad o los pecados.
- Hace las cosas repetidamente
- Muestra una preocupación creciente con detalles de poca importancia
- Se lava las manos, se da duchas o se limpia excesivamente
- Verifica repetidamente que las puertas y ventanas estén trabadas
- Es inflexible acerca de la forma de ordenar las cosas
- Hace las cosas un número específico de veces
- Reúne o colecciona una cantidad excesiva de objetos inútiles
- Toma mucho más tiempo que lo usual para completar tareas simples
- Actúa como si su vida diaria se haya vuelto una lucha
- Busca repetidamente que se lo tranquilice acerca de la seguridad

Los criterios de diagnóstico completos para el OCD pueden consultarse en el Apéndice.

Obligado a actuar

Aunque las compulsiones pueden clasificarse en categorías amplias, las formas específicas que tomen son tan singulares como el individuo que las presenta. A continuación se dan algunos ejemplos que fueron compartidos por los padres entrevistados para obtener material para este libro.

- “Mi hijo mayor, Sammy, se estaba poniendo desodorante y la tapa se escapó de sus manos y le rozó el hombro. Fue como si hubiese sido una emergencia médica. ¡La tapa estaba infectada! ¡Le tocó el hombro! Sammy tuvo que darse otra ducha y cambiarse toda la ropa.”—Padre de un adolescente de 16 años
- “En el fondo de la casa tenemos un patio con piso de piedra, y las piedras son de un color rojizo, un color azulado y un color grisáceo. Ella sólo podía pisar las azules.”—Madre de una niña de 13 años
- “Él hace cosas en tres juegos de tres, sea que esté golpeando el vaso sobre la mesa, golpeando con el tenedor antes de levantar la comida, elevando las cejas. Todo ocurre en juegos de tres.”—Madre de un varón de 13 años
- “Él no puede tirar nada. Acumula las cosas, aunque estén rotas. Es como si, si se tira algo, el hecho va a cambiar el orden completo de las cosas.”—Madre de un varón de 13 años
- “Él cuenta todo. Un día contó los puntos en la televisión hasta el momento en que no pudo mirar más a la TV.”—Padre de un varón de 13 años
- “Lo primero que noté fue cuando mi hijo me dijo que vio parte de la escritura en una prueba de un compañero durante la clase de ortografía, así que escribió mal una palabra a propósito. Él estaba preocupado acerca de hacer trampa cuando en realidad no lo estaba haciendo. Después le hice quedarse en casa y no ir a la escuela por medio día, y se preocupó de que, realmente, no estaba enfermo. Después de eso, empeoró muy rápidamente. Le atormentaban sus pensamientos hasta el punto en que no paraba de llorar, y se golpeaba la cabeza porque los pensamientos no paraban.”—Madre de un varón de 11 años

OCD en los adolescentes

En un tiempo se consideraba que el OCD era una afección rara en los niños y adolescentes. Actualmente, sabemos que no es así. Las investigaciones sugieren que hasta un 1% de la gente joven podría padecer del trastorno. Antes de la pubertad, los varones tienen mayor probabilidad que las niñas de sufrir del OCD. Después de la pubertad, sin embargo, las niñas los alcanzan. La prevalencia del OCD durante la adolescencia es aproximadamente igual para ambos sexos.

Cuando los niños más pequeños presentan OCD, a menudo tienen dificultad en articular los pensamientos obsesivos detrás de sus conductas compulsivas. En comparación, los adolescentes con frecuencia están más capacitados para hablar de sus obsesiones. Las obsesiones más comunes en la gente joven se ocupan de la contaminación y la suciedad, y las compulsiones más comunes son el lavado y la limpieza. Otras compulsiones comunes en grupos de esta edad incluyen verificar, ordenar, coleccionar y contar.

Lamentablemente, el OCD a menudo no es diagnosticado ni tratado en la gente joven. Por un lado, la gente joven con OCD puede mantener el secreto acerca de sus síntomas. Por otro lado, aunque el OCD ha recibido más atención en los últimos años, muchos médicos, maestros y otras personas que trabajan con gente joven todavía no están familiarizados con el trastorno. Esto significa que puede estar en manos de los padres el llevar el problema a la atención de los profesionales y, si es apropiado, pedir que se les refiera a un profesional de atención de salud mental.

Trastornos de tics y síndrome de Tourette

Los adolescentes con OCD con frecuencia presentan también otros trastornos. Entre las afecciones coexistentes más comunes se encuentran los trastornos de tics y el síndrome de Tourette.

Las obsesiones más comunes en la gente joven se ocupan de la contaminación y la suciedad, y las compulsiones más comunes son el lavado y la limpieza.

Un tic es un movimiento o vocalización súbito, rápido, repetitivo, sin propósito útil. Los ejemplos de tics motores incluyen sacudido repetido, no funcional, de la cabeza, muecas faciales, parpadeo y sacar la lengua. Los ejemplos de tics vocales incluyen chasquidos, gruñidos, y tos repetidos, no funcionales. Los tics vocales también pueden comprender sonidos o palabras repetidos, sin sentido.

Hasta un 30% de las personas con OCD informan que han tenido tics en algún momento de sus vidas. Entre el 5 y el 7% presentan síndrome declarado de Tourette, un trastorno neurológico caracterizado por tics múltiples frecuentes. Para que el síndrome de Tourette esté presente, la persona debe haber tenido tics motores múltiples y al menos un tic vocal en algún momento de la enfermedad, aunque no necesariamente al mismo tiempo. En la TV, las personas con Tourette a menudo se presentan como con coprolalia, un tic vocal complejo que comprende expresar obscenidades. En realidad, sin embargo, sólo una pequeña fracción de las personas con síndrome de Tourette exhibe coprolalia.

Los parientes inmediatos de las personas con OCD corren más riesgo de desarrollar trastornos de tics. Lo contrario también se aplica: Los parientes cercanos de personas con Tourette y otros trastornos de tics corren más riesgo de desarrollar OCD. La investigación sugiere que en algunos, pero no en todos los casos, el OCD y el síndrome de Tourette pueden representar otras expresiones de la misma variación genética.

Trastornos de espectro obsesivo-compulsivo

La existencia de un vínculo genético entre el OCD y los trastornos de tics, entre ellos, el síndrome de Tourette, parece evidente. Algunos investigadores han sugerido que podría existir un vínculo similar entre el OCD y lo que se conoce como “trastornos de espectro obsesivo-compulsivo”—un grupo de trastornos que, al menos superficialmente, se asemejan a obsesiones o compulsiones, y que pueden responder a algunos de los mismos tratamientos usados en el OCD.

Un adolescente, dos desafíos

Ryan, un adolescente de 17 años, sufre de OCD y síndrome de Tourette. A lo largo de los años, sus tics han tomado muchas formas: tararear con la boca cerrada, gruñir, pestañear, hacer muecas, encogerse de hombros y sacudir la pierna, para nombrar algunos. En un momento, sacudió el cuello con tanta fuerza que sufrió un traumatismo cervical. El OCD de Ryan ha tomado también una variedad de formas, entre ellas, una obsesión con la contaminación. “Si tenía que trabajar con agentes químicos en la clase de ciencias, tenía miedo de que un residuo quedara en sus manos y entrara en sus alimentos y, finalmente, lo matara”, dice su madre.

La combinación de OCD y síndrome de Tourette impuso dificultades en los primeros años de la adolescencia de Ryan y en su familia. Actualmente, sin embargo, Ryan ha aprendido a controlar sus síntomas y seguir adelante en su vida, con la ayuda de la terapia, los medicamentos y el apoyo de su familia. En su último año de escuela secundaria, Ryan está a la expectativa de su ingreso en la universidad. Su madre dice, “Ahora, cuando vamos a una función de la TSA [Asociación del Síndrome de Tourette] o de la OCF [Fundación Obsesiva-Compulsiva] nos reunimos con padres que se encuentran donde nosotros estábamos hace cinco años. Para ellos, yo creo que es útil poder hablar con nosotros y conocer a Ryan, porque saben que nosotros hemos pasado por eso. A ellos les ayuda y para nosotros es como una recompensa.”

El concepto de un espectro obsesivo-compulsivo, sin embargo, todavía está siendo debatido. Aunque varios trastornos mentales y de la conducta son más comunes en personas con OCD que en la población en general, no está claro cuáles comparten una causa genética o pasajes biológicos comunes.

Las afecciones que parecen asociarse con un riesgo mayor del promedio para OCD incluyen:

- Trastorno dismórfico corporal—Un trastorno en que las personas se preocupan tanto por algún defecto imaginario en su aspecto, que les causa una angustia grave o problemas considerables en su vida cotidiana.
- Tricotilomanía—Un trastorno en que las personas se sienten empujadas a quitarse su propio cabello, causando una pérdida notable de éste.

- Hipocondría—Un trastorno en que las personas se vuelven preocupadas con la idea de que puedan tener una enfermedad grave, basándose en su interpretación errónea de señales y sensaciones corporales sin importancia.
- Anorexia nerviosa—La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual la persona tiene un temor intenso de engordar de modo que restringe severamente lo que come, a menudo hasta el punto de casi inanición.
- Bulimia nerviosa—La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario en que la persona ingiere una gran cantidad de alimentos y luego se purga forzándose a vomitar, abusando de laxantes o diuréticos o haciendo ejercicios excesivamente.

Es necesaria una investigación más profunda de la relación entre estos trastornos y el OCD. Vale la pena observar que hay diferencias considerables, así como similitudes, entre todas estas afecciones. No obstante, los estudios sugieren que podría, en efecto, haber un mecanismo genético compartido por el OCD y algunos de estos trastornos. Por ejemplo, un estudio publicado en *Biological Psychiatry* en el año 2000 halló un vínculo hereditario entre el OCD, el trastorno dismórfico corporal y los comportamientos de “arreglarse”, tales como la tricotilomanía.

Otros problemas relacionados

No es raro que los adolescentes con OCD sufran también de otro trastorno de ansiedad, por ejemplo, una fobia específica, un trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o trastorno de ansiedad generalizada. El OCD también puede ocurrir conjuntamente con la depresión, aunque esto puede ser menos común en los adolescentes que en los adultos.

Además, los trastornos del aprendizaje parecen ser relativamente comunes entre las personas jóvenes con OCD. Estos trastornos afectan el rendimiento escolar de los adolescentes o su capacidad para funcionar en situaciones cotidianas que requieren saber leer, escribir o conocer las matemáticas. Cuando los estudiantes con OCD presentan trastornos del aprendizaje, frecuentemente tienen problemas con la escritura, las matemáticas o el lenguaje escrito expresivo.

Tabla 2. ¿Cuál es la diferencia?

El OCD puede parecerse mucho a varios otros trastornos mentales. Además, no siempre es fácil descubrir la diferencia entre los rituales del OCD y las supersticiones o hábitos raros comunes. Este cuadro presenta algunas de las características distintivas.

<i>El OCD a veces se confunde con.</i>	<i>Comparada con el OCD, esta afección conduce a . .</i>
Trastorno de ansiedad generalizada:	Preocupaciones excesivas acerca de la vida real. Por el contrario el OCD conduce a preocupaciones exageradas sin fundamento en la realidad.
Depresión	Reflexiones pesimistas persistentes que la persona considera apropiadas. Por el contrario, las personas con OCD consideran que sus obsesiones son inapropiadas y entrometidas.
Trastornos alimentarios o de la imagen corporal	Una preocupación con la comida, el peso corporal o el aspecto. Por el contrario, el OCD no se limita a estas preocupaciones solamente
Abuso de sustancias o adicción a juegos de azar	Una actividad en que la gente siente que necesita repetirla porque le causa placer. Por el contrario, la gente con OCD siente que necesita repetir compulsiones porque las acciones reducen temporalmente la ansiedad causada por las obsesiones.
Supersticiones o hábitos estrafalarios	Rituales o rutinas que no llevan un tiempo excesivo y que no causan una angustia o impedimento considerable. Por el contrario, el OCD es penetrante y conduce a impedimentos en el funcionamiento diario.

Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje puede complicarse por la presencia de OCD. Esto se debe a que el OCD en sí interfiere, a veces, con la velocidad y la eficiencia con que los estudiantes completan su trabajo.

Puede ser difícil diferenciar entre el estudiante que es más lento en la escuela debido a los rituales asociados con el OCD o si presenta obstáculos causados por una discapacidad del aprendizaje.

Causas y factores contribuyentes

El OCD ha estado dando vueltas desde hace siglos. Escritos originados en la Edad Media describen las compulsiones religiosas y las diferencias de la devoción religiosa. Más recientemente, el OCD ha sido documentado en países de todo el mundo. Por consiguiente, no es de sorprender que, con una enfermedad tan dramática y difundida, se hayan presentado numerosas teorías acerca de las causas del OCD. En un momento u otro, el trastorno ha sido atribuido a una variedad de cosas, desde debilidad moral a adiestramiento demasiado estricto para que los niños usen los inodoros.

Más recientemente, a medida que se acumulaba evidencia científica, el enfoque ha pasado desde las explicaciones emocionales a las bioquímicas y genéticas. Al contrario de lo que usted pueda pensar, no hay evidencia de que el OCD sea causado por las prácticas de crianza o las

No hay evidencia de que el OCD sea causado por las prácticas de crianza o las actitudes aprendidas. . .

actitudes aprendidas, tales como un énfasis en la limpieza o una creencia de que ciertas ideas son inaceptables. En vez de ello, hay un número considerable y creciente de investigaciones que vinculan el OCD con un funcionamiento anormal de los circuitos cerebrales.

La hipótesis de la serotonina

Los estudios de imágenes cerebrales de personas con OCD han revelado patrones de actividad que se diferencian de los observados en los individuos sanos y en personas con otras enfermedades mentales.

En particular, el cerebro de las personas con OCD con frecuencia presenta anomalías en los circuitos que unen la corteza orbital, situada al frente del cerebro, con los ganglios basales, situados más profundamente. Un hecho interesante, es que otros estudios de imágenes han demostrado que estas anomalías en la actividad cerebral con frecuencia desaparecen después del tratamiento ya sea con terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés) o con medicamentos. Dichos estudios ofrecen evidencia gráfica de que tanto la terapia como los medicamentos pueden alterar directamente la manera en que el cerebro funciona.

La serotonina, un mensajero químico que ha sido vinculado tanto a la ansiedad como a la depresión, desempeña un papel importante en la comunicación entre estas dos estructuras cerebrales. Una teoría, conocida como la hipótesis de la serotonina, señala a las concentraciones bajas de serotonina como la causa radical de los cambios relacionados con el OCD en la función cerebral. La evidencia más notable para esta teoría surge de estudios que demostraron una reducción en los síntomas de OCD entre las personas que tomaron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés), medicamentos que aumentan la disponibilidad de serotonina en el cerebro.

Factores genéticos

En las historias familiares de mucha gente con el trastorno se puede encontrar más evidencia en apoyo de las raíces biológicas del OCD. El OCD muestra una tendencia para afectar familias. El riesgo de OCD es mayor si un padre lo padece, y aumenta aún más si el padre desarrolló el OCD en la niñez o si hay múltiples parientes con OCD, síndrome de Tourette o tics. Se podría pensar que esta tendencia se explicaría por los hijos imitando los rituales compulsivos que han observado realizar a sus padres. Sin embargo, en los estudios en que tanto un padre como un hijo sufren de OCD, los síntomas normalmente no son similares. Por ejemplo, un padre que limpia compulsivamente puede tener un hijo que verifica o que cuenta compulsivamente. Esto respalda el argumento de que la herencia sería responsable de la conexión familiar más bien que el aprendizaje. Hasta el momento, los investigadores han identificado una mutación genética que tal vez desempeñe un papel en ciertos casos de OCD.

Dicha mutación ocurre en un gen transportador de serotonina que ayuda a regular la cantidad de serotonina en el cerebro. Un cambio particular en este gen reduce la cantidad de serotonina disponible y aumenta el riesgo de OCD o de síntomas del tipo de OCD. Unas pocas personas tienen dos cambios diferentes en este mismo gen, y el doble ataque parece relacionarse con un OCD más grave.

”Pero como yo pasé por eso, entiendo la importancia que tiene obtener ayuda para mi hijo.”

Naturalmente, no todas las personas que tienen un pariente con el trastorno desarrollan OCD. Para los que lo desarrollan, sin embargo, la conexión familiar es, a menudo una fuente de apoyo y comprensión. “En cierta forma, estoy complacido por haber pasado por el mismo tipo de cosas”, dice un padre con OCD cuyo hijo de 13 años presenta la misma afección. “Cuando yo era niño, mis padres no parecían saber que ellos podían hacer algo para ayudar. Pero como yo pasé por eso, entiendo la importancia que tiene obtener ayuda para mi hijo.”

Factores del medio ambiente

Como hemos visto, el OCD tiene sus raíces en la biología y la genética. Las prácticas de crianza y las interacciones familiares no causan el trastorno. No obstante, una vez que el trastorno está presente, la vida en el hogar del adolescente afecta y es afectada por el OCD. Por un lado, los jóvenes con OCD a menudo tratan de implicar a los miembros de la familia en sus rituales. Un padre cuenta que su hijo de 16 años, con OCD, exigía que todos los miembros de la familia se lavaran las manos de una cierta forma. “Él se paraba y lo vigilaba a uno, y si uno lo hacía mal, esperaba que lo volviera a hacer una y otra vez hasta que lo hiciera bien.” Este mismo adolescente declaró que su cuarto era zona prohibida. Después que su hermano entró en el cuarto un día, el adolescente exigió que el cuarto fuese descontaminado.

“Cambia las sábanas, cambia las fundas, esteriliza las perillas de las puertas, esteriliza el interruptor de la TV y el control remoto para el equipo estereofónico. Todo debía ser esterilizado”, relata el padre.

No importa lo irracional e inconveniente que parecen estas exigencias, los padres a menudo están tentados de cumplir, en un esfuerzo para mantener la paz y aliviar temporalmente la ansiedad obvia del niño. En otros casos, los padres cumplen con los pedidos porque se confunden por los pedidos aparentemente grotescos, y no saben qué otra cosa hacer. Aunque éstas son reacciones que se pueden entender, los padres que cooperan con el OCD terminan, de hecho, solidificando los comportamientos disfuncionales del hijo.

Infección estreptocócica

Finalmente, algunos casos del OCD de la niñez pueden aparecer cuando ocurre una infección estreptocócica. Los médicos observadores han notado que, en algunos niños, el OCD o los tics empezaron repentina y dramáticamente después de un caso de una infección estreptocócica de la garganta. Esta observación condujo a la identificación de un trastorno llamado PANDAS (las siglas en inglés de los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos, asociados con las infecciones estreptocócicas). Para poder hacer un diagnóstico de PANDAS, el niño debe presentar OCD o un trastorno de tics, que comenzó entre la edad de 3 años y la pubertad. A medida que pasa el tiempo, los síntomas deben mostrar un patrón de altibajos drásticos. Típicamente, empeoran repentinamente y luego lenta y gradualmente mejoran con el tiempo. Pero si el niño adquiere otra infección estreptocócica, el OCD o los síntomas de tics empeoran nuevamente en forma abrupta.

Los investigadores están comenzando a explorar el mecanismo detrás de PANDAS. En la fiebre reumática, otro trastorno desencadenado por la infección estreptocócica, el sistema inmunitario del organismo fracasa. En vez de atacar solamente a las bacterias estreptocócicas, los anticuerpos producidos por el sistema inmunitario también atacan por error las válvulas cardíacas, las articulaciones o ciertas partes del cerebro. Se cree que algo similar podría ocurrir en el PANDAS. Los anticuerpos pueden montar una reacción inmunitaria que lesiona los ganglios basales, un manojito de neuronas en el cerebro que desempeñan un papel clave en el movimiento y la conducta.

Primera persona singular

¿Quiere echar un vistazo dentro de la mente de su adolescente? Estas memorias escritas por individuos con OCD describen lo que realmente significa vivir con el trastorno.

- Colas, Emily. *Just Checking: Scenes from the Life of an Obsessive-Compulsive*. New York: Washington Square Press, 1998.
- Summers, Marc, con Eric Hollander. *Everything in Its Place: My Trials and Triumphs with Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Tarcher/Putnam, 2000.
- Traig, Jennifer. *Devil in the Details: Scenes from an Obsessive Girlhood*. New York: Little, Brown and Company, 2004.
- Wilensky, Amy S. *Passing for Normal*. New York: Broadway Books, 1999.

Por definición, PANDAS es un trastorno de la niñez. Pero, a medida que los científicos aprendan más sobre la conexión entre la infección estreptocócica y el OCD, es bastante posible que encuentren que los adolescentes y adultos pueden también sufrir de OCD mediado por el sistema inmunitario. Sin embargo, el hecho de que su hijo haya tenido una infección estreptocócica en el pasado no quiere decir, necesariamente, que ésta sea la causa de su OCD. Casi todos los niños en edad escolar contraen una infección estreptocócica en algún momento, pero muy pocos desarrollan OCD como resultado de ella. PANDAS se considera como un diagnóstico sólo cuando existe una relación muy estrecha entre el inicio o empeoramiento del OCD o los tics y una infección estreptocócica previa.

Diagnóstico y tratamiento

El OCD es un trastorno cerebral de modo que sus mejores tratamientos son los que realmente cambien la forma en que el cerebro funciona. La investigación ha demostrado que tanto la CBT como los medicamentos pueden tener este efecto. Recientemente, la autora principal de este libro fue una coinvestigadora principal en un estudio que evaluó la eficacia de la CBT, un medicamento de la clase de SSRI, o una combinación de ambas medidas para el tratamiento del OCD en niños y adolescentes. El estudio fue una investigación aleatoria y controlada—el estándar utilizado en la investigación clínica—en la que participaron 112 adolescentes y jóvenes examinados en tres centros universitarios de tratamiento.

Los tres tratamientos fueron más eficaces que un placebo (una píldora de azúcar) para reducir los síntomas. Tomados en conjunto, los resultados obtenidos de los tres centros demostraron que las personas jóvenes lograban mejores resultados cuando recibían una combinación de CBT y un SSRI, que con cualquiera de los dos tratamientos por sí solos. Sin embargo, en el caso de las personas jóvenes tratadas en la Universidad de Pensilvania, la CBT por sí sola dio resultados tan buenos como el tratamiento combinado. Esto destaca el hecho de que la forma en que los terapeutas administran la CBT es un factor importante en determinar su eficacia. El estudio también destaca el éxito que pueden tener los tratamientos de avanzada. Entre los pacientes de la Universidad de Pensilvania, casi dos tercios de los que participaron en el grupo tratado con CBT solamente, y el grupo combinado, presentaban pocos o ningún síntoma después de 12 semanas de tratamiento.

Cómo obtener un diagnóstico

El primer paso para encontrar el tratamiento para su adolescente es buscar un diagnóstico profesional del trastorno. Aunque esto parece no tener problemas, las complicaciones surgen debido al hecho de que varios otros trastornos mentales y conductuales pueden parecerse al OCD. Para poder hacer un diagnóstico preciso, un profesional de salud mental indagará acerca del historial del adolescente y sus síntomas actuales.

El profesional tendrá una entrevista diagnóstica con el adolescente y observará su comportamiento. Como usted conoce tan bien el estilo de vida actual de su hijo así como sus antecedentes de desarrollo, tal vez también se le pida que proporcione información.

La mayoría de los adolescentes tienen algunos rituales privados que tienen poco sentido, pero que no hacen daño y que hasta pueden ser tranquilizantes. Por ejemplo, pueden abrir la cama de la misma forma todas las noches, o golpear madera para escapar de la mala suerte. Estos rituales no significan, necesariamente, que el adolescente sufra el OCD. Para clasificarse como un trastorno, los síntomas deben persistir y causar una angustia considerable o interferir con la vida diaria del adolescente. Otra característica cardinal, que el profesional busca, es la “neutralización”. Esto significa que los rituales se realizan específicamente para contrarrestar la ansiedad provocada por ciertas ideas, o para reducir la probabilidad de que ocurran las consecuencias temidas.

“Hemos estado solos, luchando, sin entender qué es lo que estaba pasando. De modo que el recibir un diagnóstico fue, en realidad, un gran alivio.”

Nunca es una noticia agradable el descubrir que su hijo padece una enfermedad. Sin embargo, una vez que se ha hecho un diagnóstico de OCD, muchos padres sienten alivio por, finalmente, tener un nombre para definir los problemas por los que está pasando el adolescente. “Hemos estado solos, luchando, sin entender qué es lo que estaba pasando. De modo que el recibir un diagnóstico fue, en realidad, un gran alivio”, dice una madre. “Después, la etapa siguiente fue darnos cuenta de que se podía hacer algo. Que no era sólo esta cosa terrible que había pasado. Que había formas de ayudar, y ese fue el segundo gran alivio.”

Terapia conductual cognitiva

La CBT es el elemento clave en el tratamiento de la mayoría de los adolescentes con OCD. Este tipo de tratamiento ayuda a la gente a reconocer y cambiar las formas de pensar contraproducentes, así como a cambiar los comportamientos de mala adaptación.

Una forma de CBT en particular, conocida como exposición y prevención de la respuesta (EX/RP, por sus siglas en inglés, llamada también exposición y prevención del ritual), ha demostrado ser especialmente beneficiosa para el tratamiento del OCD. El componente de exposición comprende lograr que la persona haga frente a los pensamientos o situaciones que provocan la angustia obsesiva, mientras que la parte de prevención de respuesta significa que se abstenga voluntariamente de usar compulsiones para reducir la angustia durante estos encuentros. Cuando la persona hace frente repetidamente a sus temores sin recurrir a sus compulsiones, la ansiedad disminuye gradualmente con el tiempo. La ansiedad se reduce después de exposiciones repetidas a una situación que provoca ansiedad, un proceso al que los psicólogos han identificado como habituación.

Las personas pueden practicar la EX/RP ya sea en ambientes reales o en su imaginación. En cualquiera de los casos, tienen una probabilidad de confrontar sus temores con la realidad. Cuando un ritual no se lleva a cabo y no hay consecuencias terribles, esto ayuda a la persona a reconocer los errores en su forma de pensar. Una vez que se ha reconocido que los temores no son realistas, los pensamientos, creencias y conductas cambian.

Por ejemplo, digamos que una adolescente con una compulsión de lavarse las manos, se preocupaba de que, si tocaba las perillas de puertas “verminosas” se enfermaría. Aunque estaba obligada a tocar las perillas todos los días, y aunque no se enfermaba como resultado de ello, podría decirse a sí misma, “Sí, toqué la perilla y no me enfermé, pero eso es solamente porque me lavé las manos tan minuciosamente”. Durante la EX/RP, la adolescente no sólo toca una perilla de puerta, sino que también se abstiene de lavarse las manos posteriormente. Con el tiempo, cuando todavía no se enferma, se podría dar cuenta de que su creencia previa acerca de la necesidad del lavado constante, era errónea. Entonces podría empeñarse en reemplazar esa creencia con una más verídica, por ejemplo, “Toqué las perillas muchas veces antes, y no me enfermé. Las perillas no son peligrosas”.

En los adultos, la CBT es el tratamiento mejor establecido para el OCD. En el caso de los adolescentes que padecen el trastorno, las pautas consensuales de los expertos, publicadas en el *Journal of Clinical Psychiatry* en el año 1997, recomendaban la CBT, ya sea sola o combinada con medicamentos, como el tratamiento de primera elección. Para muchos tipos de compulsiones—incluso el lavado y la limpieza, ordenar las cosas, repetir, contar y coleccionar—las pautas recomendaron la EX/RP como una medida particularmente útil.

Un protocolo terapéutico típico

En un estudio subvencionado por el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), la autora principal de este libro y su colega, John S. March, usaron un protocolo terapéutico para el OCD que desde entonces ha sido emulado ampliamente. Este protocolo típico comprende 14 visitas distribuidas a lo largo de 12 semanas. El tratamiento puede dividirse en cinco fases:

- Psicoeducación (semanas 1 y 2)—El terapeuta presenta información acerca de la naturaleza del OCD, los riesgos y beneficios de la CBT y los detalles del plan terapéutico.
- Capacitación cognitiva (semanas 1 y 2)—El terapeuta enseña al paciente a usar técnicas cognitivas para resistir al OCD. Como parte de la capacitación, se enseña a los pacientes a usar conversaciones constructivas consigo mismo, para premiarse y alentar sus propios esfuerzos para resistir al OCD.
- Mapeo del OCD (semana 2)—El terapeuta explora la experiencia del OCD que ha tenido el paciente, incluyendo las obsesiones, compulsiones, factores desencadenantes y conductas para evitarlo.
- EX/RP (semanas 3 a 12)—El paciente usa EX/RP para enfrentar las situaciones que provocan ansiedad, mientras resiste la urgencia de recurrir a rituales o conductas específicas para evitarlas. El paciente comienza con situaciones en las cuales los síntomas de OCD son relativamente fáciles de resistir y pasa después, gradualmente, a situaciones de dificultad creciente. Además de trabajar directamente con el terapeuta, el paciente practica el EX/RP en las tareas que se le asignan para realizar en la casa.

- Prevención de la recidiva (semanas 11 y 12)—El paciente practica las habilidades para sobrellevar el acontecimiento, que pueden usarse si los síntomas empeoran nuevamente en el futuro. Estas habilidades pueden ayudarle a impedir que un empeoramiento breve se vuelva una recurrencia completa y de larga duración, de los síntomas.

Aunque éste es un protocolo típico, el tratamiento de su propio adolescente puede diferenciarse algo, dependiendo de factores tales como la gravedad de los síntomas, la presencia de otros trastornos, las preferencias del terapeuta, la respuesta del adolescente al tratamiento, y el número de sesiones cubiertas por su plan de seguro. Es probable que ocurran algunas variaciones. Pero si el tratamiento de su adolescente no incluye los elementos básicos mencionados antes, él o ella puede no estar recibiendo un tratamiento eficaz.

En su posición de padre, usted tendrá que desempeñar un papel activo en la CBT de su adolescente. El terapeuta debe proporcionarle información sobre la CBT y explicarle la mejor forma de apoyar el tratamiento en su hogar. También es posible que se le invite a participar en algunas de las sesiones terapéuticas. Si usted ha sido atrapado en los rituales de su adolescente, el terapeuta debe darle instrucciones sobre cómo y cuándo dejar de participar. La detención demasiado abrupta puede ser contraproducente si su adolescente no cuenta todavía con las habilidades necesarias para enfrentarse con la angustia producida. En ese caso, el terapeuta le guiará para que deje de participar cuando su adolescente esté listo.

En su posición de padre, usted tendrá que desempeñar un papel activo en la CBT de su adolescente.

Terapia por medicamentos

La investigación sugiere que algunos adolescentes con OCD tal vez se beneficien al recibir medicamentos además de la CBT. La combinación de medicamento y CBT puede ser particularmente útil para los que presentan síntomas más graves, y los que sufren de trastornos coexistentes, como el síndrome de Tourette u otro trastorno de ansiedad o depresión.

Afortunadamente, cuando se trata de estudios en niños y adolescentes, se han hecho más investigaciones sobre el tratamiento con medicamentos para el OCD que para cualquier otro trastorno de ansiedad. Un cuerpo creciente de evidencia apoya ahora la eficacia de dos tipos de medicamentos: Los SSRI y un agente antidepresivo tricíclico llamado clomipramina (Anafranil).

- **SSRI**—Estos medicamentos se clasifican como antidepresivos, pero también se usan ampliamente para tratar los trastornos de ansiedad. Ejercen su efecto aumentando la cantidad disponible de serotonina, un neurotransmisor que parece desempeñar un papel central en el OCD. Los SSRI incluyen citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft). En estudios extensos, bien controlados, se ha demostrado que fluoxetina, fluvoxamina y sertralina son eficaces para el tratamiento de niños y adolescentes con OCD, y estos tres medicamentos han sido específicamente aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para este fin. Los efectos completos de los SSRI pueden necesitar unas pocas semanas para manifestarse, y estos agentes deben iniciarse a una dosis baja, ya que a veces aumentan inicialmente la ansiedad. Los efectos secundarios posibles incluyen náuseas, dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, inquietud y problemas sexuales. En el año 2004, la FDA también publicó una advertencia acerca de un riesgo pequeño, pero significativo, de aumento de las ideas y los comportamientos suicidas en niños y adolescentes que estaban tomando agentes antidepresivos. Para obtener más información sobre esta advertencia, consulte el Capítulo 7.

- Clomipramina (Anafranil)—La clomipramina pertenece a una clase más antigua de medicamentos, los llamados agentes antidepresivos tricíclicos. Como es el caso de los SSRI, los antidepresivos tricíclicos también afectan la concentración y actividad de la serotonina en el cerebro. La clomipramina, en particular, fue el primer medicamento que se estudió sistemáticamente en niños y adolescentes con OCD. Los estudios confirmaron su eficacia y el agente recibió la aprobación de la FDA como un tratamiento para el OCD en este grupo etario. Sin embargo, la clomipramina tiene mayor probabilidad de causar efectos secundarios molestos que los SSRI, de modo que normalmente no es el tratamiento de primera elección. Los efectos secundarios posibles incluyen somnolencia, boca seca, trastornos del estómago, estreñimiento, problemas sexuales, cambios en el apetito o el peso corporal, problemas con la vejiga y aumento de la frecuencia cardíaca. La advertencia de la FDA acerca del riesgo de ideas y comportamientos suicidas se aplica también a la clomipramina.

Qué se puede esperar

Los diferentes adolescentes también responden en forma diferente al tratamiento para el OCD. En general, la CBT es la piedra fundamental del tratamiento. Pero si la CBT por sí sola no proporciona suficiente alivio, el terapeuta puede cambiar a una CBT más intensiva o añadir un SSRI. Si una combinación de CBT y un SSRI no es suficiente, el terapeuta puede cambiar a una CBT más intensiva, adoptar un medicamento diferente o añadir un segundo medicamento. “Yo creo que lo que es importante conocer acerca del OCD es que, con el tratamiento correcto, el trastorno mejora”, dice la madre de un niño de 13 años con el trastorno.

Cualquiera que sea el tratamiento escogido, los efectos normalmente no comienzan a sentirse hasta pasadas algunas semanas. Es importante que su adolescente haga una buena prueba de cualquier tratamiento antes de decidir que no está dando suficientes resultados. Esto generalmente significa cumplir con el tratamiento al menos por 10 semanas. Para la mayoría de los pacientes, las ganancias logradas con la CBT tienden a durar un tiempo prolongado sin necesidad de continuar el tratamiento. Por otra parte, en muchos pacientes, las ganancias logradas con medicamentos duran solamente mientras la persona tome el agente.

“Yo creo que lo que es importante conocer acerca del OCD es que, con el tratamiento correcto, el trastorno mejora.”

Apoyo de su adolescente en su casa

Una de las cosas más útiles que puede hacer por su adolescente con OCD es educarse a sí mismo acerca de la enfermedad. El terapeuta de su adolescente debe darle alguna información básica sobre el trastorno, pero no se detenga allí. “Yo investigué mucho”, dice un padre. “Visité a la OCF [Obsessive-Compulsive Foundation] en Internet. Y conseguí algunos libros, y me puse a leer.” Un segundo padre dice, “Tenemos un buen psiquiatra que me puso en contacto con la madre de otro hijo con OCD poco después de que hubiéramos recibido el diagnóstico de mi hijo. Esta mujer fue una tremenda ayuda y, lo que es más importante todavía, me dio esperanzas de que las cosas iban a mejorar.”

Claves para la comunicación

Cuanto más sepa sobre el OCD, tanto mejor podrá hablar con su adolescente acerca del tema. Usted puede ayudar a aumentar el amor propio de su adolescente aclarándole bien que el problema es la enfermedad, no la persona que la sufre. Lo único que logran las críticas es aumentar el grado de ansiedad de su adolescente y hacer que el OCD sea mucho más difícil de resistir. Por otra parte, cuando usted enfoca cualquier problema sin juzgar, está comunicando a su adolescente que entiende por lo que él o ella está pasando y que está dispuesto a ayudar.

Los adolescentes con OCD con frecuencia esconden sus síntomas debido a un sentido erróneo de vergüenza o de culpa. Como dice una madre, “Mi hija escondía sus síntomas. Nosotros no estábamos viendo todo lo que ella estaba haciendo, y ella no nos hablaba de estas cosas. Ella estaba haciendo cosas que no podía dejar de hacer, y sabía que eso ‘era una locura’, de modo que no quería que nosotros lo supiéramos.

Atención a su propia persona

Es tan fácil estar tan ocupado ayudando a su adolescente que uno se olvida de cuidar de sí mismo. Sin embargo, la crianza de un adolescente con OCD puede causar gran estrés. Aquí tiene algunas cosas que otros padres usan para evitar que el estrés escape fuera de todo control.

- Pida ayuda a familiares y amigos que estén dispuestos a apoyarle. “El OCD de mi hija causó alguna tensión en nuestra familia. Mi suegra y mi madre no lo entendían. Pero mi esposo y yo estábamos en la misma página, y eso arregló mucho las cosas.”—Madre de una adolescente de 16 años con OCD
- Asóciese con un grupo de apoyo en persona o en Internet. “El ingreso al grupo de OCD y Crianza de Hijos fue magnífico. Había otras personas que decían, ‘Sí, mi hijo hizo eso y esto es lo que nos dio resultados y esto otro lo que no sirvió’.”—Madre de un niño de 13 años con OCD (el grupo de OCD y Crianza de Hijos es un grupo de apoyo en Internet disponible a través de los Grupos Yahoo! [health.groups.yahoo.com/group/ocdandparenting]). Para encontrar un grupo de apoyo cara a cara en su área, póngase en contacto con la Fundación Obsesiva-Compulsiva [Obsessive-Compulsive Foundation] o la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad [Anxiety Disorders Association of America]).
- Mantenga en perspectiva una crisis actual. “El momento inmediatamente antes de empezar a mejorar es el peor. Está este período inicial terrible, cuando la terapia todavía no da resultados, pero es como la tormenta antes de que llegue la calma. Una vez que se pasa por ese obstáculo, las cosas se ponen mucho mejor.”—Madre de un adolescente de 16 años con OCD.
- Busque tratamiento para usted si lo necesita. “Yo he consultado a terapeutas para mí misma de vez en cuando. El año pasado fue tan difícil que yo también tenía ataques de llanto todos los días. Las cosas parecían tan terribles, y yo estaba desesperada. La consulta a un terapeuta realmente me ayudó.”—Madre de un adolescente de 13 años con OCD

Aliente la comunicación, pero no insista en que su adolescente comparta más de lo que él o ella pueda comunicar cómodamente. A medida que pasa el tiempo, y cuando el tratamiento comience a hacer efecto, su adolescente tal vez hable más francamente. Cuando ocurra esto, trate de escuchar sin juzgar a lo que sea que su adolescente tenga que decir.

Comuníquese al adolescente que está bien hablar acerca de los pensamientos o sentimientos desagradables, lo mismo que de los agradables. Aliente al adolescente a examinar estos pensamientos y sentimientos de forma realista. Pero no ofrezca consejos simplistas, tales como “¡No te preocupes!” o “Páralo”. A nadie le disgustan más los síntomas de OCD que a su adolescente. Si fuese fácil parar, su adolescente indudablemente lo hubiese hecho ya. En vez de ello, informe al adolescente que usted se da cuenta de lo difícil que es, pero que confía en que él o ella pueda vencer la enfermedad.

Colaboración con el maestro de su adolescente

Una gran porción de la vida del adolescente se centra alrededor de la escuela. Entonces no debe sorprender que el OCD frecuentemente afecte el funcionamiento social o académico en el ambiente escolar. El grado de impedimento varía mucho entre un estudiante y otro, sin embargo. Algunos adolescentes con OCD se las arreglan para mantener sus síntomas casi completamente escondidos en la escuela. Otros necesitan recibir ayudas de menor importancia en la clase, mientras que todavía otros necesitan una ayuda mucho más extensa y servicios educativos especiales.

El OCD tiene el potencial para afectar el rendimiento académico de varias maneras. Los estudiantes pueden estar tan preocupados con los pensamientos obsesivos, que es difícil que puedan pensar en otras cosas. Algunos estudiantes también desarrollan rituales relacionados con la escuela, tales como trazar y volver a trazar sus letras cuando están escribiendo, lo que interfiere con su capacidad para completar las tareas. Además, algunas obsesiones o compulsiones consumen tanto tiempo que interfieren con la capacidad de ir a clase, estudiar o hacer las tareas en la casa.

¿Debería usted hablar con los maestros de su adolescente acerca del OCD? Hable primero con el adolescente para medir su grado de comodidad en cuanto a compartir la información. Siempre está el riesgo de que algunas personas ignorantes puedan reaccionar en forma inapropiada. La mayoría de los maestros son bastante comprensivos y serviciales, sin embargo, una vez que entienden la naturaleza del problema. “Mi consejo para otros padres es hablar mucho en la escuela”, dice el padre de un adolescente con OCD que está en el noveno grado. “He dado libros a la escuela y les he proporcionado información. Voy a todas las reuniones escolares. Si lo necesito, llamo a los maestros o hago visitas adicionales a la escuela. Yo creo que las escuelas aprecian el hecho de que los padres participen en las actividades.”

Voy a todas las reuniones escolares. Si lo necesito, llamo a los maestros o hago visitas adicionales a la escuela.

Cambios pequeños, resultados grandes

Muchos estudiantes con OCD pueden adaptarse bien a las demandas comunes del aula de clase normal, pero otros tienen dificultades en la escuela. Estos últimos tal vez se beneficien si se toman medidas temporales y utilizaran servicios especiales que les ayuden a tener éxito en la escuela hasta que los síntomas del OCD se hayan podido controlar mejor.

Una voz de la experiencia

Ruth es la madre de dos adolescentes con OCD y una terapeuta que se especializa en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Además, cree firmemente en la importancia de mantener informado al personal escolar. Ruth ofrece este ejemplo: “La otra noche, la madre de uno de mis pacientes me llamó. Ella tiene una hija de 12 años que estaba pasando una noche terrible con el OCD y no podía parar de verificar una y otra vez su tarea escolar. Yo le dije a la madre, ‘Sáquele la tarea. Ella ha terminado. Usted puede llamar mañana a la escuela y decirles que fue una noche horrible del OCD, de modo que ella no pudo hacer la tarea.’” Naturalmente, esta estrategia funciona mejor cuando los maestros han sido avisados acerca del trastorno. Y todavía mejor, sería útil que los padres y maestros hubiesen examinado por adelantado los tipos de problemas que podrían surgir y las soluciones que podrían necesitarse.

La madre de un adolescente del noveno grado, con OCD, dice que él se ha beneficiado al disponer de un plan 504—uno de dos tipos de planes formales que cubren los servicios educativos para estudiantes con discapacidades mentales y físicas. (Para obtener más información sobre dichos planes, consulte el Capítulo 7.) “Este plan le permite tomar más tiempo en las pruebas y dactilografiar sus tareas para la casa. Él también tiene un permiso para salir del aula e ir a ver a la enfermera o ir al baño si se siente abrumado por el estrés. Y tiene al menos 2 días más para completar las tareas escolares en la casa, si está pasando por un período difícil.”

El que usted tenga un plan formal o sólo un acuerdo informal con el maestro de su adolescente, a veces se pueden hacer cambios pequeños que ayuden a su adolescente a funcionar mejor en la escuela, mientras usted espera que el tratamiento empiece a dar resultados, o si el tratamiento tiene sólo un éxito parcial. Las necesidades de cada estudiante con OCD deben considerarse individualmente y pueden cambiar con el tiempo a medida que la afección del estudiante mejora. Éstos son ejemplos de los tipos de cambios de corta duración que algunos estudiantes con OCD consideraron útiles.

Estudiantes con obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado:

- Permitir que estos estudiantes sean los primeros en la línea en la cafetería.
- Sentar a los estudiantes en sitios donde sean los primeros en recibir los elementos distribuidos.
- Dar a los estudiantes un juego adicional de libros “no contaminados” para mantener en su casa.
- Permitir a los estudiantes que lleguen temprano a los armarios para evitar los pasillos hacinados.
- Permitir que los estudiantes vayan al baño cuando sientan la necesidad. Irónicamente, esto podría realmente reducir la cantidad de tiempo que se pierde con la obsesión de no tener acceso a un lavabo. Cuando los estudiantes estén listos, puede ser apropiado limitar el número de permisos para ir al baño.

Estudiantes con obsesiones y compulsiones que conducen al perfeccionismo:

- Permitir que los niños pongan una marca en vez de rellenar círculos en las pruebas, para los estudiantes con compulsiones acerca de rellenar los círculos perfectamente.
- Permitir que las tareas se dactilografíen o se graben en cintas audiomagnéticas más bien que escribiéndolas a mano, para los estudiantes que tienen compulsiones acerca de tener una letra perfecta. También puede ayudar permitirles que graben las conferencias en vez de tomar notas a mano.

Estudiantes que hacen las cosas lentamente debido a sus obsesiones y compulsiones:

- Dar más tiempo para completar pruebas y tareas escolares para la casa, para estudiantes que se sienten obligados a verificar y volver a verificar su trabajo. Como alternativa, puede ser útil poner un límite al tiempo que lleve la tarea y aceptar lo que se haya completado en ese intervalo.
- Asignar textos más cortos de lectura para los estudiantes con compulsiones acerca de leer y releer oraciones o contar todas las letras o todas las palabras en una página. Como alternativa, se puede permitir a los estudiantes que escuchen grabaciones de libros o encontrar una persona que se los lea.

Recuerde que éstas tienen por objeto ser medidas temporales, no soluciones permanentes. El objetivo es ayudar a su adolescente a funcionar en la escuela hasta que el tratamiento dé resultados.

Un vistazo al futuro

El OCD tiende a ser una afección de larga duración. En un estudio en niños y adolescentes con el trastorno, el 43% todavía presentaba OCD pleno a los dos a siete años después, y sólo un 11% estaba totalmente libre de síntomas.

Este estudio se hizo hace más de diez años, sin embargo, y los jóvenes que participaron se trataron inicialmente con medicamentos. El tratamiento para el OCD se refina constantemente. Además, la evidencia sugiere que los niños y adolescentes que inicialmente se tratan con CBT, sea por sí sola o combinada con medicamentos, quedan capacitados para el resto de su vida con estrategias que les ayudan a mantener su mejoría.

Pero, hasta con la CBT, es posible que su adolescente no se cure completamente del OCD. No obstante, hay una excelente probabilidad de que pueda ser ayudado a sentirse mucho mejor. Algunos síntomas residuales pueden quedar, disminuyendo y aumentando durante años. Sin embargo, una vez que el adolescente ha aprendido las técnicas básicas para resistir el OCD, estas habilidades pueden ser aplicadas cuando quiera que el trastorno empeore.

El descubrimiento de que su hijo padece OCD puede causar mucha angustia inicialmente. Como dijo una madre, “¿Vio la escena en la película *Titanic* donde están en el océano sosteniéndose en una tabla de madera? Yo sentí como si mi hija y yo estuviésemos sosteniéndonos de esta tabla de madera y una de nosotras estuviese en peligro de desprenderse en cualquier instante”. Esta madre dice que lo que la ayudó a aumentar más su optimismo fue participar activamente en su capítulo local de la Fundación Obsesiva-Compulsiva, donde tuvo oportunidad de conocer no sólo a otros padres, sino también a otras personas de todas las edades con OCD.

Ella dice, “A mí me ayudó mucho conocer a adultos con OCD que habían dominado con éxito sus síntomas y que ahora tenían empleos y familias e hijos. Porque cuando una hija es inicialmente atacada con este trastorno, uno se pregunta si será forzada a llevar algún tipo de existencia marginal. Y después conoce a algunas de estas personas y se da cuenta de que, con el tratamiento apropiado, una gran porción de personas con OCD puede llevar vidas muy productivas y funcionar muy normalmente. Y ese fue el salvavidas real para mí, el darme cuenta de que la vida de ella probablemente andaría bien.”

Trastorno de estrés postraumático (PTSD): Imposibilidad de recobrase de un trauma

Imagínese que usted es una persona joven, que ha vivido el trauma extremo del abuso sexual infantil, un tiroteo en la escuela, un accidente automovilístico grave o un ciclón devastador. Ahora, imagínese que vuelve a pasar, repetidamente, por ese acontecimiento traumático, en la forma de imágenes de escenas retrospectivas, pesadillas, memorias intrusas o imágenes mentales aterradoras. Para usted, la sensación de peligro nunca desaparece realmente, de modo que su mente y su cuerpo siguen, constantemente, en un estado de alerta.

La ansiedad persistente que siente después del trauma le impulsa a evitar cualquier cosa que se asocie con ese terrible acontecimiento. Tal vez haga todo lo que pueda para evitar ciertas personas, lugares o actividades o, simplemente, podría tratar de evitar hasta pensar o hablar de lo que ha ocurrido. Es posible que se sienta furioso y que no confíe en otros, o tal vez se sienta separado de sus propias emociones e incapaz de conectarse con su familia y amigos.

Usted acaba de entrar en la mente de un adolescente con trastorno de estrés postraumático (PTSD). Lo que hace que el diagnóstico del PTSD sea singular entre los trastornos de ansiedad, es que necesita un acontecimiento que lo precipite. Este acontecimiento es alguna forma de experiencia aterradora, en la que ocurre o amenaza ocurrir un daño físico grave para usted o para otros. Los ejemplos de dichos acontecimientos incluyen el abuso físico o sexual de un niño, la violación sexual, el asalto físico, el secuestro, los desastres naturales, los ataques terroristas, los accidentes graves, las enfermedades que amenazan la vida, o la muerte repentina, inesperada de un ser querido.

Lo que hace que el diagnóstico del PTSD sea singular entre los trastornos de ansiedad, es que necesita un acontecimiento que lo precipite.

Estadísticas sorprendentes

Lamentablemente, los adolescentes corren un gran riesgo de tener experiencias traumáticas en su vida que pueden causar el PTSD en algunos individuos:

- La Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (The National Child Traumatic Stress Network) calcula que más de una cuarta parte de toda la juventud estadounidense ha pasado por un episodio de estrés traumático grave antes de llegar a los 16 años, y muchos sufren múltiples traumas.
- En el año 2002, casi 1.7 millones de personas jóvenes, de 12 a 19 años de edad, fueron víctimas de un crimen violento.
- En una extensa encuesta nacional, 9% de los estudiantes de escuelas secundarias informaron haber sido violados sexualmente en algún momento de sus vidas.

Estos tipos de acontecimientos son desgraciadamente comunes en las vidas de los adolescentes estadounidenses. Los adolescentes tienen el doble de probabilidad que grupos de cualquier otra edad, de ser víctimas de un crimen violento, y también corren gran riesgo de presenciar la violencia contra otras personas. Naturalmente, no todos los que son expuestos a un acontecimiento muy traumático desarrollan un PTSD completo, aunque muchos pueden presentar problemas de cierta duración. Pero, entre la gente joven que ha sufrido un trauma, se calcula que del 3 al 15% de las niñas y del 1 al 6% de los varones desarrolla PTSD.

Una historia familiar

Cuando nació Jennifer, ambos padres eran adictos a las drogas. Muy pronto se separaron, y Jennifer siguió viviendo con la madre, cuyo estilo de vida con un nuevo compañero se volvió progresivamente más errático. Por suerte para Jennifer, sus abuelos paternos siguieron implicados en su vida y, aunque no conocían todavía la extensión verdadera de sus problemas, estaban alarmándose mucho por lo que *podían* ver.

“Mi primera impresión era de que parecía autística”, dice Shirley hablando de su nieta en edad preescolar. “Estaba completamente sin control, muy hipersexual y realmente una nenita extraña.” Pero cuando Shirley llevó a la niña al médico, se quedó horrorizada cuando él sugirió otra explicación. De acuerdo con el examen físico, el médico creía que Jennifer podría estar reaccionando al abuso sexual. Después, en otra ocasión, Jennifer apareció con moretones de cabeza a pies sin explicaciones, despertando en sus abuelos la sospecha de que también se la estaba abusando físicamente.

Al ser encarada con las acusaciones de abuso, la madre de Jennifer tomó a la niña y desapareció por un tiempo. Cuando volvió a aparecer, ya no estaba dispuesta a que Jennifer viera a sus abuelos. Así empezaron varios años de luchas legales sobre los derechos de visita y la custodia. Finalmente, Jennifer fue a vivir con sus abuelos. Pero se necesitaron otros seis años de batallas en los tribunales antes de que los derechos de la madre cesaran y los abuelos pudiesen adoptarla legalmente.

Durante esos años, Jennifer fue diagnosticada con PTSD, que se rastreó al abuso sexual y físico que había sufrido en su infancia. Sus síntomas pueden haberse complicado por otro tipo de problema emocional surgido del abuso, así como por el impacto neurológico de las drogas que su madre había usado durante el embarazo. Jennifer sufría de pesadillas recurrentes y siempre parecía estar al acecho del peligro. Por mucho tiempo tuvo dificultades para establecer conexiones con otras personas.

Una vez que Jennifer ingresó a la escuela intermedia comenzó a tener problemas graves en la escuela. “Siempre estaba haciendo escándalos—si no eran de tipo sexual, eran lastimando físicamente a otros”, recuerda su abuela. “Yo recibía llamadas de la escuela en mi trabajo, y podía oír sus gritos por el teléfono.”

El proceso de recuperación fue lento, pero con la terapia y los medicamentos, junto con el apoyo constante de los abuelos, Los problemas de Jennifer mejoraron gradualmente. Un

“Todavía tiene algunas heridas emocionales, pero tiene gran determinación. Yo le he dado todo el poder que podía.”

momento importante llegó cuando cumplió 14 años, cuando sus abuelos pudieron adoptarla oficialmente. “Una vez que los tribunales finalmente cortaron los derechos de su madre, ella mejoró rápidamente”, dice Shirley. “Le tenía un miedo tremendo a su madre. Sin eso constantemente sobre su cabeza, pudo entonces dedicarse a vivir su vida.”

Jennifer tiene ahora 21 años, está casada y embarazada con su primer bebé. Hasta hace poco, trabajaba como defensora de gente joven para una agencia de salud mental. “Le está yendo bien”, dice orgullosamente su abuela. “Todavía tiene algunas heridas emocionales, pero tiene gran determinación. Yo le he dado todo el poder que podía.” Después de un momento de reflexión añade, “Me siento muy afortunada de haber tenido la experiencia de criar a

Jennifer. Ella cambió realmente nuestras vidas, y yo aprendí tanto. Y hay algo que puedo asegurarle: esa niña es muy valiente.”

Réplicas del trauma

En las vidas de las personas jóvenes ocurren muchas cosas desagradables y causantes de estrés. Los padres se divorcian, los abuelos mueren, se reprueban las clases, los mejores amigos se mudan. Aunque, por cierto, estos acontecimientos causan angustia, generalmente no conducen al PTSD. Para desencadenar el trastorno, un acontecimiento debe comprender al menos uno de estos elementos:

Cuando el hogar es donde ocurre el daño

El hogar debe ser el lugar donde los niños se sienten queridos y seguros. Sin embargo, para demasiados, es la fuente de su trauma. No se cuenta con datos fiables sobre la frecuencia de la violencia doméstica y el abuso físico de un niño pero se calcula que entre 3 y 10 millones de niños estadounidenses son testigos, anualmente, de la violencia doméstica contra uno de los padres. Además, los casos documentados de abuso físico de niños suman casi 180,000 anualmente, pero la mayoría de los expertos consideran que esta cifra es muy inferior a la realidad, ya que incluye solamente casos que han sido confirmados por las agencias de servicios protectores de niños. En total, millones de gente joven corren riesgo de PTSD debido a la violencia que han presenciado o sufrido en sus propios hogares.

Una madre de cinco niños, entre ellos, un joven de 19 años con PTSD, confiesa haber pasado 11 años en una relación abusiva antes de escapar. Durante ese período, se convenció a sí misma de que sus hijos estaban a salvo porque toda la violencia estaba destinada a ella, no a los niños. Ahora sabe que no fue así: “Si uno está en una relación abusiva, no importa que el abuso esté dirigido hacia uno o hacia el niño, hay que darse cuenta de que se está haciendo daño, y que éste es enorme. No importa cuánto trate de proteger a sus niños contra esto, ellos saben lo que está pasando y *les causará* problemas en el futuro. Los niños ven y comprenden mucho más de lo que sus padres creen.”

Si uno está batallando con la violencia en su casa—sea que uno sea la víctima, un testigo o la persona que no puede controlar sus sentimientos de ira—se puede conseguir ayuda. Los buenos sitios para empezar son el teléfono de la organización nacional de abuso del niño, Childhelp USA National Child Abuse Hotline (800-422-4533, www.childhelpusa.org) y el de la Violencia Doméstica Nacional (National Domestic Violence) (800-799-7233, www.ndvh.org).

- Muerte real o amenaza de muerte o lesión grave
- Una amenaza a la integridad física de la persona, por ejemplo el abuso sexual de un niño
- Presenciar la muerte, lesión grave o una amenaza a la integridad física de otra persona
- Enterarse sobre la muerte repentina, imprevista o una lesión grave de un ser querido

Cuando el acontecimiento ocurre, causa sentimientos intensos de temor, impotencia u horror. Las personas que sufren un trauma personalmente generalmente tienen mayor probabilidad de

Las personas que sufren un trauma personalmente generalmente tienen mayor probabilidad de desarrollar PTSD que las que solamente lo presencian o las que oyen acerca de él.

desarrollar PTSD que las que solamente lo presencian o las que oyen acerca de él. Además, cuanto más intenso sea un trauma, mayor será el riesgo de que ocurra el trastorno. Los traumas de larga duración o repetidos—por ejemplo, la violencia constante en el hogar—tienen una probabilidad particular de causar dificultades a largo plazo. Además, los síntomas probablemente serán más severos o durarán más cuando el trauma sea provocado intencionalmente por otra persona.

En la práctica, esto significa que hay una probabilidad mucho mayor de que las personas desarrollen PTSD después de una violación, por ejemplo, que después de un desastre natural. De hecho, la investigación ha demostrado que casi la mitad de las mujeres y dos tercios de los hombres que han sido violados desarrollarán PTSD. Cuanto mayor sea el peligro en que la gente se cree estar durante la violación, tanto peores serán, probablemente, los síntomas. Cuando los amigos y familiares reaccionan negativamente a lo que ha ocurrido—cuando “culpan

a la víctima” o se niegan a escuchar comprensivamente lo que cuenta la víctima—el riesgo aumenta aún más.

En el período subsiguiente

El PTSD incluye tres tipos principales de síntomas: volver a vivir el acontecimiento traumático, evitación y entumecimiento emocional, y aumento del despertamiento o estado exagerado de alerta. Los tres síntomas deben estar presentes para que se haga el diagnóstico del trastorno. A continuación se dan ejemplos de síntomas específicos que entran en cada una de estas categorías.

- Volver a vivir el acontecimiento traumático
 - Memorias recurrentes del acontecimiento que importunan y angustian
 - Pesadillas recurrentes acerca del acontecimiento

- Imágenes retrospectivas en las cuales la persona, aunque despierta, actúa o siente como si los acontecimientos estuviesen volviendo a ocurrir
- Angustia emocional o reacciones físicas intensas al ser expuesto a los factores desencadenantes que recuerdan el acontecimiento a la persona
- Evitación y entumecimiento emocional
 - Esfuerzos para no pensar, sentir o hablar acerca del acontecimiento
 - Esfuerzos para evitar las personas, lugares o actividades que traen memorias del acontecimiento
 - Incapacidad para recordar algunas partes importantes del acontecimiento
 - Menos interés o participación en actividades de las que se disfrutaba previamente
 - Sensación de alejamiento o apartamiento de los demás
 - Restricción en el espectro emocional (por ejemplo, incapacidad de sentir amor)
 - Sensación de un futuro más corto (por ejemplo, no esperar vivir más allá de los 25 años)
- Estado de alerta más pronunciado
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - Irritabilidad o estallidos de ira
 - Dificultad para concentrarse
 - Vigilancia constante
 - Respuesta de sobresalto exagerada

Tarde o temprano

Inmediatamente después de una experiencia terrible, algunas personas presentan sólo síntomas leves que desaparecen rápidamente sin tratamiento. Otras personas, sin embargo, necesitan más tiempo para recobrase. Estos problemas postraumáticos reciben varios nombres, dependiendo de su duración.

Estos problemas postraumáticos reciben varios nombres, dependiendo de su duración.

- Trastorno de estrés agudo—Los síntomas que aparecen poco después de un acontecimiento muy traumático, y que duran menos de un mes. Aunque los síntomas son demasiado breves como para ser considerados PTSD, son lo suficientemente graves como para obstaculizar el funcionamiento cotidiano.
- PTSD agudo—Después de un mes, se puede considerar un diagnóstico de PTSD. Si los síntomas han durado sólo uno a tres meses, el trastorno se denomina PTSD agudo.
- PTSD crónico—Si los síntomas han durado más de tres meses, el trastorno se denomina PTSD crónico.

En la mayoría de los casos, los síntomas de PTSD surgen inmediatamente después del acontecimiento traumático. No obstante, ocasionalmente no aparecen hasta transcurridos meses o hasta años. Cuando el inicio de los síntomas ocurre inicialmente a los seis meses o más después del trauma, el trastorno se llama PTSD demorado. En tales casos, los síntomas a menudo son desencadenados por el aniversario del acontecimiento o por la experiencia de un nuevo trauma, especialmente si recuerda el acontecimiento original a la persona.

Banderas de peligro que deben vigilarse

¿Ha pasado su adolescente por un acontecimiento sumamente traumático? Las siguientes son algunas señales de advertencia de que su adolescente podría estar necesitando ayuda:

Trastorno de estrés agudo

El trastorno de estrés agudo es un trastorno de ansiedad de corta duración que, por definición, no dura más de un mes. Comienza con la exposición al mismo tipo de acontecimiento traumático que puede desencadenar el PTSD e incluye muchos de los mismos síntomas: volver a vivir el trauma, evitación y aumento del estado de alerta. Además, el trastorno de estrés agudo incluye síntomas disociativos, tales como estar “en las nubes”, sentirse como un observador apartado de los propios pensamientos o comportamientos, y sentirse como si el mundo exterior fuese extraño o no fuese real. Para reunir los requisitos del trastorno de estrés agudo, estos síntomas deben causar una angustia considerable o levantar obstáculos en la vida diaria.

- Tiene recuerdos frecuentes, angustiantes, del acontecimiento
- Actúa como si el acontecimiento estuviese ocurriendo nuevamente
- Hace todo lo posible para evitar las cosas asociadas con el acontecimiento
- Exhibe síntomas físicos o emocionales cuando recuerda el acontecimiento
- No puede recordar aspectos importantes del trauma
- Se preocupa de morir en su juventud
- Parece emocionalmente apartado de otras personas
- Se sobresalta más a menudo que antes del acontecimiento
- Tiene pesadillas repetidas o le cuesta dormir

Los criterios de diagnóstico completos para el PTSD pueden consultarse en el Apéndice.

PTSD en los adolescentes

El PTSD parece ser relativamente común entre los adolescentes. Una encuesta reciente en que participaron 4,023 adolescentes, encontró que el 3.7% de los varones y el 6.3% de las niñas informaron haber satisfecho todos los criterios para el trastorno dentro de los seis meses previos. Los adolescentes con PTSD tienen más probabilidad de comportarse en forma impulsiva o agresiva que los niños pequeños o que los adultos. No obstante, en su mayor parte, sus síntomas reflejan los observados en adultos.

Los dos hijos de Mark—Jason, de 16 años, que sufría un retardo mental leve, y Brittany, de 13 años—desarrollaron PTSD después de haber sido atacados sexualmente en repetidas ocasiones por un hermano mayor, que les amenazó con matar a los padres si en algún momento lo decían. Varios meses después de que Mark y su esposa finalmente se enteraran de los asaltos, el hermano mayor está en la cárcel, y Jason y Brittany están recibiendo ahora tratamiento con terapia y medicamentos. Antes de que el tratamiento comenzara a hacer efecto, ambos adolescentes mostraban las señales cardinales de PTSD: volver a vivir el trauma, evitación y aumento del estado de alerta.

Los adolescentes con PTSD tienen más probabilidad que los niños pequeños o que los adultos de comportarse en forma impulsiva o agresiva.

“Jason tenía pesadillas un par de veces a la noche, y ambos tenían frecuentes imágenes retrospectivas”, dice Mark. Estos síntomas se han aliviado desde que se inició el tratamiento, pero los niños y su terapeuta todavía están trabajando sobre otros síntomas. Por ejemplo, varios de los asaltos ocurrieron en el cuarto familiar en el sótano de la casa, mientras los padres estaban afuera. Como resultado de ello, tanto Jason como Brittany comenzaron a evitar el sótano, y uno de sus objetivos actuales en la terapia es el hacer frente a este temor. Además, algunos de los asaltos a Brittany ocurrieron en su cuarto, a la noche, después que los padres estaban dormidos. Ella todavía se pone muy nerviosa cuando alguien se le acerca allí. Por ahora, los padres han formado el hábito de hablar mientras caminan por el pasillo hacia el cuarto de ella, de modo que ella sepa que están viniendo. El proceso de curación para toda la familia está llevando cierto tiempo, pero lo están solucionando todos juntos.

Otros problemas relacionados

Todos los adolescentes con PTSD han pasado al menos por un acontecimiento profundamente angustiante, y algunos, como Jason y Brittany, han pasado por múltiples traumas durante un período que duró meses o años. No es de sorprender que estos adolescentes a menudo exhiban numerosos síntomas emocionales y conductuales además de los signos clásicos del PTSD. Los estudios han demostrado que la gente joven con PTSD, como es el caso de los adultos con el trastorno, corren un riesgo sustancialmente mayor de tener ideas y comportamientos suicidas, dificultades en las relaciones con otras personas, y otros trastornos de ansiedad, entre ellos, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno del pánico y las fobias específicas. Síntomas físicos—tales como dolores de cabeza, quejas gastrointestinales, problemas del sistema inmunitario, mareos y dolores en el pecho—también son comunes. Varios otros trastornos pueden también coexistir con el PTSD.

- Depresión—Los investigadores encontraron que hasta el 41% de los adolescentes con PTSD desarrollan depresión para la edad de 18 años. A menudo, el PTSD comienza antes o al mismo tiempo que la depresión, sugiriendo que el trauma o los síntomas de PTSD son las causas raíces. De hecho, muchas personas responden a los traumas perdiendo el interés y el placer en cosas de las que disfrutaban previamente—uno de los signos cardinales tanto de la depresión como del PTSD. Además, las personas a veces exhiben sentimientos irracionales de culpa después de un trauma. Pueden sentir como si el acontecimiento hubiese sido, de una manera u otra, su falta, aunque éste claramente no sea el caso. Estos sentimientos también son típicos de las personas con depresión.
- Abuso de drogas—Los adolescentes con PTSD que recurren al alcohol u otras drogas pueden estar tratando de suprimir los recuerdos angustiantes, las escenas retrospectivas o las imágenes mentales. O pueden estar buscando alivio del estado constante de tensión mental y física en que viven. Cualquiera que sea el caso, el abuso de drogas es común en los adolescentes con PTSD. Un estudio halló que el 46% de la gente joven con el trastorno se volvía dependiente del alcohol antes de los 18 años, y que el 25% se volvía dependiente de otras drogas. Una observación interesante es que el sobrevivir a un trauma, por sí solo, no parece aumentar el riesgo del abuso de drogas. Aparentemente, son los síntomas angustiantes del PTSD los que parecen predisponer a los adolescentes a desarrollar el problema. Lamentablemente, cualquier alivio que ofrezcan estas sustancias es, en el mejor de los casos, temporal. A la larga, el abuso de alcohol y de drogas sólo empeora los síntomas y dificulta aún más el tratamiento.

- Trastornos de conducta perturbadora—El trastorno de déficit de atención hiperactiva (ADHD, por sus siglas en inglés), el trastorno desafiante oposicional y el trastorno conductual se agrupan a veces juntos porque los tres pueden conducir a conductas muy perturbadoras. Estos trastornos de conducta perturbadora son más comunes en personas jóvenes con PTSD que en los que no presentan el trastorno.

ADHA—Las características claves del ADHD son falta de atención, hiperactividad o comportamiento impulsivo, que comienzan en la infancia y pueden continuar durante todos los años escolares. Algunos jóvenes están afectados mayormente por una tendencia a distraerse y períodos cortos de atención, otros por exceso de actividad e impulsividad, y todavía otros, por todos estos problemas combinados. Ciertos síntomas del PTSD son similares a los del ADHD, lo que podría dar lugar a un diagnóstico erróneo en algunos casos. Pero los investigadores también han sugerido que los jóvenes con un ADHD verdadero pueden tener una propensión mayor a desarrollar PTSD después de haber estado expuestos a un trauma.

Trastorno desafiante oposicional—La mayoría de los adolescentes desafían a la autoridad de vez en cuando, especialmente cuando están cansados, bajo estrés o enojados. Sin embargo, para los que padecen del trastorno desafiante oposicional, el comportamiento desafiante, no cooperativo y hostil se vuelve una forma de vivir de larga duración. Los síntomas pueden incluir estallidos airados, argumentos excesivos con los adultos, negativa habitual a cumplir con los pedidos de adultos e intentos deliberados de irritar a la gente. Una vez más, hay alguna superposición de los síntomas con el PTSD, lo que podría crear confusión entre las dos afecciones. Sin embargo, también es posible que el PTSD pudiera empeorar cualquier tendencia oposicional o desafiante que ya estuviese presente.

Trastorno de la conducta—La mayoría de los adolescentes atacan las normas establecidas de vez en cuando. Sin embargo, los que presentan trastornos de la conducta tienen extrema dificultad en seguir las reglas o ajustarse a las normas sociales. Pueden amenazar a otros, participar en peleas, prender fuegos, arruinar la propiedad, mentir, robar, pasar la noche fuera de la casa o escaparse de la casa.

Señales de advertencia del suicidio

Los adolescentes con PTSD corren un riesgo mayor de pensamientos y comportamientos suicidas. Manténgase alerta a estas señales de advertencia:

- Se muestra deprimido, impotente o desesperado
- Está preocupado con la muerte y el morir
- Dice cosas tales como “Nada importa ya”, “Desearía haber muerto” o “No voy a darte problemas por mucho más tiempo”
- Regala sus posesiones más preciadas, descarta cosas importantes que le pertenecen o pone sus asuntos en orden
- Aumenta el uso del alcohol o las drogas
- Pierde el interés en su aspecto personal
- Se aparta de los amigos, la familia y las actividades
- Muestra un cambio repentino en los hábitos alimentarios o del sueño
- Se describe a sí mismo como una mala persona
- No está dispuesto a aceptar elogios o premios

Si su adolescente actúa o habla en una forma que le hace pensar que está o puede estar pensando en el suicidio, obtenga ayuda inmediatamente. Póngase en contacto con el médico o terapeuta de su hijo inmediatamente, o llame al teléfono de la Red de Línea de Esperanza Nacional (National Hopeline Network, 800-784-2433, www.hopeline.com) para encontrar un centro de crisis en su área.

Se ha sugerido que las personas jóvenes que desarrollan PTSD respondiendo a la violencia, podrían tener una probabilidad especial de desarrollar problemas conductuales considerables. Una explicación posible sería que han aprendido a identificarse con el malhechor y copian su conducta antisocial.

Causas y factores contribuyentes

El PTSD es desencadenado por un trauma, pero es influido por los mismos tipos de factores genéticos, biológicos y ambientales que los otros trastornos de ansiedad. Dichos factores ayudan a explicar por qué dos personas pueden pasar por la misma experiencia traumática pero solamente uno desarrolla PTSD.

El pasado como prólogo

La investigación sugiere que el estrés extremo en la infancia puede afectar la forma en que se perciben los acontecimientos en una fecha posterior. En los estudios, cachorros de ratas que habían sido separados de sus madres por varios minutos a una edad temprana, mostraron una reacción de sobresalto mucho mayor, ante un acontecimiento causante de estrés, que los que nunca habían sido separados. Se puede encontrar un paralelo en el ser humano, en las personas que han pasado por traumas al principio de la vida, tal como el abuso sexual o físico, y que están

El estrés extremo en la infancia, cuando el cerebro todavía está desarrollándose, puede tener efectos duraderos sobre un sistema corporal conocido como el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA por sus siglas en inglés).

propensos a desarrollar PTSD. De acuerdo con una teoría, el estrés extremo en la infancia, cuando el cerebro todavía está desarrollándose, puede tener efectos duraderos sobre un sistema corporal conocido como el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA por sus siglas en inglés).

Cuando una persona percibe una amenaza, se activa una parte del cerebro llamada el hipotálamo. El hipotálamo libera una hormona llamada factor liberador de corticotropina (CRF, por sus siglas en inglés) que, a su vez, desencadena la liberación de hormonas pituitarias y suprarrenales. En conjunto, estas hormonas ponen en marcha una serie de cambios fisiológicos que movilizan al cuerpo para responder rápidamente a la amenaza.

La investigación sugiere que el estrés extremo en la infancia puede afectar las células que producen CRF en el cerebro, dando lugar a un exceso de actividad del eje HPA, que es duradero. Como resultado, una persona

puede presentar una respuesta supersensible hasta al mero aroma de peligro, y esto puede establecer las bases tanto para la ansiedad como para la depresión.

Algunos estudios, en efecto, encontraron concentraciones elevadas de CRF en el líquido cefalorraquídeo—el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal—de las personas con PTSD. No obstante, la situación no es tan evidente como suena, ya que algunos niños con trastorno de ansiedad realmente muestran menos actividad del HPA, en vez de mostrar un exceso de dicha actividad.

Más cambios cerebrales

En los estudios de obtención de imágenes cerebrales, los investigadores hallaron que el hipocampo—la parte del cerebro que está implicada en la emoción, el aprendizaje y la memoria—tiende a ser más pequeño que lo normal en los adultos con PTSD. Se piensa que el hipocampo puede encogerse como resultado de una exposición prolongada a las sustancias relacionadas con el estrés en el cerebro. Este encogimiento podría desempeñar un papel en las memorias intrusas y las escenas retrospectivas con el PTSD. Sin embargo, esto se demostró solamente en los adultos, no en los niños.

Otra parte del cerebro que podría esperarse que contribuyera al PTSD es el cuerpo amigdalóide, una estructura pequeña situada profundamente dentro del cerebro, que es activada por el temor. Los estudios de obtención de imágenes de adultos con PTSD han demostrado que la actividad cerebral aumenta en el cuerpo amigdalóide y se reduce en la corteza prefrontal, la parte del cerebro que inhibe la actividad de la amígdala. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), medicamentos que se usan a veces para tratar el PTSD, inhiben la función del cuerpo amigdalóide, mientras que la terapia conductual cognitiva (CBT) se cree que aumenta el funcionamiento de la corteza prefrontal.

Finalmente, como se observó antes, la exposición a una amenaza inicia una cascada completa de cambios fisiológicos a medida que el cuerpo se prepara a tomar acción. Entre estos cambios, está la liberación de sustancias naturales similares a la morfina en el cerebro, lo que ayuda a embotar la percepción del dolor. Del mismo modo que el CRF, los investigadores hallaron que la producción de estas sustancias a veces permanece elevada después que el peligro ha pasado. Se cree que esto podría contribuir a las emociones embotadas que caracterizan al PTSD.

Factores genéticos

Algunas personas tal vez hereden una vulnerabilidad al PTSD. Pero esto es difícil de demostrar, ya que el trastorno no puede evaluarse en los parientes que no han sufrido un trauma todavía. Y, aun en el caso de que el trastorno se descubra en varios miembros de la misma familia, podría deberse a un trauma compartido, por ejemplo, al vivir en el mismo hogar violento o pasar por un desastre natural juntos. De todos modos, los estudios sugieren que el medio ambiente, por sí solo, no puede explicar todas las variaciones en la ocurrencia del PTSD. Pero todavía es importante descubrir exactamente qué es lo que se hereda. ¿Sería una predisposición al PTSD en sí o una predisposición a algún trastorno coexistente, como la depresión o el abuso de drogas? Estos trastornos coexistentes podrían conducir a conductas que aumentan el riesgo de trauma y, por consiguiente, contribuyen al PTSD, pero sólo en forma indirecta.

Hasta la fecha, la evidencia más sólida a favor de un vínculo genético surge de estudios de mellizos varones que sirvieron en las fuerzas armadas durante la guerra de Vietnam. La genética parece influir no sólo sobre sus síntomas de PTSD sino también sobre su probabilidad de haber participado realmente en el combate. Naturalmente, los individuos con ciertas características heredadas, tales como fuerza física y resistencia, podrían tener más probabilidad de ser asignados a una situación de combate. Pero también es bastante plausible que los individuos con una predisposición heredada hacia buscar aventuras podrían tener más probabilidad de ofrecerse voluntariamente para misiones peligrosas. Considerando todo, un estudio realizado en más de 4,000 pares de mellizos halló que las influencias genéticas explicaban casi la mitad de la variación en la exposición al combate. Parecería entonces, por lo tanto, que los genes pueden afectar tanto los comportamientos que aumentan la exposición a un trauma, como la probabilidad de que se desarrolle un PTSD posteriormente.

Factores del medio ambiente

El PTSD siempre es un resultado de algún acontecimiento traumático. El hogar de un adolescente, su vecindario y el ambiente escolar ejercen un gran impacto sobre el tipo de trauma al que esté potencialmente expuesto.

Por ejemplo, un adolescente que se cría en un vecindario con mucha violencia causada por pandillas, puede enfrentarse con riesgos diferentes de los que enfrentan a otro adolescente que vive en un vecindario más tranquilo. Después del trauma, los factores ambientales también influyen sobre las probabilidades de que se desarrolle un PTSD. Los factores de riesgo son características que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno, mientras que los factores protectores son características que reducen esa probabilidad.

La Tabla 3 contiene algunos ejemplos de factores de riesgo y factores protectores, informados para personas que sufrieron varios tipos diferentes de trauma. Lamentablemente, algunos traumas son tan graves que hasta la presencia de muchos factores protectores puede no ser suficiente para impedir que ocurra un PTSD. No obstante, cuantos más factores positivos tenga un adolescente en su vida, tanto menos graves podrán ser sus síntomas o tanto más rápidamente podrá responder al tratamiento.

Tabla 3. Factores de riesgo y factores protectores

La presencia de factores de riesgo no significa que las personas desarrollarán, necesariamente, PTSD y la presencia de factores protectores no garantiza que no lo desarrollarán. En vez de ello, tales factores sólo aumentan o reducen el riesgo. Éstos son ejemplos de factores de riesgo y factores protectores para tipos particulares de acontecimientos traumáticos

<i>Trauma</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores protectores</i>
Violencia escolar	Exposición directa como una víctima o un testigo Incidencia elevada de lesión o pérdida de la vida Comunidad muy trastornada y traumatizada	Asesoramiento escolar Referir a profesionales de salud mental de la comunidad Apoyo de la familia y la comunidad
Enfermedad potencialmente fatal	Tratamiento de mayor duración Enfermedad avanzada o recurrente	Buena relación con el personal médico Información precisa acerca de la enfermedad
Desastre natural	Falta de apoyo familiar o social Frío, fatiga, hambre Dislocación desde o pérdida del propio hogar Falta de información acerca del acontecimiento	Atención y preocupación del personal de servicios Información sobre lo que se puede esperar y dónde encontrar ayuda

Diagnóstico y tratamiento

Muchos adolescentes con PTSD mejoran gradualmente sin ayuda en un período de algunos meses. Pero algunos continúan presentando síntomas por años si no son tratados. Cualquier adolescente que continúe presentando síntomas considerables por más de tres meses después de la ocurrencia del incidente traumático debe consultar a un profesional de salud mental. Si los síntomas son bastante graves, el tratamiento debe iniciarse ya a las tres semanas después de ocurrir el incidente traumático. Cuanto más tiempo pase sin el tratamiento de los síntomas, mayor es la probabilidad de que ocurran complicaciones tales como abuso del alcohol, de modo que es conveniente consultar a un profesional lo más pronto posible.

La entrevista psicológica para rendir informe es un servicio de salud mental que se ofrece a veces a los sobrevivientes inmediatamente después de un acontecimiento traumático. No tanto como tratar el PTSD, la intención de la entrevista es evitarlo al ayudar a los sobrevivientes a entender sus sentimientos, reducir su angustia y prepararse para lo que pueden enfrentar en el futuro. Los estudios realizados hasta la fecha han proporcionado poca evidencia en cuanto a que esta entrevista psicológica evite, en realidad, el PTSD, pero puede proporcionar un consuelo y apoyo inmediato, así como obtener información sobre lo que puede esperarse y dónde encontrar ayuda. Si se ofrece a su adolescente una entrevista psicológica para rendir informes y el adolescente decide participar, puede ser un ejercicio que merezca la pena. Sin embargo, no se debe obligar al adolescente a participar si él o ella no se siente cómodo con la idea.

El tratamiento real del PTSD normalmente se inicia solamente después de que la persona haya sido retirada sin peligros de la situación traumática. Si un adolescente todavía está expuesto a un estrés extremo que continúa—por ejemplo, el abuso sexual o la violencia en el hogar, el abuso sexual por un pareja o la falta de un albergue—el ocuparse de esta crisis es la primera preocupación. Una vez que la situación se ha estabilizado, se puede iniciar el tratamiento para los síntomas de PTSD que queden.

Una vez que la situación se ha estabilizado, se puede iniciar el tratamiento para los síntomas de PTSD que queden.

Cómo obtener un diagnóstico

Es común que los adolescentes se angustien o tengan problemas por unos pocos días o semanas después de un acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten, sin embargo, es hora de buscar un diagnóstico profesional. Un profesional de salud mental conducirá una entrevista diagnóstica con el adolescente para aprender más sobre las experiencias previas y los síntomas actuales. A veces puede usarse una lista de síntomas para cotejar, para complementar la entrevista. Como usted conoce tan bien a su hijo, tal vez se le pida también que proporcione información.

El diagnóstico preciso del PTSD no siempre es un asunto simple, sin embargo, hasta para los profesionales capacitados. Los síntomas pueden estar complicados debido a afecciones coexistentes, o pueden confundirse con otros trastornos mentales o físicos. Y como los médicos y maestros no siempre están muy bien informados sobre el PTSD, pueden tomarse su tiempo antes de referir a los adolescentes para evaluación psicológica y tratamiento. Afortunadamente, su adolescente lo tiene a usted de su lado. Si nota que su adolescente está teniendo dificultades después de un trauma, no vacile en pedir que se lo refiera a un profesional de salud mental.

Terapia conductual cognitiva

La forma de terapia para el PTSD mejor estudiada en la gente joven, es la terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés). Esta terapia se enfoca en las conductas exhibidas y los pensamientos y creencias que las acompañan.

La meta consiste en reemplazar las conductas, pensamientos y emociones de mala adaptación, con otros más adaptivos. Un elemento crucial de la CBT, que desempeña un papel en el tratamiento del PTSD es la terapia por exposición, en la cual un paciente se enfrenta gradualmente con personas, lugares, cosas o recuerdos asociados con el trauma y que ahora no presentan peligro, pero todavía evocan un temor intenso.

Un programa de CBT que es muy eficaz con el PTSD, llamado exposición prolongada, fue descrito por la autora principal de este libro y su colega Bárbara O. Rothbaum. Durante el curso de 9 a 12 sesiones, los pacientes son ayudados a enfrentar gradualmente una situación temida en la vida real. Por ejemplo, un adolescente que fue traumatizado después de haber participado en un accidente automovilístico grave, será alentado a volver, gradualmente, a viajar en automóvil. Típicamente, los pacientes comienzan con los pasos más fáciles (por ejemplo, sentarse en un automóvil estacionado) y gradualmente emprenden tareas más difíciles (por ejemplo, hacer viajes progresivamente más prolongados). Con el tiempo se dan cuenta de que la situación temida es algo con que pueden enfrentarse en vez de evitarla. También se pide a los pacientes que se enfrenten con las memorias traumáticas en su imaginación. Por ejemplo, el terapeuta

Algunas personas también desarrollan sentimientos de culpa y remordimiento que son injustificados, después de una experiencia traumática.

podría lograr que un paciente volviera a relatar las memorias traumáticas hasta que ya no evocaran temor.

Algunas personas también desarrollan sentimientos de culpa y remordimiento que son injustificados, después de una experiencia traumática. Por ejemplo, la víctima de una violación podría culparse a sí misma por haber estado en el lugar incorrecto a la hora incorrecta, o el sobreviviente de un tiroteo escolar podría sentirse culpable por no haber salvado a sus compañeros. A lo largo del relato repetido del recuerdo traumático y la conversación posterior acerca del mismo con el terapeuta, el paciente adquiere una perspectiva más realista del acontecimiento.

Durante la CBT, los pacientes también pueden adquirir habilidades específicas que podrán usar para controlar los síntomas de ansiedad y estrés. Por ejemplo, en la capacitación para relajación, podrían aprender a controlar el temor y el estrés tomando respiraciones profundas y parejas, enfocándose en una imagen mental relajante o ejerciendo tensión y relajación progresivas de sus músculos. Estas técnicas pueden dar a los pacientes la confianza de que pueden controlar sus propios pensamientos y sentimientos, en vez de ser controlados por ellos.

Aunque se han probado varias otras formas de terapia para el PTSD, la CBT es la que está mejor validada en estudios científicos. Un estudio publicado en el 2004 incluyó 229 personas jóvenes de 8 a 14 años de edad, que habían sido abusadas sexualmente. Casi todas habían sufrido también otros acontecimientos traumáticos, como el haber sido víctimas de abuso físico, testigos de violencia doméstica o haberse enterado de la muerte súbita e inesperada de un ser querido. Todos los niños presentaban al menos varios síntomas de PTSD y una gran mayoría satisfacía los criterios diagnósticos completos para el trastorno. Los participantes fueron asignados al azar a recibir 12 sesiones semanales de CBT u otra forma de terapia. Los que recibieron CBT mostraron mejorías mayores en el PTSD, la depresión, los problemas de conducta y los sentimientos de vergüenza y de culpa.

Una vez que su adolescente inicia la terapia, aliéntelo a que la siga hasta el final. El confrontamiento con las memorias aterradoras o trastornantes durante la terapia no es algo que dé placer, y se puede entender que muchas personas traten de abandonar el proceso. Informe a su adolescente que usted se da cuenta de lo difícil que es, pero que esta angustia de corta duración es un precio bajo para pagar por el alivio prolongado. Su aliento puede dar grandes resultados.

Desensibilización y reproceso de los movimientos oculares

Otro tratamiento, conocido como desensibilización y reproceso de los movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) combina elementos de la terapia por exposición con desplazamientos dirigidos en la atención.

Se instruye a los pacientes a recordar aspectos de la experiencia traumática mientras se enfocan en algún estímulo oscilante. Originalmente, la EMDR comprendía pedir al paciente que siguiera visualmente los movimientos de un lado a otro del dedo del terapeuta; de allí surge el nombre del tratamiento. Recientemente, sin embargo, también se han incluido golpeteos de los dedos o sonidos que alternan de un lado del cuerpo del paciente al otro durante el tratamiento, o que se usan en lugar de los movimientos oculares. Aunque la teoría detrás de la EMDR todavía se está perfeccionando, los proponentes declaran que una clave de su eficacia es el desplazamiento de la atención de un lado al otro. Sin embargo, varios estudios han fracasado al tratar de demostrar que los movimientos oculares, en sí, sean una parte activa del tratamiento.

Pero hay cierta evidencia de investigación que indicaría que la EMDR puede ser útil para el PTSD. No obstante, una comparación frente a frente de la EMDR y la terapia por exposición tradicional en los adultos encontró que esta última era más eficaz. Específicamente, la terapia por exposición tradicional fue mejor para reducir los síntomas de evitación y de volver a vivir el trauma, y tendió también a acelerar el alivio.

Terapia por medicamentos

La CBT es el tratamiento de primera elección para los niños pequeños y los adultos con PTSD. Se cuenta con cierta evidencia de que la CBT es eficaz para los adolescentes que presentan el trastorno. Por otra parte, se han hecho muy pocas investigaciones controladas sobre el uso de medicamentos para el tratamiento de la gente joven con PTSD. Basándose en la evidencia limitada que está disponible, sin embargo, los medicamentos parecen ayudar a algunas personas jóvenes a hacer frente a los síntomas graves o persistentes. Los medicamentos también son útiles para el tratamiento de otras afecciones, como la depresión, u otras formas de ansiedad que a menudo coexisten con el PTSD.

Las normas de consenso experto desarrolladas por la autora principal de este libro y sus colegas, recomiendan SSRI como los medicamentos de primera elección para el tratamiento del PTSD.

Los SSRI son medicamentos antidepresivos, usados ampliamente para tratar no sólo la depresión sino también los trastornos de ansiedad. Un nuevo grupo de agentes antidepresivos, llamados inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI), también son recomendados por el grupo de expertos. Si los SSRI y SNRI no ofrecen un alivio adecuado, otros tipos de medicamentos—entre ellos, los agentes antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas, los estabilizantes del humor y los antipsicóticos atípicos—también se prescriben de vez en cuando.

- **SSRI**—Estos medicamentos ejercen su efecto aumentando la cantidad disponible de serotonina, un neurotransmisor que parece desempeñar un papel central en los trastornos de ansiedad y en la depresión. Los SSRI incluyen citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft). En estudios bien controlados, realizados en adultos con PTSD, tanto fluoxetina como paroxetina y sertralina han demostrado ser eficaces para reducir los síntomas. Además, un estudio realizado con citalopram halló que daba tan buenos resultados en niños y adolescentes con PTSD como en adultos. Por un lado, pueden necesitarse unas pocas semanas para que se manifiesten los efectos completos de los SSRI, y estos agentes deben iniciarse a una dosis baja, ya que a veces aumentan la ansiedad inicialmente. Los efectos secundarios posibles incluyen náuseas, dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, inquietud y problemas sexuales. En el año 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) también publicó una advertencia acerca de un riesgo pequeño, pero significativo, de aumento de las ideas y los comportamientos suicidas en niños y adolescentes que estaban tomando agentes antidepresivos. Para obtener más información sobre esta advertencia, consulte el Capítulo 7.
- **SNRI**—Dos agentes antidepresivos más nuevos—duloxetina (Cymbalta) y venlafaxina (Effexor)—ejercen su acción sobre la serotonina en forma muy similar a los SSRI, pero también afectan otro neurotransmisor llamado norepinefrina.

Como en el caso de los SSRI, estos medicamentos se recetan a veces para los trastornos de ansiedad, entre ellos el PTSD, así como para la depresión. Pero los beneficios completos de estos fármacos pueden necesitar unas pocas semanas hasta percibirse. Los efectos secundarios son similares a los de los SSRI, y la advertencia de la FDA acerca del riesgo de ideas y comportamientos suicidas también se aplica a ellos.

- Antidepresivos tricíclicos—Estos agentes antidepresivos más antiguos también afectan la concentración y actividad de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro. Sin embargo, tienen mayor probabilidad que sus compañeros más recientes, de causar efectos secundarios molestos, de modo que normalmente no son los tratamientos de primera elección. Los antidepresivos tricíclicos incluyen amitriptilina (Elavil), clomipramina (Anafranil), desipramina (Norpramin), doxepina (Sinequan), imipramina (Tofranil), maprotilina (Ludomil), nortriptilina (Pamelor), protriptilina (Vivactil) y trimipramina (Surmontil). Los efectos secundarios posibles incluyen boca seca, estreñimiento, trastornos de la vejiga, problemas sexuales, visión borrosa, mareos, somnolencia y frecuencia cardíaca mayor. La advertencia de la FDA acerca del riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas se aplica también a estos agentes antidepresivos.
- Benzodiacepinas—Se cree que estos medicamentos contra la ansiedad elevan las concentraciones de GABA, otro neurotransmisor más, que parece desempeñar un papel en la ansiedad. Las benzodiacepinas incluyen alprazolam (Xanax), clordiacepóxido (Librium), clonazepam (Klonopin), clorazepato (Tranxene), diazepam (Valium), lorazepam (Ativan) y oxazepam (Serax). Los estudios disponibles no indican que las benzodiacepinas sean beneficiosas para reducir el PTSD. No obstante, a veces todavía se prescriben. Una ventaja de estos agentes es que son de acción rápida. Algunas personas que los toman se sienten mejor desde el primer día. Sin embargo, estos medicamentos también conllevan riesgos considerables, de modo que normalmente se toman sólo por un período de corta duración o intermitentemente.

Los posibles efectos secundarios incluyen somnolencia, falta de coordinación, fatiga, confusión o lentitud mental. Si su adolescente tiene edad para guiar vehículos, tal vez se le aconseje que no lo haga mientras toma uno de estos medicamentos. Si su adolescente tiene un problema de abuso de drogas, tenga en cuenta que la combinación de estos medicamentos con el alcohol puede causar complicaciones graves o hasta potencialmente mortales. Además, las benzodiacepinas también pueden ser abusadas, de modo que su uso debe ser supervisado estrechamente. Para obtener más información sobre los efectos secundarios de los fármacos contra la ansiedad, consulte el Capítulo 7.

- Estabilizantes del humor y antipsicóticos atípicos—Estos medicamentos ayudan a emparejar las oscilaciones extremas del humor. Los estabilizantes incluyen carbamacepina (Tegretol), lamotrigina (Lamictal) y ácido valproico (Depakote). Los medicamentos antipsicóticos atípicos incluyen aripiprazol (Abilify), clozapina (Clozaril), olanzapina (Zyprexa), quetiapina (Seroquel), risperidona (Risperdal) y ziprasidona (Geodon). En estudios limitados realizados en niños con PTSD, tanto risperidona como carbamacepina demostraron reducir los síntomas. Aunque los efectos secundarios específicos varían de un medicamento a otro, pueden ser considerables. No obstante, los estabilizantes del humor y/o los medicamentos antipsicóticos atípicos pueden, a veces, ser útiles en personas que no responden a otros medicamentos o que presentan síntomas prominentes de ira o irritabilidad.

Qué se puede esperar

Cuando los adolescentes sufren de PTSD agudo sin otros problemas coexistentes, a menudo se observa una mejoría sustancial después de 12 a 20 sesiones de CBT. En ciertas situaciones, tan sólo 3 a 6 sesiones de CBT pueden ser suficientes. Cuando se necesitan medicamentos, la mayoría de los expertos recomiendan la continuación por 6 a 12 meses.

Aunque la mayoría de las personas con PTSD crónico se benefician con la CBT a corto plazo, ocasionalmente es necesaria una terapia más prolongada. Ésta puede tomar la forma de sesiones semanales continuas o unas pocas semanas de sesiones separadas por períodos sin terapia. Cuando se prescriben medicamentos para el PTSD crónico, normalmente se toman durante al menos 12 a 24 meses, y algunas veces por más tiempo, si el adolescente continúa presentando síntomas molestos. Los factores que aumentan la probabilidad de que se necesite un tratamiento más prolongado incluyen:

- Exposición a violencia en gran escala, como la guerra o un ataque terrorista
- Abuso prolongado o exposición repetida a acontecimientos sumamente angustiantes
- Trauma causado intencionalmente por otra persona
- Homicidio o suicidio de un miembro de la familia
- Situación de vida caótica o abuso de drogas por un padre
- Falta de confianza e incapacidad para conectarse emocionalmente con otros
- Depresión coexistente, abuso de drogas u otros temas de salud mental

Apoyo de su adolescente en su casa

La búsqueda de ayuda para usted mismo, así como para su adolescente será, en última instancia, beneficiosa para ambos.

Usted desempeña un papel crítico en la ayuda que presta a su adolescente para recobrase de una experiencia traumática. Cuanto más eficazmente se enfrentan los padres con la situación después de ocurrir un trauma, y cuanto más apoyo puedan dar a sus hijos, tanto mejor podrán recobrase ellos. Si usted está luchando con sus propios sentimientos, la búsqueda de ayuda para usted, así como para su adolescente será, en última instancia, beneficiosa para ambos. “El terapeuta de Shelby trabajó con toda nuestra familia”, dice un padre. “Es fácil quedar abrumado tratando de resolver todos los problemas de un hijo. Yo creo que el terapeuta fue la cosa principal que nos ayudó a todos a sobrevivirlo.”

Tal vez la cosa más útil que usted pueda hacer es, simplemente, escuchar. Esto es más difícil de lo que parece, ya que puede ser desgarrador oír a su hijo cuando le dice que está pasando por una experiencia terrible. Pero su adolescente se beneficiará mucho al compartir los sentimientos y recuerdos penosos asociados con el trauma. El adolescente es ayudado al sentirse menos solo, al saber que hay alguien que entiende por lo que él o ella ha pasado.

No fuerce una conversación sobre el acontecimiento traumático, pero deje saber a su adolescente que usted está disponible cuando quiera que él o ella necesite hablar. Tal vez halle que su adolescente quiere revolver los mismos recuerdos una y otra vez. Resista la tentación de decir a su adolescente que se olvide de todo y siga con su vida. Aunque esto parecería ser un consejo razonable, puede empeorar una mala situación. Su adolescente puede terminar sintiéndose aún más impotente y aislado.

Una madre dice, “Mayormente, yo ayudo a mi hijo escuchándolo cuando él necesita hablar. Aprendí a no empujar, sino dejarle que él se abra cuando quiera hacerlo.” Otra madre dice, “Muchos de estos muchachos han presenciado muchas cosas y se las han visto negras. No quieren condescendencia. Quieren que se les respete como personas reales con sentimientos reales. Uno tiene que estar de su lado y escuchar lo que quieran decir.”

Tres desafíos para los padres

Sharon, que crió una nieta con PTSD crónico, siguió adelante volviéndose una defensora de niños y coordinadora de padres para una agencia de salud mental. Basándose en sus propias experiencias y las de las madres y padres con quienes trabaja actualmente, Sharon cree que los padres de adolescentes con PTSD se enfrentan con tres desafíos importantes:

- Sentimiento de impotencia. “Para los padres con quienes trabajo, el desafío mayor que tienen es el no sentir que pueden hacer algo.” Para vencer este sentimiento, Sharon sugiere educarse a sí mismo y hablar con otros padres que han pasado por la misma experiencia. (Para encontrar un grupo de apoyo en su área, consulte al profesional que trata a su adolescente, o póngase en contacto con el Instituto Sidran, una organización nacional sin fines de lucro, que puede referirlo a especialistas y que proporciona educación y defensa relacionadas con el estrés traumático.)
- Aceptación de ayuda. “Es muy importante darse cuenta cuándo ha llegado a su límite y necesita que otra gente le ayude. Si otra persona conociera más que usted acerca de cómo

“Pero llega un momento cuando ellos necesitan seguir adelante y crecer por su propia cuenta. Ellos pueden darle una sorpresa.”

resolver una situación en particular, deje que esa persona se ocupe de esa parte.” Sharon confía en la formación de un equipo de apoyo formado por parientes, amigos, maestros, profesionales terapéuticos, asistentes de servicios de protección del niño, es decir, cualquiera que tenga un interés en el bienestar de su adolescente.

- Dejarlo ir. “En la agencia donde trabajo, tenemos un padre cuya hija está lista para hacer la transición a un ambiente escolar diferente, pero los padres quieren que se quede porque *ellos* tienen miedo.” Sharon conoce bien lo fuerte que puede ser el instinto de proteger excesivamente. “Yo también tuve problemas con eso”, dice. “Pero llega un momento cuando ellos necesitan seguir adelante y crecer por su propia cuenta. Ellos pueden darle una sorpresa.”

Colaboración con el maestro de su adolescente

El PTSD puede obstaculizar el funcionamiento escolar. Al compararse con los estudiantes sin PTSD, los que presentan el trastorno tienden a obtener calificaciones más bajas, estar ausentes más a menudo y presentar más problemas de conducta. Los maestros y los asesores escolares pueden, con frecuencia, ser aliados valiosos cuando el adolescente está teniendo problemas en la escuela.

Pero, antes de hablar del PTSD de su hijo con el personal escolar, hable con su adolescente y decidan juntos cuánta información van a compartir acerca del acontecimiento traumático. Respete la vida privada de su adolescente cuando se trata de temas difíciles, como es la violación. Siempre puede informar acerca del PTSD a los que necesiten saberlo sin necesidad de ofrecer todos los detalles del trauma.

Si se entera de que un tópico específico o una situación en el aula de clase causa ansiedad en su adolescente, informe al maestro. Considerando la situación de que se trata y cuánto ha progresado su adolescente en el proceso terapéutico, los dos pueden entonces examinar la mejor manera de manejar la situación en el futuro. A su vez, pida al maestro que le informe si su adolescente comienza a mostrar signos de ansiedad creciente en la escuela.

Alivio para el desastre

Los maestros y asesores escolares desempeñan un papel importante para ayudar a los estudiantes a hacer frente a sus sentimientos después de un desastre comunal, tal como una tormenta severa o un ataque violento en la escuela. Si su comunidad pasa por un trauma o una tragedia, tal vez quiera compartir estas sugerencias ofrecidas por los expertos en salud mental.

- Aliente a los estudiantes a expresar sus sentimientos mediante la conversación, la composición de artículos creativos y los proyectos artísticos.
- Ofrezca información y responda a las preguntas acerca de los acontecimientos lo mejor que pueda, pero no se explaye en cada uno de los detalles.
- Respete las preferencias de los estudiantes que deciden no tomar parte en conversaciones en la clase acerca del acontecimiento traumático.
- Informe a los estudiantes acerca de los recursos disponibles en la escuela y la comunidad, a los cuales pueden tener acceso si necesitan más ayuda y apoyo.
- Reduzca sus expectativas temporalmente, tal vez asignando tareas menos exigentes o cambiando los plazos de entrega de informes y las fechas de los exámenes.
- Ayude a los estudiantes a sentirse seguramente en control de su medio ambiente ofreciendo oportunidades para tomar decisiones en la clase.

“Establezca una asociación con la escuela”, aconseja el padre de una adolescente con PTSD. “Yo creo que se necesita una aldea para criar a un niño. Yo sabía lo que quería para ella, pero estaba dispuesta a escuchar lo que los maestros pensaban que ella necesitaba. Realmente ellos colaboraron conmigo en su escuela.” Al colaborar con los maestros, usted puede ayudar al estudiante a mantenerse en el camino apropiado, tanto académica como socialmente.

Un vistazo al futuro

El PTSD es relativamente común en los adolescentes, pero con frecuencia no es diagnosticado ni tratado. Muchos maestros, médicos y otros profesionales que trabajan con gente joven no están muy familiarizados con el trastorno. Además, muchos adolescentes no buscan ayuda porque no se dan cuenta de que tienen un problema o de que se puede hacer algo para ayudarles a sentirse mejor. También es natural el que se quieran evitar los pensamientos y sentimientos angustiantes asociados con un trauma. Sin tratamiento, el PTSD con frecuencia desaparece por su propia cuenta después del trauma. Pero en algunos casos dura años, causando un sufrimiento considerable.

Al ayudar a su adolescente con PTSD a obtener el tratamiento que necesita, usted mejora mucho las probabilidades de un desenlace positivo. Hasta con el tratamiento, algunos de los síntomas pueden no desaparecer completamente. Otros síntomas pueden aparecer y desaparecer a lo largo de los meses o años. Pero actualmente se sabe mucho más sobre el tratamiento eficaz del PTSD de lo que se conocía hace tan sólo diez años. Las probabilidades son excelentes de que los síntomas de su adolescente pueden reducirse sustancialmente con la CBT y, tal vez, con medicamentos.

“Habrá días buenos y habrá días malos”, dice una madre. “Lo que usted tiene que hacer es estar disponible y escucharlos.” Y esperar que las cosas mejoren con el tiempo. Tanto para usted como para su adolescente, hay días más brillantes en el futuro.

Tratamiento y recuperación: Una vista de cerca del proceso

Algunos padres dicen que recibieron un golpe y se negaron a creerlo, cuando su adolescente fue diagnosticado inicialmente con un trastorno de ansiedad. “Nos cayó realmente cuando menos lo esperábamos”, dice la madre de una adolescente de 16 años con trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés). “Sabíamos que algo no andaba bien, pero esto no fue lo que esperábamos. Ninguno de nosotros lo aceptó inmediatamente—ni yo, ni mi hija ni mi esposo. Por mi parte, yo tenía todos estos estereotipos en la cabeza acerca de la enfermedad y no sabía lo suficiente sobre el tema, de modo que reaccioné excesivamente.”

Otros dicen que sintieron alivio al finalmente poner un nombre a la conducta desconcertante de su adolescente. Y todavía otros dicen que se sintieron vindicados cuando un profesional confirmó lo que sospechaban desde hacía algún tiempo. Cualquiera que hayan sido sus propios pensamientos, probablemente fueron seguidos muy pronto por una cantidad de preguntas: ¿Dónde puedo encontrar un terapeuta de primera para mi adolescente? ¿Cuáles son los puntos a favor y en contra de los medicamentos? ¿Cómo voy a pagar por la atención de mi adolescente? ¿Y qué puedo hacer para que mi adolescente tenga éxito en la escuela?

Ninguno de estos interrogantes tiene una contestación simple. Pero, cuanto más informado esté usted acerca de sus opciones, tanto mejores serán las decisiones que podrá tomar acerca de estos asuntos tan complicados. En este capítulo encontrará los hechos esenciales para tomar decisiones sensatas y educativas, no importa cuál sea el trastorno de ansiedad que sufre su adolescente.

Cómo obtener un diagnóstico

El primer paso para encontrar ayuda para su adolescente es obtener un diagnóstico preciso del problema. Para evaluar la situación, un profesional de salud mental llevará a cabo una entrevista diagnóstica con su adolescente. Con frecuencia, esta entrevista toma una forma estructurada, en que se hacen preguntas y el orden en que se las presentan ha sido determinado de antemano. La meta es permitir que el profesional identifique la naturaleza, la gravedad y la duración de los síntomas de su adolescente para poder compararlos con los criterios diagnósticos establecidos en el *DSM-IV-TR* (una abreviatura para *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Cuarta Edición, Revisión del Texto), un manual publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association). Los profesionales de salud mental, que trabajan en diversos campos, usan este manual para diagnosticar todo tipo de trastornos mentales. En el Apéndice puede consultarse una versión simplificada de los criterios del *DSM-IV-TR* para los diversos trastornos de ansiedad. Además, en la entrevista verbal tal vez se pida a su adolescente que complete un cuestionario con papel y lápiz, que explora más profundamente los problemas, los síntomas y la conducta diaria.

A usted también se le pedirá que dé información, así que venga preparado. Entre otras cosas, tal vez se le pregunte acerca de:

- Los problemas y síntomas actuales de su adolescente
- Sus antecedentes médicos y salud física en general
- Diagnósticos y tratamientos previos de salud mental, si los hubiere

- Antecedentes familiares de trastornos de salud mental
- Desarrollo físico y mental
- Relaciones con los parientes y amigos

Durante el proceso de evaluación, el profesional observará estrechamente la conducta de su adolescente. Naturalmente, el profesional sólo ve al adolescente por un período breve en un solo ambiente, de modo que no puede percibir el cuadro completo, como es el caso de un padre. Por esta razón, tal vez se le pida a usted que complete una escala de evaluación de la conducta del adolescente, en la cual podrá informar los comportamientos que ha observado y la frecuencia con que han ocurrido.

A veces, puede también ser útil obtener la perspectiva de otros adultos importantes en la vida de su adolescente. Con su permiso, se puede entrar en contacto con dichos adultos—por ejemplo, los maestros, el asesor escolar o el médico de su adolescente—y pedirles que también completen una escala de evaluación de la conducta o que proporcionen otra información.

Naturalmente, el profesional sólo ve al adolescente por un período breve en un solo ambiente, de modo que no puede percibir el cuadro completo, como es el caso de un padre.

Cómo encontrar la terapia apropiada

Una vez que se ha llegado a un diagnóstico, el siguiente desafío consiste en encontrar el tratamiento apropiado para su adolescente. La terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés), incluso la terapia por exposición, es el tratamiento mejor establecido para los trastornos de ansiedad en los adolescentes. En estudios científicos, su eficacia fue demostrada repetidamente. Una ventaja de la CBT es que no conlleva el mismo riesgo de efectos secundarios que los medicamentos. También enseña a las personas ciertas técnicas para controlar la ansiedad, de modo que puedan continuar usándolas por el resto de sus vidas. Para los que no obtienen suficiente alivio con la CBT solamente, o que no responden a esta forma de tratamiento, un medicamento agregado a la CBT tal vez mejore los resultados obtenidos. En algunos casos, puede ser eficaz usar el medicamento por sí solo.

Participación en la investigación

Es posible que su adolescente tenga la oportunidad de participar en un proyecto de investigación para evaluar los tratamientos contra la ansiedad. Como padre de un menor, usted será informado plenamente acerca de los beneficios y riesgos potenciales de la participación y se le pedirá que dé su consentimiento antes de que su adolescente pueda ofrecerse como voluntario. Una ventaja de tomar parte en un estudio es que da a su adolescente acceso a la atención gratuita de alta calidad. Sin embargo, pueden haber algunos inconvenientes para usted. Por ejemplo, tal vez necesite viajar una cierta distancia hasta un centro de tratamiento o estar disponible para citas de seguimiento.

Una desventaja potencial de la CBT es que los resultados óptimos dependen de tener acceso a un terapeuta conductual cognitivo, preferiblemente uno que tenga experiencia en el tratamiento de adolescentes. En muchas partes del país, estos terapeutas son muy escasos. Una madre que trabaja voluntariamente respondiendo a llamadas telefónicas para un grupo de apoyo del OCD dice, “Yo hablo constantemente con los padres cuyos adolescentes acaban de desarrollar síntomas, y el problema absolutamente mayor que tienen es encontrar a un profesional terapéutico calificado”.

La CBT también necesita la participación activa del paciente. Si su adolescente se resiste mucho a la idea de la terapia o no está dispuesto a hacer las tareas que el terapeuta le asigne, tal vez no obtenga los mejores resultados. La terapia por exposición, en particular, exige enfrentarse con los propios temores, lo que podría llevar a un aumento a corto plazo en la ansiedad y la angustia, algo que los adolescentes pueden no estar dispuestos a tolerar. Sin embargo, muchos adolescentes con trastornos de ansiedad están ansiosos por encontrar un alivio para sus síntomas, y otros se convencen una vez que la CBT realmente les ayuda.

Como padre, usted puede alentar los esfuerzos de su adolescente para hacer gradualmente frente a sus temores, aunque eso signifique que, algunas veces, usted deba frenar sus propios impulsos protectores. También puede permitir que su adolescente sepa lo orgulloso que está usted cuando él o ella tiene éxito en alcanzar una meta. Además, usted puede servir como un modelo positivo al trabajar en su propia confianza, al enfrentarse con sus propios temores poco realistas, y al buscar ayuda para sus problemas cuando la necesite.

Cómo elegir a un terapeuta

La CBT es proporcionada por profesionales de salud mental que provienen de una variedad de áreas, entre ellos, psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales clínicos. Cuando se escoge a alguien para que proporcione tratamiento para su adolescente, los factores que se deben considerar incluyen la experiencia del terapeuta con la terapia por exposición, su pericia para trabajar con gente joven y el grado de comodidad suya y de su adolescente con el terapeuta.

A veces se enseñan técnicas de relajación, tales como imágenes mentales y ejercicios de respiración, como un componente de la CBT. Estas medidas ofrecen a los adolescentes algunas técnicas útiles para controlar los efectos fisiológicos del temor y el estrés. Sin embargo, no hay evidencia de que la enseñanza de la relajación, por sí sola, sea suficiente para tratar los trastornos de ansiedad. En vez de ello, la investigación indica que la terapia por exposición es el componente crítico de la CBT, cuando se trata de trastornos de ansiedad. Asegúrese de que éste sea, también, el enfoque de su terapeuta.

“Yo no sabía dónde empezar a buscar el tipo correcto de terapeuta”, dice una madre, que había oído acerca de la terapia por exposición para el OCD (a menudo llamada también exposición y prevención de la respuesta). “Comencé a llamar a los terapeutas en cualquier orden, y les preguntaba, ‘¿Usa usted este tipo de terapia?’ Llamé a unos 20 de ellos antes de encontrar a una mujer que me puso en contacto con el grupo local de la Fundación Obsesiva-Compulsiva.

“Llamé a unos 20 de ellos antes de encontrar a una mujer que me puso en contacto con el grupo local de la Fundación Obsesiva-Compulsiva. Entonces los llamé, y ellos me enviaron inmediatamente a un terapeuta”.

Entonces los llamé, y ellos me enviaron inmediatamente a un terapeuta”. Otras fuentes buenas para obtener recomendaciones incluyen la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Association of America) y la Asociación para el Adelanto de la Terapia Conductual (Association for Advancement of Behavior Therapy), organizaciones que proporcionan listas de profesionales terapéuticos en sus sitios en Internet. También puede ponerse en contacto con la clínica de salud mental en su comunidad, y pedirles que le recomienden terapeutas que se

especialicen en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Una vez que ha obtenido una lista de nombres de terapeutas, hay que hacer algunas preguntas:

- ¿Qué tipo de licencias y credenciales tiene?
- ¿Usted se considera un especialista en trastornos de ansiedad?
- ¿Cuántos de sus pacientes tienen el trastorno específico de mi adolescente?
- ¿Cuántos de sus pacientes son adolescentes o niños?
- ¿Cuánta experiencia tiene usted con la CBT, incluso la terapia por exposición?
- Si es necesario ¿hará usted o un miembro de su personal visitas al hogar para efectuar exposiciones?
- ¿Puede usted prescribir medicamentos? Si no puede hacerlo ¿está dispuesto a coordinar la atención con otro profesional si mi adolescente ya está tomando medicamentos o si más tarde se considera que los necesita?
- ¿Con qué frecuencia habrá sesiones y por cuánto tiempo durarán?
- ¿Cuántas sesiones espera que sean necesarias?
- ¿Pide usted que los miembros de la familia participen en la terapia?
- ¿Cuáles son sus honorarios? ¿Tiene usted una escala de pagos para las personas con recursos financieros limitados? ¿Participa usted en algún estudio de investigación en el cual mi adolescente pudiera ser un candidato para recibir tratamiento gratuitamente?
- ¿Qué tipos de planes de seguros acepta?
- ¿Dónde está su consultorio y cuáles son sus horas?

Entre todas estas consideraciones, el aspecto más importante es encontrar a alguien con experiencia sustancial en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. “Encuentre a un terapeuta que come, duerme y respira esto”, aconseja un padre. “Actualmente, tenemos aproximadamente una hora y media de viaje para ver al terapeuta”, dice otro. “Pero cuando se trata de un hijo, uno hace lo que se necesite.”

Tabla 4. Terapeutas de un vistazo

La terapia es proporcionada por profesionales de salud mental de varias áreas. Sin embargo, no todos están familiarizados con los tratamientos basados en la investigación para los trastornos de ansiedad, de modo que asegúrese de preguntar acerca del enfoque terapéutico cuando esté escogiendo un terapeuta para su adolescente.

<i>Provedores de terapia</i>	<i>¿Puede prescribir medicamentos?</i>	<i>Credenciales que se deben buscar</i>
Psicólogos	En Nuevo México y Louisiana solamente, con capacitación avanzada	Licencia del estado
Psiquiatras	Sí	Licencia estatal y certificación (o candidato para certificación) de la Junta Americana de Psiquiatría y Neurología
Enfermeras psiquiátricas avanzada	Sí, con capacitación estatal y certificación	Licencia del Centro Estadounidense de Otorgamiento de Credenciales para Enfermeras
Asistentes sociales clínicos	No	Licencia estatal; puede ser miembro de la Academia de Asistentes Sociales Certificados
Consejeros de salud mental	No	Licencia estatal o certificado por la Academia Nacional de Consejeros de Salud Mental Clínicos Certificados
Terapeutas de matrimonio y familia	No	Licencia estatal

Puntos a favor y en contra de los medicamentos

Si la CBT por sí sola no proporciona suficiente alivio, a menudo se prescriben medicamentos para acompañarla. Los medicamentos también pueden ser útiles si el adolescente no está dispuesto a participar en la terapia o no tiene acceso a un terapeuta calificado, y hay veces en que la CBT no da resultados en el caso de un adolescente en particular. Además, los medicamentos pueden ser útiles si su adolescente padece un trastorno coexistente, como depresión o trastorno de déficit de atención hiperactiva, que tiende a responder bien al tratamiento farmacológico.

Cuando los síntomas son moderados a graves, el medicamento a menudo puede suprimirlos lo suficiente para permitir concentrarse en la terapia. Una madre dice que su hija inicialmente comenzó el tratamiento con la CBT sola, pero se frustraba después de varias semanas de resultados dispares. Por cada paso hacia adelante, parecía que se daban uno o dos hacia atrás. “Cuando agregamos el medicamento, ese fue realmente un acontecimiento decisivo”, dice esta madre. “El medicamento la fortaleció, de modo que podía lograr que la terapia conductual funcionara uniformemente.”

Se necesitan más investigaciones sobre la inocuidad y eficacia de los medicamentos específicos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los adolescentes. No obstante, las investigaciones con que se cuenta, asociadas con la experiencia clínica, indican que los medicamentos pueden ser útiles y sin peligros en muchos casos. Una desventaja es el riesgo de efectos secundarios indeseables. Además, las personas diferentes responden en forma diferente al mismo fármaco, de acuerdo con factores individuales como la edad, el sexo, el peso, la química corporal y la salud general. Tal vez puedan necesitarse ensayos, con el consiguiente riesgo de equivocarse, para poder hallar el medicamento y las dosis correctas.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) a menudo son los medicamentos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los adolescentes. Estos medicamentos son eficaces tanto contra la ansiedad como contra la depresión, y la mayoría de los efectos secundarios tienden a ser leves. Sin embargo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) publicó recientemente una advertencia acerca de un riesgo pequeño, pero significativo, de aumento de las ideas y los comportamientos suicidas en personas jóvenes que estaban tomando SSRI y otros agentes antidepresivos. Esto destaca la importancia de considerar cuidadosamente los beneficios y riesgos potenciales de cualquier medicamento, cuando se están examinando las opciones terapéuticas.

Advertencia sobre agentes antidepresivos

En el año 2004, la FDA ordenó a los fabricantes de todos los fármacos antidepresivos que agregaran declaraciones de advertencia más firmes al rotulado de sus productos, acerca de un riesgo limitado pero importante de aumento de los pensamientos y las conductas suicidas, en niños y adolescentes que tomaban estos medicamentos. Como resultado de ello, se alienta firmemente a los médicos que deciden prescribir agentes antidepresivos a sus pacientes jóvenes a que vigilen muy de cerca a sus pacientes. Usted puede ayudar en esto también. Si su adolescente está tomando un medicamento antidepresivo, llame al médico inmediatamente si observa cualquiera de estas señales de advertencia:

- conversación o conducta suicida
- aumento de la ansiedad o la depresión
- inquietud o agitación extremas
- aumento de los ataques de pánico
- dificultad para dormir
- aumento de la irritabilidad, agresión o violencia
- actividades arriesgadas impulsivas
- hiperactividad o locuacidad extremas
- cambios insólitos en la conducta.

Aunque los acontecimientos adversos son una preocupación considerable, el riesgo debe sopesarse considerando el riesgo de no tratar el trastorno del adolescente en la forma adecuada. Cuando los síntomas no son tratados pueden causar una angustia considerable e interferir con la vida diaria. Además, pueden interferir con el crecimiento emocional y social durante este período crítico en el desarrollo de su adolescente.

Cómo obtener información

Las prescripciones para medicamentos antidepresivos u otros contra la ansiedad pueden ser originadas por los médicos de atención primaria, como los pediatras y médicos de familia, así como por algunos otros profesionales de salud (consulte el cuadro en la página 113). Sin embargo, los psiquiatras—médicos que se especializan en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales—son los especialistas con más conocimiento y capacitación en el uso de dichos medicamentos.

“El pediatra de mi hijo no se siente cómodo dándome una receta para Zoloft [un SSRI]”, dice una madre. “Ésta no es su área de preferencia. De modo que visitamos a un psiquiatra cuando lo necesitamos, pero no menos de una o dos veces al año. También tengo que escribir al psiquiatra una vez al mes para ponerlo al tanto del estado de salud de mi hijo. Y siempre puedo llamarlo si algo anda mal.” Una cosa que esta madre aprecia acerca de este psiquiatra es su buena voluntad para responder a todas sus preguntas. Además, dice, “siempre escucha lo que yo tengo que decirle.”

Si se prescribe un medicamento, informe al médico acerca de cualquier otro medicamento bajo prescripción, medicamento de venta libre o complementos herbarios que su adolescente esté tomando, ya que algunos fármacos interactúan entre sí pudiendo causar daño. Informe también al médico sobre cualquier alergia a fármacos que pueda tener el adolescente. Después, asegúrese de contar con todos los datos que necesite. Aquí tiene algunas preguntas importantes que debiera hacer:

Tabla 5. Medicamentos a un vistazo

Aunque los SSRI son los pilares del tratamiento con medicamentos para los trastornos de ansiedad de un adolescente, a veces también se prescriben otros tipos de medicamentos. A continuación se da una sinopsis rápida de estos medicamentos.

<i>Clase de droga</i>	<i>Medicamentos específicos</i>	<i>Cómo pueden funcionar</i>
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina	citalopram (Celexa) escitalopram (Lexapro) fluoxetina (Prozac) fluvoxamina (Luvox) paroxetina (Paxil) sertralina (Zoloft)	Afectan la concentración y actividad de un compuesto químico cerebral llamado serotonina.
Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina	duloxetina (Cymbalta) venlafaxina (Effexor)	Afectan la concentración y la actividad de dos compuestos químicos cerebrales: serotonina y norepinefrina.
Antidepresivos tricíclicos	amitriptilina (Elavil) clomipramina (Anafranil) desipramina (Norpramin) doxepina (Sinequan) imipramina (Tofranil) maprotilina (Ludiomil) nortriptilina (Pamelor) protriptilina (Vivactil) trimipramina (Surmontil)	Afectan la concentración y la actividad de dos compuestos químicos cerebrales: serotonina y norepinefrina.
Benzodiazepinas	alprazolam (Xanax) clordiazepóxido (Librium) clonazepam (Klonopin) cloracepato (Tranxene) diazepam (Valium) lorazepam (Ativan) oxazepam (Serax)	Tal vez realcen las concentraciones de un compuesto químico cerebral llamado ácido gamma-amino-butírico
Estabilizantes del humor	carbameceptina (Tegretol) lamotrigina (Lamictal) ácido valproico (Depakote)	Pueden realzar o inhibir varios compuestos químicos cerebrales dependiendo del fármaco.
Antipsicóticos atípicos	aripiprazol (Abilify) clozapina (Clozaril) olanzapina (Zyprexa) quetiapina (Seroquel) risperidona (Risperdal) ziprasidona (Geodon)	Pueden realzar o inhibir varios compuestos químicos cerebrales, dependiendo del fármaco.

- ¿Cuáles son los nombres genérico y de marca del medicamento?
- ¿Qué es lo que hace?
- ¿Cuándo podremos ver resultados?
- ¿Cuándo y con qué frecuencia debe mi hijo tomar el medicamento?
- ¿Por cuánto tiempo debe tomarlo?
- ¿Necesitará mi hijo limitar alguna actividad mientras toma el medicamento?
- ¿Necesitará el adolescente evitar el alcohol, otros medicamentos o ciertos alimentos?
- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios del medicamento?
- ¿Qué debo hacer si ocurren estos efectos secundarios?
- ¿Dónde debo llamar si tengo preguntas o inquietudes?

Cómo alentar la adherencia

A algunos adolescentes simplemente no les gusta la idea de tomar medicamentos. Como dice un padre, “Mi hijo considera a los medicamentos como una muleta. Él quisiera poder resolver sus propios problemas”. Por cierto, la actitud de su adolescente es un factor que debe tenerse en cuenta cuando se evalúan las opciones terapéuticas. Pero hay veces en que el medicamento parece ser necesario, en cuyo caso se debe alentar al adolescente a cumplir con el plan de tratamiento.

Lo que frecuentemente ayuda más es educar a su adolescente acerca del trastorno. Una vez que él o ella sepa más sobre las bases biológicas de un trastorno de ansiedad, se hace mucho más fácil entender las razones para tomar los medicamentos. Escuche a su adolescente para conocer sus preocupaciones y creencias acerca del tratamiento, y trate de corregir cualquier idea errónea que tenga. Si usted mismo tiene algunas dudas, no vacile en preguntar al profesional que trata a su adolescente.

Otra objeción común a los medicamentos se refiere a los efectos secundarios. Todos los fármacos tienen el potencial para causar efectos indeseables además de los que se desea obtener. Estos efectos varían de una persona a otra, de modo que es importante vigilar las reacciones de su adolescente causadas por la dosis recetada de un medicamento en particular. El médico de su adolescente debe examinar con ustedes los efectos secundarios potenciales, al momento de darle una receta.

Asegúrese de saber, por adelantado, cómo controlar los problemas leves y cuándo llamar al médico inmediatamente. Siempre informe al médico acerca de cualquier síntoma grave, imprevisto o especialmente preocupante, que surja después de que su adolescente comience a tomar un medicamento. Los efectos secundarios leves a menudo desaparecen por su cuenta en unos pocos días. Si son más graves, el médico tal vez pueda cambiar el medicamento o sus dosis.

Algunos adolescentes están dispuestos a probar los medicamentos, pero se desalientan cuando no ven una mejoría inmediata. Asegure que su adolescente comience con una idea realista del tiempo que se necesitará para observar beneficios. En el caso de los SSRI, por ejemplo, pueden necesitarse de cuatro a seis semanas para percibir los efectos completos. Convenza a su adolescente de que es importante seguir tomando el medicamento como se le ha recetado, durante todo este período, a menos que el médico indique lo contrario. Si un SSRI demuestra ser eficaz, normalmente debe continuar tomándose al menos por 6 a 12 meses y a veces por más tiempo. Otros agentes antidepresivos que se prescriben para la ansiedad funcionan dentro de un marco temporal similar.

El médico de su adolescente debe examinar con ustedes los efectos secundarios potenciales, al momento de darle una receta.

Medicamentos contra la ansiedad

Tal vez se pregunte por qué es que los medicamentos para aliviar la depresión son los más utilizados para el tratamiento de trastornos de *ansiedad* en el adolescente. La razón es que, aparentemente, la ansiedad y la depresión implican muchos de los mismos cambios en los compuestos químicos cerebrales. Los medicamentos destinados a estos compuestos cerebrales a menudo dan resultado para cualquiera de los dos trastornos, o para ambos, si ocurren al mismo tiempo.

La mayoría de los medicamentos que se sabe que atacan específicamente a la ansiedad, entran en una categoría llamada benzodiacepinas. Estos medicamentos ejercen su acción más rápidamente que los agentes antidepresivos. De hecho, muchas personas que toman benzodiacepinas se sienten mejor casi inmediatamente.

Pero la investigación sobre el uso de estos medicamentos en la gente joven con trastornos de ansiedad es escasa, y los resultados han sido mixtos. Además, ninguna de las benzodiazepinas se ha aprobado específicamente para usar en niños o adolescentes.

Potencialmente, las benzodiazepinas pueden causar efectos secundarios tales como somnolencia y menor alerta mental durante el día. También interactúan peligrosamente con el alcohol, lo que es un problema con muchos adolescentes. El resultado es que las benzodiazepinas normalmente no representan la primera elección como un tratamiento exclusivo para los adolescentes. No obstante, pueden ser útiles para algunos de ellos.

Muchos padres se preocupan, con razón, acerca del potencial de adicción de las benzodiazepinas. En general, estos medicamentos deben usarse durante un período de 8 a 12 semanas antes de que causen una dependencia física. Una señal de dependencia es la tolerancia o, en otras palabras, la necesidad de tomar dosis progresivamente mayores del medicamento para lograr el efecto terapéutico inicial. Si las personas dejan de tomar el medicamento en forma demasiado abrupta, pueden también presentar síntomas carenciales desagradables, tales como mayor ansiedad, temblores, dolor de cabeza, mareos, dificultad para dormir, pérdida del apetito y, en casos extremos, convulsiones. Sin embargo, cuando las benzodiazepinas se prescriben para el diagnóstico apropiado y su uso es vigilado por un médico, normalmente el riesgo de abuso o dependencia es ínfimo. La excepción podría ocurrir en individuos que ya tienen un problema con abuso o dependencia de otra sustancia.

Otro medicamento aprobado para el tratamiento de los trastornos de ansiedad es la buspirona (BuSpar). Se cree que este agente ejerce su efecto realzando, en parte, la actividad de la serotonina, de modo que su mecanismo de acción es más parecido al de los SSRI que al de las benzodiazepinas. Como es el caso de los estudios con SSRI, los realizados con buspirona han demostrado aliviar tanto la ansiedad como la depresión en los adultos.

Lamentablemente, no se cuenta con suficientes investigaciones como para lograr claridad en cuanto a su eficacia en la gente joven. Sin embargo, existen informes clínicos acerca de su utilidad en los adolescentes que no habían respondido a otros tipos de medicamentos.

Cómo resolver problemas con los seguros

Una cosa es identificar un tratamiento de alta calidad para su adolescente. Pagar por este tratamiento puede ser una cosa muy distinta. Muchas familias carecen de cobertura de seguros para todos los servicios de salud mental, mientras que otras que la tienen con frecuencia descubren que la cobertura es totalmente inadecuada. Los planes de salud a menudo ponen restricciones rigurosas sobre los beneficios de salud mental, por ejemplo, limitando severamente el número de sesiones terapéuticas cubiertas. Algunos planes exigen también copagos y montos deducibles para los servicios de salud mental que son mayores que los que se aplican a otros tipos de atención médica, y otros planes establecen límites menores de gastos anuales y para toda la vida.

En el año 1996, el Congreso de los EE. UU. aprobó la Ley de Paridad de Salud Mental, que tenía por objeto ayudar a igualar la forma en que las enfermedades mentales y físicas son cubiertas bajo los seguros médicos. Esta ley prohíbe que los planes médicos de grupo establezcan límites monetarios anuales o para toda la vida, sobre los beneficios de salud mental, que sean menores que los de los beneficios médicos o quirúrgicos. Lamentablemente, la ley tiene muchas excepciones. Por un lado, la ley permite que los planes médicos de grupo excluyan completamente los beneficios de salud mental, si lo desean, y sólo afectan los planes que deciden incluir alguna cobertura de salud mental en su biblioteca de beneficios. Por otra parte, la ley no se aplica a los planes de salud de grupo patrocinados por patronos con menos de 51 empleados. Tampoco se aplica al seguro médico que usted obtenga por su cuenta, como individuo. Además, no prohíbe que los planes médicos usen tácticas para soslayar el espíritu de la ley, tales como imponer límites en el número de visitas cubiertas para servicios de salud mental, aunque el plan no imponga límites similares para las visitas médicas y quirúrgicas.

Además de esta legislación federal, hasta el momento, 34 estados han aprobado sus propias leyes de paridad de salud mental. Las leyes estatales a menudo tienen sus propias brechas considerables en la cobertura, sin embargo. Durante los últimos años, numerosas organizaciones—entre ellas, la Alianza Nacional de Enfermedad Mental (National Alliance on Mental Illness) y la Asociación Nacional de Salud Mental (National Mental Health Association)—han estado haciendo presión para que se apruebe legislación con una cobertura más completa.

Además del seguro privado, la otra fuente principal de ayuda financiera, cuando se trata de pagar por el tratamiento, es Medicaid. Este programa de seguro público, pagado por una combinación de fondos federales y estatales, proporciona atención médica y de salud mental a los individuos de bajos ingresos que reúnen los criterios de elegibilidad. Si desea obtener más información sobre la elegibilidad para ingresar en Medicaid, examine las páginas gubernamentales en la guía telefónica o visite el sitio de los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services) en Internet (www.cms.hhs.gov).

Como Medicaid tiene requisitos estrictos de elegibilidad, la mayoría de las familias de clase media no los reúnen. Sin embargo estas mismas familias con frecuencia tienen una cobertura de seguro inadecuada para los servicios de salud mental, de modo que a menudo terminan pagando toda la cuenta por su cuenta. No es de sorprender que muchos padres digan que el encontrar el dinero para pagar por el tratamiento para su adolescente es una gran preocupación. “La mayoría de las cosas que hicimos para Jeff no estaban cubiertas”, dice una madre. “Cada vez que visito al psiquiatra me cuesta \$170 por visita y el seguro paga \$35. Cuando visitamos al psicólogo es la misma cosa. Y nuestra póliza de seguro es buena, también, pero ésta es un área en la cual las compañías de seguros no están interesadas”.

¿Cuánto cuesta?

Los costos del tratamiento varían considerablemente, pero éstas son cifras típicas. Tenga en cuenta, sin embargo, que los honorarios pueden ser mayores en algunas partes del país.

- Terapeuta en práctica privada—\$60 a \$200 por hora. Los psiquiatras y psicólogos generalmente cobran más que otros profesionales de salud mental.
- Clínica privada—\$50 a \$200 por hora. La terapia individual puede ser más cara que la terapia de grupo. Algunas clínicas sin fines de lucro permiten que las familias con recursos financieros limitados paguen honorarios reducidos.
- Centro vecinal de salud mental—\$5 a \$50 para familias con recursos financieros limitados. Los que reúnen los requisitos para recibir ayuda médica del gobierno no pagan honorarios.
- Medicamentos—\$32 a \$128 por mes, en promedio, para un agente antidepresivo genérico, o hasta \$279 por mes, en promedio, por uno de marca. El costo de las visitas al médico es adicional.

Los resultados de una encuesta reciente patrocinada por la Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands (Annenberg Foundation Trust at Sunnylands) destacan el problema. Entre los 506 médicos de atención primaria que participaron en la encuesta en todo el país, un 58% indicaron que creían que la falta de seguro adecuado obstaculizaba el que la gente joven pudiese recibir los tratamientos de salud mental que necesitaban. Aunque no hay una solución fácil para este problema, usted puede sacar las mayores ventajas de la cobertura para salud mental que recibe su familia aprendiendo más sobre cómo navegar el sistema de seguros.

Los ABC de las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO)

Si su familia tiene cobertura de salud mental a través de seguro privado o Medicaid, es probable que esté trabajando con algún tipo de organización de atención administrada.

Usted puede sacar las mayores ventajas de la cobertura para salud mental que reciba su familia aprendiendo más sobre cómo navegar el sistema de seguros.

La atención administrada es un sistema para controlar los costos de atención de la salud. Hay varios tipos diferentes de planes de atención administrada, entre ellos:

- Organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)—Un tipo de plan de atención administrada, en el que la mayoría de los profesionales de atención son empleados de la HMO. No obstante, cuando se trata de la atención de salud mental, algunas HMO contratan a profesionales independientes. En tales casos, usted típicamente debe ser referido por su médico de atención primaria a la HMO antes de consultar al profesional de salud mental.
- Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO)—En este tipo de plan administrado, usted debe elegir entre una red de proveedores que tienen contratos con la PPO. Es menos probable que necesite ser referido por su médico de atención primaria para lograr acceso a un proveedor de atención de salud mental.
- Plan de punto de servicio (POS) (Point of service, POS)—Este tipo de plan es similar a las HMO o PPO tradicionales. Sin embargo, también tiene la opción de buscar atención de profesionales independientes de la HMO o de la red de la PPO. Si decide buscar fuera de la red, deberá pagar un copago o deducible mayor.

No se dé por vencido

Si presenta una reclamación y la compañía de atención administrada se niega a pagarla, no se dé por vencido demasiado pronto. Usted tiene derecho a una apelación si cree que la reclamación ha sido rechazada injustamente. Esto funciona del siguiente modo: Cuando se presenta una reclamación, un empleado de la compañía de atención administrada la examina para ver si satisface dos criterios. Primero, el tratamiento proporcionado debe estar cubierto por el plan médico. Y segundo, el tratamiento debe considerarse “médicamente necesario” o, en otras palabras, médicamente apropiado y necesario para satisfacer las necesidades de atención de la salud del paciente. Si se satisfacen ambos estándares, se autoriza el pago por el tratamiento. Pero si cualquiera de los dos estándares ha fallado, se puede rechazar el pago.

Elección de un plan médico

Si puede elegir entre varios planes de atención administrada, asegúrese de comparar cuidadosamente los beneficios ofrecidos. Éstos son algunos de los factores que debe considerar cuando esté pensando acerca de la cobertura de salud mental:

- ¿Excluye el plan algún diagnóstico o servicios de salud mental?
- ¿Impone el plan un período de espera, o no cubre afecciones de existencia previa?
- Si su adolescente ya tiene un profesional de salud mental ¿pertenece el profesional a la red del plan?
- Si usted está buscando un nuevo proveedor ¿cuenta la red con varios que estén cercanos a su casa?
- ¿Tiene alguno de estos profesionales experiencia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad? Si es así, ¿está aceptando pacientes nuevos?
- ¿Cuánto suman los copagos y montos deducibles o, en otras palabras, sus gastos de bolsillo?
- ¿Hay límites en el número de sesiones terapéuticas o visitas al médico que se permiten anualmente?
- ¿Hay un límite en la suma que su plan pagará por la atención de salud mental en un período de 12 meses?
- ¿Hay restricciones en cuanto a los medicamentos cubiertos?

Cuando se rechaza una reclamación, la decisión a menudo se basa en el estándar de necesidad médica. Por ejemplo, un plan médico puede cubrir un cierto número de visitas a terapeutas anualmente, y un terapeuta o médico puede creer que la persona necesita terapia. No obstante, la compañía de atención administrada puede decidir que no pagará por las visitas porque el examinador de la compañía no las consideró médicamente necesarias. En esta situación, usted tiene derecho a presentar una apelación que le da una oportunidad para presentar la razón por la cual el tratamiento es realmente necesario. Consiga la ayuda del profesional de salud mental que recomendó originalmente el tratamiento. Esta persona está obligada, éticamente, a ayudarle con el proceso de apelación. Si la situación es urgente, pida al proveedor que solicite una apelación acelerada.

En casos menos urgentes, el proceso de apelación puede tomar un cierto tiempo. Asegúrese de entender sus obligaciones financieras si el profesional inicia el tratamiento durante ese período y en caso de que la apelación no tenga éxito. Si su primera apelación es rechazada, pida

La mayoría de las compañías de atención administrada ofrecen tres o cuatro niveles de apelación.

notificación por escrito de las razones. Este aviso debe incluir una lista de condiciones que deberán satisfacerse para que el tratamiento pueda ser aprobado. Siempre puede volver a apelar. De hecho, la mayoría de las compañías de atención administrada ofrecen tres o cuatro niveles de apelación. Como cada una es presentada ante un grupo diferente de personas, tal vez tenga más éxito la segunda o tercera vez.

Si su seguro es proporcionado por un patrón, el departamento de recursos humanos tal vez pueda ayudarle a resolver sus problemas de beneficios. Si su familia está cubierta por Medicaid, el estado puede tener un funcionario defensor, es decir, una persona o programa que se ocupa de investigar y resolver quejas de los consumidores. Los que reciben Medicaid también pueden pedir una “audiencia imparcial” de parte del estado. El proceso varía de un estado a otro, de modo que póngase en contacto con la oficina de Medicaid para obtener más información.

Resolución de problemas en la escuela

La educación es otra área donde los padres pueden ser buenos defensores para los adolescentes con trastornos de ansiedad. Por naturaleza, los maestros tienden a ser individuos comprensivos. La mayoría quiere, genuinamente, ayudar pero tal vez no se den cuenta de que existe un problema o tal vez no sepan qué hacer cuando lo descubren. Al compartir lo que usted ha aprendido, puede educar a los educadores. Con mayor conocimiento, probablemente conseguirá más comprensión y cooperación.

Algunos adolescentes con trastornos de ansiedad tienen pocos o ningún problema en el aula de clase. Si su adolescente parece estar luchando en la escuela o con las tareas asignadas, sin embargo, es hora de iniciar un diálogo con el maestro y tal vez con otro personal escolar clave. Pero antes de concertar la primera reunión, hable con su adolescente. Hable de las preocupaciones sobre la privacidad que el o la adolescente pueda tener, pero también hable de sus preocupaciones sobre el efecto que la ansiedad parece estar teniendo en el comportamiento o el rendimiento de su adolescente en la escuela. Si usted cree que el maestro de su adolescente tiene una necesidad legítima de conocer acerca del trastorno de ansiedad, explique claramente sus razones. Después examine qué tipo de información va a compartir, y qué tipo no compartirá. Siempre puede tranquilizar a su adolescente acerca de muchas de sus preocupaciones simplemente hablando franca y honestamente, y prometiendo respetar sus preferencias sobre su privacidad.

Una vez que se reúna con un maestro, usted querrá hablar sobre los síntomas específicos que cada uno esté observando y la forma en que pueden afectar a su adolescente en la escuela. Pero, para poner estos síntomas dentro del cuadro general, usted necesitará proporcionar cierta información general de fondo acerca del trastorno de ansiedad de su adolescente. “Nosotros proporcionamos a los maestros todo tipo de folletos e información por escrito”, dice Candace, la madre de dos hijos con OCD y síndrome de Tourette. Los maestros de sus hijos se habían enfrentado antes con ambos trastornos, pero parecieron apreciar los materiales de lectura proporcionados. “Los maestros son intelectualmente curiosos”, dice Candace. “Yo creo que toman todo esto como, ‘Oh, esto es realmente interesante.’ De modo que están muy dispuestos a leer el material y hablar sobre él.”

En vez de limitarse a la información por escrito, algunos padres también han traído al profesional de salud mental a las reuniones. María, cuya hija padece de OCD y trastorno de ansiedad social, dice, “Yo traía anualmente a un psicólogo para hablar durante unos 45 minutos con los maestros”.

Este enfoque puede costar caro, ya que hay que pagarle al profesional por su tiempo. Pero María cree que ayudó a los maestros a preparar mejores estrategias para trabajar con su hija.

Al escuchar cuidadosamente a los maestros, usted también podrá obtener información útil.

Al escuchar cuidadosamente a los maestros, usted también podrá obtener información útil. Los maestros de su adolescente tienen oportunidad de observar ciertos comportamientos que tal vez usted no vea en su casa, y muchos tienen una gran experiencia cuando se trata de trabajar con problemas del aprendizaje y la conducta. Saque ventaja de sus conocimientos. Si enfoca la reunión como una oportunidad para un intercambio respetuoso de ideas, es más

probable que reciba una respuesta positiva. Después de todo, están pasando juntos por este problema de modo que ambos se benefician colaborando para encontrar soluciones. Por otra parte, si empieza con un tono agresivo y demandante, las defensas del maestro se activarán, y lo más probable es que terminen en una posición antagonista.

Después del encuentro inicial, manténgase en contacto durante todo el año. Haga que los maestros puedan ponerse en contacto fácilmente con usted si es necesario, por algún problema o interrogante. Por ejemplo, si usted está raramente en su casa, asegúrese de dar a los maestros el número de su teléfono celular o de trabajo, además del de su hogar. Por su parte, si usted descubre un problema, no vacile en mencionarlo. Cuanto más pronto se resuelvan estos asuntos de menor importancia, tanto menos probabilidad habrá de que aumenten hasta llegar a una crisis. A menudo, el profesional que trata a su adolescente puede sugerir estrategias para resolver problemas, que usted puede comunicar al maestro. Esto puede facilitar la vida del maestro y ayuda a asegurar una buena coordinación entre sus esfuerzos en su hogar y los que se hacen en el aula.

No olvide mencionar cuando las cosas salen *bien* también. Como cualquier otra persona, los maestros quieren saber si sus esfuerzos se notan y aprecian. Cuando un maestro hace un esfuerzo mayor para ayudar a su adolescente, una nota de agradecimiento o un pequeño obsequio hecho en su casa no sólo alegrará el día del maestro sino que también cementará sus relaciones.

Colaboración con los maestros

Cuando se trata de la educación de su adolescente, sus aliados más valiosos son los maestros. A continuación, los padres de adolescentes con trastornos de ansiedad comparten sus consejos A+ para formar relaciones positivas con los maestros.

- Vuélvase una cara familiar en la escuela. “Yo me ofrecí para cantidad de cosas cuando él estaba en la escuela primaria. Cuando pasó a la escuela intermedia, comencé nuevamente a trabajar, de modo que no podía ofrecerme mucho como voluntaria. Pero seguí en la comisión directiva de la PTA y participo lo más posible. Cuando uno está allí tan seguido y se ofrece para ayudar, los maestros están más dispuestos a hacer todo lo posible por ayudarlo.”

—Madre de un adolescente de 14 años

- Manténgase en contacto por teléfono y correo electrónico. “Desde que surgió el correo electrónico es mucho más fácil comunicarse con los maestros. Ellos me pueden mandar un correo electrónico y avisarme cuando no esté haciendo su trabajo.”

—Madre de un adolescente de 14 años

- Use bien las reuniones de padres y maestros. “Si va a una reunión en la escuela, conozca por adelantado qué es lo que quiere lograr. Haga su tarea y llegue a la reunión bien preparado.”

—Padre de un adolescente de 16 años

Muchos temas escolares relacionados con la ansiedad pueden ser resueltos eficiente y eficazmente a través de canales informales. Pero si su adolescente tiene problemas más graves, dominantes o de larga duración, tal vez quiera considerar opciones más formales. En los Estados Unidos, hay dos leyes principales que cubren los servicios educativos para estudiantes con discapacidades: la Ley de Mejoría de la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA) (Individuals with Disabilities Education Improvement Act) del 2004 (IDEA, por sus siglas en inglés) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación del 1973.

La nueva IDEA

IDEA es la ley nacional de educación especial, cuya primera versión entró en vigencia tres décadas atrás. En diciembre de 2004, se aprobó una revisión importante de la ley y la mayoría de las provisiones nuevas debían entrar en vigencia en julio de 2005. A la fecha de imprimirse este libro, la versión más nueva de IDEA no se había implementado todavía y las reglamentaciones finales todavía estaban siendo redactadas. Para consultar las últimas actualizaciones, visite los sitios del Consejo para Niños Excepcionales (Council for Exceptional Children) y del Centro de Diseminación Nacional para Niños con Discapacidades (National Dissemination Center for Children with Disabilities).

Para reunir los requisitos para los servicios educativos especiales bajo IDEA, los estudiantes deben tener una discapacidad que ejerce un impacto sobre su capacidad de obtener beneficio a partir de los servicios educativos generales. La ley especifica varias categorías diferentes de discapacidad. Los estudiantes con trastornos de ansiedad tal vez puedan ser candidatos bajo una de dos categorías: trastornos emocionales graves u otros impedimentos de la salud. Tradicionalmente, la etiqueta de “trastorno emocional grave” ha sido aplicada a estudiantes con problemas graves y de larga duración, con una base emocional, tal como una tendencia a desarrollar temores asociados con los problemas personales o escolares, o una incapacidad para hacer y mantener relaciones satisfactorias con los compañeros y maestros. Esto por cierto parecería referirse a estudiantes con trastornos crónicos de ansiedad grave. Pero la frase trastorno emocional grave tiene un sonido negativo, que muchos padres y adolescentes encuentran ofensivo. En algunas escuelas, el término ha pasado a considerarse como un sinónimo para alborotador. Por extensión, los maestros pueden considerar los comportamientos relacionados con la ansiedad como señales de desobediencia intencionada más bien que como síntomas de una enfermedad real.

La etiqueta de “otros impedimentos de salud” se ha adjudicado tradicionalmente a estudiantes con problemas de salud agudos o crónicos que afectan adversamente su rendimiento educativo.

Esta categoría se usa para estudiantes con diversas afecciones médicas, tales como asma y diabetes, que interfieren con su capacidad para funcionar en la escuela. Sin embargo, también es usada para los afectados por trastornos mentales y conductuales, con una base biológica, tal como el trastorno de déficit de la atención hiperactiva. Como los trastornos de ansiedad también tienen bases biológicas, parecen calzar también en esta categoría. Algunos padres y adolescentes prefieren la etiqueta de sonido más neutro. Ellos creen que reduce el estigma asociado con los estudiantes y sus familias, y alienta a los educadores a considerar los trastornos de ansiedad con más compasión.

IDEA en acción

El primer paso para ingresar a los servicios bajo IDEA es pedir una evaluación para determinar si un estudiante es elegible. La evaluación puede ser solicitada por los padres o por el personal escolar. Si la escuela inicia el pedido, se le pedirá a usted que dé el consentimiento. Si usted inicia el pedido, la escuela debe completar una evaluación total individual o darle un aviso de su negativa, y darle a conocer los derechos que usted tiene. Si se hace la evaluación, la versión más reciente de IDEA establece que generalmente debe completarse dentro de los 60 días desde la fecha en que la escuela reciba su consentimiento. Pero hay una excepción: La ley permite que los estados establezcan plazos más cortos o más largos mediante legislación o reglamentaciones. Una vez que se ha completado la evaluación, usted será notificado de los resultados. Si se considera que su hijo no tiene derecho a los servicios, y usted no está de acuerdo, puede pedir una evaluación educativa independiente, realizada por un tercero.

Si se ha determinado que su hijo es candidato para recibir los servicios, el paso siguiente es preparar un plan educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). Entre otras cosas, este documento clave indica el nivel actual de logros y rendimiento de un estudiante, establece sus metas anuales individuales, describe cómo se medirá el progreso hacia esas metas y describe los servicios que el estudiante necesita.

El IEP se prepara en una reunión del equipo formado por los padres, los maestros de educación general y los de educación especial, y otro personal escolar. Usted y la escuela pueden invitar a personas adicionales que tengan los conocimientos o la pericia pertinentes, por ejemplo, un terapeuta, un defensor o un consultante educativo, para estar presentes en la reunión del IEP. Además, su hijo puede asistir a la reunión si es que desea estar presente.

El IEP especificará cualquier cambio educativo necesario, es decir, cambios que ayuden a un estudiante a superar o soslayar una discapacidad. Por ejemplo, un estudiante cuya ansiedad acerca de cometer errores conduce a un rendimiento lento en el aula, podría recibir más tiempo para tomar sus exámenes. El IEP también especifica la asignación del estudiante—por ejemplo, en un aula regular, una de educación especial, o una escuela especial para estudiantes con una discapacidad en particular. El principio guía de IDEA es poner a los estudiantes en el “ambiente menos restrictivo”—o, en otras palabras, el que les permita recibir una educación tan paralela con la de sus compañeros sin discapacidades como sea posible, mientras todavía se satisfacen sus necesidades individuales. Para la mayoría de los estudiantes con trastornos de ansiedad, esto significa ser asignado a un aula regular con algunos servicios necesarios y apoyos. Sin embargo, si los síntomas de ansiedad son muy graves y persistentes, o si hay otros problemas además del trastorno de ansiedad, el IEP puede especificar otra asignación, por ejemplo una clase de educación especial a tiempo parcial o total.

Si usted está de acuerdo con los servicios y las asignaciones establecidos en el IEP de su hijo, usted lo firmará y el plan entrará en vigencia. Usted y el resto del equipo IEP se reunirán entonces periódicamente para examinar el progreso de su hijo, hacer los cambios que se necesiten en los servicios, y preparar nuevas metas. Si usted no está de acuerdo con el IEP, sin embargo, no lo firme. En este momento, puede tratar de llegar a un compromiso con el equipo IEP. Si no tiene éxito, IDEA cubre la mediación: una reunión entre los padres, los funcionarios escolares y un tercero imparcial que ayude a ambos lados a tratar de llegar a un acuerdo aceptable.

Cuando todo lo demás fracasa, usted puede pedir una audiencia imparcial de debido proceso, en la cual usted y el distrito escolar tengan oportunidad de presentar su caso ante un funcionario de la audiencia, que toma una decisión basándose en los requisitos mencionados en la ley. Antes de la audiencia en sí, la versión más reciente de IDEA requiere una sesión de resolución, una reunión preliminar durante la cual usted y el distrito escolar tratan, una vez más, de resolver los puntos en desacuerdo.

Hasta cuando todo sale bien, el proceso IEP puede llevar tiempo y ser oneroso. Antes de tomar este camino, usted necesita decidir si los beneficios tienen probabilidad de ser mayores que los problemas. Muchos adolescentes con trastornos de ansiedad tienen pocas o ninguna necesidad de cosas especiales en el aula. Y las que *son* necesarias frecuentemente se necesitan solamente por un corto tiempo hasta que el tratamiento comience a dar resultados. El proceso IEP realmente no se intenta para estos estudiantes.

Pero, para los que tienen necesidades más extensas y de larga duración, el contar con un IEP abre las puertas a una amplia gama de servicios educativos y de apoyo proporcionados por el distrito escolar y sin costo para los padres, no importa cuál sea el nivel de ingresos de la familia. Hasta los estudiantes con discapacidades, cuyos padres deciden inscribirlos en escuelas privadas, tienen derecho a recibir evaluaciones educativas y servicios gratuitos, similares a los proporcionados a los estudiantes en las escuelas públicas.

Ajustes cómodos

Los ajustes y modificaciones educativos entran dentro de cinco categorías principales. En algunos casos, estos cambios sólo se necesitan por un corto tiempo hasta que el tratamiento comience a dar resultados.

- Programación—Ejemplo: Permitir más tiempo para completar exámenes, para un estudiante con trastorno de ansiedad generalizada que toma demasiado tiempo debido a que es excesivamente perfeccionista.
- Ambiente—Ejemplo: Permitir que se haga una presentación a un grupo pequeño más bien que a toda la clase, en el caso de un estudiante con trastorno de ansiedad social, que tiene un temor intenso de hablar en público.
- Materiales—Ejemplo: Proporcionar copias de la exposición del maestro, a un estudiante con OCD que tiene dificultades para tomar notas a mano debido a una compulsión sobre la caligrafía.
- Instrucción—Ejemplo: Reducir temporalmente la dificultad de las tareas asignadas, para un estudiante con trastorno de estrés postraumático que acaba de pasar por otra experiencia traumática.
- Respuesta del estudiante—Ejemplo: Aceptar marcas en vez de rellenar círculos en los exámenes, para un estudiante con OCD que pierde el tiempo tratando de rellenar los círculos perfectamente.

La hija de Mike, que está en el undécimo grado y padece OCD grave y trastorno de ansiedad social, cuenta con un IEP. Actualmente, ella asiste a una escuela privada para estudiantes con trastornos emocionales y conductuales, pagada por el distrito escolar, donde recibe mucha atención individual en un ambiente de clases con pocos alumnos. “Yo siempre consideré que el IEP la beneficiaba”, dice Mike. “Inicialmente, me preocupaba el que se le pusiera una etiqueta. Pero el asunto era que sus problemas eran tan severos que hubiera recibido una etiqueta no importa lo que se hiciera. El tener un IEP le dio una herramienta para tener éxito.”

Otra opción

Si su estudiante no es un candidato para un IEP, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ofrece otra opción. Para reunir los requisitos para un plan 504, los estudiantes deben presentar impedimentos físicos o mentales que limiten sustancialmente una o más actividades principales de la vida—un estándar que se puede satisfacer más fácilmente que los requisitos del IEP.

Aunque la preparación de un plan 504 implica su propio juego de procedimientos, el proceso es, a veces, más rápido que para un IEP. En teoría, un plan 504 puede usarse para proporcionar una amplia gama de servicios educativos. En la práctica, como las escuelas no reciben fondos adicionales bajo la Sección 504, como ocurre con IDEA, este tipo de plan normalmente se reserva para estudiantes con impedimentos que necesitan ajustes relativamente baratos—es decir, lo que describe a muchos adolescentes con trastornos de ansiedad.

La hija de Carla, Beth, tenía un plan 504 en la escuela secundaria, que le proporcionaba tiempo adicional para tomar exámenes. En general, Beth era una estudiante excelente, pero los exámenes eran siempre una fuente de ansiedad enorme para ella. “Para ella, fue realmente útil contar con el plan 504”, dice Carla. “Yo vi una enorme diferencia en su nivel de ansiedad una vez que se puso en marcha el plan.” Hasta cierto punto, el sólo hecho de que el plan estuviese allí cuando ella lo necesitara parecía ayudarle, ya que Beth nunca se aprovechó de otro ajuste que le hubiese permitido más tiempo para hacer las tareas en el hogar también. Carla, que inicialmente se había resistido a la idea del plan, cree ahora que fue una decisión muy acertada.

Apoyo para usted y su adolescente

¿Cuáles son los maestros en la escuela de su adolescente que parecen más receptivos para colaborar con los padres? ¿Qué compañías de atención administrada tienen la red más extensa de profesionales en su área? ¿Qué terapeutas y psiquiatras locales son recomendados por los padres y los adolescentes? Entre sus mejores fuentes de respuestas a estas preguntas, y a muchas otras, se cuentan los padres de los adolescentes con trastornos de ansiedad. Es probable que se hayan enfrentado con los mismos problemas con que se enfrenta usted en este momento, y muchos están muy dispuestos a comunicar las soluciones inteligentes que han encontrado.

Usted ha visto las estadísticas que muestran que hasta el 5% de la gente joven padece un trastorno de ansiedad en un momento dado. Pero al final de un día largo, exhaustivo, es fácil sentir como si usted fuese el único padre en el mundo que ha tenido que vivir con el comportamiento a veces exasperante, otras veces desgarrador, de un adolescente con un trastorno de ansiedad. Si no se corrige, esa sensación de aislamiento puede conducir al estrés y la depresión. Por otra parte, el conocimiento de que otros padres se han sobrepuesto de una frustración y desesperación similares, puede ser enormemente tranquilizante.

“Una de las primeras cosas que hice fue ingresar en un grupo de apoyo en Internet, y fue absolutamente maravilloso.”

La familia y los amigos normalmente son muy buenas fuentes de apoyo moral, pero tal vez no siempre entiendan por lo que usted está pasando cuando se trata de los síntomas de su adolescente. Allí es donde entran los grupos de apoyo. “Es tanta la ayuda del mero hecho de encontrar otras personas que están luchando con las mismas dificultades”, dice una madre. “Una de las primeras cosas que hice fue ingresar en un grupo de apoyo en Internet, y fue absolutamente maravilloso”, dice

otra. Además del apoyo emocional, ella aprecia los consejos prácticos para enfrentar las cosas, que obtiene en ese sitio. Como dice ella, “Nunca sabía cuánto *no sabía yo* acerca del OCD como asistente social hasta que mi propio hijo fue diagnosticado. Realmente aprendí mucho del grupo. Y, con el pasaje del tiempo, yo también pude ayudar a otros.”

Para encontrar un grupo de apoyo en su vecindad, póngase en contacto con la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Association of America). Su médico, terapeuta o clérigo puede tal vez conocer también los grupos en su área. Los grupos de apoyo en Internet son otra alternativa. Aunque muchos padres ocupados están encantados con el acceso constante, tenga en cuenta que la calidad de estos grupos puede variar enormemente. Busque un grupo que tenga un moderador para reducir la cantidad de correo no solicitado y otros mensajes inapropiados. Algunos de los mejores grupos en Internet reciben contribuciones de profesionales altamente capacitados, así como de padres.

Los grupos de apoyo también pueden ser valiosos para los mismos adolescentes. Recuerde que hay una diferencia entre un grupo de apoyo (que es un grupo de personas con un vínculo común, que se reúnen para compartir apoyo emocional, consejos prácticos y, a veces, recursos educativos) y la terapia de grupo (que comprende un grupo de personas con trastornos emocionales o conductuales similares, que se reúnen con un terapeuta para trabajar tratando de llegar a metas terapéuticas específicas). Un grupo de apoyo no tomará el lugar del tratamiento para un trastorno de ansiedad. Pero puede ser una fuente muy necesaria de ánimo y aceptación sin juzgar, de parte de otros con el mismo problema.

Una madre dice que su hija de 13 años no estaba muy segura en cuanto a qué pensar inicialmente cuando se le diagnosticó OCD. “Ella decía, ‘Yo sé que otras personas tienen migrañas y sé que otras personas tienen asma, pero no sé de nadie que tenga esto.’ Así que buscamos y encontramos que había un grupo de apoyo de chicos con OCD en un hospital de nuestra área. No está demasiado cerca, está a casi una hora de automóvil. Pero hicimos el viaje una vez a la semana por un tiempo, de modo que ella pudiese conocer a otros chicos con OCD.”

Incidentalmente, tal vez haya notado un argumento común en las palabras de muchos de los comentarios de padres en este capítulo. Hablan de viajar grandes distancias, gastar grandes sumas de dinero y pasar por problemas considerables para ayudar a sus adolescentes con trastornos de ansiedad. Esa es, precisamente, la clase de determinación y dedicación que frecuentemente es el ingrediente crítico para la vida de una persona joven. Un padre, cuyo hijo de 16 años ha sido diagnosticado recientemente con un trastorno de ansiedad, lo pone de este modo: “Nosotros somos una familia muy fuerte y no nos vamos a quedar sentados cuando existe un problema. Yo voy a tratar todo lo que pueda, como padre, para obtener el mejor tratamiento para mi hijo. Todavía no estamos seguros, exactamente, de lo que él va a tener que hacer, pero lo vamos a ayudar a todo lo largo de su camino. Vamos a salir juntos de todo esto.”

Llamada a la acción: Combate del estigma, respaldo del adolescente

“Mi hija no es tímida en cuanto a hablar acerca de su ansiedad”, dice una madre. “Sé que informé a algunos de sus amigos que ella tiene esta enfermedad, y que está muy cómoda con eso. Para personas de mi edad, la enfermedad mental siempre se ha considerado como algo muy vergonzoso que hay que esconder. Pero el mundo ha cambiado mucho.”

Lamentablemente, no todas las familias se han enfrentado con estas reacciones tan inteligentes. Otra madre dice, “Cuando informamos inicialmente a los maestros que mi hijo tomaba Zoloft [la marca de fábrica para la sertralina, un medicamento común para el tratamiento de los trastornos de ansiedad] ellos se alarmaron bastante. Muchas personas no entienden muy bien estas cosas y se asustan mucho”.

Un tercer padre dice, “Fue muy duro informar a los abuelos. Cuando mi cuñado era un adolescente, tenía depresión clínica y su padre declaró, ‘Ningún hijo mío va a consultar a un médico de locos’. Naturalmente, tampoco entiende por qué es que sus nietos están recibiendo tratamiento psiquiátrico. Yo conozco algunas personas que no informaron a sus parientes y, en algunas familias, probablemente esa sea la mejor forma de encarar las cosas”.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en la gente joven. Y sin embargo, todavía no son entendidos por gran parte del público. Los parientes, amigos, maestros y la sociedad en general a veces se apresuran a condenar y son muy lentos para entender las causas y las consecuencias de la ansiedad intensa y persistente. Como dice un padre frustrado, “No tienen mucha comprensión porque no entienden el trastorno”.

Cómo disipar los mitos sociales

Como padre de un hijo con un trastorno de ansiedad, usted está en la primera línea de la batalla para combatir el estigma. Tal vez la cosa más importante que pueda hacer es combatir la información errónea presentando los hechos. La mayoría de la gente nunca juzgaría mal a alguien porque tuviese diabetes o artritis. Sin embargo, estas mismas personas parece olvidar que el cerebro es una parte del cuerpo y que, como los otros órganos, puede contraer una enfermedad y funcionar mal. A menudo, tienen menos prejuicios acerca de los trastornos de ansiedad una vez que se dan cuenta de que los síntomas emocionales y del comportamiento se relacionan con cambios fisiológicos en el cerebro.

Cuando oiga a las personas usar palabras despectivas o hacer bromas de mal gusto acerca de la enfermedad mental, infórmeles que usted encuentra inaceptable esta actitud. La demostración de un poco de sensibilidad no es sólo un asunto “políticamente correcto”. Es un asunto de respeto básico, que su adolescente merece recibir. Dado que se calcula que unos 44 millones de estadounidenses tienen un trastorno mental de algún tipo en un año dado, tal vez le sorprenda el volumen de apoyo que recibirá cuando empiece a reaccionar.

La consecuencias dañinas del estigma no concluyen con los sentimientos heridos. Los estereotipos que la gente tiene acerca de las personas con trastornos de ansiedad pueden limitar las oportunidades sociales, educativas y laborales futuras de su adolescente. Y, lamentablemente, el temor de estas repercusiones impide que muchos adolescentes y sus familias busquen la atención que necesitan para la salud mental. A pesar del hecho de que los trastornos de ansiedad se pueden tratar con éxito, solamente alrededor de un tercio de las personas que los sufren obtienen el tratamiento que necesitan.

Cuando los adolescentes son considerados por otros como si presentaron algo terriblemente “malo”, muchos comienzan a creerlo. Tal vez se culpen injustamente a sí mismos por su ansiedad, o comiencen a considerarse débiles y que no sirven para nada. Estas actitudes, a su vez, pueden desalentar aún más la búsqueda de ayuda. La investigación ha demostrado que hay una relación potente entre sentirse avergonzado y eludir el tratamiento.

Cómo fomentar la aceptación propia

A pesar de las dificultades que puede causar un trastorno de ansiedad, hay muchas y muy buenas razones para sentirse optimista. Usted tiene la posibilidad de encaminar a su adolescente a lo largo de un sendero con más esperanzas al obtener tratamiento y fomentar una imagen propia positiva. Todo reside en la forma en que usted explique las cosas. Una madre, cuyo hijo de 13 años sufre un trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), que incluye una compulsión a hacer las cosas en juegos de tres, lo pone de esta manera: “Le dije que, *a mi* no me molestaba que hiciera estas cosas tres veces. Y a cualquiera que te conozca y te quiera no le va a importar. Pero si ha llegado al punto de que te pone obstáculos y te está molestando, entonces tienes que hacer algo. Por eso es que vamos a consultar a los médicos: para que te deje de molestar *a ti, personalmente*”.

Otra forma de apoyar a su adolescente es tomando firmemente su defensa frente a los prejuicios de otros. Cuando usted lo hace, sirve como un modelo positivo que su adolescente puede emular. Además, usted está comunicando a su adolescente, por medio de sus acciones así como de sus palabras, que el amor y la aceptación tuyas no dependen de algún estándar de “perfección” que nadie puede alcanzar. Son pocas las cosas que den un respaldo más potente al amor propio del adolescente, que este firme apoyo paterno.

Uno de los problemas más difíciles con que se enfrentan todos los padres de adolescentes es el dejarlos irse gradualmente. No obstante, ésta puede ser la mejor expresión de confianza en la capacidad de su adolescente para vencer la ansiedad. “Es alarmante permitir que su hijo crezca, y la ansiedad lo hace todavía más alarmante”, dice la madre de una adolescente de 16 años. “Yo me preocupaba de que va a dejar la casa en un año y medio y entonces no estaremos nosotros dos para protegerla. Pero estoy orgullosa de ella por ser tan independiente. Uno puede prestarles el apoyo y la ayuda, pero ellos llegan a un punto en que han crecido demasiado como para que uno pueda imponerles ideas. Al final, hay que dejarlos ir.”

“Es alarmante permitir que su hijo crezca, y la ansiedad lo hace todavía más alarmante.”

El siguiente tramo de su viaje

Si el adolescente todavía se encuentra dentro del proceso de obtener un diagnóstico o recibir tratamiento, el futuro todavía puede parecer muy incierto. “A mí se me hace difícil mirar al futuro”, dice la madre de un adolescente de 13 años que fue diagnosticado con OCD hace relativamente poco tiempo. “Estamos tan dentro del torbellino del momento, que es difícil ver qué es lo que ocurrirá dentro de dos *meses* y ni hablemos dónde es que él estará en dos años o cinco años o diez años.”

Sin embargo, el futuro llegará y no hay razones para pensar que no sea prometedor. Lindsay, la hija de Jack, empezó a tener ataques de pánico hace diez años, a la edad de 11 años. Al principio, sus padres la llevaron al médico familiar, que no dio importancia al problema y les aconsejó que ignoraran los ataques de pánico y éstos desaparecerían cuando ella creciera. Pero cuanto más esperaban, más empeoraba la ansiedad de su hija. Cuando sus padres llevaron finalmente a Lindsay a consultar a un especialista de salud mental, sus síntomas se habían vuelto bastante severos. Fue un período difícil para toda la familia, aunque Jack dice que hubo un punto positivo notable: “Cuando Lindsay estaba enferma, se ponía a tocar el piano y a componer canciones como una forma de autoterapia.”

“Ayúdeles a dar pasos pequeños de acuerdo con sus propios instintos. Y siempre comuníqueles que su amor es ilimitado.”

Con el tratamiento profesional y mucho apoyo moral de parte de sus padres, los síntomas de Lindsay se fueron abatiendo lentamente, pero el amor a la música se mantuvo. A los 21 años, está siguiendo los pasos de su padre, que también es músico, tratando de hacer carrera como autora de canciones y cantante. Cuando Jack recuerda el pasado dice, “Lo peor del mundo es ver sufrir a un hijo” y aconseja a otros padres a confiar en sus propios instintos y buscar ayuda de un profesional de salud mental calificado lo más pronto posible. Más allá de eso, aconseja, “Nunca se dé por

vencido. Encuentre formas de controlar los síntomas de modo que dejen al adolescente suficiente espacio para expresarse. Ayúdeles a dar pasos pequeños de acuerdo con sus propios instintos. Y siempre comuníqueles que su amor es ilimitado.”

Criterios de diagnóstico

El *DSM-IV-TR* (una abreviatura para el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Cuarta Edición, Revisión del Texto) es un manual publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association). Los profesionales de salud mental lo usan para diagnosticar todo tipo de trastorno mental. Los criterios de diagnóstico para varios trastornos de ansiedad, presentados aquí alfabéticamente a continuación, han sido adaptados a partir de dicho manual.

Trastorno de ansiedad generalizada

1. Ansiedad y preocupación excesivas, que ocurren en la mayoría de los días durante al menos seis meses. La ansiedad y la preocupación se enfocan en varios acontecimientos o actividades diferentes.
2. La persona tiene dificultades para controlar la preocupación.
3. La ansiedad y preocupación se asocian por lo menos con tres de los síntomas siguientes:
 - a. Inquietud o tensión nerviosa
 - b. Cansancio fácil
 - c. Dificultad para concentrarse o la mente queda en blanco.
 - d. Irritabilidad
 - e. Tensión muscular
 - f. Insomnio o sueño inquieto

4. La ansiedad y la preocupación no se limitan a los temas típicos de otro trastorno de ansiedad.
5. Los síntomas causan una angustia notable o ponen obstáculos considerables al funcionamiento de la persona en ambientes sociales, académicos u otros ambientes importantes.
6. Los síntomas no son causados por el abuso de alcohol o drogas, ni por una afección médica general, ni son efectos secundarios de un medicamento.

Trastorno obsesivo-compulsivo:

1. La presencia de obsesiones o compulsiones.
 - a. Las obsesiones comprenden todos los síntomas siguientes:
 - i. Pensamientos, impulsos o imágenes mentales repetidos, que son impertinentes e inapropiados, y que causan ansiedad o angustia notables.
 - ii. Estos pensamientos no son simplemente preocupaciones excesivas acerca de problemas de la vida real.
 - iii. La persona trata de ignorar o suprimir los pensamientos o trata de neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
 - iv. La persona reconoce que los pensamientos obsesivos son un producto de su propia mente.
 - b. Las compulsiones comprenden todos los síntomas siguientes:
 - i. Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, poner las cosas en un cierto orden, verificar para asegurarse de que una acción en particular se ha llevado a cabo) o actos mentales repetidos (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio).

- La persona se siente empujada a emprender estas acciones para responder a una obsesión o de acuerdo con reglas rígidas.
- ii. Estos comportamientos tienen por objeto evitar o reducir la angustia o impedir que ocurra algún acontecimiento temido. Sin embargo, los comportamientos son evidentemente excesivos o no se asocian realísticamente a la amenaza que intentan neutralizar.
2. En algún momento, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables.
 3. Las obsesiones o compulsiones conducen al menos a una de las siguientes reacciones:
 - a. Angustia notable
 - b. Pensamientos o comportamientos que consumen tiempo y duran más de una hora al día
 - c. Interferencia considerable con la rutina normal de la persona o con las relaciones sociales
 - d. Grandes obstáculos al funcionamiento de la persona en ambientes sociales o académicos
 4. Los síntomas no son causados por el abuso de alcohol o drogas, ni por una afección médica general, ni son efectos secundarios de un medicamento.

Trastorno de pánico

1. Ataques de pánico repetidos, espontáneos, que son períodos distintivos de intenso temor o angustia. Los ataques de pánico se inician súbitamente, llegan a un máximo dentro de los diez minutos, y comprenden al menos cuatro de los síntomas siguientes:
 - a. Palpitaciones cardíacas potentes o frecuencia cardíaca rápida
 - b. Sudor

- c. Temblor
 - d. Falta de aliento o una sensación de sofoco
 - e. Sensación de ahogo
 - f. Dolor en el pecho
 - g. Náuseas
 - h. Mareos o desmayo
 - i. Sensación de irrealidad o de separación de mente y cuerpo
 - j. Temor de perder el control o de “estar volviéndose loco”
 - k. Temor a la muerte
 - l. Entumecimiento u hormigueo
 - m. Escalofríos o sofocos
2. Al menos uno de estos síntomas ha ocurrido por un mes o más después de un ataque de pánico:
- a. Preocupación persistente acerca de ataques en el futuro
 - b. Preocupación sobre las implicaciones o las consecuencias del ataque (por ejemplo, acerca de perder el control, “estar volviéndose loco” o sufrir un ataque cardíaco)
 - c. Cambio importante en el comportamiento relacionado con el ataque
3. Los síntomas no son causados por el abuso de alcohol o drogas, ni por una afección médica general, ni son efectos secundarios de un medicamento.

Trastorno de estrés postraumático

1. Exposición previa a un acontecimiento traumático que causó sentimientos intensos de temor, impotencia u horror. El acontecimiento implicó al menos uno de estos elementos:
- a. Muerte real o amenaza de muerte o lesión grave
 - b. Una amenaza a la integridad física de la persona (por ejemplo el abuso sexual de un niño)

- c. Presenciar la muerte, lesión grave o una amenaza a la integridad física de otra persona
 - d. Enterarse sobre la muerte repentina, imprevista o sobre una lesión grave en un ser querido
2. El acontecimiento traumático se vuelve a vivir repetidamente al menos en una de las formas siguientes:
- a. Memorias intrusas recurrentes del acontecimiento que causan angustia
 - b. Pesadillas recurrentes acerca del acontecimiento
 - c. Imágenes retrospectivas en las cuales la persona, aunque despierta, actúa o siente como si los acontecimientos estuviesen volviendo a ocurrir.
 - d. Angustia emocional intensa ante la exposición a los factores desencadenantes que recuerdan el acontecimiento.
 - e. Reacciones físicas intensas ante la exposición a los factores desencadenantes que recuerdan el acontecimiento.
3. Tendencia persistente a evitar las cosas asociadas con el acontecimiento traumático, así como entumecimiento emocional. Estas reacciones se ponen en evidencia mediante por lo menos tres de los síntomas siguientes:
- a. Esfuerzos para no pensar, sentir o hablar acerca del acontecimiento
 - b. Esfuerzos para evitar las personas, lugares o actividades que traen memorias del acontecimiento
 - c. Incapacidad para recordar algunas partes importantes del acontecimiento
 - d. Menos interés o participación en actividades de que se disfrutaba previamente
 - e. Sentirse alejado o apartado de los demás
 - f. Restricción en el espectro de emociones (por ejemplo, la incapacidad de sentir amor)
 - g. Sensación de un futuro más corto (por ejemplo, no esperar vivir más allá de los 25 años)

4. Señales persistentes de despertamiento agudo. Este despertamiento se pone en evidencia por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - b. Irritabilidad o estallidos de ira
 - c. Dificultad para concentrarse
 - d. Vigilancia constante
 - e. Respuesta exagerada de sobresalto
5. Los síntomas duran más de un mes.
6. Los síntomas causan una angustia notable o ponen obstáculos considerables al funcionamiento de la persona en ambientes sociales, académicos u otros ambientes importantes.

Trastorno de ansiedad de separación

1. Ansiedad excesiva, no apropiada para la edad, acerca de estar separado del hogar o de personas a las cuales el individuo está vinculado emocionalmente. Esto se pone en evidencia por al menos tres de los síntomas siguientes:
 - a. Angustia excesiva, repetida, cuando hay una expectativa u ocurrencia de separación del hogar o de los cuidadores primarios
 - b. Preocupación excesiva y persistente acerca de perder a los cuidadores primarios o de que éstos sufran un daño
 - c. Preocupación excesiva y persistente de que un acontecimiento perjudicial, como perderse o ser secuestrado causará la separación de un cuidador primario
 - d. Renuencia persistente para asistir a la escuela o a algún otro lado debido al temor de la separación
 - e. Temor excesivo y persistente o renuencia a quedar solo o a pasar un tiempo aparte de las figuras adultas significativas
 - f. Renuencia persistente a dormir fuera de la casa o a conciliar el sueño sin la presencia cercana de un cuidador primario

- g. Pesadillas repetidas acerca de la separación
 - h. Quejas repetidas de síntomas físicos—como dolor de cabeza o de estómago, náuseas o vómitos—cuando ocurre o se espera la separación de los cuidadores primarios
2. Los síntomas duran por lo menos cuatro semanas.
 3. El problema aparece antes de los 18 años de edad.
 4. Los síntomas causan una angustia notable o ponen obstáculos considerables al funcionamiento de la persona en ambientes sociales, académicos u otros ambientes importantes.

Trastorno de ansiedad social

1. Temor excesivo y persistente de una o más situaciones sociales en las cuales el individuo esté expuesto a gente que no conoce o al escrutinio posible de terceros. La persona teme comportarse de una manera que cause vergüenza o humillación. En las personas jóvenes, al menos algunas de las situaciones temidas deben implicar a los compañeros.
2. La exposición a la situación social temida casi siempre provoca ansiedad. En los casos más extremos, la ansiedad puede tomar la forma de un ataque de pánico.
3. La persona reconoce que el temor es excesivo o irrazonable.
4. La situación social temida se evita o se soporta solamente a costa de gran ansiedad o angustia.
5. La evitación, la angustia o la preocupación causadas por el trastorno conducen por lo menos a una de las siguientes reacciones:
 - a. Interferencia considerable con la rutina normal de la persona o con las relaciones sociales

- b. Obstáculos considerables al funcionamiento de la persona en ambientes sociales o académicos
 - c. Angustia notable sobre padecer el trastorno
6. En individuos menores de 18 años, los síntomas duran al menos seis meses.
7. Los síntomas no son causados por el abuso de alcohol o drogas, ni por una afección médica general, ni son efectos secundarios de un medicamento.

Fobia específica

1. Temor extremo, persistente, que es excesivo e irracional. Este temor es desencadenado por la presencia o la expectativa de un objeto o situación específico (por ejemplo, perros, sangre, espacios cerrados o alturas).
2. La exposición al objeto o a la situación temida casi siempre provoca una ansiedad o pánico inmediato y excesivo.
3. La persona reconoce que el temor es excesivo o irracional.
4. El objeto o la situación temida se evita o se soporta sólo a costa de gran ansiedad o angustia.
5. La evitación, la angustia o la preocupación causada por la fobia conduce por lo menos a una de las siguientes reacciones:
 - a. Interferencia considerable con la rutina normal de la persona o con las relaciones sociales
 - b. Obstáculos considerables al funcionamiento de la persona en ambientes sociales o académicos
 - c. Angustia notable sobre padecer la fobia
6. En individuos menores de 18 años, los síntomas duran al menos seis meses.

Glosario

5-HTT Un gen que regula la cantidad de serotonina presente en el cerebro. Una variante del gen que causa concentraciones bajas de serotonina se ha vinculado con ciertos trastornos de ansiedad.

abuso de sustancias El uso continuo de alcohol u otras drogas a pesar de las consecuencias negativas, tales como el comportamiento peligroso mientras se está bajo su influencia o problemas personales, sociales o legales relacionados con las sustancias.

acomodación Un cambio que ayuda a una persona a superar o soslayar una discapacidad.

agorafobia Evitación asociada con el trastorno del pánico. Se caracteriza por el temor, y la evitación asociada, a lugares o situaciones de los cuales podría ser difícil escapar o en los cuales podría no disponerse de ayuda en caso de un ataque de pánico.

ambiente menos restrictivo El ambiente que permite que un estudiante con una discapacidad reciba una educación tan paralela como sea posible a la de sus compañeros sin discapacidades, mientras todavía se satisfacen sus necesidades individuales.

anorexia nerviosa La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual la persona tiene un temor intenso de aumentar de peso de modo que restringe severamente lo que come, a menudo hasta el punto de casi inanición.

ansiedad de ejecución Una forma limitada de ansiedad social, en la cual el temor excesivo se relaciona con la ejecución de una tarea específica frente a otras personas.

ansiedad La expectativa aprensiva de un futuro daño o desgracia.

antidepresivo Un medicamento usado para evitar o aliviar la depresión.

antidepresivo tricíclico Una clase más antigua de agentes antidepresivos que afecta la concentración y actividad de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro. Los antidepresivos tricíclicos se prescriben para el tratamiento de los trastornos de ansiedad así como de la depresión.

antipsicótico atípico Uno de los medicamentos antipsicóticos más recientes. Algunos antipsicóticos atípicos también se usan como estabilizantes del humor.

aprendizaje, trastorno del Un trastorno que afecta adversamente el rendimiento de una persona en la escuela o su habilidad para funcionar en situaciones cotidianas que requieren habilidades de lectura, escritura o matemáticas.

atención administrada Un sistema diseñado para controlar los costos de atención de la salud.

axón La rama de salida de una célula nerviosa.

benzodiazepina Un medicamento contra la ansiedad, que se cree que eleva las concentraciones del ácido gamma-aminobutírico en el cerebro.

bloqueante beta Un medicamento que normalmente se receta para la presión arterial alta o para trastornos cardíacos. Los bloqueantes beta también se recetan ocasionalmente para la ansiedad del ejecución.

bulimia nerviosa La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario en que la persona ingiere una gran cantidad de alimentos y luego se purga forzándose a vomitar, abusando de laxantes o diuréticos o haciendo ejercicios excesivamente.

bupiriona (BuSpar) Un medicamento contra la ansiedad, que aumenta la actividad de la serotonina en el cerebro a la vez que disminuye la actividad de la dopamina.

comorbilidad La coexistencia de dos o más trastornos en el mismo individuo.

compulsión Acciones repetitivas, conductuales o mentales, que una persona se siente obligada a realizar para responder a una obsesión o de acuerdo con reglas rígidas.

condicionamiento clásico Una asociación mental que se forma apareando un estímulo previamente neutro con uno que produce una respuesta innata. Con el tiempo, el estímulo previamente neutro se vuelve capaz de producir la respuesta por su propia cuenta.

conducta, trastorno de la Un trastorno caracterizado por un patrón repetitivo o persistente de dificultad extrema en seguir las reglas o ajustarse a las normas sociales.

corteza cerebral La parte del cerebro responsable de los procesos de pensamientos del mayor orden, tal como el lenguaje y el procesamiento de información.

corteza prefrontal La parte frontal de la corteza cerebral. Está implicada en los pensamientos complejos, la resolución de problemas y la emoción.

corticotropina, factor liberador de (CRF) Una hormona liberada por el hipotálamo.

cortisol Una hormona liberada por las glándulas suprarrenales, que es responsable de muchos de los efectos fisiológicos del estrés.

cuerpo amigdaloides Una estructura dentro del cerebro que desempeña un papel central en la respuesta de temor.

déficit de atención hiperactiva, trastorno de (ADHD) Un trastorno caracterizado por un período de atención breve, actividad excesiva o conducta impulsiva.

denegación escolar Renuencia extrema para asistir a la escuela.

depresión Un trastorno que comprende estar melancólico o irritable casi todo el tiempo, o perder el interés o la capacidad de disfrutar de prácticamente cualquier cosa.

dopamina Un neurotransmisor que es esencial para el movimiento y que también influye sobre la motivación y la percepción de la realidad.

Educación de Individuos con Discapacidades, Ley de 2004 (IDEA) La ley federal de educación especial, que se aplica a estudiantes que presentan una discapacidad que afecta su habilidad para sacar beneficios de los servicios educativos generales.

efecto secundario Un efecto no intentado de un medicamento.

entrevista de informe psicológico Un servicio de salud mental que se ofrece a los sobrevivientes inmediatamente después de un acontecimiento traumático. El objetivo es ayudar a los sobrevivientes a entender sus sentimientos, reducir su angustia y prepararlos para lo que puedan enfrentar en el futuro.

estigma Estereotipos, prejuicios y discriminación dirigidos y aplicados a un grupo particular de personas.

estudio aleatorio controlado Un estudio en el que los participantes son asignados al azar a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. El grupo de control normalmente recibe un placebo, una psicoterapia no específica o la atención normal. Este diseño de estudio permite que los investigadores determinen qué cambios se deben al tratamiento en sí en el grupo tratado durante un período dado.

exposición y prevención de la respuesta (EX/RP) Una forma de terapia conductual cognitiva que se usa para tratar el trastorno obsesivo compulsivo. El componente de exposición comprende lograr que la persona haga frente a los pensamientos o situaciones que provocan la angustia obsesiva, mientras que la parte de prevención de la respuesta significa que se abstenga voluntariamente de usar compulsiones para reducir la angustia durante estos encuentros.

exposición y prevención del ritual Véase exposición y prevención de la respuesta.

extinción El debilitamiento de una respuesta que ha sido aprendida a través del condicionamiento clásico.

factor de riesgo Una característica que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno.

factor protector Una característica que reduce la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno.

fobia específica Un trastorno de ansiedad caracterizado por un temor intenso a un animal, objeto, actividad o situación específico, y que está fuera de toda proporción con cualquier amenaza real.

fobia social Véase trastorno de ansiedad social.

gamma-aminobutírico, ácido (GABA) Un neurotransmisor que inhibe el flujo de las señales nerviosas en las neuronas mediante el bloqueo de la liberación de otros neurotransmisores. Se cree que ayuda a disipar la ansiedad.

ganglios basales Un conjunto de neuronas dentro del cerebro, que desempeña un papel clave sobre el movimiento y el comportamiento.

garganta estreptocócica Una infección de la garganta causada por bacterias estreptocócicas. Se caracteriza por dolor de garganta, fiebre y ganglios linfáticos hinchados en el cuello.

grupo de apoyo Un grupo de personas con un problema común, que se reúnen para compartir apoyo emocional, consejos prácticos y, a veces, recursos educativos.

hipocampo Una estructura cerebral que participa en la emoción, el aprendizaje y la memoria.

hipocondriasis Un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, en que las personas se vuelven preocupadas con la idea de que padecen una enfermedad grave, basándose en su interpretación errónea de señales sin importancia.

hipotalámico-pituitario-suprarrenal, eje (HPA) Un sistema corporal que comprende el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas suprarrenales, así como las sustancias secretadas por estas estructuras.

hipotálamo Parte del cerebro que sirve como centro de mando para los sistemas nervioso y hormonal.

hormona adrenocorticotrópica (ACTH) Una hormona liberada por la glándula pituitaria.

humor, estabilizante del Un medicamento que ayuda a emparejar los cambios en el humor.

inhibición conductual Un tipo de temperamento en el que los individuos son irritables cuando son lactantes, temerosos en la primera infancia, y tímidos y celosos cuando llegan a la edad escolar.

inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) Un agente antidepresivo que afecta la concentración y actividad de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro. Los SNRI se prescriben para el tratamiento de los trastornos de ansiedad así como de la depresión.

inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) Un agente antidepresivo que afecta la concentración y actividad de la serotonina en el cerebro. Los SSRI se prescriben ampliamente para el tratamiento de los trastornos de ansiedad así como de la depresión.

insomnio Dificultad para conciliar el sueño o para seguir durmiendo

Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders], cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR) Un manual que los profesionales de salud mental usan para diagnosticar los trastornos mentales.

Medicaid Un programa de seguro público, pagado por una combinación de fondos federales y estatales, que proporciona atención de salud y de salud mental a los individuos de bajos ingresos que reúnen los criterios de elegibilidad.

movimiento ocular, desensibilización y reproceso (EMDR) Una forma de terapia para el trastorno de estrés postraumático, que combina elementos de la terapia por exposición con desplazamientos dirigidos en la atención.

mutismo selectivo Un trastorno poco común en el que los niños que son física y mentalmente capaces de hablar se niegan totalmente a hacerlo en ciertas situaciones sociales.

necesidad médica Una norma usada por los planes de atención administrada para determinar si van a pagar o no por un servicio de atención de la salud. Para satisfacer este estándar, el servicio debe considerarse médicamente apropiado y necesario para cubrir las necesidades de atención de la salud del individuo.

neurona Una célula cerebral o de otra parte del sistema nervioso, que se especializa en enviar, recibir y procesar información.

neurotransmisor Un compuesto químico que actúa como un mensajero en el cerebro.

norepinefrina Un neurotransmisor que ayuda a regular el estado de alerta, el sueño y la presión arterial. Las cantidades excesivas de norepinefrina pueden desencadenar ansiedad.

obsesión Un pensamiento, impulso o imagen mental recurrente que se percibe como intruso e inapropiado y que provoca ansiedad y angustia.

organización de mantenimiento de la salud (HMO) Un tipo de plan de atención administrada en el que los miembros deben usar proveedores de atención médica que trabajan para la HMO.

Organización de proveedor preferido (PPO) Un tipo de plan de atención administrada en el que los miembros pueden elegir a un proveedor de una red, que tiene un contrato con la PPO.

PANDAS Véase trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas.

pánico, ataque de Una onda repentina, imprevista, de temor y aprensión intensos, acompañada de síntomas físicos, tales como latidos cardíacos rápidos, falta de aliento o sudor.

paridad de salud mental Una política que trata de igualar la forma en que las enfermedades mentales y físicas son cubiertas por los planes de salud.

pituitaria, glándula Una glándula pequeña situada en la base del cerebro. Sus hormonas controlan a otras glándulas y ayudan a regular el crecimiento, el metabolismo y la reproducción.

placebo Una píldora de azúcar de aspecto igual a un medicamento real, pero que no contiene un ingrediente activo.

plan educativo individualizado (IEP) Un plan educativo preparado por escrito para un estudiante individual que reúne los requisitos para recibir servicios bajo IDEA.

psicólogo (clínico) Un profesional de salud mental que proporciona evaluación y terapia para los trastornos mentales y emocionales.

psiquiatra Un médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y los problemas emocionales.

punto de servicio, plan de (POS) Un tipo de atención administrada que es similar a una organización de mantenimiento de la salud tradicional (HMO) o a una organización de proveedor preferido (PPO), excepto que los miembros pueden usar también proveedores que no pertenecen a la organización de la HMO o a la red de PPO, a cambio de un copago o monto deducible más elevado.

recaptación El proceso mediante el cual un neurotransmisor es absorbido de vuelta en la rama de la célula cerebral que originalmente lo había liberado.

receptor Una molécula que reconoce un compuesto químico específico, tal como un neurotransmisor. Para que un mensaje químico se pueda enviar de una célula nerviosa a otra, el mensaje debe ser entregado a un receptor correspondiente en la superficie de la célula destinataria.

Sección 504 Una sección de la Ley de Rehabilitación de 1973 que se aplica a los estudiantes con un impedimento físico y mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

serotonina Un neurotransmisor que ayuda a regular el humor, el sueño, el apetito y el instinto sexual. Las concentraciones bajas de serotonina se han vinculado con la ansiedad y la depresión.

sinapsis La brecha que separa las células nerviosas

síndrome de intestino irritable Un trastorno digestivo relacionado con el estrés, en que el intestino grueso no funciona en forma apropiada, causando síntomas tales como calambres abdominales, sentirse abotargado, estreñimiento o diarrea.

sistema nervioso autónomo La porción del sistema nervioso que controla las funciones involuntarias de los órganos internos

suprarrenales, glándulas Glándulas situadas inmediatamente encima de los riñones. Sus hormonas ayudan a regular muchas funciones fisiológicas, entre ellas la respuesta del organismo al estrés.

tálamo Una estructura cerebral que actúa como una estación de relé para el ingreso de información sensorial

temperamento La tendencia innata de una persona a reaccionar a los acontecimientos de una forma en particular, que se mantiene relativamente estable con el pasaje del tiempo.

teoría del procesamiento emocional Una teoría de los trastornos de ansiedad en la cual el temor se define como una estructura cognitiva que sirve como plantilla para escapar o evitar el peligro. Los diversos trastornos de ansiedad reflejan estructuras diferentes.

terapia conductual cognitiva (CBT) Una forma de terapia que ayuda a las personas a reconocer y cambiar los patrones de pensamientos contraproducentes, así como a identificar y cambiar las conductas inadaptivas.

terapia de grupo Terapia que reúne a un grupo de personas con problemas emocionales o conductuales similares, que se reúnen con un terapeuta para trabajar hacia metas terapéuticas específicas.

terapia por exposición Una forma de terapia conductual cognitiva en que se enseña a la persona a enfrentarse sistemáticamente con un objeto o situación temido, bajo condiciones sin peligros. La meta es permitirles que aprendan que los estímulos temidos no son, realmente, peligrosos.

tic Un movimiento o vocalización súbito, rápido y repetitivo.

Tourette, síndrome de Un trastorno neurológico caracterizado por tics múltiples frecuentes.

transportadora Una molécula que transporta un mensajero químico, llamado un neurotransmisor, de vuelta a la célula nerviosa que envió el mensaje originalmente.

trastorno alimentario Un trastorno caracterizado por disturbios graves en la conducta alimentaria. Las personas con trastornos alimentarios pueden restringir severamente lo que ingieren, o pueden comer en abundancia en un momento y luego tratar de compensar usando medios tales como inducirse el vómito o abusar de laxantes.

trastorno de ansiedad de separación Un trastorno de ansiedad, observado mayormente en niños, que comprende una ansiedad excesiva acerca de estar separado de un padre o del hogar.

trastorno de ansiedad generalizada (GAD) Un trastorno de ansiedad caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas acerca de numerosas cosas diferentes.

trastorno de ansiedad social generalizada. Trastorno de ansiedad social que ocurre en la mayoría de las situaciones sociales.

trastorno de ansiedad social Un trastorno de ansiedad caracterizado por temor notable en situaciones sociales en que la persona esta expuesta a gente que no conoce o al escrutinio posible por parte de terceros.

trastorno de ansiedad Cualquiera de un grupo de trastornos caracterizados por excesivo temor o preocupación, que es recurrente o duradero. Los síntomas del trastorno causan angustia o interfieren con las actividades cotidianas.

trastorno de conducta disruptiva Un trastorno que conduce a conducta muy perjudicial; por ejemplo, el trastorno de déficit de atención hiperactiva, el trastorno conductual o el trastorno desafiante oposicional.

trastorno de espectro obsesivo-compulsivo Cualquiera de un grupo de trastornos semejantes a las obsesiones o compulsiones, que puede responder a algunos de los mismos tratamientos que el trastorno obsesivo-compulsivo.

trastorno de estrés agudo Un trastorno de ansiedad que aparece después de la exposición a un acontecimiento traumático y que no dura más de un mes. Se caracteriza por volver a vivir el trauma, la evitación, el aumento del estado de alerta y síntomas disociativos.

trastorno de estrés postraumático (PTSD) Un trastorno de ansiedad que aparece después de la exposición a un acontecimiento traumático. Los síntomas incluyen volver a vivir el trauma, la evitación y el entumecimiento emocional y el aumento del estado de alerta.

trastorno de estrés postraumático agudo Trastorno de estrés postraumático que dura entre uno y tres meses.

trastorno de estrés postraumático agudo Trastorno de estrés postraumático que dura más de tres meses.

trastorno de pánico Un trastorno de ansiedad caracterizado por la ocurrencia repetida y el temor de ataques de pánico espontáneos. El temor surge de la creencia de que tales ataques culminarán en catástrofes, tales como sufrir un ataque cardíaco.

trastorno desafiante oposicional Un trastorno caracterizado por un patrón persistente de desafío, hostilidad o falta de cooperación, de frecuencia insólita.

trastorno dismórfico corporal Un trastorno de espectro obsesivo-compulsivo en el que las personas se preocupan tanto por algún defecto imaginario en su aspecto, que les causa una angustia grave o problemas considerables en su vida cotidiana.

trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) Un trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones o compulsiones recurrentes, que no pueden controlarse.

trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS) Una forma infantil rara del trastorno obsesivo-compulsivo, causada por una infección estreptocócica.

tricotilomanía Un trastorno de espectro obsesivo-compulsivo en que las personas se sienten empujadas a arrancarse el cabello, causando una pérdida evidente de éste.

violencia doméstica Violencia que ocurre dentro del contexto de una relación íntima, como el matrimonio o el noviazgo.

Más lecturas y recursos

Organizaciones

About Our Kids

New York University Child Study Center
577 First Avenue
New York, NY 10016
(212) 263-6622
www.aboutourkids.org

Agoraphobics Building Independent Lives

400 West 32nd Street
Richmond, VA 23225
(804) 353-3964
www.anxiety-support.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

3615 Wisconsin Avenue N.W.
Washington, DC 20016-3007
(202) 966-7300
www.aacap.org

American Psychiatric Association

1000 Wilson Boulevard, Suite 1825
Arlington, VA 22209-3901
(703) 907-7300
www.psych.org

American Psychological Association

750 First Street N.E.
Washington, DC 20002-4242
(800) 374-2721
www.apa.org

Anxiety Disorders Association of America

8730 Georgia Avenue, Suite 600
Silver Spring, MD 20910
(240) 485-1001
www.adaa.org

Association for Behavioral and Cognitive Therapies

305 Seventh Avenue, 16th Floor
New York, NY 10001
(212) 647-1890
www.aabt.org

Bazelon Center for Mental Health Law
1101 15th Street N.W., Suite 1212
Washington, DC 20005
(202) 467-5730
www.bazelon.org

Council for Exceptional Children
1110 N. Glebe Road, Suite 300
Arlington, VA 22201
(703) 620-3660
www.cec.sped.org

Federation of Families for Children's Mental Health
1101 King Street, Suite 420
Alexandria, VA 22314
(703) 684-7710
www.ffcmh.org

Food and Drug Administration
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
(888) 463-6332
www.fda.gov

Freedom From Fear
308 Seaview Avenue
Staten Island, NY 10305
(718) 351-1717
www.freedomfromfear.org

International Society for Traumatic Stress Studies
60 Revere Drive, Suite 500
Northbrook, IL 60062
(847) 480-9028
www.istss.org

National Alliance for the Mentally Ill
Colonial Place Three
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
(800) 950-6264
www.nami.org

National Association of School Psychologists
4340 East West Highway, Suite 402
Bethesda, MD 20814
(301) 657-0270
www.nasponline.org

National Center for Post-Traumatic Stress Disorder
U.S. Department of Veterans Affairs
VA Medical Center (116D)
215 N. Main Street
White River Junction, VT 05009
(802) 296-6300
www.ncptsd.org

National Child Traumatic Stress Network
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
5600 Fishers Lane
Parklawn Building, Room 17C-26
Rockville, MD 20857
(301) 443-2940
www.nctsnet.org

National Dissemination Center for Children with Disabilities
P.O. Box 1492
Washington, DC 20013
(800) 695-0285
www.nichcy.org

National Institute of Mental Health
6001 Executive Boulevard, Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
(866) 615-6464
www.nimh.nih.gov

National Mental Health Association
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
(800) 969-6642
www.nmha.org

National Mental Health Information Center
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
P.O. Box 42557
Washington, DC 20015
(800) 789-2647
www.mentalhealth.org

Obsessive-Compulsive Foundation
676 State Street
New Haven, CT 06511
(203) 401-2070
www.ocfoundation.org

Sidran Institute
200 E. Joppa Road, Suite 207
Towson, MD 21286
(410) 825-8888
www.sidran.org

Libros

- Chansky, Tamar E. *Freeing Your Child From Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Crown, 2000.
- Dacey, John S., and Lisa B. Fiore. *Your Anxious Child: How Parents and Teachers Can Relieve Anxiety in Children*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- Dornbush, Marilyn P., and Sheryl K. Pruitt. *Teaching the Tiger: A Handbook for Individuals Involved in the Education of Students With Attention Deficit Disorders, Tourette Syndrome or Obsessive-Compulsive Disorder*. Duarte, CA: Hope Press, 1995.
- Fitzgibbons, Lee, and Cherry Pedrick. *Helping Your Child With OCD: A Workbook for Parents of Children With Obsessive-Compulsive Disorder*. Oakland, CA: New Harbinger, 2003.
- Foa, Edna B., and Reid Wilson. *Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions* (rev. ed.). New York: Bantam, 2001.
- Merrell, Kenneth W. *Helping Students Overcome Depression and Anxiety: A Practical Guide*. New York: Guilford Press, 2001.
- Monahan, Cynthia. *Children and Trauma: A Guide for Parents and Professionals*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

- Penzel, Fred. *Obsessive-Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Rachman, Stanley, and Padmal de Silva. *Panic Disorder: The Facts* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2004.
- Rapee, Ronald M., Susan H. Spence, Vanessa Cobham, and Ann Wignall. *Helping Your Anxious Child: A Step-by-Step Guide for Parents*. Oakland, CA: New Harbinger, 2000.
- Rapoport, Judith L. *The Boy Who Couldn't Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Dutton, 1989.
- Spencer, Elizabeth DuPont, Robert L. DuPont, and Caroline M. DuPont. *The Anxiety Cure for Kids: A Guide for Parents*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2003.
- Wagner, Aureen Pinto. *What to Do When Your Child Has Obsessive-Compulsive Disorder: Strategies and Solutions*. Rochester, NY: Lighthouse Press, 2002.
- Wagner, Aureen Pinto. *Worried No More: Help and Hope for Anxious Children*. Rochester, NY: Lighthouse Press, 2002.
- Waltz, Mitzi. *Obsessive-Compulsive Disorder: Help for Children and Adolescents*. Sebastopol, CA: O'Reilly, 2000.
- Wilens, Timothy E. *Straight Talk About Psychiatric Medications for Kids*. New York: Guilford Press, 2004.

Multimedia

- Obsessive Compulsive Foundation. *OCD in the Classroom: A Multi-Media Program for Parents, Teachers and School Personnel*. New Haven, CT: Obsessive Compulsive Foundation, undated.

Páginas en Internet

- American Psychiatric Association, Healthy Minds site, www.healthyminds.org
- American Psychological Association, Trauma site, www.apa.org/topics/topictrauma.html
- Madison Institute of Medicine, Post-traumatic Stress Disorder site,
<http://ptsd.factsforhealth.org>
- Madison Institute of Medicine, Social Anxiety Disorder site,
<http://socialanxiety.factsforhealth.org>
- National Institute of Mental Health, PANDAS site,
<http://intramural.nimh.nih.gov/pdn/web.htm>
- National Institute of Mental Health, Pediatric Obsessive Compulsive Disorder site, <http://intramural.nimh.nih.gov/pocd>
- Obsessive Compulsive Foundation of Metropolitan Chicago, www.ocfchicago.org
- PTSD Alliance Resource Center, www.ptsdalliance.org

Recursos para adolescentes

Ficción

- Buffie, Margaret. *Angels Turn Their Backs*. Tonawanda, NY: Kids Can Press, 1998.
- Hesser, Terry Spencer. *Kissing Doorknobs*. New York: Laurel Leaf Books, 1998.
- Tashjian, Janet. *Multiple Choice*. New York: Henry Holt, 1999.

Páginas en Internet

- Annenberg Foundation Trust at Sunnyslans with the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, MindZone, www.fhdc.com/annenberg/copecaredeal
- Nemours Foundation, TeensHealth, www.teenshealth.org
- Obsessive-Compulsive Foundation, Organized Chaos, www.ocfoundation.org/1001

Recursos para problemas relacionados

Trastorno de déficit de atención hiperactiva

- Attention-Deficit Disorder Association, (484) 945-2101, www.add.org
- Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, (800) 233-4050, www.help4adhd.org

Depresión

Libro

Evans, Dwight L., and Linda Wasmer Andrews. *If Your Adolescent Has Depression or Bipolar Disorder: An Essential Resource for Parents*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.

Páginas en Internet

Depression and Bipolar Support Alliance, (800) 826-3632, www.dbsalliance.org
National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression, (800) 829-8289, www.narsad.org

Trastornos alimentarios

Libro

Walsh, B. Timothy, and V. L. Cameron. *If Your Adolescent Has an Eating Disorder: An Essential Resource for Parents*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.

Páginas en Internet

Academy for Eating Disorders, (847) 498-4274, www.aedweb.org
Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, www.anred.com
National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, (847) 831-3438, www.anad.org
National Eating Disorders Association, (800) 931-2237, www.nationaleatingdisorders.org

Trastornos del aprendizaje

International Dyslexia Association, (410) 296-0232, www.interdys.org
LD OnLine, www.ldonline.org
Learning Disabilities Association of America, (412) 341-1515, www.lidaamerica.org
National Center for Learning Disabilities, (888) 575-7373, www.ld.org

Abuso de sustancias

Alcoholics Anonymous, (212) 870-3400 (check your phone book for a local number), www.aa.org
American Council for Drug Education, (800) 488-3784, www.acde.org
Leadership to Keep Children Alcohol Free, (301) 654-6740, www.alcoholfreechildren.org
Narcotics Anonymous, (818) 773-9999, www.na.org
National Council on Alcoholism and Drug Dependence, (800) 622-2255, www.ncadd.org
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (301) 443-3860, www.niaaa.nih.gov
National Institute on Drug Abuse, (301) 443-1124, www.drugabuse.gov
National Youth Anti-Drug Media Campaign, (800) 666-3332, www.mediacampaign.org
Partnership for a Drug-Free America, (212) 922-1560, www.drugfreeamerica.com
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (800) 662-4357, www.samhsa.gov

Síndrome de Tourette

Tourette Syndrome Association, (718) 224-2999, www.tsa-usa.org
Worldwide Education and Awareness for Movement Disorders, www.wemove.org

Recursos para recobrase de traumas

National Center for Children Exposed to Violence, (877) 496-2238, www.nccev.org
National Center for Victims of Crime, (202) 467-8700, www.ncvc.org
National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, (800) 394-3366, nccanch.acf.hhs.gov

Bibliografía

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh (eds.). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Foa, Edna B., and Barbara Olasov Rothbaum. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press, 1998.
- Foa, Edna B., Terence M. Keane, and Matthew J. Friedman (eds.). *Effective Treatments for PTSD*. New York: Guilford Press, 2000.
- Kearney, Christopher A. *Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*. New York: Springer, 2005.
- March, John S., and Karen Mullen. *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press, 1998.
- Morris, Tracy L., and John S. March (eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2004.
- Ollendick, Thomas H., and John S. March. *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Rapee, Ronald M., Ann Wignall, Jennifer L. Hudson, and Carolyn A. Schniering. *Treating Anxious Children and Adolescents: An Evidence-Based Approach*. Oakland, CA: New Harbinger, 2000.
- Silva, Raul R. (ed.). *Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Handbook*. New York: W. W. Norton, 2004.

Índice analítico

- 5-HTT. Véase genes específicos
- Abilify, 104
- abuso de drogas, 94
- abuso de sustancias, 27
- abuso físico, 90
 - estadísticas, 90
- ácido gamma-aminobutírico (GABA), 21, 40, 55
- ácido valproico (Depakote), 104
- ACTH. Véase hormona adrenocorticotrópica
- ADHD, 94
- adherencia al programa, 115
- Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), 40, 82
 - advertencia, 60, 102, 113
- Adolescent Mental Health Initiative. Véase Iniciativa de Salud Mental en la Adolescencia
- afecciones coexistentes, 15
- agorafobia, 12, 25, 49, 53
- aislamiento social, 27
- alergias
 - informe, 114
- Alianza Nacional de Enfermedad Mental, 118
- alprazolam (Xanax), 61, 103. Véase benzodicepinas.
- American Journal of Psychiatry*, 33
- American Medical Association. Véase Asociación Médica Americana
- American Psychiatric Association. Véase Asociación Psiquiátrica Americana
- amígdala, 97
- amitriptilina (Elavil), 60, 103
- Anafranil, 81, 82, 103
- Andrews, L.W., 5
- Annenberg Foundation Trust at Sunnylands. Véase Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands
- anorexia nerviosa, 33, 73
- ANS. Véase sistema nervioso autónomo
- ansiedad, 10. Véase *también* trastorno
 - estadísticas, 10
 - fobias, 2
 - impotencia, 2
 - medicamentos, 2
 - psicoterapia, 2
 - trastorno de ansiedad, 10
 - tratamiento, 2
- ansiedad de ejecución, 41
 - uso de propranolol (Inderal), 41
- ansiedad de separación y abuso de sustancias, 15
- ansiedad generalizada. Véase *también* GAD
 - trastorno, 2
- ansiedad por exámenes, 45
- ansiedad social, 3
 - trastorno, 2
- ansiedad, biología de la, 18
- ansiedad, genética de la, 24
- ansiedad, psicología de la, 17
- antidepresivos
 - advertencia de la FDA, 113
- antidepresivos tricíclicos, 59, 60
- clomipramina (Anafranil), 82
- efectos secundarios, 60, 103
- ideas y comportamientos suicidas, 60

sinopsis, 115
 antipsicóticos atípicos, 104
 efectos secundarios, 104
 sinopsis, 115
 Anxiety Disorders Association of America. Véase
 Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad
 aripiprazol (Abilify), 104
 asistentes sociales clínicos, 112
 Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad,
 36, 48, 56, 84, 111, 127
 Asociación del Síndrome de Tourette, 73
 Asociación Médica Americana, 53
 Asociación Nacional de Salud Mental, 118
 Asociación para el Adelanto de la Terapia
 Conductual, 111
 Asociación Psiquiátrica Americana, 108
 Association for Advancement of Behavior Therapy.
 Véase Asociación para el Adelanto de la Terapia
 Conductual
 atención administrada. Véase HMO, PPO, POS.
 Véase organizaciones de mantenimiento de la
 salud
 apelaciones, 119
 Ativan, 61, 103
 audiencia imparcial de debido proceso, 125
 axón, 20
 benzodiacepinas, 39, 40, 59, 61, 103
 abuso, 104
 abuso de sustancias, 40
 alprazolam (Xanax), 21, 40
 clonazepam (Klonopin), 40
 clorazepato (Tranxene), 40
 clordiacepóxido (Librium), 40
 dependencia física, 116
 diazepam (Valium), 21, 40
 efectos secundarios, 40, 61, 103
 lorazepam (Ativan), 21, 40
 oxazepam (Serax), 40
 potencial de adicción, 116
 sinopsis, 115
 síntomas carenciales, 117
 tolerancia, 116
Biological Psychiatry, 74
 bloqueador beta
 propranolol (Inderal), 41
 bulimia nerviosa, 33, 73
 BuSpar, 61. Véase buspirona
 buspirona (BuSpar), 22, 61, 117
 capacitación para relajación, 101
 carbamacepina (Tegretol), 104
 CBT, 27, 36, 37, 41, 61, 75, 78, 79, 82, 87, 97, 100,
 104
 efectos secundarios, 61
 Celexa, 60, 82, 102. Véase citalopram
 Center for Medicare and Medicaid Services. Véase
 Centros de Servicios para Medicare y Medicaid
 Center for the Treatment and Study of Anxiety. Véase
 Centro para el Tratamiento y Estudio de la
 Ansiedad
 Centro de Diseminación Nacional para Niños con
 Discapacidades, 123
 Centro para el Tratamiento y Estudio de la Ansiedad,
 5
 Centros de Servicios para Medicare y Medicaid, 118
 cerebro, reestructuración en la pubertad, 19
 cerebro, regiones y circuitos implicados en la
 ansiedad, 19
 Childhelp USA National Child Abuse Hotline, 90
 citalopram (Celexa), 39, 60, 82, 102
 clomipramina
 efectos secundarios, 82
 clomipramina (Anafranil), 60, 81, 82, 103
 clonazepam (Klonopin), 61, 103. Véase
 benzodiacepinas
 clorazepato (Tranxene), 61, 103. Véase
 benzodiacepinas
 clordiacepóxido (Librium), 61, 103
 clozapina (Clozaril), 104
 Clozaril, 104
 comorbilidad
 abuso de sustancias, 15
 depresión, 15
 comorbilidad, definición, 15
 comorbilidades, 16
 complementos herbarios
 informe, 114

comportamientos contraproducidos, 57
 comportamientos suicidas, 40
 compulsiones
 definición, 10, 67
 condicionamiento, 17
 consejeros de salud mental, 112
 Consejo para Niños Excepcionales, 123
 coprolalia, definición, 72
 corteza cerebral, 19, 20, 55
 corteza cerebral prefrontal, 20
 corteza orbital, 75
 corteza prefrontal, 97
 cortisol. Véase hormonas
 Council for Exceptional Children. Véase Consejo para Niños Excepcionales
 CRF, 22, 97. Véase factor liberador de corticotropina
 criterios de diagnóstico
 fobias específicas, 136
 trastorno de ansiedad de separación, 135
 trastorno de ansiedad generalizada, 132
 trastorno de ansiedad social, 135
 trastorno de estrés postraumático, 134
 trastorno de pánico, 133
 trastorno obsesivo compulsivo, 132
 Criterios de diagnóstico, 132
 cuerpo amigdaloides, 19, 20, 22, 25, 36, 55, 97
 cuerpo amigdaloides, respuesta al peligro, 19
 Cymbalta, 60, 102. Véase duloxetine. Véase inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina, duloxetine
 Depakote, 104
 depresión, 27, 52, 74, 81, 94
 definición, 15
 Desensibilización y reproceso de los movimientos oculares (EMDR), 101
 desipramina (Norpramin), 60, 103
 despertamiento. Véase PTSD
 desplazamientos dirigidos en la atención, 101
Devil in the Details: Scenes from an Obsessive Girlhood, 78
 diagnóstico, 16
 diazepam (Valium), 61, 103. Véase benzodiazepinas
 discapacidades
 categorías, 123
 dopamina, 21, 22
 doxepina (Sinequan), 60, 103
DSM-IV-TR. Véase *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Véase *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
 duloxetine (Cymbalta), 40, 60, 102. Véase inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina Effexor, 60, 102. Véase venlafaxina. Véase inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina, venlafaxina
 eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA), 96
 eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, 22
 Elavil, 60, 103
 EMDR. Véase desensibilización y reproceso de los movimientos oculares
 encefalitis, 27
 enfermedad física, 27
 enfermeras psiquiátricas, 112
 entrevista psicológica para rendir informe, 99
 entumecimiento emocional. Véase PTSD
 escitalopram (Lepraxo), 60
 escitalopram (Lexapro), 39, 82, 102
 escuela, colaboración con, 121
 especialista, 14
 estabilizantes del humor, 104
 sinopsis, 115
 estigma, 128
 estrés postraumático. Véase también PTSD
 trastorno, 2
 estrógeno
 papel desempeñado en el trastorno de ansiedad, 13
Everything in Its Place: My Trials and Triumphs with Obsessive Compulsive Disorder, 78
 evitación. Véase PTSD
 EX/RP. Véase exposición y prevención de la respuesta. Véase exposición y prevención del ritual
 exposición y prevención de la respuesta. Véase terapia por exposición
 exposición y prevención de la respuesta (EX/RP), 79
 factor liberador de corticotropina (CRF), 22, 96

FDA, 82. Véase Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

advertencia, 82

FDA, advertencia

ideas y comportamientos suicidas, 40

fluoxetina (Prozac), 39, 60, 82, 102. Véase Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

fluvoxamina (Luvox), 39, 60, 82, 102

Foa, Edna B, Ph.D., 5

fobia social, 9

fobias, 2, 12, 58

adquisición, 17

fobias específicas, 25, 52, 74, 94

causas, 12

factores de riesgo, 12

pacientes, 13

Franklin, Martin E., Ph.D., 5

Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands, 5

seguros de salud mental, 118

Fundación Obsesiva-Compulsiva, 73, 111

GABA, 61. Véase ácido gamma-aminobutírico

GAD, 2, 3, 20, 24, 59. Véase trastorno de ansiedad generalizada

abuso de sustancias, 52

banderas de peligro, 51

causas, 50, 62

causas y factores contribuyentes, 54

CBT, 57

cobertura de seguro, 62

comorbilidades, 53

diagnóstico y tratamiento, 56

estadísticas, 52

factores fisiológicos, 55

factores genéticos, 55

hábito de fumar, 53

perfeccionismo, 65

psicoterapia, 57

raíces genéticas y fisiológicas, 56

signos y síntomas, 50, 52, 53

temperamento, 55

tratamiento, 62

GAD y abuso de sustancias, 15

ganglios basales, 20, 55, 75

genes específicos, 24

5-HTT, 24

Geodon, 104

glándula pituitaria, 22

glándulas suprarrenales, 22

grupos de apoyo, 106, 127

habituación, 80

hipocampo, 20, 36, 97

hipocondría, 73

hipoglucemia, 27

hipotálamo, 22, 96

HMO. Véase Organización de Mantenimiento de la Salud

hormona adrenocorticotrópica (ACTH), 22

hormonas, 22

cortisol, 22

hormonas pituitarias, 96

hormonas suprarrenales, 96

HPA. Véase eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal

IDEA. Véase Ley de Mejoría de la Educación de Individuos con Discapacidades

elegibilidad, 124

evaluación, 124

ingreso a servicios, 124

sesión de resolución, 125

ideas y comportamientos suicidas, 40, 82, 94, 102, 103, 113

señales de advertencia, 95

IEP. Véase plan educativo individualizado

ajustes y modificaciones, 126

imipramina (Tofranil), 60, 103

Inderal. Véase propranolol

Individuals with Disabilities Education Improvement Act. Véase Ley de Mejoría de la Educación de Individuos con Discapacidades

infección estreptocócica

PANDAS, 77

infecciones estreptocócicas, 23

inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina

duloxetina (Cymbalta), 22

venlafaxina (Effexor), 22

inhibidor de la recaptación de serotonina-
 norepinefrina (SNRI), 40
 duloxetine (Cymbalta), 22
 inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
 (SSRI), 39, 113
 fluoxetina (Prozac), 21
 paroxetina (Paxil), 21
 sertralina (Zoloft), 22
 Iniciativa de Salud Mental en la Adolescencia, 5
 Instituto Nacional de Salud Mental, 80
 Instituto Sidran, 105
 intestino irritable, síndrome de, 27
JAMA, 53
Journal of Abnormal Psychology, 24
Journal of Clinical Psychiatry, 80
*Just Checking: Scenes from the Life of an Obsessive-
 Compulsive*, 77
 Klonopin, 103. Véase benzodicepinas, clonazepam
 Lamictal, 104
 lamotrigina (Lamictal), 104
 Lexapro, 82, 102
 Ley de Mejoría de la Educación de Individuos con
 Discapacidades, 122
 Ley de Paridad de Salud Mental, 117
 excepciones, 117
 Ley de Rehabilitación de 1973, 126
 Ley de Rehabilitación del 1973
 Sección 504, 123
 ley nacional de educación especial (IDEA), 123
 Librium, 103. Véase benzodicepinas,
 clordicepóxido
 lorazepam (Ativan), 61, 103. Véase benzodicepinas.
 Véase benzodicepinas
 Ludiomil, 60, 103
 Luvox, 60, 82, 102. Véase fluvoxamina
 maprotilina (Ludiomil), 60, 103
 Medicaid, 118
 elegibilidad, 118
 medicamento
 preguntas que debe hacer, 114
 medicamento antidepresivo
 señales de peligro, 113
 medicamento bajo prescripción
 informe, 114
 medicamento de venta libre
 informe, 114
 medicamentos, 21, 37
 beneficios y riesgos potenciales, 113
 benzodicepinas, 21
 costos, 119
 efectos secundarios, 113, 115
 inocuidad y eficacia, 113
 puntos a favor y en contra, 112
 tiempo hasta notar beneficios, 116
 medicamentos aprobados por la FDA
 paroxetina (Paxil), 41
 sertralina (Zoloft), 41
 venlafaxina (Effexor), 41
 mensajero químico, 20
 mitos sociales, 129
 National Alliance on Mental Illness. Véase Alianza
 Nacional de Enfermedad Mental
 National Dissemination Center for Children with
 Disabilities. Véase Centro Nacional para Niños con
 Discapacidades
 National Domestic Violence. Véase Violencia
 Doméstica Nacional
 National Hopeline Network. Véase Red de Línea de
 Esperanza Nacional
 National Institute of Mental Health. Véase Instituto
 Nacional de Salud Mental
 National Mental Health Association. Véase
 Asociación Nacional de Salud Mental
 neumonía, 27
 neurona, 20
 neurotransmisores, 20, 55
 norepinefrina, 21, 40, 60, 103
 Norpramin, 60, 103
 nortriptilina (Pamelor), 60, 103
 obsesiones, 16
 definición, 10, 67
 obsesivo-compulsivo
 trastorno, 2
 Obsessive-Compulsive Foundation (OCF), 83
 OCD, 2, 3, 14, 20, 21, 23, 24, 25, 49, 59. . Véase
 trastorno obsesivo-compulsivo

acumuladores, 70
 banderas de peligro, 70
 CBT, 110
 criterios diagnósticos, 108
 diagnóstico, 108
 duración, 87
 entrevista diagnóstica, 108
 estadísticas, 71
 estrategias escolares, 86
 investigación, participación en, 109
 lavadores y limpiadores, 69
 mutación genética, 76
 obsesivos puros, 70
 ordenadores, 70
 repetidores, 69
 ritualistas mentales, 70
 terapia apropiada, 109
 terapia por exposición, 110
 verificadores, 69
 OCD y Crianza de Hijos
 grupo de apoyo en Internet, 84
 OCD, tratamiento
 capacitación cognitiva, 80
 EX/RP, 81
 mapeo del OCD, 80
 prevención de la recidiva, 81
 psicoeducación, 80
 OCF. Véase Obsesive-Compulsive Foundation.
 Véase Fundación Obsesiva-Compulsiva
 olanzapina (Zyprexa), 104
 Organización de proveedor preferido (PPO), 119
 Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
 (HMO), 119
 oxazepam (Serax), 61, 103. Véase benzodicepinas
 Pamelor, 103
 PANDAS, 23
 infección estreptocócica, 77
 pánico, trastorno de, 2, 18
 paroxetina (Paxil), 39, 60, 82, 102. Véase inhibidor
 selectivo de la recaptación de serotonina
Passing for Normal, 78
 Paxil, 60, 82, 102. Véase paroxetina. Véase inhibidor
 selectivo de la recaptación de serotonina,
 paroxetina
 perfeccionismo, 86
 plan 504, 85
 Plan de punto de servicio, 119
 plan educativo individualizado (IEP), 124
 planes de seguros
 afecciones de existencia previa, 120
 cobertura, 117
 copagos, 117, 120
 elección, 120
 exclusiones, 120
 gastos anuales, límites, 117
 gastos de bolsillo, 120
 gastos de por vida, límites, 117
 Ley de Paridad de Salud Mental, 117
 montos deducibles, 117
 períodos de espera, 120
 problemas, 117
 restricciones, 117, 120
 sesiones cubiertas, número, 117
 Point of service. Véase plan de punto de servicio
 POS. Véase plan de punto de servicio
 Preferred Provider Organization,. Véase organización
 de proveedor preferido
 preocupaciones vs obsesiones, 68
 propranolol (Inderal), 41
 protriptilina (Vivactil), 60, 103
 Prozac, 60, 82, 102. Véase fluoxetina. Véase
 inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina,
 fluoxetina
 psicólogos, 112
 psiquiatras, 112, 114
 PTSD, 3, 20, 22. Véase trastorno de estrés
 postraumático
 agudo, 92
 antidepresivos tricíclicos, 102, 103
 antipsicóticos atípicos, 102
 banderas de peligro, 92
 benzodicepinas, 102
 causas y factores contribuyentes, 96
 criterios de diagnóstico, 93

crónico, 92
 demorado, 92
 diagnóstico y tratamiento, 99
 estabilizantes del humor, 102
 estadísticas, 93
 factores de riesgo, 98
 factores del medio ambiente, 98
 factores desencadenantes, 90
 factores genéticos, 97
 factores protectores, 98
 hogar como factor desencadenante, 90
 medio ambiente, 97
 riesgo, 90
 síntomas, 91
 SNRI, 102
 SSRI, 102
 terapia por medicamentos, 101
 trastorno de estrés agudo, 92
 trastorno de, crónico, 92
 trastornos coexistentes, 97
 pubertad y cambios cerebrales, 18
 quetiapina (Seroquel), 104
 recaptación, 21
 receptor, 20
 rechazo de la escuela, 27
 Red de Línea de Esperanza Nacional, 96
 Red Nacional de Estrés Traumático Infantil, 88
 relajación, técnicas de, 110
 respuesta condicionada, 17
 respuesta corporal al peligro, 19
 Risperdal, 104
 risperidona (Risperdal), 104
 Rynn, Moira A. Ph.D., 5
 Sección 504, 126. Véase Ley de Rehabilitación del 1973
 Serax, 61, 103. Véase benzodiazepinas, oxazepam
 Seroquel, 104
 serotonina, 21, 24, 55, 75, 102
 serotonina, hipótesis de, 76
 sertralina, 60
 sertralina (Zoloft), 82, 102. Véase inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
 sertralina Zoloft), 39
 servicios educativos especiales
 requisitos para recibir, 123
 sesiones de tratamiento
 duración, 111
 frecuencia, 111
 número, 111
 sinapsis, 20
 Sinequan, 103
 sistema nervioso autónomo (ANS), 23
 SNRI, 39, 59, 60
 duloxetina (Cymbalta), 40
 efectos secundarios, 60
 sinopsis, 115
 venlafaxina (Effexor), 40
 SSRI, 39, 59, 76, 78, 81, 82, 97. Véase inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
 citalopram (Celexa), 39
 efectos secundarios, 39, 60, 82
 escitalopram (Lexapro), 39
 fluoxetina (Prozac), 39
 fluvoxamina (Luvox), 39
 paroxetina (Paxil), 39
 sertralina (Zoloft), 39
 sinopsis, 114
 sueño, buenos hábitos, 54
 supersticiones, 75
 Surmontil, 60, 103
 tálamo, 20
 Tegretol, 104
 temor, definición, 18
 temor, fisiología del, 19
 temor, interpretación, 18
 temperamento, 25
 Teoría del procesamiento emocional, 18
 terapeuta
 elección, 110
 terapeuta conductual cognitivo
 acceso, 110
 terapeutas
 enfoque terapéutico, 112
 especialización, 111
 experiencia con adolescentes y niños, 111
 experiencia con la CBT, 111

honorarios, 111
 licencias y credenciales, 111
 preguntas que debe hacer, 111
 visitas a domicilio, 111
 terapia conductual cognitiva, 37, 100
 terapia conductual cognitiva (CBT), 57, 109
 terapia conductual cognitiva CBT), 18
 terapia por exposición, 38, 42, 58, 100, 101, 109
 terapia por medicamentos, 39
 Terapia por medicamentos, 59
 The National Child Traumatic Stress Network, 88
 tics, 76
 Tofranil, 103
 Tourette, síndrome de, 16, 72, 76, 81
 definición, 72
 estadísticas, 72
 signos y síntomas, 16
 transportador, 21
 Tranxene, 103. Véase benzodiazepinas, clorazepato
 trastorno conductual, 94
 trastorno de ansiedad
 abuso mental, 9
 control, 8
 control de la conducta, 8
 criterios de diagnóstico, 9
 definición, 2
 edad, papel desempeñado por la, 13
 influencia genética, 13
 medicamentos, 21
 menosprecio, 8
 pacientes, 13
 pesadillas recurrentes, 9
 signos y síntomas, 7, 9, 14
 violencia familiar, 9
 trastorno de ansiedad de separación, 2, 11
 pacientes, 11
 síntomas, 12
 trastorno de ansiedad generalizada, 2, 48, 74, 94
 estrategias, 59
 trastorno de ansiedad generalizada (GAD), 10
 trastorno de ansiedad social, 2, 21, 25, 29, 52, 74, 94
 ansiedad social generalizada, 30
 características, 9
 causas, 34
 causas de preocupación, 10
 CBT, 36
 cuerpo amigdalóide, 35
 diagnóstico, 36
 estadísticas, 32, 33
 estrategias útiles, 43
 factores contribuyentes, 34
 factores de riesgo, 10
 factores desencadenantes, 31
 factores fisiológicos, 35
 hipocampo, 36
 medicamentos, 35
 medio ambiente, 34
 mudez selectiva, 33
 pacientes, 9
 plan de acción, 44
 raíces fisiológicas, 36
 rechazo de la escuela, 33, 45
 señales de advertencia, 32
 signos y síntomas, 10, 31
 temperamento, 34
 terapia, 30, 35
 terapia conductual cognitiva (CBT), 37
 terapia de grupo, 38
 terapia por exposición, 38
 terapia por medicamentos, 39
 trastornos alimentarios, 33
 tratamiento, 36
 Universidad de Uppsala, Suecia, 36
 trastorno de ansiedad social generalizada
 venlafaxina, 40
 trastorno de déficit de atención hiperactiva, 94
 Trastorno de estrés agudo, 92, 93
 trastorno de estrés postraumático, 2. Véase también
 PTSD
 acontecimiento precipitante, 88
 causas, 11
 estadísticas, 88
 sentimientos, 11
 signos y síntomas, 11
 trastorno de estrés postraumático (PTSD), 11, 88
 trastorno de la conducta, 95

trastorno de pánico, 2, 12, 24, 52, 53, 74, 94
 signos y síntomas, 12

trastorno de tics, 16
 definición, 72
 pacientes, 16
 signos y síntomas, 16

trastorno desafiante oposicional, 94

trastorno dismórfico corporal, 73

trastorno obsesivo-compulsivo, 2, 16, 67. Véase *también* OCD
 características, 10
 causas y factores contribuyentes, 75
 conducta compulsiva, 11
 diagnóstico, 78
 diagnóstico y tratamiento, 78
 factores del medio ambiente, 76
 factores genéticos, 76
 infección estreptocócica, 77
 medicamentos, 81
 pacientes, 11
 rituales y rutinas, 68

trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), 10
 tratamiento, 108

trastornos de ansiedad, 7
 aceptación, 129
 causas, 17
 criterios de diagnóstico, 15, 132
 estereotipos, 129
 estigma, 128
 hormonas sexuales, papel desempeñado por, 13
 mitos sociales, 129
 prejuicios, 130
 repercusiones, 129

trastornos de conducta perturbadora, 95

trastornos de espectro obsesivo-compulsivo, 72

trastornos de tics, 72
 estadísticas, 72

trastornos tiroides, 27

tratamiento
 capacitación cognitiva, 80
 EX/RP, 81
 factores de variación, 81
 mapeo del OCD, 80
 prevención de la recidiva, 81
 psicoeducación, 80

tratamiento individualizado, 27

tratamiento médicamente necesario, 120

tratamiento y recuperación, 108

tratamientos
 costos, 119

tricotilomanía, 73

trimipramina (Surmontil), 60, 103

TSA. Véase Asociación del Síndrome de Tourette

Universidad de Uppsala, Suecia, 36

Valium, 61, 103. Véase benzodicepinas, diazepam

venlafaxina (Effexor), 40, 60, 102. Véase inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina

violencia doméstica, 90

Violencia Doméstica Nacional, 90

Vivactil, 60, 103

Xanax, 61, 103. . Véase benzodicepinas, alprazolam

ziprasidona (Geodon), 104

Zoloft, 60, 82, 102. Véase inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, sertralina

Zyprexa, 104