

Comentarios elogiosos previos a la publicación de
Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar

“Un recurso realmente esencial para los padres de adolescentes con depresión o trastorno bipolar. Escrito claramente, práctico y absolutamente al día, este libro se ocupa de los obstáculos específicos enfrentados al tratar de obtener el mejor tratamiento para los adolescentes. Lea este libro no sólo para saber, sino para saber cómo.”

—Kate Pravera, Ph.D., Directora Ejecutiva,
Child and Adolescent Bipolar Foundation

“Éste es un recurso maravilloso, fácil de entender, basado en la ciencia, para los padres que tratan de entender y ayudar a los adolescentes que padecen de mucho más que las tormentas usuales de la adolescencia. Habla tanto de los orígenes como del tratamiento de la depresión adolescente, y ayuda a los padres a comprender qué es lo que pueden y lo que no pueden hacer para ayudar a sus hijos.”

—Alan I. Leshner, MD, Oficial Ejecutivo en Jefe, American Association for the Advancement of Science,
Executive Publisher, *Science*

“Una guía sumamente útil para los padres que se sienten impotentes, temerosos, perdidos o paralizados. En palabras fáciles de entender, cubre los temas difíciles, tales como el suicidio, la hospitalización involuntaria, las situaciones explosivas, y el acoso de matones en las escuelas. Esta guía explica la forma en que los padres pueden ayudar a su hijo y, a la vez, cuidar de sí mismos.”

—Lydia Lewis, Presidente,
Depression and Bipolar Support Alliance

“Este libro ofrece una explicación clara, inteligente de lo que son la depresión y el trastorno bipolar. Y ofrece muchas instrucciones y recursos para ayudar a los padres y a los adolescentes a hacer frente a las enfermedades graves, pero que pueden tratarse. Para los que estamos en familias con depresión o trastorno bipolar—es decir, casi todos nosotros—este libro nos ofrece tres elementos cruciales: conocimientos, ayuda y esperanza.”

—Paul Raeburn, Autor de
Acquainted with the Night: A Parent's Quest to Understand Depression and Bipolar Disorder in His Children.

“Este libro de los autores Evans y Andrews . . . es conciso y fácil de leer, pero notablemente completo y lleno de información práctica y clínica y científicamente sólida. Como no existe ningún otro libro como éste, responde a una importante necesidad insatisfecha de los padres. . . . Los clínicos lo encontrarán también muy útil como libro altamente informativo, sea para dar o recomendar a los padres de los pacientes jóvenes que estén tratando por trastornos del humor.”

—Lewis L. Judd, M.D.
Profesor y Director del Departamento de Psiquiatría Mary Gilman Marston, de la Universidad de California, San Diego



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

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 un trastorno alimentario (Otoño 2005)

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

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad (2006)

Edna B. Foa, PhD y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece esquizofrenia (2006)

Raquel E. Gur, MD, PhD y Ann Braden Johnson, PhD

Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar

Un recurso esencial para los padres

Dwight L. Evans, MD y Linda Wasmer Andrews



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

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



OXFORD
UNIVERSITY PRESS
2005

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

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
New Delhi Shanghái Taipéi 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 © 2005 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
Evans, Dwight L.
If your adolescent has depression or bipolar disorder : an essential resource for parents /
por Dwight L. Evans and Linda Wasmer Andrews.
p. cm. — (Adolescent mental health initiative)
ISBN-10: 0-19-518209-X (cloth) ISBN-13: 978-0-19-518209-5 (cloth-13)
ISBN-10: 0-19-518210-3 (pbk) ISBN-13: 978-0-19-518210-1 (pbk-13)
1. Depression in adolescence—Popular works.
2. Manic-depressive illness in adolescence—Popular works.
3. Parenting.
I. Andrews, Linda Wasmer. II. Title. III. Series.
RJ506.D4E93 2005
618.92'8527—dc22 2004028088

9 8 7 6 5 4 3 2 1
Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica, en papel sin ácido

Índice

Prólogo vii

Uno

Introducción: Más allá del mal humor ordinario

Dos

Entienda los trastornos: Qué son, qué se puede esperar

Depresión: Características, causas y factores de riesgo; Otras afecciones; Perspectivas para el futuro 9

Trastorno bipolar: Características, causas y factores de riesgo; Otras afecciones; Perspectivas para el futuro
33

El peligro de no hacer nada 53

El significado de la enfermedad mental 57

Tres

Cómo obtener el mejor tratamiento para su adolescente:

Medicamentos, terapia y más 60

El papel que usted desempeña en el proceso terapéutico 61

Tratamiento de la depresión 63

Tratamiento del trastorno bipolar 87

Cómo hacer frente a una crisis suicida 98

Cómo encontrar un profesional de salud mental 98

- Cómo tomar decisiones sobre la hospitalización* 100
- Cómo encontrar otros servicios de salud mental* 102
- Cómo navegar en el sistema de la salud mental* 106

Cuatro

La vida cotidiana: Cómo ayudar a su adolescente en el hogar y la escuela 115

- Cómo comunicarse con su adolescente* 117
- Control de la vida en el hogar* 122
- La crianza con un compañero* 126
- Cómo resolver los problemas entre hermanos* 127
- El cuidado de su propia persona* 129
- Cómo ayudar a evitar una recurrencia de la enfermedad de su adolescente* 133
- Colaboración con la escuela* 134
- Cómo encontrar el apoyo de otros padres* 145

Cinco

Reducción del riesgo: Protección y prevención 148

- Desarrollo de optimismo y resistencia* 150
- Cómo reducir los factores de riesgo familiares* 158
- Prevención del suicidio* 160
- Cómo mirar al cuadro total: 164 La prevención a nivel de la sociedad* 164

Seis

Conclusión: Tome acción, anímese 167

Glosario 171

Recursos 181

- Organizaciones* 181
- Libros* 184
- Sitios en Internet* 185
- Recursos para adolescentes* 186
- Recursos para problemas relacionados* 186

Bibliografía 189

Índice analítico 191

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, asociada con Oxford University Press.

La iniciativa se inició en el año 2003 con la convocatoria, 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 del comer, 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, ww.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 Editor
Adolescent Risk Communication Institute
Annenberg Public Policy Center
Universidad de Pensilvania
Filadelfia, PA

Capítulo Uno

Introducción: Más allá del mal humor ordinario

La adolescencia es una época de crecimiento y maduración en la que el cambio es una parte inevitable del proceso. Para algunos padres, sin embargo, llega el momento de la verdad cuando se dan cuenta de que sus adolescentes están pasando por algo más que los altibajos ordinarios:

“Un día, salió trotando para la escuela y sufrió una minicrisis nerviosa a la hora del almuerzo. Se largó a llorar y no podía parar. Se alteró tanto que la escuela me llamó para que la recogiera.” —Madre de una niña de 14 años

“Él era el centro de las fiestas, algo así como Jim Carrey en una película. Pero las señales de aviso aparecieron cuando empezó a correr cinco millas a las 2:00 de la mañana.” —Padre de un muchacho de 15 años

“Ella gritaba y gritaba, totalmente sin control. Pesaba 90 libras, estaba descalza e hizo un hueco de unas 18 pulgadas de diámetro pateando una pared de su dormitorio.” —Madre de una joven de 17 años

“Un amigo me dijo que se estaba cortando con un cuchillo, pero en sitios donde yo no podía ver, como en las piernas. Él siempre usaba pantalones largos, así que me di cuenta de que la mutilación no era para recibir atención.” —Padre de un muchacho de 15 años

“En el espacio de unas pocas horas, el orientador vocacional, el profesor de inglés y el profesor de música llamaron para avisar que temían que ella estuviese considerando quitarse la vida.” —Madre de una niña de 16 años

Para otros padres, la realización de que algo no anda bien aparece más gradualmente, pero no es menos trastornante una vez que estalla. Tal vez su hijo, siempre tan alegre, haya dejado de sonreír y da la impresión de que lleva una nube oscura flotando constantemente sobre la cabeza.

*. . su hijo, siempre tan
alegre, ha dejado de
sonreír. . .*

O tal vez su hijo, que antes solamente parecía activo, ahora da la impresión de moverse a lo largo de la vida con una energía sin límites y con la fuerza destructora de un ciclón. Naturalmente, hay muchas explicaciones posibles para un cambio drástico en las actitudes y el comportamiento. Sin embargo, en hasta un cuarto de los adolescentes, los cambios pueden deberse, por lo menos en parte, a un trastorno del humor.

Abismos de depresión, picos de manía

Hablando científicamente, el humor es una emoción constante que colorea la forma en que una persona percibe el mundo. Como sería de esperar, un trastorno del humor conduce a disturbios importantes en el humor. Tales trastornos pueden dividirse en dos categorías principales: la depresión y el trastorno bipolar. El término ‘depresión’, como se usa acá, es más que un episodio ocasional de melancolía o falta de ánimo. En vez de ello, es una sensación de tristeza, desesperación, apatía o de estar por el suelo, que dura al menos un par de semanas y que interfiere con la vida diaria de la persona en su hogar, la escuela o el trabajo.

El trastorno bipolar, que antes se conocía como depresión maníaca, se caracteriza por un humor sumamente elevado, llamado manía, que alterna con episodios de depresión. Un adolescente en las garras de la manía parece alternar entre la irritabilidad desmedida y la tontería excesiva. O bien, el adolescente parece estar operando a alta velocidad, haciendo seis cosas a la vez, hablando sin parar o con gran rapidez, pasando varios días durmiendo muy poco o mostrando señales de pensamientos atropellados o creencias exageradas. En las personas jóvenes

con trastorno bipolar la depresión a menudo aparece primero y es seguida, más tarde, por la manía. El resultado puede ser un curso emocional lleno de altibajos, a medida que la montaña rusa del humor fluctúa entre los abismos y las cimas.

Durante un período de depresión o manía, los adolescentes pueden hacer estragos en las vidas de los que les rodean. Pueden iniciar conflictos en el hogar o crear trastornos en las aulas de clases. Sus problemas—que varían desde el retraimiento y el comportamiento suicida, al abuso de sustancias y los ataques de violencia—pueden monopolizar una parte tan grande del tiempo y energía suyos como para dejarle poco tiempo para ocuparse de su esposo o de sus otros hijos, y mucho menos de usted misma. Tal vez se sienta en un estado de alerta constante o en permanente tensión en su propia casa. Y como si esto no fuese una causa suficiente de estrés, puede encontrarse respondiendo a llamadas del director de la escuela, los padres de los amigos de su hijo o hasta de la policía.

No obstante, a pesar de lo difícil que la situación puede ser para usted, es el doble de difícil para su adolescente. Para un padre, lo más difícil de soportar puede ser contemplar cómo el niño se va hundiendo en la desesperación o en el comportamiento autodestructivo, y sentirse incapaz de evitar ese deslizamiento. Pero, si sabe dónde buscar, puede encontrar ayuda. Tan solos y atemorizados como los padres se pueden sentir a veces, hay millones de otros padres que están pasando por las mismas cosas y sintiéndose aproximadamente de la misma manera. Y a pesar de lo abrumador y causante de confusión que todo esto puede ser, ahora sabemos más sobre la depresión y el trastorno bipolar en el adolescente que lo que sabíamos antes, y estamos aprendiendo más diariamente.

Tal vez se sienta en un estado de alerta constante. . .

¿Cómo puede discernir si su adolescente solamente está de mal humor o si es algo más serio? La única manera de estar seguro es hacer que su adolescente sea evaluado por un profesional calificado de salud mental. Ningún libro puede reemplazar el diagnóstico profesional y el tratamiento.

Lo que este libro *puede* hacer, es responder a algunas de las preguntas urgentes que podrían surgir si su adolescente exhibe cambios graves del humor, o si ya ha sido diagnosticado con depresión o trastorno bipolar. Por ejemplo,

- ¿Son normales los cambios del humor de mi adolescente?
- Si mi hijo presenta un trastorno del humor ¿es culpa mía?
- ¿Dónde puedo encontrar una buena atención para mi hijo?
- ¿Son seguras y eficaces las opciones de tratamiento?
- ¿Pagará el seguro por estos tratamientos?
- ¿Cuáles son las señales de advertencia del suicidio?
- ¿Parecerá siempre caótica nuestra vida familiar?
- ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a tener éxito en la escuela?
- ¿Qué es lo que el futuro le deparará a mi hijo?
- ¿Dónde puede encontrar más apoyo y educación?

El paso más importante que puede tomar para ayudar a su adolescente es armarse usted mismo de conocimientos. Como lo dice el cliché, el conocimiento es poder. Cuanto más sepa usted,

Usted puede cambiar

radicalmente las cosas.

tanto mejor equipado estará para plantear preguntas cruciales, tomar decisiones fundamentadas y, cuando sea necesario, enfrentarse a su compañía de seguro o su sistema escolar para obtener servicios adicionales. Como resultado de todo ello,

tanto mayores serán las probabilidades de que su adolescente reciba un tratamiento eficaz y una educación apropiada. Usted puede cambiar radicalmente las cosas.

Cómo usar este libro

Seguramente habrá veces en que necesite respuestas rápidas a un interrogante sobre la situación actual de su adolescente, por lo que hemos tratado de organizar el libro en una forma fácil para encontrar información específica sobre la depresión o el trastorno bipolar.

Cuando el tiempo se lo permita, sin embargo, le sugerimos que lea el libro completo, ya que hay una superposición considerable entre las dos afecciones. Los estudios han demostrado que una minoría sustancial de los adolescentes con depresión progresan hasta desarrollar el trastorno bipolar dentro de los 5 años siguientes. Por otra parte, la mayoría de los adolescentes con trastorno bipolar pasan por períodos de depresión que alternan o coinciden con períodos de manía.

El autor principal de este libro es un psiquiatra que ha producido varios cientos de publicaciones sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales asociados con los trastornos del humor. Es un profesor de psiquiatría, medicina y neurociencia, así como presidente del departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania. En el año 2003, asumió la presidencia de una Comisión profesional sobre la Depresión y el Trastorno Bipolar en la Adolescencia, que formó parte de la Iniciativa de Salud Mental en la Adolescencia, liderada por la Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands (Annenberg Foundation Trust at Sunnylands). Este libro ha obtenido gran parte de su información científica tomándola del informe de dicha comisión. Y en el 2005 asumió la presidencia de la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (American Foundation for Suicide Prevention). Entre los honores que ha recibido se encuentra el Premio Vitalicio de Investigación, Gerald L. Klerman, de 1997, otorgado por la Asociación Nacional de la Depresión y la Depresión Mánica (National Depressive and Manic Depressive Association (actualmente la Alianza de Apoyo de la Depresión y el Trastorno Bipolar [Depression and Bipolar Support Alliance]) y el Premio del 2004 por Investigaciones sobre los Trastornos del Humor, otorgado por el Colegio Americano de Psiquiatras (American College of Psychiatrists). Conjuntamente con un compromiso de toda la vida para mejorar las vidas de los pacientes y sus familias, el Dr. Evans aporta a este proyecto una gran experiencia y excelente pericia en el campo de la salud mental. El resultado es un libro que refleja el estado actual de la ciencia concerniente al diagnóstico, tratamiento, control y prevención de los trastornos del humor en el adolescente. Con respecto a esto, quisiéramos agradecer a Moira A. Rynn, MD, profesora adjunta de psiquiatría y directora médica de la Sección de Trastornos del Humor y Ansiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania,

por su ayuda para examinar y proporcionar comentarios sobre las dimensiones científicas del libro.

La coautora de este libro es una periodista que se ha especializado en temas de salud mental por dos décadas. Su papel más importante en este proyecto consistió en entrevistar a los padres a través del país, y traer sus voces a estas páginas. Los padres con quienes habló y correspondió electrónicamente saben lo que significa criar a un adolescente con depresión o trastorno bipolar, porque todos lo han hecho. Estas madres y padres demostraron gran generosidad acerca de compartir sus percepciones, con lo que el libro está repleto de los consejos que ellos pusieron a prueba y de medidas prácticas de apoyo. Los nombres correspondientes han sido cambiados para proteger la vida privada de los padres y sus familias. Excepto por eso, las historias son verídicas y nosotros creemos que usted encontrará muy útiles los conocimientos sensatos y las sugerencias prácticas de estos padres con tanta experiencia.

Entienda los trastornos:

Qué son, qué se puede esperar

Como madre de un adolescente con depresión o trastorno bipolar, tal vez se sienta confusa, preocupada y convencida de que usted es la única que ha tratado de hacer frente a los potentes cambios en el humor en un hijo. La verdad es que está muy lejos de estar sola. Laurel es sólo una de numerosas madres que han estado en su misma posición:

. . . usted está muy lejos de estar sola.

“Cuando examino el pasado, veo que probablemente yo no me di cuenta cuándo fue que Carly empezó a tener problemas”, recuerda Laurel. “Noté que comenzaba a comportarse mal y que se ponía beligerante y andaba con un grupo diferente del usual. Pero no le di mucha importancia. Entonces trató de suicidarse.”

Si Laurel pasó por alto algunas señales iniciales de advertencia, se la puede entender. Después de años de trabajo duro como madre soltera, tratando de ofrecer un hogar estable y cómodo para sus tres hijos, Laurel había sufrido recientemente varios reveses serios. Unos pocos meses antes, Laurel se había vuelto a casar, sólo para encontrar que el esposo tenía problemas de alcoholismo. Al poco tiempo, él tuvo un accidente mientras estaba bebido, que lo puso en la cárcel. Aproximadamente al mismo tiempo, Laurel descubrió que ella tenía cáncer cervical. La tensión en su vida súbitamente subió a niveles astronómicos, y los hijos, todos ellos adolescentes en ese momento, no estaban facilitando las cosas. En el medio de toda esta agitación,

Laurel no percibió que las dificultades propias de Carly, de 14 años de edad, se habían ido profundizando gradualmente hasta convertirse en algo mucho más trágico.

Después, a la mañana siguiente al retorno de Laurel después de cirugía contra el cáncer, pasó algo fuera de lo común: Carly no se preparó a tiempo para ir a la escuela. “Esta niña nunca había llegado tarde a la escuela antes,” dice Laurel. “Le dije que se apurara, que yo iba a llevar a su hermana a la escuela y que volvería después a buscarla. El camino es de cuatro cuadras de ida y cuatro de vuelta, probablemente 3 minutos en que estuve afuera. Cuando volví a la casa, encontré a Carly en el piso.” Había tomado dos frascos de las píldoras que se le habían recetado a Laurel—un agente contra la depresión y uno para dormir—así como algunos medicamentos de venta libre.

Laurel pudo llevar a su hija a la sala de emergencia rápidamente, y los efectos físicos posteriores a la sobredosis fueron mínimos. Sin embargo, la depresión no fue tan fácil de solucionar. Después de una breve hospitalización psiquiátrica, Carly volvió a la casa, pero continuó visitando al psiquiatra y tomando medicamentos, y la familia comenzó a recibir terapia familiar. Como Carly todavía estaba demasiado enferma como para ir a la escuela, empezó a recibir instrucción en el hogar. Un maestro visitaba una vez a la semana y su madre la ayudaba con las lecciones entre una visita y otra. Laurel ajustó también sus propios horarios. Como era maestra de música que daba lecciones en su casa, “yo pensaba que estaba disponible, porque estaba aquí todo el tiempo,” dice. “Pero me di cuenta de que siempre estaba con un alumno. De modo que me deshice de muchos alumnos y reajusté mis horarios para tener 30 minutos sin interrupciones con mis hijas, todas las tardes.” Finalmente, Laurel decidió pedir el divorcio y tratar de volver a enderezar su vida personal.

En el otoño siguiente, Carly pudo volver a la escuela secundaria, mayormente gracias a un asesor escolar dedicado que la ayudó a efectuar la transición. “Carly volvió a ser ella y se graduó con honores,” dice Laurel. En su primer año de educación superior, Carly eligió un colegio que estaba a más de 4 horas de distancia de la casa. “Alrededor de febrero de su primer año allí, se volvió a deprimir,” dice Laurel. “Nos dijo que no era tan mala como antes, y que no quería terapia, pero empezó a tomar medicamentos. Entre mi madre y yo, la llamábamos por lo menos una o dos veces al día, y yo me comunicaba mucho con ella usando el Mensajero Instantáneo.” Carly terminó el semestre con buenas calificaciones y, a la hora de escribir estas notas, se estaba preparando para su segundo año fuera de la casa.

Al recordar el atentado de suicidio, Laurel dice, “Yo tenía tanto temor. Inicialmente estaba absolutamente paralizada con el temor. Pero recuerdo que pensaba: voy a bajar la cabeza y salir adelante—siempre arreglando la lista por prioridades, siempre verificando que los hijos estén en el lugar correcto de la lista.

Porque no importa con qué se debe uno enfrentar, uno hace lo que tiene que hacer, especialmente si uno es un padre.”

*“Estaba absolutamente
paralizada con el temor . . .”*

Tal vez usted reconozca una parte suya en Laurel, aunque los detalles de su propia historia sean bastante diferentes. Una cosa que ustedes indudablemente tienen en común es un deseo potente de ayudar a su adolescente a ganar la batalla contra los humores negros o autodestructivos. El primer paso es conocer más acerca de los síntomas, las causas y las consecuencias de la depresión y del trastorno bipolar.

Depresión: Características, causas y factores de riesgo; Otras afecciones; Perspectivas para el futuro

Todo el mundo se siente un poco deprimido de vez en cuando, y su adolescente no es una excepción. Sin embargo, la depresión real es mucho más que un humor melancólico pasajero. Es una enfermedad que afecta al cerebro y el cuerpo a todos los niveles: emocionalmente, mentalmente, físicamente y en el comportamiento. La palabra operativa aquí es “enfermedad”. La depresión no es una falla en el carácter ni una reflexión en las habilidades suyas como padre. En vez de ello, es una enfermedad tan “real” como el asma o la diabetes. Usted no pediría a un niño con asma que pensara positivamente, la próxima vez que tuviese dificultades para respirar, o a uno con diabetes que simplemente tuviese esperanzas de que la próxima vez sus concentraciones de azúcar en la sangre empezarían a subir hasta el techo. En vez de ello, probablemente trataría de conseguir el mejor tratamiento profesional posible, asociado con gran cantidad de apoyo paterno. El mismo enfoque funciona igualmente bien en casos de depresión.

Sin tratamiento, la depresión puede durar semanas, meses o hasta años. Puede afectar cada faceta de la vida de su adolescente, incluidas las rutinas hogareñas y escolares, así como las relaciones con la familia y los amigos. La depresión también puede contribuir al fracaso académico,

al abuso de sustancias o a la ideación suicida. La angustia mental para su adolescente—y la tensión suya y de su familia al observar ese sufrimiento—puede cobrar un precio alto en todos los participantes.

. . . a veces se necesitan unas pocas pruebas para encontrar el mejor tratamiento para un individuo en particular.

Pero no es necesario que sea así. La mayoría de las personas con depresión—hasta las que presentan síntomas graves—pueden ser ayudadas a sentirse mejor con el tratamiento apropiado. En realidad, se calcula que del 80% al 90% de todos los casos de depresión se pueden tratar con éxito, aunque a veces se necesiten unas pocas pruebas para encontrar el mejor tratamiento para un individuo en particular. Lamentablemente, el tratamiento adecuado parece ser más una excepción que la regla, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes. Una conferencia convocada por el Cirujano

General de EE. UU. en el año 2000, descubrió que menos de 1 de cada 5 personas jóvenes con un trastorno mental suficientemente grave como para causar algún impedimento, había recibido el tratamiento que necesitaba. Esta estadística descorazonadora pone en evidencia el papel decisivo que desempeñan los padres. Una buena apuesta sería que la mayoría de esos afortunados 20% tenían a alguien que les buscó tratamiento y los representó activamente.

¿Qué es la depresión mayor?

El *DSM-IV-TR* (una abreviatura para el *Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]*, cuarta edición, texto revisado) es un manual que los profesionales de salud mental usan para diagnosticar todos los tipos de enfermedades mentales. Ese manual define la depresión mayor como siendo, esencialmente, un sentimiento casi constante de depresión e irritabilidad, o una pérdida del interés para poder disfrutar de casi todas las cosas. Estos sentimientos duran por lo menos 2 semanas y se asocian con otros síntomas, tales como un cambio en los hábitos de alimentación o para dormir, falta de energía, sentirse despreciable, no poder concentrarse o pensar en el suicidio.

Depresión mayor

A continuación se presentan los criterios del *DSM-IV-TR* para la depresión mayor en los adolescentes:

1. Por lo menos uno de los síntomas siguientes debe ocurrir durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante 2 semanas o más.
 - a. Un humor deprimido (por ejemplo, sentimientos de tristeza o de estar vacío); pero en los adolescentes, el humor puede ser irritable
 - b. Una pérdida notable del interés o placer en todas o la mayoría de las cosas que la persona disfrutaba previamente
2. Por lo menos tres o cuatro de los síntomas siguientes deben ocurrir durante el mismo período de 2 semanas. (El número total de síntomas de este grupo y el previo debe sumar cinco o más.) Los síntomas deben representar un cambio con respecto al funcionamiento usual de la persona.
 - a. Pérdida importante de peso sin hacer dieta, aumento excesivo de peso, o una reducción o aumento en el apetito
 - b. Insomnio o dormir excesivamente
 - c. Comportamiento que parece excesivamente nervioso o excesivamente lento
 - d. Fatiga o falta de energía constantes
 - e. Sentirse despreciable o sentimiento inapropiado de culpa
 - f. Menor capacidad para concentrarse, pensar claramente o tomar decisiones
 - g. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
3. Los síntomas causan gran aflicción o impedimentos en el hogar, la escuela o el trabajo.
4. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del alcohol o del abuso de sustancias, a una afección médica general o a los efectos secundarios de un medicamento.

Adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. edición, texto revisado, pág. 356). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

¿Puede tomar diferentes formas la depresión mayor?

. . . no hay dos individuos que presenten la depresión exactamente de la misma

Aunque hay síntomas comunes que caracterizan la enfermedad, no hay dos individuos que presenten la depresión exactamente de la misma manera. Además de la depresión mayor común y corriente, los psiquiatras han identificado varios subtipos del trastorno:

- Crónica—Todos los síntomas de la depresión mayor han estado presentes continuamente durante por lo menos 2 años.
- Catatónica—Aunque se satisfacen todos los criterios para la depresión mayor, los síntomas más destacados implican un comportamiento que parece haber sido retardado o acelerado. Estos síntomas pueden incluir inmovilidad física, estupor, exceso de actividad sin sentido, negativismo extremo, negativa a hablar, manierismos peculiares, muecas, repetición como loro de las palabras de otra persona, o copia de los movimientos de otra persona.
- Melancólica—El atributo dominante es una falta casi completa de interés o placer en casi todas las actividades. El humor de la persona nunca mejora, ni siquiera temporalmente, cuando pasa algo bueno. Otros síntomas pueden incluir una depresión que empeora a la mañana, despertarse demasiado temprano, comportamiento que parece excesivamente lento o acelerado, pérdida importante de peso, falta de apetito, sentimiento inapropiado de culpa.
- Psicótica—Además de otros síntomas de depresión grave, la persona puede presentar delusiones. Éstas son creencias extrañas, que no concuerdan con la realidad, tales como la creencia de que otros individuos pueden oír lo que uno piensa. O la persona puede tener alucinaciones, que son percepciones sensoriales de cosas que no están realmente allí, por ejemplo, oír voces.

- Atípica—Este tipo de depresión no es tan rara como su nombre podría implicar, especialmente en las personas jóvenes. El sello distintivo es la capacidad de alegrarse cuando ocurre algo bueno. Sin embargo, la persona vuelve a caer en la depresión tan pronto como el acontecimiento positivo ha pasado. Otros síntomas pueden incluir un aumento considerable de peso, aumento del apetito, dormir excesivamente, una sensación de pesadez en brazos o piernas, o un patrón duradero de hipersensibilidad al rechazo personal.
- Estacional (también conocida como trastorno afectivo estacional, o SAD, por sus siglas en inglés)—Los síntomas de la depresión se inician y desaparecen aproximadamente al mismo tiempo cada año. Típicamente, comienzan en el otoño o invierno y se alivian en la primavera. El inicio parece estar asociado directamente con el cambio en la estación—en particular, la menor exposición a la luz solar en el invierno—más bien que al inicio de las clases escolares. Los síntomas pueden incluir falta de energía, dormir excesivamente, comer excesivamente, aumento de peso y ansias de ingerir alimentos azucarados o de féculas.
- Posparto—Los síntomas de depresión se inician dentro de las 4 semanas después de dar a luz. La depresión es más intensa, prolongada e incapacitante que la melancolía que muchas madres recientes presentan por unos pocos días. La depresión posparto puede ocurrir tanto en las adolescentes que dan a luz como en las mujeres mayores.

¿Qué es la distimia?

Un segundo tipo de depresión recibe el nombre de distimia. Por lo general, la distimia causa los mismos síntomas que la depresión mayor, aunque de menor severidad. Pero, aunque los síntomas son más leves, todavía pueden causar gran sufrimiento, porque duran por lo menos un año. Es algo así como la diferencia entre las alergias leves, crónicas y un caso malo de gripe. Los síntomas de la gripe son más severos, pero los de la alergia todavía pueden causar un efecto considerable sobre la calidad de la vida de una persona.

Distimia

A continuación se presentan los criterios del *DSM-IV-TR* para la distimia en los adolescentes:

1. Un humor deprimido o irritable durante la mayor parte del día, en la mayoría de los días, que dura 12 meses o más.
2. Por lo menos dos de los síntomas siguientes deben estar presentes durante el mismo período. La persona nunca está libre de los síntomas por más de 2 meses corridos.
 - a. Comer excesivamente o poco apetito
 - b. Insomnio o dormir excesivamente
 - c. Fatiga o falta de energía constantes
 - d. Poca autoestima
 - e. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
 - f. Sensación de desesperación
3. Los síntomas causan gran aflicción o impedimentos en el hogar, la escuela o el trabajo.
4. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del alcohol o del abuso de sustancias, a una afección médica general o a los efectos secundarios de un medicamento.

Adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. edición, texto revisado, págs. 380–381). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

¿Qué señales de advertencia puedo esperar?

La depresión es una enfermedad insidiosa que puede iniciarse como un caso de melancolía o ansiedad relativamente leve que empeora con el tiempo. Con frecuencia, la transición a la depresión declarada es tan lenta y gradual que los padres no ven las señales de advertencia hasta tanto no ocurra algo drástico. Como es el caso con otras enfermedades, sin embargo, cuanto más pronto se diagnostica y trata profesionalmente la depresión, tanto más rápidamente puede aliviarse, y tanto mejor será el resultado. Esté atenta a estas banderas de peligro en su adolescente:

- Menos interés en los amigos y las actividades
- Dificultad para concentrarse
- Una reducción en las calificaciones o ausencias frecuentes de la escuela
- Quejas de cansancio o aburrimiento
- Síntomas físicos vagos, tales como achaques y dolores sin explicaciones
- Cambios en los patrones del sueño, tales como insomnio o dormir excesivamente
- Aumento del mal humor, la hostilidad o la ira
- Ataques de gritos o llanto
- Comportamiento imprudente
- Abuso de alcohol o de drogas
- Problemas para llevarse bien con otros
- Retraimiento social
- Hipersensibilidad al rechazo o al fracaso
- Comportamiento autolesionante o hablar del suicidio

¿Cómo se diagnostica la depresión?

La vida sería más simple si hubiese una prueba de sangre o hasta una exploración cerebral sofisticada que pudiese diagnosticar definitivamente la depresión. Lamentablemente, no la hay. Para poder llegar a un diagnóstico formal de depresión mayor o distimia, el profesional de salud mental o el médico debe evaluar los síntomas de una persona y luego tratar de decidir si satisfacen los criterios enumerados en el *DSM-IV-TR*. En los adultos, la mayor parte de la información acerca de los antecedentes y los síntomas actuales, se obtiene hablando con los pacientes mismos. Sin embargo, en los adolescentes, no sólo los pacientes sino también los padres representan las fuentes claves de información. Los padres conocen la historia familiar de sus hijos mejor que nadie. La contribución paterna también es muy valiosa porque los adolescentes pueden tener dificultades en expresar sus sentimientos verdaderos, no tener un concepto claro acerca de ellos, o no querer cooperar inicialmente.

Los padres conocen la historia familiar de sus hijos mejor que nadie.

Cuando se reúna con el profesional de salud mental de su hijo por primera vez, venga preparado para responder a preguntas sobre los comportamientos que le preocupan a usted, entre otros, cuándo empezaron, con qué frecuencia ocurren, cuánto duran y su severidad aparente. Otras fuentes potenciales de información, dependiendo de la situación, pueden incluir los maestros, el personal escolar superior, los médicos de atención primaria y el personal de servicios sociales. Además de las entrevistas orales, se pueden usar cuestionarios por escrito.

Antes de llegarse a un diagnóstico, es posible que también se recomiende un examen médico completo para descartar otras enfermedades que puedan estar causando los síntomas de depresión. Entre las afecciones médicas generales que pueden causar estos síntomas en los adolescentes, se cuentan la enfermedad tiroidea, lesiones craneales, anemia, mononucleosis, enfermedad de Lyme, síndrome de fatiga crónica, hepatitis y los efectos secundarios de los medicamentos. El abuso de sustancias o el síndrome carencial también pueden causar depresión. Naturalmente, cuando un adolescente deprimido bebe alcohol o toma drogas, nos enfrentamos con la pregunta del huevo o la gallina: ¿Qué ocurrió primero? ¿el abuso de sustancias o el humor deprimido? No obstante, y cualquiera que sea la respuesta, las sustancias abusadas pueden causar o empeorar la depresión, al interactuar con los compuestos químicos cerebrales que regulan el humor.

¿Es común la depresión en los adolescentes?

No hace mucho, los expertos debatían si la depresión verdadera realmente existía antes de la edad adulta. Cuando un adolescente aparecía con síntomas demasiado obvios para ser ignorados, la depresión todavía se descartaba como el malhumor normal de los adolescentes, o algún problema trivial que el adolescente dejará atrás pronto con el crecimiento. Desde entonces, hemos progresado mucho hacia la comprensión de la naturaleza de la depresión en el adolescente. Sí, realmente ocurre, y con una frecuencia sorprendente. Actualmente sabemos que la depresión a menudo aparece inicialmente durante los años de la adolescencia y de la juventud. A veces, comienza todavía antes, declarándose antes de la pubertad. También sabemos que la depresión en

los adolescentes puede ser un trastorno de larga duración, recurrente y grave, como es el caso en los adultos. Sin embargo, todavía no hay certeza acerca de cuán común es realmente la depresión en el adolescente.

Hasta la fecha, algunos de los datos más completos provienen de la Encuesta de Comorbilidad Nacional (National Comorbidity Survey), que incluyó una muestra nacionalmente representativa de más de 8,000 estadounidenses de 15 a 54 años de edad. En esta encuesta, los investigadores hallaron que el 14% de las personas jóvenes habían presentado una depresión mayor antes del final de la adolescencia, y otro 11% presentó una depresión de menor importancia—un término que se usa a veces para describir un episodio depresivo que es similar a la depresión mayor, pero que presenta menos síntomas y menos impedimentos en el funcionamiento cotidiano.

Un estudio más reciente, realizado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (National Institute of Child Health and Human Development) encontró valores similarmente elevados. Para este estudio, los investigadores dieron cuestionarios a más de 9,800 estudiantes en los grados 6, 8 y 10 de escuelas a través de los Estados Unidos y descubrieron que el 18% de los estudiantes informaron haber presentado algunos síntomas de depresión. La incidencia de dichos síntomas fue sustancialmente mayor en las niñas (25%) que en los varones (10%). En ambos sexos, sin embargo, la prevalencia de los síntomas depresivos aumentaba con la edad. En el caso de los varones, la prevalencia aumentaba casi al doble entre el sexto y el décimo grado. En las niñas aumentaba casi al triple.

¿Qué papel desempeñan los genes en la depresión?

La depresión no parece ser causada por una cosa específica. En vez de ello, parece ser el resultado de una combinación compleja de factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos, combinados con acontecimientos causantes de estrés en la vida. En cuanto a las influencias genéticas, los estudios han demostrado que los dos factores más constantes de riesgo para la depresión mayor son el ser mujer y tener antecedentes familiares de la enfermedad.

La depresión no parece ser causada por una cosa específica.

En los niños más pequeños, las niñas y los varones parecen presentar un riesgo igual de padecer de un trastorno del humor. Sin embargo, al llegar a la adolescencia, las niñas tienen del doble al triple de probabilidad que los varones de desarrollar depresión. Además, los hijos de padres deprimidos tienen del doble al cuádruple de riesgo de desarrollar la enfermedad que los hijos de padres no deprimidos. Los niños de padres con depresión también tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión a menor edad y presentar episodios recurrentes.

No obstante, aunque la depresión mayor parece afectar ciertas familias, también puede ocurrir en individuos sin antecedentes familiares del trastorno. Por otra parte, algunas personas en cuyo árbol genealógico se encuentra depresión en casi todas las ramas, se las arreglan para pasar por la vida sin haber padecido nunca de la enfermedad. Entonces, en el peor de los casos, algunos padres tal vez transmitan una predisposición genética para la depresión, lo que hace que sus hijos estén más vulnerables a los factores de riesgo en el ambiente, tales como las diversas formas de estrés de la vida.

¿Qué papel desempeña la biología en la depresión?

Ya sea que la depresión tenga o no tenga una base genética, tiende a asociarse con cambios en el desarrollo, la neuroquímica y la función del cerebro. A menos que usted sea un científico o médico, el aprendizaje acerca de estos cambios puede necesitar que conozca algunos términos y conceptos nuevos. Pero el esfuerzo que invierta le pagará muchas veces el valor al darle una comprensión mayor de la afección de su adolescente. Una madre, que se educó a sí misma y ahora enseña a otros acerca de la biología de los trastornos del humor, declara: “Es tan importante el que los padres entiendan acerca de los compuestos químicos cerebrales y las partes del cerebro que están afectadas”.

La tecnología moderna de obtención de imágenes del cerebro permite que los investigadores saquen fotos del cerebro vivo y trabajando, sin la necesidad de recurrir a la cirugía. Estos estudios han demostrado que los niños y adolescentes con depresión tienden a presentar lóbulos frontales, la parte del cerebro implicada en la planificación, el razonamiento, el control de los movimientos voluntarios y la transformación de los pensamientos en palabras, que son significativamente más pequeños que la norma.

Específicamente, los investigadores han encontrado menos materia blanca en el lóbulo frontal, que es la parte interior de los lóbulos, que está compuesta mayormente de las ramas de envío de las células nerviosas.

La depresión se ha asociado también con desequilibrios en ciertos neurotransmisores, que son compuestos químicos que actúan como mensajeros dentro del cerebro. La forma en que se supone que el proceso funcione es la siguiente: Las células nerviosas, llamadas neuronas, se comunican entre sí mediante una combinación de procesos eléctricos y químicos. Cuando una neurona es activada inicialmente, envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular. Esta señal se desplaza a lo largo de una rama similar a una fibra, llamada el 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. Para poder enviar el mensaje a través de esta brecha, se necesita un método de entrega diferente. Allí es donde entran a funcionar los neurotransmisores, que pueden transportar químicamente un mensaje de una neurona a la siguiente.

En este punto es donde entra en juego la comunicación química. Un neurotransmisor se desprende del extremo del axón entrando en el espacio sináptico. Los neurotransmisores son de muchos tipos diferentes, cada uno con una forma química distintiva. Un tipo particular de neurotransmisor solamente puede ser entregado a una molécula correspondiente, llamada un receptor, situada en la superficie de la neurona destinataria. Piense en los neurotransmisores como si fuesen llaves y los receptores como si fuesen cerrojos. La llave tiene que calzar si es que el mensaje va a ser entregado. Si calza, el receptor transmite el mensaje dentro de la neurona destinataria, donde actúa como un interruptor que se enciende y apaga. Si el mensaje es excitante, indica a la neurona que se prenda y continúe pasando la señal. Si el mensaje es inhibitorio, indica a la neurona que se apague y suprima la señal. En cualquiera de los dos casos, el mensaje específico es entregado.

*Piense en los neurotransmisores
como si fuesen llaves y los receptores
como si fuesen cerrojos.*

Ahora, todo lo que hay que hacer es desechar el neurotransmisor, que todavía está en el espacio sináptico. Una forma de hacerlo es usando enzimas para destruir el neurotransmisor en la sinapsis. Otra es devolviendo el neurotransmisor a la neurona que lo envió, para su reciclaje. Una molécula grande, llamada un transportador, lleva el neurotransmisor de vuelta a través de la brecha, hasta el axón de la neurona remitente original. Entonces el neurotransmisor se vuelve a absorber en el axón que lo liberó inicialmente, un proceso conocido como recaptación. Mientras tanto, un mecanismo complejo de retroalimentación informa a la neurona remitente que deje de enviar más neurotransmisores.

Todo lo cual forma un proceso de sorprendente eficiencia. En el caso de las personas con trastornos del humor, sin embargo, el proceso parece fallar. En algunos casos, los receptores pueden ser demasiado sensibles o no lo suficientemente sensibles para un neurotransmisor en particular, causando una respuesta excesiva o inadecuada. En otros casos, la célula remitente libera una cantidad insuficiente de neurotransmisor, o las moléculas transportadoras lo devuelven demasiado pronto, antes de que el mensaje haya sido entregado a la neurona destinataria.

Estos problemas pueden implicar varios neurotransmisores. Tres que han sido estudiados minuciosamente en relación con la depresión, son la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. La serotonina es un neurotransmisor que ayuda a regular el sueño, el apetito y el instinto sexual. Los investigadores encontraron concentraciones bajas de serotonina en algunos individuos gravemente deprimidos o suicidas, y los medicamentos antidepresivos más populares de la actualidad funcionan bloqueando la recaptación de la serotonina y, por consiguiente, aumentando el abastecimiento de este neurotransmisor en el cerebro.

Antiguos tipos de medicamentos antidepresivos, todavía en uso actualmente, aumentan la norepinefrina, sea por sí sola o conjuntamente con la serotonina. La norepinefrina desempeña un papel en la respuesta del organismo al estrés, y ayuda a regular el despertar, el sueño y la presión arterial. Un tipo más antiguo de agente antidepresivo bloquea la recaptación de la norepinefrina, mientras que otro evita su descomposición en la sinapsis.

Cuando se descubrieron todos estos agentes, los científicos razonaron que la depresión debía ser causada por concentraciones bajas de norepinefrina, ya que los medicamentos son eficaces para muchas personas. Sin embargo, desde entonces han aprendido que la situación no es tan simple como parecía. Se ha descubierto que algunas personas con depresión presentan, en realidad, concentraciones elevadas, en vez de bajas, de norepinefrina.

Además, ni los medicamentos que aumentan la norepinefrina ni los agentes antidepresivos para serotonina dan resultados en todos los pacientes. Y hasta cuando estos tipos de medicamentos dan resultados, normalmente se necesitan varias semanas para que se sientan los efectos completos, a pesar del hecho de que los agentes comienzan a ejercer un impacto sobre las concentraciones de neurotransmisores.

La dopamina es un tercer neurotransmisor que se ha asociado con la depresión. Es esencial para el movimiento e influye también sobre la motivación de una persona y su percepción de la realidad. Los problemas con la transmisión de la dopamina se asocian con la ideación gravemente distorsionada observada en la psicosis. Las concentraciones de dopamina también parecen bajar durante la depresión y elevarse durante la manía, en las personas que alternan entre los dos extremos. Además, la depresión es un efecto secundario de ciertos medicamentos (tales como la reserpina, un fármaco para tratar la presión arterial) y ciertas enfermedades (como la enfermedad de Parkinson) que reducen la cantidad de dopamina natural en el cerebro.

Y para confundir aún más las cosas, también se han implicado otros compuestos químicos cerebrales en la depresión. Por ejemplo, las endorfinas son compuestos pequeños, similares a las proteínas, que están presentes en el cerebro y que ejercen efectos naturales para aliviar el dolor y levantar el ánimo similares a los de la morfina. Algunas personas con síntomas depresivos, que no alcanzan a presentar una depresión mayor, parecen tener concentraciones bajas de endorfinas. Otro neurotransmisor, llamado ácido gamma-aminobutírico (GABA) inhibe el flujo de las señales nerviosas en las neuronas al bloquear la liberación de otros neurotransmisores, como la norepinefrina y la dopamina. GABA también puede disipar la ansiedad. Los estudios han encontrado concentraciones bajas de GABA en algunas personas con depresión.

Se necesitan más investigaciones para aclarar los papeles específicos que desempeñarían los diversos neurotransmisores en la depresión. Lo que ya parece estar claro, sin embargo, es que la depresión es una enfermedad cerebral asociada con desequilibrios de compuestos químicos, y

*. . . la química cerebral
afecta el comportamiento y el
comportamiento afecta, a su
vez, la química cerebral. . .*

que los medicamentos antidepresivos ayudan a regular dichos agentes. Entre otras cosas, los investigadores están tratando ahora de descubrir si los desequilibrios serían la causa o el efecto de la depresión. Muchos creen que ocurrirían ambas cosas, es decir, que la química cerebral afecta el comportamiento y que el comportamiento afecta, a su vez, la química cerebral. Por ejemplo, el estrés puede alterar la química cerebral del individuo, causando que se sienta deprimido y que se comporte de acuerdo con ello. Sin

embargo, si estas mismas personas alteran su comportamiento al aprender a controlar mejor el estrés, tal vez sean capaces de cambiar su química cerebral de una forma que alivie la depresión. Es un aspecto fascinante de la conexión entre la mente y el cuerpo, que los científicos están comenzando a explorar.

¿Cómo es que el estrés afecta la depresión?

Hablando científicamente, el estrés se refiere a la respuesta natural del organismo a cualquier percepción de amenaza, ya sea real o imaginaria, física o psicológica. La amenaza inicialmente hace sonar la alarma dentro del cerebro. El cerebro responde liberando ciertas hormonas que preparan al cuerpo para luchar o huir. A medida que el cuerpo entra en un estado de alerta, aumentan la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, el metabolismo y la tensión muscular del individuo. Este sistema de respuesta rápida puede salvar la vida en una emergencia verdadera, porque permite que la persona reaccione rápida y eficazmente. Sin embargo, cuando el estrés es frecuente o prolongado, el desgaste fisiológico puede afectar tanto a la mente como al cuerpo. Una consecuencia posible es la depresión. En los niños y adolescentes, al igual que en los adultos, la investigación encontró un vínculo potente entre la depresión y los acontecimientos causantes de estrés en la vida diaria.

Sin embargo, el estrés es una función de la mente del individuo. La experiencia de estrés depende de que un individuo evalúe una situación como una amenaza, y diferentes personas pueden diferir en la forma en que consideran la misma situación. No es de sorprender, por lo tanto, que no haya un tipo específico de acontecimiento que invariablemente cause depresión. Muchas personas jóvenes se reponen de una pérdida terrible o de la adversidad mostrando una capacidad sorprendente de recuperación. Por otra parte, cuando sobreviene la depresión, su origen no siempre puede discernirse como surgiendo de un trauma importante específico. En vez de ello, con frecuencia parece relacionarse con el impacto acumulativo de muchos acontecimientos menores.

Habiéndose establecido esto, ciertos acontecimientos en la vida de un adolescente aumentan, de hecho, el riesgo de depresión, aunque cada adolescente individual sea más o menos sensible a sus efectos. Una fuente particularmente potente de estrés para los adolescentes es la pérdida de un padre debido a muerte o separación permanente. Otras fuentes comunes de estrés en la adolescencia incluyen el abuso físico o emocional, la violación sexual, la agresión por los compañeros, la pobreza o una decepción personal, por ejemplo, la rotura de una relación romántica.

El estrés y los genes también pueden converger en las familias donde más de un miembro padece de un trastorno del humor. Por ejemplo, la madre de un muchacho de 14 años que padece de trastorno bipolar, dice que su hija de 11 años fue diagnosticada recientemente con depresión, y la madre cree que los síntomas de la niña fueron desencadenados, parcialmente, por el estrés de hacer frente al caos de su vida familiar. “Eso es lo que ocurre cuando se tiene más de un hijo con predisposición a un trastorno del humor”, dice la madre. “Un niño explota y pone en marcha a todos los demás.”

¿Tiene el estrés al principio de la vida, un efecto duradero?

El pasado también puede influir sobre el presente. Numerosas investigaciones sugieren actualmente, que el estrés sufrido al principio de la vida puede continuar ejerciendo un efecto duradero hasta la vida adulta.

Para entender cómo podría ocurrir esto, es útil conocer algo más acerca de la forma en que el estrés afecta el cerebro y el organismo. Cuando una persona se enfrenta con una amenaza, activa el hipotálamo, una parte del cerebro que sirve como el centro de mando para los sistemas nervioso y hormonal. El hipotálamo libera una sustancia llamada factor liberador de

. . . el estrés sufrido al principio de la vida, puede continuar ejerciendo un efecto duradero hasta la vida adulta.

corticotropina (CRF, por sus siglas en inglés). El CRF 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 potente, llamada cortisol. Esta hormona, a su vez, es responsable de muchos de los

efectos fisiológicos del estrés.

Cuando se toman juntos, estos elementos forman un sistema corporal conocido como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA, por sus siglas en inglés). Este sistema parece desempeñar un papel importante en la depresión. Desde finales de la década de 1960, cientos de estudios han demostrado que las personas con depresión, que no reciben medicamentos, especialmente los que presentan los síntomas más graves, tienden a mostrar un aumento en la actividad en el eje HPA. Específicamente, las células cerebrales que producen CRF aparecen excesivamente activas, lo que podría explicar otros cambios observados en las personas deprimidas, tales como un agrandamiento de las glándulas pituitaria (hipófisis) y suprarrenales, y concentraciones elevadas de cortisol en la orina, la sangre y el líquido cefalorraquídeo.

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. Esto, a su vez, puede causar una respuesta supersensible al estrés, en la cual las células cerebrales reaccionan vigorosamente hasta frente a las amenazas leves. Finalmente, el precio que se paga por esta respuesta excesivamente activa al estrés puede ser la depresión.

Vale la pena mencionar, sin embargo, que la mayor parte de la evidencia hasta la fecha, en apoyo de esta teoría, proviene de estudios en animales o en seres humanos adultos. Los hallazgos en los adolescentes humanos han sido menos drásticos. Por ejemplo, las exploraciones del cerebro han demostrado que la parte del cerebro llamada el hipocampo—un área que desempeña un papel en el aprendizaje, la memoria y la emoción—tiende, en realidad, a ser más pequeña en las mujeres con depresión que en las que no están deprimidas. La misma diferencia de tamaño no es observada en los niños o adolescentes víctimas de abuso, sin embargo, dando lugar a que algunos investigadores sugirieran que son las descargas repetidas de cortisol durante períodos prolongados, las que pueden finalmente, causar que el hipocampo se encoja.

El CRF también se encuentra en partes del cerebro fuera del eje HPA. Los pasajes cerebrales que llevan al CRF a otros sitios del cerebro, se vinculan con neuronas que liberan serotonina y norepinefrina, dos neurotransmisores implicados en la depresión. Los científicos todavía están tratando de descubrir la forma exacta en que todas las piezas del rompecabezas calzan entre sí para formar el cuadro final. Sin embargo, el cuadro que esta surgiendo revela que la depresión no es algo inventado por la mente. También está en el cerebro de la persona, donde se asocia con anormalidades físicas muy reales.

¿Qué factores sociales se relacionan con la depresión?

Uno de los mayores temores de muchos padres es que ellos fueron, de alguna forma, causantes de la depresión de su hijo, al proporcionar un ambiente de hogar que no es el perfecto. Como dice una madre, “Uno empieza a preguntarse, ‘¿hubiese debido hacer algo en forma diferente? ¿Le presté suficiente atención? ¿Cedí demasiado pronto cuando ella estaba en el medio de un berrinche?’” La realidad es que el 100% de los adolescentes probablemente estarían deprimidos si la única manera de evitarlo fuese que los padres fueran perfectos.

“Uno empieza a preguntarse. . .”

Eso no quiere decir que un hogar cálido, estable no sea una fuerza potentemente positiva en la vida de cualquier persona joven. Pero la depresión es una enfermedad compleja con múltiples causas y los padres son sólo uno de los numerosos factores que pueden afectarla. Los niños criados por padres cariñosos, atentos y competentes pueden deprimirse, del mismo modo que pueden contraer otras enfermedades.

No obstante, también es cierto que uno de los problemas principales que llevan a los padres a buscar ayuda para sus adolescentes deprimidos, es un aumento en las discusiones y los conflictos familiares. En algunos casos, esto puede reflejar un patrón de relaciones contenciosas de existencia previa. Ya desde la infancia, un estilo inconsistente o desatento de crianza puede dificultar el que los niños aprendan a formar vínculos emocionales sanos y seguros. Esto, a su vez, puede engendrar un punto de vista inseguro, crítico para sí mismos y para el mundo, que proporciona una base fértil para la depresión posterior. A medida que los niños crecen, también tienen más probabilidad de deprimirse si sus padres son muy críticos, rechazantes o controladores. No es de sorprender que los acontecimientos traumáticos—como la muerte o la separación de uno de los padres; la enfermedad mental de un padre; el descuido grave, el abuso físico o emocional o la violación sexual—aumenten aún más este riesgo.

Sin embargo, la disfunción familiar es una calle de dos manos. La vida con un adolescente puede ser un desafío bajo las mejores circunstancias. Cuando el adolescente es excepcionalmente irritable, melancólico o apático como resultado de la depresión, las dificultades aumentan exponencialmente. Es fácil quedar atrapado en un círculo vicioso, en el que el comportamiento relacionado con la depresión del adolescente cree un conflicto dentro de la familia, lo que aumenta la depresión, que causa entonces más conflicto, y así sucesivamente. Afortunadamente, el tratamiento para la depresión del adolescente, tal vez combinado con terapia familiar, puede ayudar a romper el círculo.

Naturalmente, los miembros de la familia no son las únicas influencias en la vida del adolescente. A esta edad, los amigos son también sumamente importantes.

Como regla general, sin embargo, los adolescentes deprimidos tienen dificultades para hacerse de amigos y retenerlos. Muchos terminan sintiéndose parias en la escuela, lo que aumenta aún más su carga emocional. Otros terminan siendo las víctimas de los bravucones o transformándose en uno ellos mismos. Un estudio extenso encontró que los jóvenes que participaban en la intimidación, ya sea como víctimas o como bravucones, informaban tener síntomas depresivos con el doble de la frecuencia de los que no participaban. Una vez más, el tratamiento apropiado para la depresión, posiblemente incluyendo capacitación en las gracias sociales, puede ayudar al adolescente a aprender a relacionarse más positivamente con otros.

¿Qué factores psicológicos se relacionan con la depresión?

Hablando científicamente, el temperamento se refiere a la tendencia innata de una persona de reaccionar ante los acontecimientos en una forma en particular. En esencia, esto se refiere a que los rasgos de la personalidad que se ponen en evidencia inicialmente en la infancia y la niñez, tienen a durar toda la vida. Estos rasgos ayudan a dictar la forma en que una persona responde a una situación dada. Algunos estudios hallaron que las personas jóvenes que son generalmente tímidas, retraídas o que se alteran fácilmente, pueden correr un riesgo mayor de depresión.

Otra manera de pensar sostiene que las personas con una idea generalmente pesimista de sí mismas, el mundo, y su futuro, tienen mayor probabilidad de volverse deprimidas. Esta teoría, conocida como la teoría cognitiva de la depresión, se basa en la observación de que algunas personas consideran al mundo como un lugar amenazante y a sí mismos como impotentes para enfrentarse con muchas situaciones. Tales personas tienen a culparse a sí mismos por los acontecimientos negativos, hasta los que se encuentran fuera de su control. También tienden a creer que las circunstancias negativas durarán un tiempo prolongado y socavarán lo que sea que hagan.

Es fácil ver cómo puede, esta forma pesimista de pensar, aumentar el estrés que la persona siente en toda clase de situaciones.

A su vez, esto puede desencadenar o empeorar la depresión en los individuos vulnerables. En efecto, numerosos estudios apoyan actualmente esta teoría. Un aspecto interesante es que los estudios también hallaron que la probabilidad de un estilo negativo de pensar aumenta a medida que la gente joven pasa de la infancia a la niñez y a la adolescencia. Probablemente no sea una coincidencia que esto siga un curso paralelo con el riesgo creciente de depresión durante los mismos años. Una forma popular de psicoterapia, llamada terapia cognitiva-del comportamiento, tiende a ayudar a las personas a aprender a identificar y reemplazar las creencias irrazonablemente negativas que pueden contribuir a su depresión.

¿Qué otras afecciones coexisten a menudo con la depresión?

Como hemos visto, la depresión es un problema de múltiples facetas, que toca virtualmente cada uno de los aspectos de la vida de una persona. No debe sorprender, entonces, que la mayoría de los adolescentes con depresión presenten también otros problemas emocionales, del comportamiento y del aprendizaje. Estos trastornos coexistentes—conocidos como afecciones comórbidas en la jerga psiquiátrica—pueden confundir el cuadro y complicar más el tratamiento.

. . . la mayoría de los adolescentes con depresión presentan también otros problemas emocionales, del comportamiento y del aprendizaje.

No obstante, es muy importante que se reconozcan y se hagan frente por su propia cuenta. A continuación se citan algunas de las afecciones que ocurren a menudo lado a lado de la depresión en los adolescentes.

- Trastornos de ansiedad—Más del 60% de los adolescentes deprimidos han presentado un trastorno de la ansiedad, sea antes o al mismo tiempo que su depresión. En un patrón común, un trastorno de ansiedad se inicia antes de la pubertad, seguido de depresión mayor en la adolescencia. Aunque es perfectamente normal que la gente joven se sienta preocupada o nerviosa a veces, los que sufren de trastornos de ansiedad exhiben una ansiedad o temor abrumadores que interfieren con su capacidad de funcionar en la vida diaria. Los trastornos de ansiedad toman varias formas diferentes, pero todas comprenden sentimientos extremos o de mala adaptación, de tensión, temor o preocupación.

- Abuso de sustancias—El abuso de alcohol o de otras drogas es común en los adolescentes con depresión. Mientras que el abuso de sustancias puede, de por sí, causar síntomas depresivos, hay otras veces cuando la depresión aparece primero y los adolescentes recurren a la bebida o al uso de drogas para tratar de escapar su dolor mental. Lamentablemente, el abuso de sustancias solamente empeora la situación, de modo que es imperativo que los adolescentes sean tratados por ambas afecciones. La depresión con frecuencia se asocia también con el hábito de fumar cigarrillos.
- Trastornos del comer—Entre un tercio y la mitad de todas las personas con trastornos del comer también presentan depresión. La mayoría de estas personas son niñas adolescentes o mujeres jóvenes, y algunos estudios sugieren que puede haber una asociación más potente con la distimia que con la depresión mayor. Las personas con trastornos de la alimentación pueden restringir severamente lo que comen, 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 déficit de atención hiperactiva (ADHD, por sus siglas en inglés)—No es raro que los adolescentes con depresión también padezcan de ADHD. Las características primarias del ADHD son falta de atención, hiperactividad o comportamiento impulsivo, que comienzan en la infancia y pueden continuar durante todos los años escolares. Algunos niños 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. Los síntomas pueden resolverse hacia el final de la adolescencia, pero con frecuencia duran hasta la vida adulta.

- 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. En los adolescentes, la depresión y el trastorno de la conducta a menudo van de la mano. Tales adolescentes frecuentemente se consideran “malos” o delincuentes más bien que enfermos mentales, y algunos pueden terminar siendo abandonados como casos perdidos antes de recibir la ayuda que necesitan.
- 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. Es una tentación esperar que un adolescente que se comporta de esta manera está solamente

Es una tentación esperar que un adolescente que se comporta de esta manera está solamente “pasando por una etapa”

”pasando por una etapa” y la sobrepasará muy pronto. Sin embargo, el trastorno desafiante oposicional excesivo es un problema grave, que no debiera ignorarse. Los estudios sugieren que entre un tercio y la mitad de todos los adolescentes que se suicidan padecen de trastorno desafiante oposicional o de trastorno de la conducta, a menudo asociados con

depresión.

- Trastornos del aprendizaje—Algunas personas jóvenes con depresión también presentan un trastorno del aprendizaje. Tales trastornos afectan su rendimiento escolar o su capacidad para funcionar en situaciones cotidianas que requieren saber leer, escribir o conocer las matemáticas. La depresión en sí puede hacer que el estudiante tenga gran dificultad en prestar atención en la clase, y puede robarle la energía y motivación que necesita para estudiar y hacer las tareas escolares en el hogar.

El resultado es que las calificaciones bajan y la asistencia a la escuela puede flaquear. Cuando se suma un trastorno del aprendizaje al conjunto, la situación se vuelve todavía más difícil. Tal vez se necesite tratamiento para la depresión e intervención académica para el problema del aprendizaje, para lograr que el estudiante retome su camino en la escuela.

En la práctica, a veces puede ser muy difícil definir si el comportamiento de un adolescente en particular se debe a la depresión, a otro trastorno, o a la rebelión común y corriente. “Mi hija está faltando a clase a lo loco en la escuela secundaria”, dice un padre. “¿Es esa alguna consecuencia de la depresión? ¿un fallo en el ajuste, o falta de madurez relacionada con la enfermedad?” Tal vez. O el mismo comportamiento podría ser causado por abuso de sustancias, trastorno de la conducta o trastorno desafiante oposicional. O podría deberse a una afección, tal como ansiedad social, hiperactividad o un trastorno del aprendizaje, que transforma el ir a clase en una agonía. Un profesional con experiencia en la salud mental puede ayudar a descubrir los problemas, que representan el primer paso para encontrar las soluciones.

La información adicional sobre estas diversas afecciones puede obtenerse a partir de los recursos mencionados en la sección Recursos para problemas relacionados (págs. 186–187) de este libro.

¿Cuál es el panorama para el futuro?

“El hecho de que uno tenga este trastorno no quiere decir que no se pueda ser sumamente productivo”, dice Carol. Y ella debe saberlo: Carol, su esposo y sus dos hijos padecen de depresión o trastorno bipolar. “Uno tiene que mantenerse encima de las cosas”, añade. “Sí, obviamente tenemos nuestros altibajos, y eso no es broma. Pero cuando tenemos un contratiempo, nos levantamos, nos sacudimos el polvo y volvemos inmediatamente a montar el caballo.”

La experiencia de la depresión es exclusiva para cada individuo. El curso de la enfermedad en un adolescente en particular depende de muchos factores, tales como la severidad de los síntomas y el que el adolescente reciba el tratamiento apropiado. No obstante, se puede afirmar sin temor, que la depresión no va a desaparecer de la noche a la mañana. Ésta es una enfermedad grave y la recuperación puede llevar un cierto tiempo. Si se deja que siga su curso sin tratamiento, un episodio de depresión mayor dura un promedio de 7 a 9 meses. Después de un año, los estudios naturalistas sugieren que el 40% de las personas afectadas todavía padecerá de depresión mayor, y un 20% adicional presentará algunos síntomas de depresión.

Después está el problema de la recurrencia después que el primer ataque de depresión ha concluido. Alrededor del 60% de las personas que tienen un solo episodio de depresión progresan hasta sufrir otro. Después de dos episodios, las probabilidades de un tercero son todavía mayores, y después de tres episodios, las del cuarto alcanzan un 90%. Durante el curso de toda una vida, las personas que no reciben tratamiento tienen un promedio de cinco a siete episodios de depresión mayor, los cuales tienden a empeorar cada vez.

Afortunadamente, los tratamientos tales como medicamentos, psicoterapia o una combinación de ambos, pueden mejorar considerablemente el panorama. Si el tratamiento se inicia pronto, puede ayudar a impedir que la depresión se vuelva crónica o grave. El tratamiento también puede interrumpir la espiral negativa hacia las recurrencias frecuentes. Además, puede aliviar los síntomas y potencialmente evitar la consecuencia más temida: el suicidio.

Si usted cree que su adolescente puede estar sufriendo de depresión, es sensato buscar ayuda profesional sin demora, aunque su hijo no lo quiera o insista que no pasa nada. Usted sabe lo que es normal y lo que no lo es en su niño, así que preste atención a sus instintos. Como mínimo, tal vez evite un dolor y sufrimiento mental innecesarios. Como máximo, tal vez salve la vida de su adolescente.

. . . *confíe en sus instintos.*

Una dosis de esperanza

¿Qué deparará el futuro? ¿Podrá su hijo asistir a un colegio u obtener un buen empleo? Nadie puede predecir el futuro con certeza, naturalmente, pero hay cantidad de razones muy buenas para tener esperanzas. Aquí tiene tres: La periodista de televisión Jane Pauley, la profesora de psiquiatría Kay Redfield Jamison y el novelista ganador del Premio Pulitzer William Styron, se encuentran entre los individuos bien conocidos que han llegado a la cima de sus profesiones a pesar de luchar con la depresión o el trastorno bipolar. Ellos compartieron sus historias en estas memorias, que a veces trastornan, pero que terminan siendo muy alentadoras.

Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Alfred A. Knopf, 1995.

Pauley, Jane. *Skywriting: A Life Out of the Blue*. New York: Random House, 2004.

Styron, William. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Random House, 1990.

Trastorno bipolar: Características, causas y factores de riesgo; Otras afecciones; Perspectivas para el futuro

Al pensar en el tiempo de su adolescencia, tal vez usted tenga recuerdos cálidos de la energía física y la intensidad emocional que tenía en ese entonces, y tal vez desee que pudiera volver a capturarlas ahora. En el caso de los adolescentes con trastorno bipolar, sin embargo, esa energía se encuentra impulsada a un nivel excesivamente, y a veces espantosamente, elevado. Este estado excesivamente intenso, maníaco, es la característica que define el trastorno bipolar. En algunos casos, la manía alterna con ataques de depresión. En otros, la enfermedad se inicia con manía solamente, o la manía y la depresión existen al mismo tiempo. Muchos adolescentes presentan altibajos más leves del humor, pero los que padecen de trastorno bipolar son sacudidos violentamente entre ambos extremos. Las cimas son mucho más altas y las caídas pueden ser brutales.

Si usted es el padre de un adolescente con trastorno bipolar, no necesita que le digan lo agotador que es tratar de mantenerse a la par de alguien cuyos pensamientos y comportamientos están corriendo a alta velocidad. La dificultad de su situación es complicada aún más por las actitudes bien intencionadas pero mal informadas con que probablemente se enfrente, hasta entre algunos profesionales que debieran tener más conocimientos. Tal vez oiga que el único trastorno bipolar verdadero es el tipo que se ajusta al patrón clásico de cimas distintivas altas, que alternan con bajadas distintivas. O tal vez se le quiera tranquilizar asegurándole que el trastorno bipolar nunca ocurre antes del final de la adolescencia, y que su niño no tiene nada que no pueda curarse con una mano firme. Tal vez dentro de sí mismo, usted sepa que no es así, pero todavía es muy duro encontrarse con escepticismo y desaprobación cuando lo que usted realmente necesita es información y apoyo. Hay varias razones por las cuales el trastorno bipolar es entendido tan erróneamente en los adolescentes. Una es que ocurre con menos frecuencia que la depresión. Otra es el hecho de que los médicos e investigadores sólo recientemente se han dado cuenta de que el trastorno bipolar puede presentar un aspecto bastante diferente en los niños y adolescentes jóvenes que en los adolescentes mayores y los adultos. En vez de las fases distintivas de altos y bajos, los adolescentes presentan un trastorno constante del humor que es una mezcla de manía y depresión. El ciclo rápido entre los humores puede conducir a una gran irritabilidad, y la naturaleza continua del trastorno del humor puede indicar que hay pocos períodos en que el adolescente está bien entre los episodios.

Una tercera fuente de confusión es la similaridad superficial entre la forma del trastorno bipolar de la niñez y el ADHD. Como el ADHD es más común, es lógico que los médicos lo sospechen primero, cuando se enfrentan con una persona joven que se distrae fácilmente, está inquieta y es impulsiva. La diferenciación entre las dos afecciones puede necesitar una experiencia profesional considerable. Además, algunos médicos pueden inclinarse al diagnóstico del ADHD para tratar, erróneamente, de proteger al niño contra el estigma de la enfermedad mental.

El problema con este enfoque es que también impide que el niño reciba el tratamiento apropiado.

Es sólo desde la década del 1990 que los psiquiatras de niños y adolescentes han comenzado a diagnosticar el trastorno bipolar con frecuencia creciente en sus pacientes jóvenes. Antes de esa fecha, había fuerte resistencia dentro de la comunidad médica y de salud mental contra la idea de que el trastorno bipolar siquiera existiera antes del final de los últimos años de la adolescencia. Muchos profesionales no especializados, incluidos algunos psiquiatras que tratan mayormente a adultos, todavía pueden estar actualizándose para poder alcanzar las últimas maneras de pensar. La obtención de un diagnóstico preciso para un adolescente con trastorno bipolar puede necesitar una búsqueda de los profesionales con mayores conocimientos y más al corriente, lo que es una razón más para que los padres participen activamente en la búsqueda para obtener la mejor atención para sus adolescentes.

¿Qué es la manía?

El trastorno bipolar es, en realidad, una gama de síntomas que varían en cuanto a la intensidad y los picos máximos, así como en la presencia, intensidad y oportunidad de las bajadas. La única cosa que todas las afecciones bipolares tienen en común, sin embargo, es un cierto grado de manía. Esencialmente, ésta es un humor excesivamente elevado o irritable, que dura al menos una semana o que conduce a un comportamiento peligroso. Causa síntomas tales como un sentido exagerado de la propia importancia, menos necesidad para dormir, aumento de la charla o la actividad, o comportamiento arriesgado. En personas jóvenes, la manía a veces toma la forma de una irritabilidad extrema o berrinches explosivos.

¿Qué es la hipomanía?

A veces, las personas con trastorno bipolar presentan un grado más moderado de manía, conocido como hipomanía. Los que se encuentran en un estado hipomaniaco pueden sentirse excepcionalmente bien o alegres, y algunos pueden ser excepcionalmente productivos o creativos.

Manía

A continuación se presentan los criterios del *DSM-IV-TR* para un episodio maníaco:

1. Un humor excesivamente elevado, expansivo o irritable debe estar presente al menos por 1 semana. El período puede acortarse si los síntomas son lo suficientemente graves para necesitar la hospitalización.
2. Por lo menos tres de los síntomas siguientes deben estar presentes durante el mismo período. Si el humor de la persona solamente es irritable, en vez de elevado o expansivo, deben estar presentes por lo menos cuatro síntomas.
 - a. Autoestima agrandada o ideas grandiosas sobre uno mismo (por ejemplo, sentirse totalmente importante o como un superhéroe con poderes especiales)
 - b. Menor necesidad de dormir
 - c. Hablar excesivamente o una sensación de presión para continuar hablando
 - d. Cambios abruptos en el tema durante el habla, o pensamientos atropellados
 - e. Fácilmente sujeto a distracciones
 - f. Aumento de la actividad
 - g. Participación excesiva en actividades placenteras pero muy arriesgadas (por ejemplo, conducir automóviles descuidadamente, participar en actividades sexuales promiscuas o en períodos de gastos alocados)
3. El trastorno del humor causa un impedimento en las funciones o las relaciones, o es lo suficientemente grave como para necesitar hospitalización o causar síntomas psicóticos, tales como ideas con ilusiones falsas o alucinaciones.
4. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del alcohol o del abuso de sustancias, a una afección médica general o a los efectos secundarios de un medicamento.

Adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. edición, texto revisado, pág. 362). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Hipomanía

A continuación se presentan los criterios del *DSM-IV-TR* para un episodio hipomaniaco:

1. Un humor algo elevado, expansivo o irritable debe estar presente al menos por 4 días. El humor debe ser claramente diferente del humor usual de la persona cuando no está deprimida.
2. Por lo menos tres de los síntomas de manía deben ocurrir durante el mismo período. Si el humor de la persona solamente es irritable, en vez de elevado o expansivo, deben estar presentes cuatro síntomas de manía.
3. El cambio en el humor debe ser evidente para terceros. Sin embargo, no es lo suficientemente severo para causar un impedimento, necesitar hospitalización o resultar en síntomas psicóticos.
4. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del alcohol o del abuso de sustancias, a una afección médica general o a los efectos secundarios de un medicamento.

Adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. edición, texto revisado, pág. 368). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Como resultado, hasta después que la familia y los amigos aprenden a reconocer los signos de advertencia de la hipomanía, la persona que los está presentando puede insistir que no pasa nada. Sin embargo, sin tratamiento, la hipomanía puede escalar a una manía completa o cambiar a una depresión.

¿Qué es un episodio mixto?

Otras personas con trastorno bipolar pueden presentar episodios mixtos. Este tipo de episodio es exactamente eso: una mezcla de manía y depresión que ocurren al mismo tiempo, más bien que una siguiéndola a la otra. Para algunos individuos con trastorno bipolar, un episodio mixto es meramente un estado de transición, a medida que la manía se transforma en depresión. Para otros, sin embargo, una mezcla de síntomas es la forma primaria en que la enfermedad bipolar se manifiesta. Este último patrón es especialmente común en los niños y adolescentes jóvenes.

Episodio mixto

A continuación se presentan los criterios del *DSM-IV-TR* para un episodio mixto:

1. Los criterios para manía y depresión mayor se satisfacen casi todos los días durante al menos 1 semana. Aunque los jóvenes con frecuencia presentan una mezcla de síntomas simultáneos, muchos no satisfacen los criterios de una depresión declarada, de modo que su afección no se considera, técnicamente, un episodio mixto.
2. El trastorno del humor causa un impedimento en las funciones o las relaciones, o es lo suficientemente grave como para necesitar hospitalización o causar síntomas psicóticos, tales como ideas con ilusiones falsas o alucinaciones.
3. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del alcohol o del abuso de sustancias, a una afección médica general o a los efectos secundarios de un medicamento.

Adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. edición, texto revisado, pág. 365). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

¿Cuáles son las diferentes enfermedades bipolares?

Los episodios del humor del trastorno bipolar pueden corresponder a una variedad de patrones:

- Bipolar I—Este trastorno se caracteriza por la ocurrencia de al menos un episodio maníaco o mixto. A menudo, pero no siempre, es precedido de un episodio de depresión mayor. Alrededor del 10 al 15% de los adolescentes que presentan ataques recurrentes de depresión mayor progresan a desarrollar bipolar I. Después del primer encuentro con la manía, más del 90% de las personas tienen más episodios en el futuro.
- Bipolar II—La característica esencial de este trastorno reside en un patrón alternante de hipomanía y depresión mayor. Para las personas que han luchado con la depresión mayor por un cierto tiempo, los buenos sentimientos ordinarios que surgen una vez que la depresión finalmente se alivia, pueden percibirse inicialmente como un poco extraños. Estos individuos tal vez necesiten solamente un tiempo para reajustarse de modo de sentirse felices nuevamente.

Esta no es, necesariamente, causa de alarma, a menos que el nuevo humor se eleve al nivel de hipomanía. Después de un primer ataque de manía completa, el diagnóstico cambia automáticamente a bipolar I.

- **Ciclotimia**—Éste es un trastorno del humor de larga duración, que causa ciclos sucesivos de hipomanía y síntomas depresivos relativamente leves. Para que se pueda hacer un diagnóstico de ciclotimia de la adolescencia, el patrón debe haber durado al menos un año. Aunque puede haber períodos intermitentes de humor normal, nunca duran más de 2 meses por vez, durante la enfermedad. Hay un 15% a 50% de riesgo de que una persona con ciclotimia desarrolle más tarde bipolar I o II.
- **Bipolar no especificado de otra forma**—Esta categoría general incluye varias posibilidades. Por ejemplo, puede haber episodios alternantes del humor, que satisfacen todos los requisitos para manía o depresión mayor, excepto los que se refieren a la duración. O puede haber episodios recurrentes de hipomanía sin alternar con períodos de depresión. El BP-NOS, como se abrevia a menudo actualmente, tal vez sea, en realidad, el diagnóstico bipolar más común en niños y adolescentes jóvenes. Eso se debe a que los criterios del *DSM-IV-TR* se basan mayormente en adultos, y las personas jóvenes pueden mostrar un patrón levemente diferente de los síntomas. Por ejemplo, con frecuencia desarrollan una mezcla de manía y depresión que no alcanza a calificar como un episodio mixto.

BP-NOS . . . tal vez sea, en realidad, el diagnóstico bipolar más común

¿Puede el trastorno bipolar tomar formas diferentes?

Las varias enfermedades bipolares pueden subdividirse en varios subtipos diferentes. Un episodio grave de manía, como un episodio grave de depresión mayor, puede considerarse psicótico si causa ilusiones falsas o alucinaciones.

Por ejemplo, los adolescentes maníacos pueden tener ilusiones falsas de que poseen poderes sobrehumanos o que oyen voces que les dicen lo notablemente superiores que son. Un episodio de manía puede describirse como teniendo características catatónicas si incluye síntomas tales como inmovilidad física, estupor, exceso de actividad sin sentido, negativismo extremo, manierismos peculiares o repetición a lo loro de las palabras de otra persona.

Además, bipolar I o bipolar II pueden ser designados como en ciclos rápidos si cuatro o más episodios del humor ocurren dentro de un solo año. Estos episodios están separados por períodos de bienestar relativo o por un cambio distintivo de los humores alto a bajo. En los adultos, el ciclo rápido es la excepción más bien que la regla, ocurriendo en alrededor del 10 al 20% de las personas con trastorno bipolar. En los niños y adolescentes jóvenes, sin embargo, parece ocurrir lo contrario. Cuando el trastorno bipolar comienza a una edad tan temprana, normalmente parece ocurrir en forma de ciclos rápidos y continuos.

En algunos casos, los ciclos de humor se repiten cada pocos días o hasta varias veces en un solo día. Es fácil ver cómo esto puede conducir a una mezcla de humores, con síntomas de manía y de depresión que ocurren simultáneamente. En el lado maníaco, el resultado a menudo es irritabilidad, inquietud, agitación, ira, berrinches y hasta violencia, más bien que la euforia o el júbilo observado en los adultos.

¿A qué señales de advertencia debe prepararse?

El trastorno bipolar puede incluir tanto síntomas maníacos como depresivos. Aunque ambos tipos de síntomas pueden ser bastante graves, los maníacos son los que llaman más la atención. No es raro que las personas jóvenes atacadas de manía presenten episodios de ira explosiva, con frecuencia dirigidos contra los miembros de su familia.

Algunos tienen berrinches que duran horas, otros destruyen sus cuartos y todavía otros amenazan a sus padres o hermanos. No es probable que se le escape este tipo de manía irritable, pero puede ser difícil diferenciarla de otros trastornos emocionales y del comportamiento más comunes.

No es raro que las personas jóvenes atacadas de manía presenten episodios de ira explosiva. . .

“Ella empezó a portarse mal, causando problemas en el campamento de vacaciones”, decía una madre hablando de su hija con trastorno bipolar, que tenía 13 años en ese entonces. “Se ponía rebelde, haciendo cosas raras, atacando. Cuando me llamaron, no quería que la retirara, así que se escapó a los gritos. Se trepó a esta estructura elevada y estaba golpeándose la cabeza en ella para quitarse la locura de la cabeza... esas eran sus propias palabras.” Es fácil darse cuenta cómo es que este tipo de comportamiento puede causar confusión y temor para todos los que están a su alrededor, inclusive el adolescente mismo.

Por otra parte, algunos adolescentes pueden desarrollar un estado maníaco que se parece mucho a la manía observada en los adultos. Más bien que irritables, pueden sentirse excesivamente eufóricos, llenos de ideas y con montones de energía. Aunque esto puede no parecer tan malo, puede escalar rápidamente al punto en que el adolescente se siente abrumado por sus pensamientos e impulsos incontrolables. Bajo la influencia de la manía, también pueden tomar decisiones extremadamente riesgosas o autodestructivas.

No importa la forma en que el trastorno bipolar se manifieste, su desarrollo no ocurre de un día para otro. En vez de ello, las investigaciones sugieren que puede ser una enfermedad progresiva, que se pone gradualmente peor con el tiempo. Al principio, los síntomas pueden ser más leves y menos prolongados que más adelante. Los síntomas tienden también a ser más fáciles de tratar eficazmente antes de que la enfermedad esté bien establecida. Si usted cree que su adolescente puede correr riesgo, es sensato buscar ayuda lo más pronto posible. Manténgase alerta a estas señales de advertencia:

- Un comportamiento extremadamente irritable o excesivamente tonto y eufórico
- Una opinión excesivamente elevada de sí mismo o de sus habilidades
- Desafío de la autoridad adulta
- Aumento enorme de energía
- Ser capaz de pasar días durmiendo poco o nada sin sentirse cansado
- Hablar sin parar, demasiado rápidamente, cambios rápidos de temas o que no puede interrumpirse.
- La atención que se fija constantemente en una y otras cosas
- Comportamiento muy riesgoso repetido, como abuso de sustancias, guiar automóviles descuidadamente o promiscuidad sexual
- Más pensamientos, sentimientos o comportamientos sexuales.
- Cualquiera de los signos de advertencia de la depresión

Panorama de la manía desde el punto de vista del padre

A continuación se presentan las descripciones de cinco padres de la manía en sus hijos adolescentes:

“Mi hijo fue atropellado por un automóvil una vez, caminando por el camino a la noche. Una muchacha joven lo atropelló y me imagino que ella se asustó mucho. Pero él estaba bien, y consideró que era la cosa más interesante que le hubiese pasado nunca.”

“Un domingo, ella empezó a romper cada uno de los objetos de vidrio de su cuarto. Después fue y esparció pasta dentífrica en todo el baño”

“Yo estaba en Wal-Mart cuando mi hija perdió los estribos. Todo el negocio prácticamente se paralizó mientras miraban a esta criatura que gritaba.”

“El estéreo está prendido, la TV está prendida, la computadora está prendida, él está hablando por teléfono. Él podía hacer todo a la vez y sabía lo que estaba pasando en cada lado—y oía voces en el sótano, según me lo decía.”

“En vez de los dos terribles, tenemos los quince terribles.”

¿Cómo se diagnostica el trastorno bipolar?

El diagnóstico de trastorno bipolar en un adolescente no es un asunto fácil. Como ya se indicó, las personas jóvenes tal vez no exhiban los patrones clásicos de síntomas que se observan en adultos, y los síntomas que tienen a menudo son similares a los de otros trastornos emocionales y del comportamiento más comunes.

Si el trastorno bipolar está presente pero no se diagnostica, el joven puede sufrir sin necesidad, ahora y en el futuro. Si se la diagnostica erróneamente como algo distinto, el adolescente puede recibir un medicamento que en realidad empeora la manía. Y si el trastorno bipolar es diagnosticado cuando realmente no está presente, el adolescente puede ser tratado con medicamentos ineficaces para el problema real. Es imprescindible encontrar un médico que pueda hacer un diagnóstico correcto.

Es imprescindible encontrar un médico que pueda hacer un diagnóstico correcto.

Tanto el trastorno bipolar como el ADHE pueden manifestarse con falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Lamentablemente, no existe una prueba de laboratorio a mano o una exploración del cerebro que pueda diferenciar los dos trastornos. En vez de ello, los profesionales de salud mental deben volverse detectives psiquiátricos. Éstas son algunas de la huellas que busquen:

- Estallidos airados—Como cualquier otra persona, los adolescentes con ADHD pueden enojarse, pero generalmente se calman dentro de la próxima media hora. En los que presentan trastorno bipolar, sin embargo, la ira puede durar hasta 4 horas.
- Destrucción—Los adolescentes con ADHD pueden romper cosas, pero normalmente lo hacen por un accidente causado por falta de atención. Por el contrario, los que presentan trastorno bipolar pueden destruir la propiedad intencionalmente en un arrebato de cólera.

Como los síntomas psicóticos son relativamente comunes en los adolescentes con trastorno bipolar, la afección algunas veces se confunde con otras enfermedades psicóticas, especialmente esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Cualquiera de estas afecciones puede causar creencias delusorias, completamente fuera de la realidad, o alucinaciones tales como oír voces que no están realmente allí. Además, el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo se caracterizan por cambios importantes del humor.

Una diferencia clave es que, en el trastorno bipolar, los síntomas psicóticos tienden a ocurrir durante los peores períodos de trastornos del humor. En el trastorno esquizoafectivo, por otra parte, los síntomas psicóticos permanecen aun cuando los humores se apaciguan. Como los trastornos se diferencian en el tratamiento y el resultado, es importante llegar a un diagnóstico preciso.

Como es el caso con la depresión, la presencia o ausencia de síntomas es evaluada durante todas las entrevistas con el adolescente, los padres y otros adultos que puedan estar familiarizados con el estilo de vida y el comportamiento del joven. Además de las entrevistas orales, se pueden usar cuestionarios por escrito. Cuando se reúna por primera vez con el médico de su hijo, venga preparado para describir la naturaleza, severidad, duración y tiempo en que aparecen los síntomas que ha observado, con el mayor detalle posible. Como el trastorno bipolar parece tener un fuerte componente genético, probablemente también se le preguntará acerca de los miembros de su familia con enfermedad mental o altibajos del humor de tipo bipolar.

Antes de llegar a un diagnóstico, es posible que se ordene un examen médico completo. La meta es descartar cualquier afección médica general que puede asemejarse a la manía o la depresión, como ciertos trastornos hormonales, afecciones neurológicas y enfermedades infecciosas. También se consideran los efectos secundarios de los medicamentos. Entre otras posibilidades, los estimulantes usados para el tratamiento del ADHD y los antidepresivos usados para el tratamiento de la depresión pueden, a veces, desencadenar un episodio maníaco. Además, varias de las sustancias de abuso común pueden causar síntomas de manía, entre ellas los esteroides anabólicos, las anfetaminas, la cocaína, la feniciclidina (PCP), los inhalantes y MDMA (ecstasy).

¿Es común el trastorno bipolar en el adolescente?

Dadas las dificultades implicadas en el diagnóstico del trastorno bipolar, no es de sorprender que no se cuente con datos precisos sobre su frecuencia durante la adolescencia. Los estudios han demostrado que alrededor del 1% de los estadounidenses adultos presentan bipolar I.

Al contrario de la depresión, este trastorno parece ser igualmente común entre varones y mujeres. Además, aparentemente alrededor del 1% al 3% de los adultos pueden padecer de otros tipos de enfermedades bipolares. La incidencia en los adolescentes mayores parece ser similar. Los mejores datos de que se dispone sugieren que del 1.0% al 1.3% de los adolescentes de 15 a 18 años, han presentado al menos un episodio de manía. Además, un estudio patrocinado por los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) halló que cerca del 6% de los adolescentes presentaban algunos síntomas maníacos que no alcanzaban el nivel de manía o hipomanía.

Una cosa que no parece estar clara a partir de la investigación, es que el trastorno bipolar del adulto frecuentemente tiene sus raíces en la adolescencia o hasta antes. En algunas encuestas, el 20% al 40% de los adultos con trastorno bipolar informan que su enfermedad comenzó en la niñez. Con frecuencia, la primera manifestación es depresión mayor, distimia o ciclotimia. En esta etapa inicial pueden también aparecer la ansiedad y los comportamientos disruptivos. Si se permite que las cosas sigan su curso, sin embargo, finalmente pueden aparecer bipolar I o bipolar II.

¿Qué papel desempeñan los genes en el trastorno bipolar?

El factor de riesgo más constante para el trastorno bipolar es la historia familiar. Los estudios han demostrado que la probabilidad de desarrollar un trastorno bipolar en algún momento es de aproximadamente un 15% a un 30% para los individuos que tienen hermanos o un padre con la enfermedad. Las probabilidades suben al 50% al 75% para los que tienen los dos padres con trastorno bipolar, y a un 70% para los que tienen un hermano mellizo idéntico con trastorno bipolar. Aunque los genes son evidentemente importantes, sin embargo, no representan la explicación completa. Si lo fuesen, los hijos mellizos de alguien con la enfermedad *siempre* la presentarían también. La realidad es, sin embargo, que algunos mellizos idénticos y otros cuyos factores de riesgo parecen bastante elevados, nunca desarrollan un trastorno bipolar.

Las investigaciones hasta la fecha sugieren que el trastorno bipolar probablemente implica múltiples genes. Como es el caso con otras enfermedades, el ser portador de una variante genética en particular no significa automáticamente que uno presentará la afección. Por un lado, el gen puede ser modificado por otras variaciones en la conformación genética de una persona. Además, el hecho de que el inicio del trastorno bipolar es tan imprevisible indica que los factores ambientales también desempeñan un papel importante en esta enfermedad. Actualmente todavía queda mucho que aprender acerca de la forma en que los diversos genes y el medio ambiente interactúan para causar el trastorno bipolar.

Una observación interesante es que, en cada generación desde la Segunda Guerra Mundial, la edad del inicio para el trastorno bipolar aparentemente se ha ido reduciendo. La razón de estos cambios todavía se desconoce. Hasta cierto punto, pueden simplemente reflejar una conciencia mayor de la enfermedad. Sin embargo, los cambios también pueden deberse, en parte, a un patrón hereditario dentro de las familias, denominado anticipación. En este patrón, existe una tendencia en los individuos de generaciones sucesivas para desarrollar trastornos genéticos a edades menores y con síntomas más severos. La anticipación se observa a menudo en los trastornos causados por un cierto tipo de mutación genética que tiende a aumentar en tamaño y

“Tengo 10 parientes que toman medicamentos para varios trastornos del humor . . . mi hijo es sólo uno más entre nosotros.”

ejercer un efecto más considerable con cada nueva generación. Sin embargo, el que la anticipación se encuentre realmente presente en el trastorno bipolar sigue siendo un punto debatido.

El componente genético del trastorno bipolar significa que muchos adolescentes con el trastorno pueden tener parientes que comparten la

enfermedad. Un aspecto definitivamente interesante de esta situación es el que los parientes sirvan como modelos de conducta positivos.

Lisa, una madre diagnosticada con trastorno bipolar, que tiene un hijo adolescente con el mismo diagnóstico, explica cómo funciona esto en su familia: “Yo lo llamo el Trastorno de la Personalidad de Wilson. Tengo 10 parientes que toman medicamentos para varios trastornos del humor, de modo que nos definimos como los químicamente realizados Wilsons—no hay nada negativo acerca de esto. .y mi hijo es sólo uno más entre nosotros.” Yo creo que esto lo ayuda, porque nunca se ha sentido condenado al ostracismo.”

¿Qué papel desempeña la biología en el trastorno bipolar?

Se han realizado pocos estudios comparando la estructura cerebral de adolescentes con y sin trastorno bipolar. En los adultos, sin embargo, los estudios usando técnicas de obtención de imágenes sofisticadas han demostrado que los cerebros de las personas con trastorno bipolar tienden a ser diferentes de los cerebros de individuos sanos. Entre las diferencias que se han encontrado hay:

- Áreas pequeñas, anormales en la materia blanca, una forma de materia dentro del cerebro que está compuesta mayormente por las ramas que se extienden desde las células nerviosas.
- Un número reducido de células nerviosas en parte del hipocampo, una estructura cerebral que desempeña un papel en el aprendizaje, la memoria y la emoción.
- Un número y densidad menores de las células de apoyo en la corteza prefrontal, una parte del cerebro implicada en el pensamiento complejo, la resolución de problemas y la emoción.

Las fases diferentes del trastorno bipolar también parecen asociarse con desequilibrios en los compuestos químicos que las células cerebrales utilizan para comunicarse. Varios de los cambios bioquímicos asociados con la depresión mayor, se examinan en la sección sobre Depresión (págs. 18-22) de este capítulo. Los estudios también notaron una actividad reducida en la corteza prefrontal, durante la fase depresiva del trastorno bipolar.

Mientras tanto, otros cambios bioquímicos, que no se entienden tan bien, pueden relacionarse con la manía. Se cree que el litio, un medicamento ampliamente usado para el tratamiento del trastorno bipolar, ejercería su efecto logrando un equilibrio mejor entre los diversos agentes químicos cerebrales.

¿Qué significan exactamente estos hallazgos? Los investigadores todavía están tratando de dilucidarlo. Tal vez pasen muchos años antes de que se puedan entender exactamente la fisiología y la bioquímica implicadas en el trastorno bipolar. Sin embargo, ya se conoce lo suficiente como para poner en claro que el trastorno bipolar es una enfermedad muy real, que se origina en el cerebro, del mismo modo que lo son las enfermedades de Alzheimer y de Parkinson.

¿Cómo afecta el estrés al trastorno bipolar?

En el año 1921, Emil Kraepelin, el psiquiatra alemán que definió inicialmente el trastorno bipolar que conocemos hoy, observó que los episodios iniciales de manía o depresión a menudo eran desencadenados por los acontecimientos causantes de estrés en la vida. A medida que pasa el tiempo, sin embargo, se necesita cada vez menos estrés para desencadenar un episodio. Finalmente, los episodios pueden comenzar a ocurrir espontáneamente, aparentemente sin ningún factor desencadenante.

Una teoría moderna, postulada para explicar este efecto, se conoce como la hipótesis de facilitación subliminar o “kindling” (a la manera de las astillas para encender el fuego), que dice que el primer episodio de manía o depresión puede iniciar cambios de larga duración en el cerebro, que le hacen más sensible al estrés en el futuro. La facilitación subliminar ayuda a explicar por qué es que los trastornos del humor tienden a empeorar con el tiempo, y por qué es que se necesita cada vez menos estímulo para iniciar un episodio. Esto sugiere la posibilidad de que el tratamiento precoz para los síntomas del humor podría impedir el aumento de la sensibilidad que da lugar a ataques posteriores. Se necesitan más investigaciones para confirmar si realmente ocurriría esto. Sin embargo, parece bastante plausible que el tratamiento sin demora del trastorno bipolar del adolescente podría no sólo reducir el sufrimiento en este momento, pero también cambiar el curso de la enfermedad en el futuro.

¿Qué factores sociales se relacionan con el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar reside dentro del cerebro de una persona, pero los acontecimientos del mundo exterior pueden ponerlo en marcha. Los adolescentes con trastorno bipolar frecuentemente tienen dificultades para llevarse bien con sus padres y hermanos. El propio comportamiento errático de los adolescentes puede, a su vez, intensificar cualquier conflicto que ya exista dentro de la familia. Todo esto puede dar lugar a un círculo vicioso de aumento del estrés y la tensión, que puede, a su vez, ser el factor desencadenante de los síntomas.

Las investigaciones sugieren también que los trastornos en la rutina diaria pueden desencadenar episodios de manía en algunos individuos. Las personas con trastorno bipolar parecen tener relojes internos muy delicados. Cuando ocurre algo que las aparta de sus ritmos diarios, el resultado puede ser un episodio de manía. En muchos casos, la falta de sueño parece ser el factor culpable. Como explica la madre de una niña de 17 años con trastorno bipolar, “Ella se mantenía despierta toda la noche y luego trataba de funcionar durante el día, lo que le agravaba los síntomas.” Por esta razón, muchos médicos recomiendan que sus pacientes con trastorno bipolar se atengan a una rutina diaria y un programa de sueño estructurados. Cuando este enfoque se combina con medicamentos, puede ayudar a las personas a mantener un equilibrio mejor en su humor.

“Ella se mantenía despierta toda la noche y luego trataba de funcionar durante el día, lo que le agravaba los síntomas.”

¿Qué otras afecciones coexisten a menudo con el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar no existe en un vacío . De hecho, a menudo existe lado a lado con otros trastornos emocionales y del comportamiento. Estas afecciones, conocidas como comórbidas, complican más el diagnóstico y el tratamiento.

*El trastorno bipolar no
existe en un vacío . . .*

Como pueden desempeñar un gran papel en causar o mantener los problemas de un adolescente en particular, sin embargo, es imprescindible que se reconozcan y sean tratadas. A continuación se presentan algunas de las afecciones que frecuentemente ocurren conjuntamente con el trastorno bipolar en los adolescentes.

- **ADHD**—Los estudios han demostrado que del 60% al 90% de los individuos con manía de la niñez, pueden presentar también ADHD. Las personas jóvenes con trastorno bipolar y ADHD están propensas a la hiperactividad, a distraerse fácilmente, a la impulsividad, a una necesidad menor de sueño, a la irritabilidad y a los berrinches. Dadas las numerosas similitudes, el potencial de un diagnóstico erróneo es elevado. En efecto, la superposición es tanta, que algunos expertos se preguntan si la manía infantil y el ADHD son realmente dos entidades distintas. Sin embargo, la mayoría está de acuerdo en que hay distinciones sutiles pero significativas entre las dos. Por ejemplo, el comportamiento peligroso de un adolescente con trastorno bipolar con frecuencia parece intencional, mientras que el mismo comportamiento en un adolescente con ADHD es más típicamente causado por falta de atención. En los adolescentes que presentan trastorno bipolar y ADHD al mismo tiempo, se puede observar una mezcla compleja de los dos patrones de comportamiento.
- **Trastorno de la conducta**—Este trastorno se caracteriza por una dificultad excesiva para obedecer las normas o comportarse en una forma socialmente aceptable. El trastorno de la conducta se asocia estrechamente con el trastorno bipolar en la gente joven. De hecho, los estudios han demostrado que hasta dos tercios de los jóvenes con manía pueden presentar también trastorno de la conducta. Como es el caso con el ADHD, las similitudes entre las dos afecciones son tan pronunciadas, que puede ser difícil diferenciarlas. Un factor de diferenciación es la presencia de culpa. Los jóvenes con trastorno bipolar a menudo sienten culpa, aunque no haya razón para sentirla.

Por el contrario, los que presentan un trastorno de la conducta normalmente no tienen remordimientos, aun cuando hayan hecho algo que está mal. Del mismo modo, los adolescentes con trastorno bipolar pueden ser irracionalmente paranoides, mientras que los que padecen de trastorno de la conducta con frecuencia tienen muy buenas razones para creer que alguien los busca para vengarse. Como es de esperar, los adolescentes que presentan ambos trastornos conjuntamente, pueden exhibir una mezcla compleja de actitudes y comportamientos.

- **Abuso de sustancias**—Los adolescentes con trastorno bipolar también corren gran riesgo para el abuso de sustancias. Los que no tienen antecedentes de trastornos emocionales o del comportamiento en la niñez, y cuyos síntomas aparecen más bien repentinamente durante la adolescencia, tienen gran probabilidad de estar abusando del alcohol o de otras drogas. A esta edad, las sustancias ilícitas pueden, a menudo, obtenerse fácilmente de los amigos. Muchos adolescentes con trastorno bipolar, como es el caso de los adultos en similares circunstancias, pueden recurrir al alcohol o las drogas para tratar de nivelar sus altibajos del humor, o buscando un tratamiento para su insomnio. Naturalmente, el abuso de sustancias crea muchos problemas a largo plazo y, en algún momento, puede establecerse una adicción completa.
- **Trastorno desafiante oposicional**—Este trastorno se caracteriza por un patrón duradero de desafío, falta de cooperación y hostilidad hacia las personas en posición de autoridad, que incluyen a los padres. Los adolescentes con trastorno bipolar o trastorno desafiante oposicional pueden aparecer bastante irritables, hoscos o propensos a los berrinches.. Además, las creencias grandiosas de la manía con frecuencia se parecen mucho al desafío a los adultos, ya que los adolescentes maníacos, que están convencidos de sus propias habilidades superiores o poderes sobrehumanos, pueden no sentir que deben escuchar a otras personas.

Como es el caso con el ADHD y el trastorno de la conducta, el diagnóstico correcto depende de encontrar un profesional con experiencia, que pueda distinguir si el problema es realmente un trastorno bipolar, un trastorno desafiante oposicional, o ambos.

¿Cuál es el panorama para el futuro?

Los adultos con trastorno bipolar tienen más probabilidad que los niños y los adolescentes jóvenes de presentar períodos discretos de enfermedad interrumpidos por períodos de recuperación parcial o completa. La mayoría de los adultos que no reciben tratamiento progresan a sufrir al menos 10 episodios del humor durante el curso de sus vidas. Estos episodios tienden a volverse más frecuentes con el pasaje del tiempo hasta alrededor del cuarto o quinto episodio, cuando la duración entre los períodos de enfermedad a menudo empieza a estabilizarse. Un solo ataque de manía no tratada típicamente dura entre unas pocas semanas a varios meses, y los ataques de depresión mayor pueden permanecer por períodos todavía más prolongados. Todo puede sumar una cantidad del tiempo perdido por la enfermedad.

Comparados con los adultos, los adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar síntomas prolongados o continuos, a menudo presentando una mezcla de manía y depresión al mismo tiempo. También tienen una probabilidad mayor de presentar síntomas psicóticos, así como trastornos concurrentes del comportamiento o de abuso de sustancias. Todas estas características pueden pronosticar una enfermedad relativamente grave.

Sin embargo, la situación no es tan nefasta como podría creerse. El tratamiento apropiado puede reducir los síntomas actuales y, si se continúa por un tiempo prolongado, puede ayudar a evitar las recurrencias futuras. No está muy claro, exactamente, por cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento para obtener los mejores resultados, pero la investigación sugiere que el mínimo probablemente sería por lo menos 18 meses, y algunas personas pueden necesitar los medicamentos por el resto de sus vidas. Nadie quiere tomar un medicamento por períodos prolongados, especialmente si causa efectos secundarios. Sin embargo, la recompensa potencial puede valer muy bien la pena.

Los beneficios del tratamiento apropiado incluyen la reducción de los síntomas, un funcionamiento mejor y desarrollo psicológico más sano durante la adolescencia, así como menos impedimentos más adelante en el camino.

Si sospecha que su hijo o hija adolescente puede estar padeciendo de trastorno bipolar, ahora es el momento de consultar a un profesional calificado y solicitar sus consejos. Cuanto más pronto busque ayuda, tanto mejor puede ser el resultado. Siempre es desagradable descubrir que su hijo tiene una enfermedad grave, pero hay cierto consuelo en saber que los pasos que usted tome ahora pueden ejercer un impacto positivo en el futuro del niño.

“Unos pocos años atrás, yo pensaba que la probabilidad de que Mike fuera al colegio eran remotas”, dice el padre de un joven de 19 años, con trastorno bipolar. Mike fue hospitalizado inicialmente a los 11 años, y los siguientes años fueron agitados, para decirlo suave. “Sin embargo aquí está, y no sólo está yendo al colegio, sino que está viviendo independientemente y le va bien.” Este padre atribuye el progreso de su hijo en parte a la maduración: “a medida que maduraba, mejoraba en el control de su enfermedad”, y parcialmente al tratamiento que recibió su hijo.

Cuanto más pronto se busque ayuda, tanto mejor puede ser el resultado.

El peligro de no hacer nada

No importa lo bien que su cerebro entienda el valor de la acción sin demora, su corazón puede estar tironeando con la misma fuerza en la dirección opuesta. La negativa a creerlo y la autodecepción pueden ser muy tentadoras, especialmente cuando el enfrentar a la verdad significa aceptar que su hijo tiene un trastorno mental. En las palabras de padres profesionales, educados, con una hija bipolar: “Un día, nuestra hija presentó una rabieta y colapso importante, durante el cual ella literalmente destruyó la casa, con una gritería constante. De modo que hicimos una cita para que recibiera terapia y, tan pronto como ellos la vieron reconocieron inmediatamente los síntomas y nos dijeron de qué se trataba. Naturalmente, nosotros, como padres, no les creímos.”

Ésta es una vez en que es vital no permitir que las emociones ganen el tironeo.

Ésta es una vez en que es vital no permitir que las emociones ganen el tironeo. Como ya se dijo, el curso de la depresión o del trastorno bipolar puede depender de la prontitud con que se instituya un tratamiento que sea el apropiado. Además, hay numerosos riesgos menos obvios cuando se toma un enfoque de esperar para ver lo que pasa. Por ejemplo, los adolescentes con trastornos del humor frecuentemente tienen dificultades en la escuela. Cuanto más tiempo continúen los síntomas, más atrasados quedarán los estudiantes. Cuando están deprimidos, carecen de la motivación y energía suficientes para hacer el esfuerzo.

Cuando están maníacos, pueden carecer del enfoque necesario para estudiar, o de la habilidad de sentarse quietos y seguir las normas del aula de clase.

Los adolescentes que están deprimidos o maníacos, a veces participan en comportamientos antisociales o riesgosos. Algunas de sus acciones—tales como el uso de drogas ilegales, el hurto en las tiendas o el vandalismo—pueden ponerlos en problemas con las autoridades. Un estudio realizado en más de 1,800 detenidos en el Centro de Detención Temporal Juvenil del Condado Cook (Illinois) encontró que el 28% de las niñas y el 19% de los varones satisfacían los criterios para depresión mayor, distimia o manía dentro de los 6 meses previos. Naturalmente, el comportamiento riesgoso, como el guiar descuidadamente, también puede causar accidentes. Esta es una preocupación particular en los adolescentes, en quienes la lesión accidental es la causa principal de muerte.

Además, los adolescentes con trastornos del humor toman decisiones sexuales de las que se arrepienten más tarde. Su comportamiento sexual riesgoso obedece a varias razones. Por un lado, pueden tener dificultad en formar relaciones más apropiadas para su edad, con sus compañeros. Su juicio y control de impulsos también pueden estar afectados, y los que presentan manía están especialmente propensos a buscar el placer de gran riesgo. Si se añade a esto el abuso de sustancias que frecuentemente acompaña a los trastornos del humor, se obtiene una receta para relaciones sexuales sin protección, embarazo en la adolescencia, y enfermedades de transmisión sexual.

A medida que los adolescentes con trastornos del humor crecen, algunos tienen dificultades en hacer una transición sin problemas a la vida adulta. Por ejemplo, un estudio realizado en Nueva Zelanda halló que los adolescentes que habían sufrido de depresión entre los 14 y 16 años, tenían menos probabilidad que sus compañeros no deprimidos de haber ingresado al colegio a la edad de 21 años. También tenían un patrón mayor de desempleo repetido y paternidad temprana. Sin embargo, la prevalencia de los problemas adultos puede reflejar, en parte, el hecho de que la mayoría de los adolescentes con trastornos del humor no son diagnosticados y tratados sin demora.

Finalmente, los trastornos del humor pueden desempeñar un papel en el desarrollo, la progresión y el desenlace de muchas enfermedades médicas. Por ejemplo, tanto la depresión mayor como el trastorno bipolar se asocian con un riesgo mayor de muerte debida a enfermedad coronaria. La depresión también es una consecuencia de muchas afecciones médicas, entre ellas la apoplejía, el VIH/SIDA, el cáncer, la epilepsia, la obesidad y el dolor crónico. Las investigaciones han demostrado que los costos de atención de la salud para los pacientes médicos que presentan depresión mayor, son aproximadamente un 50% más altos que los de los pacientes que no presentan depresión.

¿Cuál es el riesgo de suicidio?

Para los padres de los adolescentes con trastornos del humor, el temor mayor de todos puede ser el suicidio. Hay causas legítimas para esta preocupación. El suicidio es la tercera causa principal de muerte en los estadounidenses de 10 a 24 años de edad, dando lugar a más de 4,200 vidas jóvenes perdidas anualmente. Más del 90% de las víctimas de suicidio padecen de enfermedad psiquiátrica a la hora de su muerte y entre los culpables principales se encuentran los trastornos del humor. Con demasiada frecuencia los trastornos no han sido diagnosticados o tratados.

Muchos suicidios en gente joven parecen ser acciones impulsivas desencadenadas por un acontecimiento causante de estrés, tales como tener problemas en la escuela o con las autoridades, rompiendo las relaciones con una novia o novio, o peleándose con los amigos. Estos acontecimientos pueden no ser suficientes, de por sí, para causar un comportamiento suicida, pero cuando el estrés se suma a una depresión o manía no tratada, los resultados pueden ser trágicos. En realidad, los trastornos del humor desempeñan un papel en aproximadamente los dos tercios de los suicidios consumados.

Entre los adolescentes mayores, los varones tienen cuatro veces la probabilidad de morir por suicidio que las mujeres, pero las mujeres tienen el doble de probabilidad de hacer un intento de suicidio. La muerte por suicidio en el adolescente es más frecuente usando armas de fuego, sofocación (generalmente ahorcándose), o envenenamiento, en ese orden. Hasta la mitad de los sujetos que finalmente mueren debido a suicidio han hecho intentos previos, lo que destaca la importancia de tomar cualquier conversación sobre el suicidio o los comportamientos suicidas muy seriamente. En realidad, la mayoría de las muertes por suicidio son precedidas por signos definidos de advertencia, que los sobrevivientes pueden distinguir en retrospectiva, aunque la familia y los amigos con frecuencia no comprendieron la urgencia de la situación en ese momento.

A pesar de lo trágico que estos datos pueden ser, también vale la pena notar que la incidencia de suicidio entre los adolescentes ha declinado en la última década. Aunque las razones para esta declinación todavía no se entienden completamente, parece probable que las mejoras en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del humor desempeñaron un papel considerable. El hecho es que la mayoría de los adolescentes que contemplan el suicidio, quieren desesperadamente vivir, pero simplemente no pueden ver otra forma de librarse de su profunda desesperación. El tratamiento puede proporcionarles los medios para trabajar para mejorar, que al mismo tiempo afirmen la vida.

¿A qué señales de advertencia debe prepararse?

Conjuntamente con otros signos de depresión o manía, busque las banderas de peligro que pueden indicar ideas o sentimientos suicidas en un adolescente:

- Retraimiento alejándose de los amigos, la familia y las actividades
- Acciones violentas, comportamiento rebelde o irse de la casa
- Abuso de drogas o alcohol
- Descuido insólito de su aspecto personal
- Incapacidad para tolerar elogios o recompensas
- Se describe a sí mismo como una mala persona
- Declaraciones tales como “Ya nada tiene importancia”, “Pronto dejaré de ser un problema” o “No me verán más”
- Regala sus posesiones más preciadas, descarta cosas importantes que le pertenecen o pone sus asuntos en orden
- Se vuelve alegre de un día para otro después de un período de depresión
- Tiene alucinaciones o pensamientos estafalarios

Si observa cualquiera de estos signos en su adolescente, o si tiene alguna razón para creer que esté contemplando el suicidio, obtenga ayuda inmediatamente. Para obtener más información sobre cómo manejar los pensamientos y sentimientos suicidas de su adolescente, consulte el Capítulo 3 (pág. 98).

El significado de la enfermedad mental

Hablando técnicamente, una enfermedad mental no es nada más que un trastorno mental caracterizado por anormalidades en el humor, la emoción, los pensamientos o los comportamientos de orden mayor, tales como las interacciones sociales o la planificación de actividades futuras. Realmente no es diferente de ninguna otra enfermedad médica, que se basa en una parte del organismo, pero que tiene implicaciones para la persona completa. La hipertensión se basa en los vasos sanguíneos, el asma se basa en los pulmones, la artritis se basa en las articulaciones, y la enfermedad mental se basa en el cerebro. Es una enfermedad como cualquier otra, no un signo de mal carácter ni evidencia de una mala crianza.

Como es el caso con cualquier otra enfermedad, no debería haber un estigma en particular asociado con la enfermedad mental, como la depresión o el trastorno bipolar. Lamentablemente, éste no siempre es el caso en el mundo real. Un adolescente que es rotulado como mentalmente enfermo o con trastornos emocionales (el término usado con frecuencia en la educación especial) puede ser molestado o acosado por sus compañeros, y usted, como padre, puede a veces recibir críticas duras y acusaciones. Sin embargo, en años recientes, la sociedad ha comenzado lenta pero seguramente, a volverse más educada acerca de la enfermedad mental. Usted puede acelerar ese proceso de educación corrigiendo suavemente a las personas cuando hacen comentarios mal informados o penosos acerca del trastorno de su adolescente.

Su voluntad para hablar sobre la enfermedad mental también envía un mensaje de aceptación para su adolescente, que tal vez se traduzca en una autoestima mejor. “A Jason todavía no le gusta el término ‘enfermedad mental’ pero él habla sobre ser ‘bipolar’”, dice la madre de un adolescente de 14 años de edad. “Yo también hablo de ello. Mi punto de vista es que es como nacer con cualquier otra enfermedad. Él no puede evitarlo y yo no quiero que se avergüence por ello. Es una gran parte de lo que hace que él sea él, y no necesariamente en una forma negativa.”

La enfermedad mental, como la enfermedad física, existe a lo largo de un continuo. En un extremo se encuentra la salud mental, en la que la gente puede procesar sus pensamientos y sentimientos de una manera que logra la calidad óptima de la vida. Los individuos mentalmente

Usted puede ayudar a su adolescente con depresión o trastorno bipolar a acercarse más al extremo sano del continuo.

sanos son productivos en la escuela o el trabajo, mantienen relaciones satisfactorias con otras personas, y pueden adaptarse bien al cambio así como enfrentar eficazmente la adversidad. En el otro extremo de la escala está la enfermedad mental, en que las personas tienen dificultad para procesar sus pensamientos y sentimientos, lo que causa dificultades emocionales y afecta el funcionamiento.

La gran mayoría de nosotros existimos en algún punto entre los dos extremos, y es difícil decir exactamente dónde se encuentra la línea de separación entre la salud y la enfermedad. Usted puede ayudar a su adolescente con depresión o trastorno bipolar a acercarse más al extremo sano del continuo, sin embargo, aprendiendo a controlar mejor sus síntomas en el hogar. A lo largo del camino, usted necesitará aprender también la forma de colaborar con la escuela, comunicarse con su adolescente y otras personas del círculo que le rodea, controlar el estrés en sus otras relaciones y obtener ayuda profesional cuando quiera que sea necesaria. Tal vez tenga un largo camino por delante, pero este libro puede guiarle en su viaje.

Cómo obtener el mejor tratamiento para su adolescente: Medicamentos, terapia y más

Si usted se parece a muchos padres, cuando recibió finalmente un diagnóstico de depresión o trastorno bipolar para su adolescente tal vez dejó escapar un suspiro de alivio. Aunque no es exactamente una buena noticia, *es* encontrar un nombre para el problema, y con ese nombre a menudo se despierta una nueva esperanza para encontrar una solución. Su esperanza está bien basada, ya que los trastornos del humor se encuentran entre las enfermedades mentales que responden mejor al tratamiento. No obstante, todavía le espera una tarea ardua como padre. Tendrá que tomar muchas decisiones y probablemente salvar numerosos obstáculos mientras se dedica a obtener ayuda para su adolescente.

Las dos opciones primarias de tratamiento son los medicamentos y la psicoterapia (el término formal para lo que se conoce como “terapia hablada” o “conversación terapéutica”). Cada una de ellas ha demostrado ser útil para los adolescentes con depresión y trastorno bipolar. El enfoque óptimo tal vez pueda ser el logrado recurriendo a una combinación de ambos métodos. Por ejemplo, un estudio realizado en 439 adolescentes deprimidos, de 12 a 17 años de edad, examinó la combinación de un agente antidepresivo y la terapia conductual cognitiva (cognitive-behavioral therapy, CBT, por sus siglas en inglés), una forma popular de psicoterapia. Los investigadores hallaron que el 71% de los adolescentes participantes en el estudio respondieron positivamente a la combinación.

Dicho porcentaje es considerablemente mayor que el que respondió a cada uno de los tratamientos por sí solo (61% para el medicamento solamente, y 43% para CBT por sí sola) o a un placebo (35%). Aunque los resultados de este tipo son alentadores, es fácil ver que el primer tipo de medicamento o terapia que se pruebe tal vez no siempre dé resultados. En este estudio, por ejemplo, hasta el tratamiento combinado no dio resultados en más de una cuarta parte de los adolescentes.

Para complicar aún más las cosas, el medicamento usado en este estudio fue la fluoxetina (Prozac), que es uno de los varios agentes antidepresivos que recientemente han estado en el centro de una controversia científica. Se han planteado inquietudes en el sentido de que estos agentes podrían, en realidad, conducir a la ideación y al comportamiento suicidas en algunos niños y adolescentes. Naturalmente, este posible riesgo debe considerarse a la luz de los riesgos conocidos de la depresión que no recibe tratamiento, que es, en sí, una causa importante de suicidio en individuos de todas las edades. Para los padres, la lectura de los titulares acerca de la controversia puede, como mínimo, despertar aún más ansiedad. La situación sólo se vuelve más confusa debido a algunas noticias que parecen enfocarse más en explotar las emociones que surgen del suicidio de personas jóvenes, que en examinar los hechos reales.

El papel que usted desempeña en el proceso terapéutico

Como padre, es importante que usted tome decisiones terapéuticas para su hijo, basándose en razones más bien que en el temor. Tal vez el hecho clave que debe recordarse, es que no hay tal cosa como un solución que convenga a todos, cuando se trata del enfoque terapéutico. Si su adolescente muestra signos de depresión o trastorno bipolar, su primer paso consiste en buscar ayuda, sin demora, de un profesional de salud mental calificado. Pero allí no termina su tarea. Una vez que ha encontrado un médico o terapeuta, necesita sentarse y hablar sobre las opciones terapéuticas a disposición de su adolescente, entre ellas, los beneficios que se pueden esperar de cada una. No tenga temor en plantear lo que podría parecerle preguntas simples”, dice un padre, y una vez que un tratamiento ha sido recetado, usted necesita vigilar su cumplimiento por parte del adolescente, e informar al profesional acerca de los resultados, con inclusión de cualquier efecto secundario.

La ciencia está permanentemente en evolución, y la ecuación de riesgos-beneficios para un individuo en particular puede cambiar con el tiempo, a medida que se descubre nueva información. Esto se aplica especialmente a los adolescentes, ya que hasta recientemente se contaba con relativamente pocos estudios que investigaran la seguridad y eficacia de varios tratamientos en los adolescentes. Como resultado de ello, los profesionales han sido forzados a tomar decisiones basándose en estudios en adultos, que no siempre pueden ser aplicables a las personas más jóvenes que todavía están creciendo y desarrollándose, tanto física como psicológicamente. Afortunadamente, esto está empezando a cambiar, lenta pero paulatinamente, a medida que finalmente se estudian más tratamientos específicamente en los adolescentes.

Del mismo modo que el profesional que trata al adolescente necesita mantenerse actualizado con respecto a los últimos hallazgos y los tratamientos más nuevos, usted también debe mantenerse informado sobre los adelantos corrientes. La lectura de este libro o la primera consulta con el profesional es sólo un punto de partida. Como padre, el proceso del aprendizaje acerca de los temas del tratamiento no son una tarea de un momento sino un compromiso a largo plazo.

Otros que ya se han embarcado en este camino dicen que los resultados han valido la pena de los esfuerzos. Según las palabras de un padre de dos adolescentes, uno con depresión y el otro con trastorno bipolar: “¿Mi consejo para otros padres? Hagan todo lo que puedan hacer para obtener la mejor atención para sus hijos. Es necesario luchar tanto como lo harían si los hijos se

“Hagan todo lo que puedan hacer para obtener la mejor atención para sus hijos.”

hubiesen caído de un bote y uno estuviese tratando de rescatarlos para que no se ahoguen. Ese es el grado de seriedad. La diferencia entre el tratamiento bueno, el tratamiento más o menos y el tratamiento incompetente puede ser asunto de vida o muerte con estos niños.”

Fases del tratamiento

El tratamiento para la depresión o el trastorno bipolar encaja en tres fases, cada una de las cuales tiene su propio juego distintivo de metas terapéuticas.

<i>Fase</i>	<i>Objetivo</i>
Aguda	Lograr la remisión (volver al nivel de funcionamiento que existía antes de la enfermedad)
Continuación	Evitar la recaída (el resurgimiento de los síntomas)
Mantenimiento	Evitar la recurrencia (otro episodio de la enfermedad)

Tratamiento de la depresión

La depresión es una enfermedad grave que exige una atención seria y que necesita un plan de tratamiento individualizado para satisfacer las necesidades singulares de su adolescente. Un plan completo incluye la psicoterapia y la educación acerca de la enfermedad. A veces se recetan también medicamentos antidepresivos, basándose en factores tales como la intensidad y persistencia de los síntomas y el riesgo de una recurrencia. Sin embargo, no hay dos adolescentes que sean exactamente iguales. Para algunos, los agentes antidepresivos pueden, literalmente, salvarles la vida. Pero, para otros, el riesgo de los efectos secundarios puede sobrepasar los beneficios potenciales.

Una decisión acerca de qué enfoque terapéutico será el correcto para su adolescente debe basarse en una consideración cuidadosa de los factores a favor y en contra de todas las opciones. Si no está seguro por qué es que el profesional que atiende a su adolescente le está recomendando un enfoque en vez de otro, pregunte. El profesional debe estar dispuesto a explicarle las razones en que se basa para creer que este curso de acción es el mejor para su hijo.

Si no está seguro por qué es que el profesional que atiende a su adolescente le está recomendando un enfoque en vez de otro, pregunte.

¿Qué tipos de medicamentos se usan para tratar la depresión?

La depresión se radica en un desequilibrio químico dentro del cerebro, y los medicamentos antidepresivos tratan de corregir este desequilibrio. En el caso de los adultos con depresión, varios tipos de agentes antidepresivos han demostrado ser generalmente seguros y eficaces. Lamentablemente, se conoce mucho menos acerca de los efectos de estos agentes en los adolescentes. De hecho, solamente una clase de agente antidepresivo—los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (serotonin reuptake inhibitors o SSRI, por sus siglas en inglés)—han demostrado eficacia en estudios extensos, bien controlados, en que participaron niños y adolescentes.

Los SSRI—que incluyen medicamentos como fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft)—son actualmente casi siempre los primeros medicamentos probados para la depresión mayor. Aunque sólo Prozac ha sido aprobado específicamente para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, otros medicamentos de esta clase se recetan también para personas jóvenes. Como su nombre lo implica, los SSRI hacen efecto bloqueando la recaptación de un compuesto químico cerebral llamado serotonina. En otras palabras, interfieren con la reabsorción de este compuesto químico por parte de las células cerebrales que previamente lo habían liberado. Esto, a su vez, aumenta la cantidad de serotonina disponible para ser usada por el cerebro. Los SSRI también parecen cambiar el número y la sensibilidad de los receptores cerebrales de serotonina.

Los SSRI aparecieron en la escena inicialmente en la década de 1980, y Prozac, el primero de estos agentes, se volvió algo así como una sensación de la noche a la mañana. En efecto, fue un adelanto enorme sobre los dos tipos más antiguos de agentes antidepresivos: los antidepresivos tricíclicos (TCA, por sus siglas en inglés) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI, por sus siglas en inglés). Aunque los TCA y SSRI exhiben una eficacia aproximadamente igual en los adultos, los SSRI tienden a producir efectos secundarios menos molestos. Y aunque los MAOI pueden ayudar a algunos adultos que no responden a otros antidepresivos, las personas que los toman tienen que adherirse a una dieta estrictamente limitada. Estas restricciones no son necesarias con los SSRI.

Antidepresivos

A continuación se presenta una lista de agentes antidepresivos. Los MAOI raras veces se recetan a gente joven debido a las restricciones dietéticas que requieren.

<i>Tipo de antidepresivo</i>	<i>Nombre genérico usual</i>	<i>Marca</i>
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)	Citalopram	Celexa
	Fluoxetina	Prozac
	Fluvoxamina	Luvox
	Paroxetina	Paxil
	Sertralina	Zoloft
Antidepresivos más recientes	Bupropión	Wellbutrin
	Duloxetina	Cymbalta
	Mirtazapina	Remeron
	Venlafaxina	Effexor
Antidepresivos tricíclicos (TCA)	Amitriptilina	Elavil
	Clomipramina	Anafranil
	Desipramina	Norpramin
	Doxepina	Sinequan
	Imipramina	Tofranil
	Maprotilina	Ludiomil
	Nortriptilina	Pamelor
	Protriptilina	Vivactil
Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI)	Trimipramina	Surmontil
	Isocarboxazida	Marplan
	Fenelzina	Nardil
	Tranilcipromina	Parnate

Los SSRI muy pronto se volvieron el tipo de agente antidepresivo mejor estudiado y recetado con mayor frecuencia. Sin embargo, ya no son los últimos que aparecieron en el vecindario. Desde fines de la década de 1990, se han introducidos varios agentes antidepresivos más nuevos. Algunos—como el bupropión (Wellbutrin) y la mirtazapina (Remeron)—no se relacionan químicamente con los SSRI ni con los agentes antidepresivos más antiguos. Otros dos—venlafaxina (Effexor) y duloxetina (Cymbalta)—inhiben la recaptación de la serotonina, como es el caso de los SSRI, pero también retardan la recaptación de otro agente químico cerebral llamado norepinefrina.

Como grupo, estos antidepresivos más recientes prometen ser medicamentos seguros y eficaces. No obstante, muchos médicos todavía se inclinan a prescribir SSRI primero, debido a que hay más investigaciones que demuestren su eficacia.

Actualmente, existe una necesidad urgente para emprender más investigaciones que aclaren los beneficios y los riesgos de todas las clases de agentes antidepresivos en los niños y adolescentes. Hasta que se conozca más, es especialmente importante encontrar un médico para su adolescente que tenga experiencia con medicamentos psiquiátricos. Típicamente, este médico sería un psiquiatra—un médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos emocionales. Pero otros médicos—por ejemplo, el pediatra de su niño—y algunas enfermeras psiquiátricas con capacitación avanzada, también pueden prescribir medicamentos.

¿Cuáles son los beneficios y riesgos de los SSRI y los agentes antidepresivos más recientes?

Se calcula que 11 millones de niños y adolescentes recibieron prescripciones para agentes antidepresivos en el año 2002. Actualmente se cuenta con abundante evidencia de que los SSRI pueden ser muy eficaces en los adultos, y un número menor de estudios indica que a menudo también funcionan bien en personas más jóvenes. Pero, como todos los medicamentos, los SSRI tienen sus desventajas. Por un lado, no son tan eficaces o bien tolerados por todas las personas que presentan depresión. Los adultos que no consiguen buenos resultados con los SSRI pueden recurrir a otros tipos de agentes antidepresivos. Sin embargo, para los adolescentes, la situación es más problemática, ya que hay escasa evidencia sólida que demuestre que otros antidepresivos son, en realidad, seguros y eficaces en las personas jóvenes.

Los SSRI también pueden causar efectos secundarios, entre ellos dolor de cabeza y náuseas. Los problemas con el funcionamiento sexual son bastante comunes tanto en varones como en mujeres. Además, algunas personas que toman SSRI presentan ansiedad, ataques de pánico, agitación, dificultades para dormir, irritabilidad, hostilidad, impulsividad o inquietud extrema. Se ha sugerido que las personas que presentan estos síntomas al iniciar su tratamiento, podrían correr riesgo de hundirse más profundamente en la depresión o volverse suicidas, aunque este vínculo todavía no se ha demostrado.

Como es mucho mejor estar seguro que lamentar las consecuencias, sin embargo, póngase inmediatamente en contacto con el médico si estos síntomas aparecen o empeoran después que su adolescente comienza a usar un SSRI. Como dice un padre, “Uno tiene que comprender la importancia que uno tiene para el proceso. El psiquiatra no está con el niño constantemente. No está viendo los efectos de los medicamentos. No hay que tener temor de llamarlo si uno observa cualquier cosa que no parece tener sentido.”

Los agentes antidepresivos más recientes parecen funcionar al menos tan bien como los SSRI en los adultos. Cada agente antidepresivo nuevo acarrea su propia colección de efectos secundarios, pero muchos de los más comunes son similares a los de los SSRI. Wellbutrin también puede, en casos raros, causar convulsiones o psicosis en personas con predisposición a estos problemas. Como es el caso con los SSRI, los padres deben estar alertas para descubrir un aumento en el nerviosismo, la agitación o el insomnio en los adolescentes que reciben estos medicamentos.

“Uno tiene que comprender la importancia que uno tiene para el proceso.”

Banderas de peligro

Si su adolescente empieza a tomar un agente antidepresivo, informe a su médico sin demora si aparecen o empeoran estos síntomas:

- ansiedad • ataques de pánico • agitación • irritabilidad • hostilidad
- impulsividad • inquietud extrema • insomnio
- comportamiento buscando lastimarse • pensamientos suicidas

¿Aumentan los agentes antidepresivos el riesgo de suicidio?

Entre todos los efectos secundarios potenciales de los agentes antidepresivos, el que más preocupa es su posible asociación con los pensamientos o el comportamiento suicida. Los medicamentos que han sido implicados directamente con esto son los SSRI y los antidepresivos más nuevos o, en otras palabras, los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia. Sin embargo, la relación entre el uso de estos agentes antidepresivos y el riesgo de suicidio todavía no se ha aclarado. Éste es un tema sumamente difícil de estudiar, porque el suicidio ya es un riesgo considerable entre los que están deprimidos. De hecho, algunos expertos han indicado que el aumento en el uso de SSRI ha coincidido, en realidad, con una reducción en el índice de suicidios en los adolescentes. Parecería lógico que esto se debiera, parcialmente, a un tratamiento mejor de la depresión con los SSRI y los antidepresivos más recientes, pero la conexión todavía es especulativa.

Al mismo tiempo, ha surgido un número creciente de informes de que un porcentaje reducido de individuos de todas las edades puede volverse suicida después de iniciar el tratamiento antidepresivo. En el mes de septiembre de 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) abrió una audiencia específicamente dedicada al riesgo de suicidio entre los niños y adolescentes que tomaban agentes antidepresivos. En un análisis combinado de 24 estudios con más de 4,400 pacientes jóvenes con depresión mayor y otros trastornos mentales, la FDA no pudo encontrar un solo caso de muerte debida a suicidio. No obstante, halló un aumento del riesgo de ideación o comportamientos suicidas durante los primeros meses de tratamiento con los agentes antidepresivos. El promedio del riesgo de ideación o de comportamiento suicida fue del 4% en los jóvenes que tomaban un agente antidepresivo, comparado con el 2% de los que estaban tomando un placebo.

Advertencia de la FDA

En el mes de octubre de 2004, la FDA ordenó a los fabricantes de todos los medicamentos antidepresivos que añadieron declaraciones de advertencia más potentes en el rotulado de sus productos. La FDA determinó que los siguientes puntos son apropiados para incluir en la advertencia:

- Los agentes antidepresivos aumentan el riesgo de pensamientos y comportamiento suicidas (“suicidalidad”) en niños y adolescentes con depresión mayor y otros trastornos mentales.
- Los profesionales de salud que consideren el uso de un agente antidepresivo en un niño o adolescente, por cualquier propósito clínico, deben sopesar el riesgo del aumento en la suicidalidad frente a la necesidad clínica.
- Los pacientes que inician el tratamiento deben ser observados estrechamente para descubrir un empeoramiento clínico, suicidalidad o cambios fuera de lo común en el comportamiento.
- Se debe advertir a los parientes y cuidadores que observen estrechamente al paciente y que se comuniquen con el profesional.
- Una declaración con respecto a que el fármaco en particular está aprobado para cualquier indicación pediátrica dada y, si es así, para cuáles. (Sólo Prozac ha sido aprobado específicamente para el tratamiento de la depresión mayor en pacientes pediátricos. Prozac, Zoloft, Luvox y Anafranil están aprobados para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico, un tipo de trastorno de la ansiedad.)

Para obtener la información más reciente, visite el sitio de la FDA en www.fda.gov.

El riesgo parece aplicarse a todos los agentes antidepresivos que han sido estudiados en estudios controlados con placebo en que participaron niños o adolescentes. Los medicamentos que entraron en esta categoría fueron todos los SSRI o los antidepresivos más recientes, mayormente debido a que son medicamentos que todavía están siendo investigados activamente. Sin embargo, los miembros de un comité asesor de la FDA recomendaron que cualquier advertencia nueva acerca del riesgo de suicidio en la gente joven, se aplicara a *todos* los agentes antidepresivos. El razonamiento fue que el riesgo de suicidio podría no ser tan evidente con otros medicamentos, simplemente porque no se usan tan a menudo y no se han estudiado en los jóvenes.

En el mes de octubre de 2004, la FDA respondió ordenando a las compañías farmacéuticas añadir declaraciones más potentes de advertencia en el rotulado profesional de todos los medicamentos antidepresivos. La FDA decidió también que el material impreso destinado a los pacientes y sus familias, que se ocupaba de los riesgos y precauciones para agentes antidepresivos, debía ser distribuido por los farmacéuticos con las prescripciones nuevas o repetidas de cualquier agente antidepresivo.

Pero, aunque es importante considerar el riesgo de suicidio, también es imprescindible mantener la perspectiva con respecto al mismo. Muchos de los expertos que testificaron durante

. . . aunque es importante considerar el riesgo de suicidio, también es imprescindible mantener la perspectiva con respecto al mismo.

la audiencia de la FDA destacaron el valor de los agentes antidepresivos para la gente joven con depresión peligrosa y que han agotado otras opciones. El Dr. David Fassler, al hablar durante la audiencia representando a la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association) resumió este concepto como sigue: “Cada suicidio es una tragedia y cada aumento en el riesgo de pensamientos o comportamientos suicidas, no importa lo reducido que este riesgo sea, debe tomarse muy seriamente. Sin embargo, de acuerdo con los datos de que se dispone actualmente, la mayoría de los clínicos creen, y yo estaría de acuerdo, que para los niños y adolescentes que presentan depresión, el beneficio potencial de estos medicamentos sobrepasa enormemente el riesgo.”

¿Quién tiene más probabilidad de ser ayudado por los agentes antidepresivos?

Es evidente que los agentes antidepresivos son medicamentos potentes, y la decisión de recetarlos a un adolescente debe tomarse en base a una consideración cuidadosa. Para los que realmente los necesitan, sin embargo, los antidepresivos pueden ser armas de gran valor en el arsenal terapéutico. Actualmente, los antidepresivos todavía son, a menudo, el tratamiento de primera línea para la gente joven con síntomas moderados a graves, que no pueden participar plenamente en la psicoterapia.

Los antidepresivos también se recetan frecuentemente para adolescentes con episodios prolongados o recurrentes de depresión, así como para los que han tratado la psicoterapia pero que no obtuvieron suficiente alivio solamente con ella.

Una trampa, sin embargo, es que los antidepresivos pueden, a veces, desencadenar un episodio inicial de manía en los individuos con trastorno bipolar, pero cuya enfermedad se inicia con depresión. Los antidepresivos también pueden causar ciclos más rápidos del humor, en las personas con trastorno bipolar. Éstos son algunos de los riesgos que el médico de su adolescente considerará cuando trate de decidir si prescribirá o no un agente antidepresivo. El médico probablemente indagará acerca de los síntomas de su adolescente y sus antecedentes familiares de trastornos del humor, para poder evaluar si la depresión es la primera manifestación de un trastorno bipolar.

La posibilidad de que un agente antidepresivo pueda conducir a cambios—la transición rápida de depresión a manía—es un concepto del que los padres deben estar al tanto. Lamentablemente, algunos no lo están, y el cambio súbito en el humor los toma desprevenidos. Roberta es una enfermera a nivel de maestría, que enseña en la facultad de enfermería de una universidad, pero hasta ella nunca había oído acerca de los cambios hasta que su hijo los exhibió:

“Lo llevamos a un psiquiatra, en primer lugar, porque estaba quedándose en su cuarto todo el tiempo”, dice Roberta. “No iba a la escuela, no quería ver a sus amigos. Era como si todo el mundo estaba a oscuras para él. Cuando el psiquiatra le recetó Paxil, mejoró instantáneamente. Salió de su cuarto y comenzó a reunirse con sus amigos. Pero entonces ¡bum!—de pronto estaba en todos lados a la vez.”

Cuando Roberta se dio cuenta de lo que estaba pasando, su hijo había entrado en un estado gravemente maníaco, que necesitó sedación por un tiempo. Como ella era enfermera, Roberta pudo tomar una licencia médica de tres meses y cuidar de su hijo en su hogar. Pero fue una experiencia horrible para ambos, y ella desea haber sido informada para vigilar por la aparición de los signos de advertencia de una manía inminente.

*Los agentes antidepresivos
pueden ser armas de gran valor
en el arsenal terapéutico.*

¿Cuál es el balance final en cuanto a medicamentos para la depresión?

Para estar más seguros, cualquier adolescente que esté tomando agentes antidepresivos debe ser atendido por un médico experto en medicamentos psiquiátricos. Se debe prestar especial atención a las dos primeras semanas después de iniciar la administración del antidepresivo, ya que es durante este período cuando hay mayor probabilidad de que aparezcan los efectos secundarios indeseables. Una vez que el adolescente comienza a tomar el antidepresivo, informe al médico sin demora si nota señales nuevas de nerviosismo, agitación, insomnio, irritabilidad, cambios abruptos en el humor, conversación o comportamiento suicida o empeoramiento de la depresión.

No espere que ocurra un cambio drástico en el humor del adolescente de un día para otro. Con un SSRI, por ejemplo, pueden pasar de 4 a 6 semanas para poderse observar el efecto completo. Si su adolescente no se siente mejor después de transcurrir este tiempo, el médico puede tratar de aumentar la dosis, cambiarla a otro medicamento o añadir un segundo medicamento. Como no hay manera de descubrir de antemano la forma en que una persona en particular reaccionará a un antidepresivo dado, puede ser necesario probar varias cosas hasta hallar el mejor medicamento y las mejores dosis.

Una vez que se ha encontrado un tratamiento eficaz, normalmente se lo mantiene durante 6 a 12 meses, y a veces más, para reducir la probabilidad de una recaída o recurrencia. Después de solucionarse la depresión del adolescente, es tentador suspender el medicamento de inmediato. Pero si se lo suspende demasiado pronto o demasiado abruptamente, la depresión puede resurgir. A veces, la persona exhibe síntomas de suspensión si abandona un antidepresivo súbitamente. Cuando llegue el momento en que su adolescente pueda suspender el medicamento, el médico le advertirá a usted que reduzca gradualmente las dosis a lo largo de varias semanas.

Son pocos los padres que acepten bien la idea de dar cualquier medicamento potente a sus adolescentes. Para muchos, sin embargo, el resultado final es que los antidepresivos tal vez permitan penetrar el humor negro del adolescente, cuando ninguna otra cosa parece poder hacerlo. Como dice un padre de una niña de 17 años, “María está recibiendo antidepresivos y, en cuanto al humor, parece estar mucho mejor. Todavía tiene algunos problemas de asistencia y disciplina personal en la escuela. Pero está recibiendo calificaciones de A y B, y ha vuelto a disfrutar de su vida. Eso es *realmente* algo que da gusto ver.”

Pregunte, relate

Si un medicamento forma parte del plan terapéutico de su adolescente, asegúrese de informar al médico acerca de cualquier otro medicamento, ya sea de venta libre o complementos herbarios que su adolescente esté tomando, ya que algunos fármacos interactúan entre sí haciendo daño. También informe al médico sobre cualquier alergia a fármacos que pueda tener el adolescente. Después, asegúrese de contar con todos los datos que necesite acerca del nuevo medicamento que se le prescriba. Aquí tiene algunas de las preguntas que tal vez quiera hacer:

- ¿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?
- ¿Interactúa el medicamento con el alcohol, otros fármacos o ciertos alimentos?
- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios del medicamento?
- ¿Cuáles de estos efectos secundarios son los más graves?
- ¿Qué debo hacer si ocurren estos efectos secundarios?
- ¿A dónde debo llamar si tengo preguntas o inquietudes?

¿Qué formas de psicoterapia se usan para tratar la depresión?

Mientras los agentes antidepresivos atacan las bases químicas de la depresión, la psicoterapia se ocupa de los aspectos psicológicos, sociales y del comportamiento de la enfermedad. Un punto interesante es que las investigaciones recientes utilizando tecnología sofisticada de obtención de imágenes del cerebro, demuestran que la psicoterapia puede también conducir a cambios físicos en los pasajes cerebrales. Sin embargo, el patrón de cambios cerebrales es algo diferente del observado en las personas que están tomando agentes antidepresivos. Esto trae a colación el tentador prospecto de que los que ofrecen el tratamiento puedan, algún día, ser capaces de usar las exploraciones cerebrales para recetar el tipo exacto de psicoterapia y/o medicamento que sea el mejor para atacar la causa exacta de la depresión de un individuo.

Por ahora, sin embargo, los profesionales deben confiar en los tratamientos que, en los estudios realizados, demostraron dar resultados en muchas personas, gran parte del tiempo. La psicoterapia es uno de estos tratamientos. Aunque hay varias escuelas de psicoterapia, una cosa que todas tienen en común es que la persona habla con un terapeuta para llegar a conocer los trastornos o desarrollar habilidades para hacer frente a la vida diaria y controlar los síntomas. Cuando se trata de la terapia para la depresión en los adolescentes, la forma de psicoterapia mejor estudiada es la terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés), que trata de corregir los patrones innatos de pensar y comportarse que pueden contribuir a la enfermedad.

La parte cognitiva de la CBT ayuda a las personas a identificar pensamientos negativos no realistas y actitudes habitualmente pesimistas. Estos pensamientos pueden volverse a proponer dentro de un marco más realísticamente positivo o en términos optimistas. La parte conductual de la CBT ayuda a las personas a cambiar los comportamientos de mala adaptación y aprender a disfrutar más de sus actividades diarias. Una manera de hacerlo es enseñando a las personas a dividir las tareas extensas en porciones más pequeñas y fáciles de controlar. Otra manera es dar a

La parte conductual de la CBT ayuda a las personas a cambiar los comportamientos mal adaptados. . .

la gente una posibilidad para ensayar las habilidades sociales y las estrategias para enfrentar las cosas, que necesitan para formar relaciones más sanas y controlar eficazmente su enfermedad.

La CBT puede ayudar al adolescente con depresión a que

- piense más positivamente
- vigile su humor
- programe actividades placenteras
- establezca y alcance metas
- haga frente a las situaciones sociales
- se relaje y controle el estrés
- resuelva muchos de los problemas cotidianos

La psicoterapia interpersonal (IPT, por sus siglas en inglés) es otro enfoque que ha demostrado ser eficaz contra la depresión en los adultos. Aunque se han hecho menos investigaciones en personas jóvenes con depresión, la evidencia hasta esta fecha parece prometedora para ellos también. La idea detrás de la IPT es que, aunque la depresión puede ser causada por numerosos factores, el factor desencadenante inmediato normalmente es un problema interpersonal. Este problema típicamente implica la pena acerca de una pérdida reciente, un cambio en el papel social, la falta de habilidades sociales o una disputa con otra persona. La IPT ayuda a un individuo a identificar primero el problema que desencadenó el episodio actual de depresión y después desarrollar las habilidades sociales y de comunicación necesarias para resolver eficazmente el problema. La IPT puede ayudar a los adolescentes con depresión a aprender a enfrentarse con temas sociales, tales como:

- hacer frente al divorcio o la separación de los padres
- establecer su independencia
- enfrentarse con la presión de los compañeros.
- formar amistades sanas
- resolver conflictos familiares

Ya sea CBT o IPT puede usarse en la terapia individual, en la cual una persona trabaja individualmente con un terapeuta. Sin embargo, estos enfoques también se usan en ambientes en donde un terapeuta se encuentra con varias personas al mismo tiempo.

La terapia de familia es un ejemplo. En este caso, varios miembros de una familia se reúnen en sesiones de terapia. La terapia de familia ayuda a las familias a colaborar para identificar y cambiar los patrones destructivos que pueden contribuir a la depresión de un adolescente, o surgir a partir de ella. Este tipo de terapia puede descubrir asuntos escondidos, tales como el resentimiento que un hermano pueda sentir debido a que toda la atención se vuelca en el adolescente deprimido. También puede abrir líneas de comunicación y enseñar a todos las habilidades necesarias para hacer frente a la enfermedad del adolescente. Otros objetivos posibles de la terapia familiar incluyen fortalecer los vínculos familiares, reducir el conflicto en el hogar y mejorar la empatía entre los miembros de la familia.

La terapia de grupo ofrece a los adolescentes con depresión una oportunidad para intercambiar inquietudes y comprensión con otros adolescentes que están batallando asuntos similares. Bajo la guía del terapeuta que dirige el grupo, los miembros pueden sacar beneficios del apoyo

Otros adolescentes han luchado contra los mismos demonios, y muchos han ganado.

emocional y los consejos prácticos intercambiados entre los miembros. El ambiente del grupo también ofrece a los adolescentes una oportunidad para aprender y practicar las habilidades sociales. Además, los comentarios sobre las experiencias compartidas ayudan a los adolescentes deprimidos a darse cuenta de que no son los únicos que tienen esos problemas y ansiedades. Otros adolescentes han luchado contra los mismos demonios, y muchos han

ganado. Este mensaje puede ser un antídoto potente para los sentimientos de impotencia y desesperación.

¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de la psicoterapia?

Todas estas formas de psicoterapia intentan ayudar a las personas a enfrentarse con los problemas emocionales, cognitivos, de la conducta y sociales que se asocian con la depresión.

Hay buena evidencia de que la psicoterapia en general, y la CBT en particular pueden, en efecto, ayudar en estos casos. Más de una docena de estudios aleatorios controlados—el estándar en la investigación clínica—han examinado a la CBT para personas jóvenes con depresión. Tomados en conjunto, estos estudios hallaron que la CBT era más eficaz que la ausencia de tratamiento, o una situación de control en la cual los participantes recibieron mayor atención sin una terapia formal. Esta eficacia se mantuvo en una amplia gama de formatos terapéuticos, entre ellos la terapia individual y de grupo, con un número variable de sesiones.

Se han realizado menos investigaciones sobre la IPT y la terapia familiar en el caso de adolescentes deprimidos, pero los resultados hasta el momento son alentadores. En una comparación frente a frente, la IPT pareció ser por lo menos tan eficaz como la CBT. En otro estudio, la terapia familiar que se ocupó de reparar y fortalecer los vínculos emocionales entre los miembros de la familia, pareció obtener resultados tan buenos como con CBT o IPT.

Muchos de estos estudios se llevaron a cabo en la atmósfera enrarecida de las instituciones universitarias, con amplios recursos y terapeutas altamente capacitados. Lamentablemente, la mayoría de los adolescentes en el mundo real no tienen acceso a estos tipos de oportunidades terapéuticas. Por ello es que es especialmente alentador cuando los estudios realizados bajo condiciones más típicas también obtienen resultados positivos. Un caso en particular es un estudio llevado a cabo en cinco clínicas de salud mental de base escolar, en vecindarios de pocos ingresos de la ciudad de Nueva York. El estudio incluyó 63 estudiantes de 12 a 18 años, con algún tipo de trastorno depresivo. La mitad de ellos fueron asignados a recibir 16 semanas de IPT proporcionada por los trabajadores sociales o psicólogos regulares de las escuelas, ninguno de los cuales tenía experiencia previa con este tipo de tratamiento antes de haber sido capacitados para el estudio. La otra mitad recibió el tratamiento usual ofrecido por las clínicas escolares. Los estudiantes del grupo que recibió IPT mostraron una reducción mayor en los síntomas y más mejoría en el funcionamiento global, demostrando que este tipo de terapia estructurada puede dar buenos resultados hasta en circunstancias menos que ideales.

Al contrario de los medicamentos, la psicoterapia no tiene el mismo potencial por causar reacciones físicas adversas. No obstante, no está completamente libre de riesgos. Por su propia naturaleza, la psicoterapia a menudo alcanza pensamientos y sentimientos profundos y algunas veces perturbadores. Es esencial que un terapeuta esté preparado para manejar cualquier reacción inesperada que pudiese surgir. Si su adolescente está tomando medicamentos, el terapeuta debe tener conocimiento de los efectos de dichos fármacos y estar dispuesto a coordinar el tratamiento con el psiquiatra o con otro médico del adolescente. Si su adolescente padece de otros trastornos mentales, emocionales o de la conducta, además de la depresión, el terapeuta debe estar bien versado también en estas afecciones.

¿Quién tiene más probabilidad de ser ayudado por la psicoterapia?

A veces, la psicoterapia se usa por sí sola para el tratamiento de la depresión más leve. Cuando la depresión es moderada a grave, la psicoterapia a menudo se combina con medicamentos. Los profesionales incluyen psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, consejeros de salud mental, enfermeras psiquiátricas y terapeutas del matrimonio y la familia. Cuando vaya a seleccionar un terapeuta para su adolescente, los factores que debe considerar incluyen la capacitación y la experiencia de la persona, su pericia para trabajar con personas jóvenes, la comodidad suya con el terapeuta y el enfoque terapéutico que se emplee.

Para obtener los mejores resultados, su adolescente debe estar dispuesto y ser capaz de trabajar con el terapeuta en un ambiente de confianza, honestidad y cooperación. En la CBT y, a veces, en otros tipos de psicoterapia, el terapeuta puede asignar una tarea para el hogar.

Por ejemplo, el terapeuta puede pedir al adolescente que mantenga un diario o que practique nuevas habilidades. Para sacar el mayor partido de la terapia, es útil que su adolescente haga la tarea en el hogar regularmente.

El terapeuta puede pedir al adolescente que mantenga un diario o que practique nuevas habilidades.

¿Cuál es el balance final en cuanto a la psicoterapia para la depresión?

Como un tratamiento inicial para la depresión más leve, la psicoterapia puede ayudar a los adolescentes a desarrollar las habilidades sociales y estrategias imprescindibles para hacer frente a la vida. También puede ayudar a las familias a controlar el conflicto interpersonal que frecuentemente se asocia con la enfermedad. Cuando se combina con medicamentos para la depresión más grave, la psicoterapia puede ayudar a los adolescentes a enfrentarse con los aspectos emocionales, cognitivos, de la conducta y sociales de su enfermedad. La probabilidad de que la depresión recurra después de la CBT es mayor para los adolescentes que ingresan con síntomas más graves o que provienen de familias con discordias graves. Por consiguiente, una combinación de tratamientos puede ser especialmente importante para evitar una recurrencia en estos adolescentes.

En los estudios de la CBT, generalmente se obtuvieron buenos resultados en un período de 5 a 16 sesiones. El número exacto de sesiones necesarias para un adolescente en particular depende de muchos factores, entre ellos, la naturaleza y gravedad de los síntomas. Lamentablemente, el tiempo que su adolescente pase en terapia también puede ser dictado, hasta cierto punto, por estipulaciones en su cobertura de seguro.

Inicialmente, las sesiones de psicoterapia se pueden programar semanalmente. Pero, a medida que el adolescente empieza a mejorar, las sesiones pueden, gradualmente, espaciarse más. Hasta después que los síntomas del adolescente hayan mejorado, a menudo es útil si las sesiones menos frecuentes continúan por varios meses. La continuación de la psicoterapia proporciona al adolescente y a su familia, una oportunidad de seguir practicando y consolidando las habilidades que aprendieron al comienzo del proceso terapéutico.

También da a los adolescentes una oportunidad para solidificar su comprensión de los pensamientos y comportamientos que podrían, por otra parte, contribuir a una recaída.

En algún momento durante las primeras sesiones, su adolescente y el terapeuta normalmente colaborarán para crear una lista de objetivos a corto y largo plazo. Es buena idea volver a examinar periódicamente esta lista para ver si se está progresando. Como es el caso con los medicamentos, sin embargo, es esencial dar a la psicoterapia suficiente tiempo para hacer efecto. Si uno espera resultados instantáneos, hay una gran probabilidad de decepcionarse. Por otra parte, es razonable esperar un progreso gradual pero evidente en un cierto tiempo. El terapeuta de su adolescente debe poder darle alguna idea de cuándo será que su adolescente probablemente comience a notar mejoría, y cuánto se puede esperar que dure la terapia.

Estos casos son cálculos, y el programa puede necesitar ajustes a medida que el terapeuta aprende más acerca de la respuesta individual del adolescente al tratamiento. Si la terapia está llevando mucho más tiempo de lo planificado, sin embargo, no titubee en preguntar por qué al terapeuta. Probablemente usted terminará con un cuadro mucho más claro sobre la situación de su adolescente. Si obtiene respuestas evasivas o insatisfactorias, puede considerar buscar una segunda opinión, del mismo modo que lo haría con cualquier otra enfermedad.

¿Qué es la terapia lumínica ?

La terapia lumínica—también conocida como fototerapia—comprende un régimen de exposición diaria a la luz muy brillante proveniente de una fuente artificial. La intensidad de la luz es similar a la del sol al principio del día, y muchas veces más brillante que la de los artefactos de luz de interior. La terapia lumínica se usa a veces como un tratamiento para el trastorno afectivo estacional (seasonal affective disorder, o SAD), un patrón de depresión estacional que típicamente se inicia en el otoño o invierno y se alivia en la primavera.

Aunque muchas personas se sienten un poco de capa caída durante el invierno, los que padecen de SAD se hunden en una depresión mayor completa. Se cree que esta reacción estaría vinculada a los días más cortos y la exposición reducida a la luz solar en el invierno.

Los mecanismos biológicos exactos que causan el SAD todavía son inciertos. No obstante, se sabe que la exposición a la luz afecta la producción de una hormona cerebral llamada melatonina, que regula el reloj interno del organismo que controla los ritmos diarios de sueño, temperatura corporal y secreción hormonal. La melatonina es producida por el cerebro durante los períodos de oscuridad. Los días cortos y grises del invierno, y las noches largas y oscuras, preparan el escenario para una producción mayor de esta hormona. Una teoría es que la abundancia de la melatonina puede desencadenar síntomas de depresión en algunos individuos. Otra teoría sugiere que la luz puede alterar la actividad de ciertos neurotransmisores, tales como los de serotonina y dopamina, que también están implicados en otras formas de depresión.

Cualquiera que sea la explicación, la investigación ha demostrado que la exposición a la luz artificial intensa puede aliviar los síntomas del SAD en muchos adultos. En los estudios realizados con adultos, más de la mitad de los que usaron terapia lumínica mostraron una remisión casi completa de los síntomas, aunque el tratamiento necesitó continuarse durante toda la estación para poder mantener esta mejoría. Pero una palabra de cautela: la terapia lumínica no ha sido estudiada bien en los niños y adolescentes, de modo que no se sabe si el tratamiento da resultados igualmente buenos para la gente joven.

Típicamente, el tratamiento comprende sentarse al frente de una caja lumínica especial, que contiene bombillos o tubos fluorescentes cubiertos con una pantalla de plástico. La caja está colocada de modo que la luz entre indirectamente en los ojos de una persona, y la pantalla ayuda a bloquear los rayos ultravioletas potencialmente dañinos. Debe advertirse a los usuarios que no miren directamente a la caja, sin embargo, porque la luz intensa puede dañarles los ojos.

Una prescripción típica puede consistir en extender gradualmente el período frente a la caja lumínica hasta llegar a los 30 a 60 minutos al día, a una hora especificada. La mejor hora para las sesiones normalmente es a la mañana.

La terapia lumínica puede ser el primer tratamiento que se pruebe para los casos más leves de depresión estacional. Para los que presentan una depresión estacional más grave, la terapia lumínica puede combinarse, a veces con medicamentos antidepresivos. La mayoría de las personas que responden a la luz empiezan a mejorar en una semana o menos, pero algunas necesitarán varias semanas para sentir los efectos completos. La terapia lumínica requiere comprometerse a un cierto tiempo, pero ese tiempo puede pasarse leyendo, usando una computadora, mirando televisión o desayunándose. Los posibles efectos secundarios incluyen cansancio de la vista, dolor de cabeza e irritabilidad. La terapia puede no ser apropiada para las personas con piel sensible a la luz, los que toman medicamentos que reaccionan con la luz solar o los que presentan una afección visual que los haría especialmente sensibles al daño ocular. Se debe tener aún más cuidado con los individuos con antecedentes o riesgo elevado de trastorno bipolar, ya que la terapia lumínica podría potencialmente desencadenar el cambio del humor al estado maníaco.

Aunque las cajas lumínicas se venden ampliamente sin una prescripción, deben ser usadas bajo la guía de un médico o terapeuta con experiencia. No son buenas para todos, pero la terapia lumínica puede elevar el humor de algunos adolescentes con depresión estacional. Una madre recuerda, “Allie es muy verbal y solía decir cosas como ‘Mira a todo este gris. Puedo sentir que estoy cayendo en una depresión.’ Así que el psiquiatra le prescribió una caja lumínica y pareció elevarle el humor. El perro y el gato venían a sentarse al lado de ella porque les gustaba la luz. ¡Yo creo que mejoraba el humor del gato también!”

¿Qué es la terapia electroconvulsiva?

La terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy o ECT) comprende entregar al cerebro una corriente eléctrica cuidadosamente controlada, lo que causa una convulsión breve.

Esta forma de terapia ha adquirido un mal nombre no merecido en la mente del público. Para muchas personas, todavía presenta la amenaza de la “terapia de choques” y hace recordar a la película *One Flew Over the Cuckoo’s Nest*. Sin embargo, la ECT puede ser un tratamiento muy eficaz para trastornos graves del humor, cuando los tratamientos más conservadores no han tenido éxito. De hecho, las investigaciones indican que al menos tres cuartos de los individuos que reciben la ECT para trastornos del humor presentan una respuesta positiva. En instrucciones recientes para la práctica, la Academia Americana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) llegó a la conclusión de que la ECT puede ser apropiada para algunos adolescentes con trastornos graves del humor, cuando se habían probado al menos dos medicamentos sin éxito o cuando los síntomas eran tan urgentes que no se podía esperar para ver si un medicamento hacía efecto.

Se piensa que la ECT ejerce efecto al actuar temporalmente alterando parte de los procesos electroquímicos implicados en el funcionamiento cerebral. La persona sometida a la ECT recibe primero un relajante muscular y anestesia general. Se colocan electrodos en lugares precisos de la cabeza de la persona, y el cerebro es estimulado por una serie breve, controlada, de pulsos eléctricos. Este estímulo causa una convulsión dentro del cerebro, que dura aproximadamente un minuto. Gracias al relajante muscular, el resto del cuerpo no se convulsiona. La anestesia impide que la persona sienta dolor. Unos pocos minutos después, la persona se despierta, del mismo modo que después de haberse sometido a una cirugía de menor importancia.

La ECT generalmente comprende entre 6 y 12 tratamientos de este tipo, que normalmente se administran tres veces a la semana. Los efectos aparecen gradualmente durante el curso de la ECT, aunque usualmente se perciben antes que con los medicamentos. Los efectos secundarios inmediatos más comunes son dolor de cabeza, dolores o sensibilidad muscular, náuseas y confusión. Tales efectos normalmente ocurren dentro de las pocas horas de un tratamiento y generalmente desaparecen con rapidez. Sin embargo, a medida que se administran los tratamientos, las personas también pueden tener problemas en recordar la información aprendida recientemente.

. . . algunas personas informan que su memoria ha mejorado después de la ECT.

Además, algunas personas presentan una pérdida parcial de la memoria de los días, semanas o meses previos a la ECT. Aunque muchos de estos problemas de la memoria se resuelven en días a meses después de completar el último tratamiento, de vez en cuando duran más. Por el contrario, algunas personas informan que su memoria ha mejorado después de la ECT, ya que la mente no sigue operando en una niebla de depresión.

¿Cuáles son algunas de las terapias que están surgiendo para la depresión?

El concepto de estimular el cerebro para alterar su funcionamiento eléctrico y químico también ha dado lugar al desarrollo de enfoques terapéuticos más recientes, que todavía se están ensayando. En el estímulo del nervio vago (vagus nerve stimulation o VNS), un dispositivo pequeño que funciona a pila, similar a un marcapasos, se implanta en el área superior izquierda del pecho. Un alambre fino dentro del cuerpo conecta el dispositivo al nervio vago izquierdo, situado en el lado izquierdo del cuello. Este nervio, a su vez, se conecta con partes del cerebro que desempeñan un papel en el humor y el sueño. El dispositivo es programado para entregar pulsos eléctricos leves al nervio vago a intervalos regulares, y el nervio estimula, a su vez, esas partes del cerebro. El dispositivo también puede ser activado por la persona deprimida usando un imán especial. En teoría, el estímulo puede afectar la actividad dentro del cerebro de una forma que ayuda a corregir los procesos bioquímicos que dan lugar a la depresión.

El VNS se desarrolló y fue aprobado originalmente por la FDA para el tratamiento de cierto tipo de epilepsia difícil de tratar. Los médicos observaron que muchos de los pacientes con epilepsia, que tenían un dispositivo VNS implantado, no sólo sufrían un número menor de ataques epilépticos sino que también notaban una elevación del humor. Esta observación indicó la posibilidad de que el mismo dispositivo tal vez podría también ser útil para el tratamiento de la depresión grave.

Hasta este momento, los resultados de estudios en pacientes adultos con depresión grave de larga duración parecen ser prometedores. A la hora de preparar este trabajo, la compañía fabricante del dispositivo VNS ha solicitado aprobación de la FDA para comercializarlo para la depresión crónica o recurrente en adultos que han probado varias otras formas de tratamiento sin resultados. La FDA no ha dado su decisión final sobre la solicitud, pero ha autorizado a la compañía a estudiar el tratamiento de 100 personas en múltiples centros de los Estados Unidos.

Si el VNS es finalmente aprobado como un tratamiento para la depresión, una desventaja para su uso sería los posibles efectos secundarios, que incluyen ronquera, dolor de garganta y falta de aliento. Otros riesgos incluyen complicaciones de la cirugía necesaria para implantar el dispositivo, un mal funcionamiento del dispositivo, o el desprendimiento del dispositivo o del alambre dentro del cuerpo. Claramente, ésta es una técnica invasora que se usaría, probablemente, sólo en última instancia. Pero, para la minoría de las personas con depresión que no son ayudadas por ningún tipo de medicamento o psicoterapia, la aparición del VNS parece ofrecer una nueva esperanza para el futuro.

También se están investigando otras tecnologías nuevas. Por ejemplo, el estímulo magnético transcraneano (transcranial magnetic stimulation, o TMS) ha sido estudiado como un posible tratamiento para la enfermedad mental desde el año 1995. En el TMS, se coloca un electroimán especial cerca del cuero cabelludo, donde puede usarse para entregar pulsos cortos de energía para estimular las células nerviosas en una parte específica del cerebro. La última generación de dispositivos para TMS es capaz de entregar hasta 50 pulsos de energía por segundo. Una ventaja de este tratamiento es que no necesita cirugía, hospitalización ni anestesia. El médico simplemente aplica el dispositivo en sesiones de tratamiento que duran unos 30 minutos cada una. La evidencia actual sugiere que dichos tratamientos deben administrarse 5 días a la semana por 2 a 4 semanas.

En los estudios realizados hasta la fecha, la mayoría de los efectos secundarios del TMS parecen ser relativamente leves e infrecuentes e incluyen molestia, dolor de cabeza o atontamiento durante el tratamiento, que normalmente desaparecen poco después de concluir la sesión. También hay una posibilidad de que el tratamiento desencadene una convulsión, pero se han instituido nuevas normas terapéuticas para reducir este riesgo. El TMS todavía se considera un procedimiento experimental, pero tal vez pueda unirse en el futuro, a la lista creciente de opciones terapéuticas para las personas con depresión.

¿Son útiles los complementos dietéticos para la depresión?

Otro enfoque que algunas personas han probado es usar complementos dietéticos para el tratamiento de la depresión. Uno de los más populares es una hierba llamada hierba de San Juan (“St. John’s wort”, *Hypericum perforatum*), que se ha usado desde hace siglos en el tratamiento de los trastornos mentales y el dolor de los nervios. En Europa, la hierba de San Juan es actualmente un medicamento para la depresión, dispensado bajo receta. En Estados Unidos, donde se vende sin prescripción, la hierba de San Juan es uno de los productos herbarios de mayor venta. La investigación sugiere que la hierba puede ser útil para el tratamiento de la depresión leve. Éste no parece ser el caso cuando los síntomas son más sustanciales, sin embargo. Un estudio extenso, diseñado cuidadosamente y financiado por los Institutos Nacionales de Salud, halló que la hierba de San Juan no era más eficaz que un placebo para el tratamiento de la depresión moderada.

No obstante, muchas personas encuentran muy atractiva la noción de un remedio “natural”. Pero el hecho de que una sustancia se venda como un producto herbario más bien que uno farmacéutico no quiere decir que esté completamente libre de riesgos. En el caso de la hierba de San Juan, los efectos secundarios más comunes incluyen boca seca, mareos, diarrea, náuseas, fatiga y aumento de la sensibilidad a la luz solar. Además, la hierba de San Juan puede interactuar con varios medicamentos, entre ellos, los agentes anticonceptivos orales, reduciendo su eficacia.

También existe una posibilidad de que la hierba pueda interactuar adversamente con ciertos medicamentos antidepresivos, entre ellos los SSRI de amplia prescripción.

SAM-e (S-adenosil-L-metionina, o “Sammy” para acortar) es un segundo complemento que ha sido promocionado para la depresión. Es un compuesto que ocurre naturalmente en todas las células vivientes y que es un protagonista clave en las reacciones bioquímicas dentro del organismo humano. Entre otras cosas, este compuesto desempeña un papel importante en la regulación de la serotonina y la dopamina, dos agentes químicos cerebrales asociados con la depresión. Algunos estudios sugieren que los complementos SAM-e podrían reducir los síntomas de la depresión, aunque los resultados no son definitivos. Los efectos secundarios comunes incluyen náuseas y estreñimiento.

La hierba de San Juan y SAM-e se encuentran entre los complementos dietéticos mejor estudiados. Debido a que dichos complementos no tienen que someterse al proceso de aprobación de la FDA, sin embargo, ninguno de los dos ha sido sometido al mismo escrutinio riguroso que han recibido los agentes antidepresivos bajo prescripción. Tal vez el riesgo mayor de estos productos sea que las personas dejarán de lado los tratamientos comprobados, y adoptarán los remedios no comprobados. Si usted cree que querría probar un complemento con su adolescente, asegúrese de hablar primero con el médico, que puede evaluar si es un enfoque seguro y sensible para su adolescente.

Tratamiento del trastorno bipolar

El pilar del tratamiento para el trastorno bipolar es el medicamento. El medicamento más antiguo y mejor conocido es el litio, una sustancia alcalina que existe en trazas en el organismo, las plantas y las rocas minerales. Hace más de 1,800 años, el médico griego Galeno prescribía bañarse en manantiales alcalinos, y beber las aguas como un tratamiento para los pacientes maníacos.

Actualmente, el litio sigue siendo recetado ampliamente para el trastorno bipolar, pero también existen otros medicamentos estabilizantes del humor.

Estos medicamentos pueden ser sumamente valiosos. Sin embargo, tomados por sí solos, no pueden influir sobre todos los elementos psicológicos, sociales y conductuales del trastorno

La psicoterapia también desempeña un papel central en cualquier plan terapéutico completo para la enfermedad.

bipolar, que varían considerablemente. Por eso es que la psicoterapia también desempeña un papel central en cualquier plan terapéutico completo para la enfermedad. La psicoterapia puede lograr la máxima eficacia del tratamiento con medicamentos, especialmente cuando se combina con educación sobre la enfermedad y con los necesarios servicios de apoyo. Entre otras cosas, la psicoterapia puede ayudar a los adolescentes con trastorno bipolar a reducir su estrés, reparar sus relaciones con otras personas y reforzar su amor propio.

¿Qué tipos de medicamentos se usan para tratar el trastorno bipolar?

El uso moderno del litio como medicamento psiquiátrico se remonta a fines de la década de 1940, cuando un psiquiatra australiano, llamado John Cade, realizaba experimentos en cobayos en su laboratorio. Cade sospechaba que la manía en el ser humano podría ser causada por un exceso de ácido úrico en el cuerpo. Para poner a prueba esta hipótesis, decidió inyectar ácido úrico a los animales, en forma de una solución de sales de litio. Cuando Cade administró las inyecciones a los cobayos, sin embargo, tuvo una sorpresa. Los animales normalmente activos se calmaron y se volvieron impasivos. Cade había tropezado con los efectos antimánicos del litio, que finalmente se volvió el primer agente estabilizante del humor, un medicamento que reduce los síntomas maníacos y ayuda a nivelar los cambios en el humor.

Todavía no está clara, exactamente, la forma en que el litio ejerce este efecto, aunque se cree que el fármaco ayuda a corregir un desequilibrio químico en el cerebro. Una línea de la investigación actual está examinando el efecto del litio en los segundos mensajeros, las moléculas interiores en las células nerviosas que informan a ciertas partes de la célula cuando un receptor específico ha sido activado por un neurotransmisor. Los segundos mensajeros completan el proceso de comunicación cuando un neurotransmisor transmite un mensaje de una célula a otra. Al afectar este proceso, el litio podría influir sobre el flujo de mensajes dentro del cerebro. Ésta es sólo una de varias explicaciones posibles para el efecto del litio.

Estabilizantes del humor

A continuación se presenta una lista de estabilizantes del humor. En esta lista se incluyen también varios medicamentos antipsicóticos que se recetan a veces junto con los medicamentos estándares para estabilizar el humor, o que los reemplazan.

<i>Tipo de estabilizante del humor</i>	<i>Nombre genérico</i>	<i>Nombre de marca</i>
Litio	Carbonato de litio	Eskalith, Lithane, Lithobid
	Citrato de litio	Cibalith-S
Anticonvulsivos	Carbamacepina	Tegretol
	Lamotrigina	Lamictal
	Ácido valproico	Depakote
	divalproex sódico	
Antipsicóticos atípicos	Aripiprazol	Abilify
	Clozapina	Clozaril
	Olanzapina	Zyprexa
	Quetiapina	Seroquel
	Risperidona	Risperdal
	Ziprasidona	Geodon

El litio siguió siendo el tratamiento estándar para el trastorno bipolar por muchos años, y todavía se prescribe muy ampliamente en estos momentos. Sin embargo, recientemente los médicos se han dado cuenta de que muchos agentes anticonvulsivos—medicamentos que ayudan a prevenir las convulsiones—también logran efectos estabilizantes del humor. Uno de estos agentes, llamado ácido valproico (Depakote), ha demostrado ser tan eficaz que actualmente se usa como el tratamiento de primera elección para el trastorno bipolar.

De hecho, un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental, que examinó el tratamiento médico de costumbre para jóvenes con trastorno bipolar, halló que más de ellos habían sido tratados con Depakote que con litio.

¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de los estabilizantes del humor?

En los adultos con trastorno bipolar, los estudios bien controlados han demostrado que, como promedio, el litio puede reducir el número de episodios tanto maníacos como depresivos. Pero no funciona igualmente bien para todos. En algunos individuos puede ser bastante eficaz. Sin embargo, alrededor del 42% al 64% de los adultos con trastorno bipolar no responden al litio y tal vez respondan mejor a un agente anticonvulsivo.

Se han hecho menos investigaciones sobre el uso de los estabilizantes del humor en los adolescentes. La evidencia disponible sugiere que los adolescentes probablemente responderían a

. . . alrededor de la mitad de los jóvenes responden al tratamiento con litio

los mismos medicamentos estabilizantes del humor que los adultos. De forma similar que los hallazgos con los adultos, los estudios demostraron que alrededor de la mitad de los jóvenes responden al tratamiento con litio, y la mitad no responde. Entre los que responden, algunos presentan una mejoría solamente parcial con el litio solo. En general, las probabilidades de una buena respuesta al litio son

mejores entre las personas con antecedentes familiares de trastornos del humor, y los que presentan episodios de manía y depresión acompañados de períodos de bienestar relativo.

Cuando el litio hace efecto, puede ser sumamente valioso. Pero, con los beneficios del fármaco vienen algunos riesgos. Por un lado, hay una variación pequeña en la posología a la cual el medicamento es eficaz. Si se toma muy poco, la persona tal vez no perciba efectos terapéuticos, pero si se toma demasiado, el fármaco puede ser tóxico.

Como las diferencias entre la dosis terapéutica y la tóxica es tan reducida, se necesita una vigilancia estrecha para verificar que las concentraciones sanguíneas no se eleven demasiado. Se pueden necesitar pruebas frecuentes de sangre al iniciar el tratamiento con litio hasta haberse determinado la posología mejor. Después de esto, las concentraciones sanguíneas pueden medirse cada pocos meses o cosa así.

Los factores tales como deshidratación u otros medicamentos pueden afectar las concentraciones de litio entre una prueba sanguínea y la siguiente. Los signos de toxicidad por litio incluyen náuseas, vómitos, somnolencia, confusión, arrastre de las palabras al hablar, mareos, contracciones musculares, latidos irregulares y, finalmente, convulsiones. Ésta es una situación de emergencia y, si no se trata sin demora, los síntomas pueden volverse potencialmente mortales. Si su adolescente desarrolla estos síntomas, obtenga ayuda médica inmediatamente.

Hasta a niveles terapéuticos, el litio puede causar efectos secundarios, como somnolencia, debilidad, náuseas, fatiga, temblores en las manos o aumento de la sed. El litio también puede causar aumento de peso, un efecto secundario que genera problemas para muchos adolescentes. Además, los efectos del fármaco en los riñones pueden causar aumento de la micción o episodios de orinarse en la cama. Finalmente, el litio puede causar que la glándula tiroidea se vuelva poco activa o se agrande, de modo que se necesitan pruebas de la función tiroidea como una parte regular del tratamiento con litio. Si se observa poca actividad en la glándula tiroidea, su adolescente puede necesitar tomar píldoras de hormona tiroidea.

Los agentes anticonvulsivos son la alternativa principal para el litio. En el estudio más extenso, realizado con Depakote en jóvenes con trastorno bipolar, aproximadamente el 60% se sintió mejor con el medicamento. Tegretol también demostró ser eficaz en un pequeño porcentaje de jóvenes. Una ventaja de estos fármacos es que no son tan tóxicos como el litio si la persona toma una dosis alta accidentalmente. Pero, como es el caso con otros medicamentos, los agentes anticonvulsivos pueden causar efectos secundarios. Por ejemplo, Depakote puede causar náuseas, dolor de cabeza, visión doble, mareos, ansiedad o confusión. Como afecta al hígado, las pruebas de la función hepática deben hacerse periódicamente.

Depakote también puede causar aumento de peso. Además, hay cierta evidencia que sugiere que las niñas adolescentes que toman Depakote pueden correr riesgo de amenorrea (la ausencia anormal de la menstruación), desarrollar un exceso de vello facial y corporal y exhibir síndrome de ovarios poliquísticos (quistes en los ovarios).

Como los agentes estabilizantes del humor pueden causar efectos secundarios considerables, algunos adolescentes pueden resistirse a tomarlos. “Mi hijo aumentó de peso y culpa al medicamento”, dice la madre de un muchacho de 14 años con trastorno bipolar. “Le molesta

Inicie un diálogo franco con su adolescente acerca de los factores positivos y negativos del medicamento.

mucho. Él ya está estigmatizado por la enfermedad, de modo que esto es un golpe doble.” Si usted se enfrenta con una situación similar, inicie un diálogo franco con su adolescente acerca de los factores positivos y negativos del medicamento. La cooperación se obtendrá mucho más fácilmente si su adolescente observa cómo los aspectos positivos de tomar el medicamento sobrepasan los negativos.

¿Cuándo es que son útiles otros tipos de medicamentos?

Para algunas personas, el episodio actual de manía no responde completamente a un estabilizante del humor por sí solo. O los episodios de manía o depresión pueden manifestarse a pesar de estar tomando un estabilizante del humor. En tales casos, se puede prescribir otro tipo de medicamento junto con el estabilizante del humor, para ayudar a controlar los síntomas. Los agentes antipsicóticos atípicos—medicamentos como la risperidona (Risperdal), olanzapina (Zyprexa), quetiapina (Seroquel), aripiprazol (Abilify), ziprasidona (Geodon) y clozapina (Clozaril)—se usan para el tratamiento de trastornos mentales graves. Estos agentes pueden ser útiles para síntomas como las alucinaciones o las delusiones. Hasta en ausencia de tal ideación distorsionada, los agentes antipsicóticos pueden, a veces, ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar si un estabilizante del humor no es suficiente por sí solo. Los posibles efectos secundarios asociados con los antipsicóticos atípicos, especialmente Zyprexa y Clozaril, incluyen aumento de peso, concentraciones sanguíneas de azúcar elevadas y diabetes.

Cómo lograr que tomen el medicamento

Encontrar un medicamento eficaz para su adolescente es una cosa. Lograr que el adolescente lo tome puede ser otra muy distinta. Los adolescentes pueden resistirse a tomar su medicamento por varias razones, entre ellas, por los efectos secundarios desagradables, simplemente por olvido o por un deseo de ser igual a sus amigos. A continuación se dan algunos consejos ya probados por otros padres para alentar la adherencia al plan de medicamentos:

- Eduque a su adolescente para que sepa lo que puede esperar. “Infórmele que el medicamento puede necesitar unas pocas semanas para funcionar en forma apropiada. Además, es importante alentarle a no perder las esperanzas si el primer medicamento no da resultados. Actualmente hay tantas opciones diferentes.”
- Aliente una conversación franca sobre el medicamento con otros que necesitan conocerlo. “Mi hija es bastante franca con su grupito de amistades. Ella toma su medicamento a las 6:00 de la mañana y a las 6:00 de la tarde. No es raro que ella no esté en la casa a la noche, o hasta a la mañana si fue a una fiesta para quedarse a dormir con sus amigas, pero es cumplidora en cuanto a tomar sus medicamentos cuando no está en la casa.”
- Tome la responsabilidad de guardar y supervisar el medicamento para un adolescente menor de 18 años. “En nuestra casa, se sabe que todos tienen que tomar su medicamento, incluso yo. Yo estoy a cargo de preparar todos nuestros medicamentos a la noche. Yo los pongo en esas cajitas de siete días para los medicamentos, de modo que podamos darnos cuenta de un vistazo si alguien olvidó su medicamento hoy.”
- Establezca claramente lo que espera para los adolescentes mayores, que todavía viven en su casa. “Como esta enfermedad puede tener tan mal efecto sobre toda la familia, cuando mis hijos cumplieron los 18 años, se les dijo que, si querían continuar viviendo en la casa, tenían que seguir tomando sus medicamentos.”

Los adolescentes con trastorno bipolar tienen gran probabilidad de presentar depresión así como manía, de modo que tal vez se les prescriban agentes antidepresivos también.

Sin embargo, se debe tener mucho cuidado, ya que los antidepresivos pueden desencadenar un cambio a la manía o causar ciclos más rápidos entre los humores. Para proteger contra esto, los estabilizantes del humor normalmente se continúan tomando al mismo tiempo. Además, los fármacos contra la ansiedad—como alprazolam (Xanax) o lorazepam (Ativan)—se prescriben a veces para un período corto de uso, para ayudar a controlar los nervios, los pensamientos atropellados y la angustia que puede ocurrir junto con la manía.

¿Cuál es el balance final en cuanto a medicamentos para el trastorno bipolar?

En las personas que responden al litio, los síntomas de manía grave usualmente comienzan a reducirse dentro de los 5 a 14 días después de haber iniciado la administración, pero pueden necesitarse entre semanas y meses para que los síntomas estén completamente controlados. Mientras tanto, a veces se prescriben medicamentos antipsicóticos para ayudar a controlar los síntomas maníacos hasta que el litio se empieza a establecer. Una vez que se ha estabilizado el humor de la persona, el litio puede continuar por períodos prolongados para evitar una recaída o recurrencia. En algunas personas, esto evita completamente que ocurran episodios futuros, mientras que en otros puede reducir la gravedad o la frecuencia de los episodios. Para todavía otros, el litio puede no ayudar en absoluto. Lamentablemente, no hay manera de prever, por adelantado, quién responderá y quién no. La única manera de asegurarse es hacer la prueba con el medicamento y vigilar cuidadosamente el resultado.

Las personas jóvenes con trastorno bipolar están particularmente propensas a los ciclos rápidos o los episodios mixtos. El litio puede tener menor probabilidad de ser eficaz en personas con estas pautas del humor, pero los agentes anticonvulsivos, como Depakote y Tegretol parecen ser prometedores en tales casos. Las opciones de medicamentos también incluyen agentes antipsicóticos atípicos, antidepresivos y medicamentos contra la ansiedad. En la práctica, a menudo es necesario que los adolescentes tomen múltiples medicamentos para controlar todos sus síntomas.

Hasta después que su adolescente empiece a sentirse mejor, frecuentemente se necesita un medicamento a largo plazo para reducir al mínimo el riesgo de episodios futuros del humor. El cambio o la detención prematura del medicamento puede conducir a una recurrencia.

Una última cosa insólita sobre los medicamentos estabilizantes del humor: Algunos adolescentes pueden resistirse a tomarlos aunque los agentes trabajen muy bien. Eso ocurre porque, mientras que algunas personas hallan que los síntomas de manía son trastornantes, otras los encuentran exhilarantes, al menos hasta que los puntos altos empiezan a perder su brillo y los sujetos se dan cuenta del desastre causado por su enfermedad. Una madre, cuyo hijo adulto joven había sido dado de alta del hospital el día antes, escribió en un correo electrónico: “A mi hijo le encanta estar maníaco (siente que es el rey del mundo) y los medicamentos lo bajan de ese punto, así que los odia. Cuatro de sus seis hospitalizaciones ocurrieron porque dejó de tomar sus medicamentos.” Tal vez sea útil si puede encontrar un médico en el que su adolescente confíe y a quien escuche. Es de esperar que la voz en que confía junto con la guía que usted le da, convencerá a su adolescente para hacer elecciones cuerdas a medida que se vuelve mayor.

“A mi hijo le encanta estar maníaco (siente que es el rey del mundo) y los medicamentos lo bajan de ese punto, así que los odia.”

¿Por qué es la psicoterapia un compañero valioso para los medicamentos?

El trastorno bipolar es una enfermedad de múltiples facetas, que necesita un enfoque terapéutico multidimensional. Junto con el medicamento, la psicoterapia es una parte esencial de cualquier plan terapéutico completo. Esto puede ser especialmente importante para la gente joven, ya que la investigación muestra que el menoscabo psicológico y social temprano en la vida deja cimientos para problemas continuos más tarde. Por otra parte, el tratamiento precoz, eficaz, puede iniciar a los adolescentes en un camino más sano para el resto de su vida.

Los tipos de psicoterapia descritos bajo Tratamiento de la depresión (págs. 73–76) en este capítulo, generalmente corresponden también al trastorno bipolar. El tema general comprendido en la psicoterapia se examina detalladamente aquí. Los beneficios potenciales para los adolescentes con trastorno bipolar incluyen:

- menos negativa a aceptar la seriedad de la enfermedad
- mejor adherencia al plan de medicamentos
- aumento de la habilidad para controlar los síntomas eficazmente
- mejor funcionamiento en el hogar y la escuela

Para las personas con trastorno bipolar, la psicoterapia tradicional puede combinarse con la terapia del ritmo social, que trata de regularizar sus rutinas diarias. Se ha descubierto que los programas de rutinas diarias y períodos de sueño regulares pueden ayudar a las personas con trastorno bipolar a mantener el equilibrio de su humor.

Como es el caso de la depresión, es importante que la psicoterapia para el trastorno bipolar sea proporcionada por un terapeuta con capacitación y experiencia en el tratamiento de esta enfermedad. Como también se usan medicamentos, el terapeuta debe estar dispuesto a coordinar los esfuerzos con el médico que los ha recetado. El fuerte componente genético del trastorno bipolar significa que no es raro que otro miembro de la familia, que vive en el mismo hogar, también presente el trastorno. En tales casos, es vital que cualquier persona que necesite tratamiento lo obtenga, ya que un episodio maníaco en una persona puede desencadenar una reacción en cadena emocional entre otros miembros de la familia.

Además, la familia íntegra puede beneficiarse con la terapia de familia. El estrés y el conflicto en el hogar pueden desempeñar un papel en desencadenar episodios del humor. A su vez, el comportamiento maníaco del adolescente puede aumentar rápidamente el estrés y la inquietud para todos los demás. Por lo tanto, no es de sorprender que varios estudios de personas recientemente hospitalizadas por trastorno bipolar hallaron que los que volvían a un hogar con un ambiente de tensión, corrían mayor riesgo de recaída.

Por otra parte, un hogar más calmado da lugar a una vida más placentera para todos, mientras se logra reducir el riesgo de recaída para el adolescente con trastorno bipolar. La terapia de familia puede ayudar a su familia a colaborar como una unidad hacia esta meta.

Un hogar más calmado da lugar a una vida más placentera para todos. . .

¿Qué otros tratamiento podrían ser útiles?

De vez en cuando, alguien atrapado en un episodio maníaco no responde en forma adecuada a la combinación de medicamento y psicoterapia, hasta después de haberse probado varios regímenes de medicamentos diferentes. Si los síntomas son graves, o si hay inquietud acerca del suicidio, la terapia electroconvulsiva (ECT) ofrece otra opción. La ECT implica la administración de una serie corta de pulsos eléctricos cuidadosamente al cerebro, lo que produce una convulsión breve. El procedimiento se describe en detalle en la sección Tratamiento de la depresión (págs. 82-84) de este capítulo. Las investigaciones demostraron que la ECT puede ser útil para personas con manía grave, que no mejoran con otros tratamientos.

Algunas personas con trastorno bipolar observaron que la fase depresiva de su enfermedad tendía a seguir un patrón estacional, comenzando en el otoño o invierno y reduciéndose en la primavera. Estas personas tal vez se beneficien con la terapia lumínica, en la cual son tratados durante todos los meses oscuros de invierno, con una exposición diaria a la luz muy brillante que emana de una fuente artificial. Para obtener una descripción completa de la terapia lumínica, consulte la sección Tratamiento de la depresión (págs. 80-82) de este capítulo. Las personas con trastorno bipolar necesitan enfocarse cuidadosamente en este tratamiento, sin embargo, porque puede tener el potencial de desencadenar un cambio de depresión a manía. Aunque las cajas lumínicas especiales usadas en la terapia lumínica se venden ampliamente sin una prescripción, deben ser usadas sólo bajo la guía de un médico o terapeuta con experiencia.

Cómo hacer frente a una crisis suicida

Uno de los prospectos más aterradoras para cualquier padre es la posibilidad del suicidio. 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 inmediatamente con el médico de su hijo, con un terapeuta o con una agencia de salud mental de su comunidad. Para encontrar un centro de crisis en su área, llame a la Red Nacional de la Esperanza (National Hopeline Network) al número 1-800-SUICIDE (784-2433). O marque 911, si es necesario. No trate de hacer frente a la crisis personalmente.

Aunque no haya signos evidentes de pensamientos o sentimientos suicidas, todavía puede preocuparse debido al trastorno del humor de su adolescente. No vacile en iniciar un diálogo sobre el tema. Al contrario de lo que se cree popularmente, el hablar sobre el suicidio no pondrá ideas en la mente de su hijo. Por el contrario, abrirá la puerta para iniciar una conversación franca. Si su adolescente comparte con usted sus pensamientos o planes sobre el suicidio, mantenga la calma, pero no reaccione pasivamente. Destaque que el suicidio es una respuesta permanente ante un problema pasajero. Después hable de los pasos que los dos pueden tomar juntos para obtener ayuda y encontrar una alternativa mejor.

Cómo encontrar un profesional de salud mental

Son pocas las decisiones terapéuticas que tengan una importancia mayor que la elección de un profesional que pueda tratar a su adolescente. En muchos casos, su adolescente puede tener ya dos profesionales que le atienden: un médico que prescribe y vigila el tratamiento con medicamentos, y un terapeuta que proporciona la psicoterapia. Idealmente, estos profesionales contarán, individualmente, con capacitación y experiencia sustanciales en el campo de la salud mental de los adolescentes. Lamentablemente, la realidad muchas veces se queda corta de este ideal, especialmente en el caso de familias con recursos limitados o que viven en áreas rurales. “No hay psiquiatras en absoluto en estos alrededores”, dice una madre. “Vivimos en las montañas y el psiquiatra más cercano está a una hora y media de viaje.”

Para comprender la extensión del problema, considere el hecho de que hay solamente unos 7,000 psiquiatras para niños y adolescentes en todo el territorio de los Estados Unidos. Naturalmente, los psiquiatras que tratan mayormente a adultos a menudo se ocupan también de pacientes más jóvenes. Sin embargo, en muchos casos, el manejo médico de la depresión o el trastorno bipolar en el adolescente, es supervisado por los pediatras y otros médicos de atención primaria. Aunque estos médicos pueden recetar medicamentos psiquiátricos, no tienen la capacitación extensa de un especialista, y hay dudas en cuanto a que la mayoría de ellos tengan el tiempo suficiente para mantenerse actualizados sobre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

A menos que los síntomas de su adolescente sean muy leves, normalmente lo mejor es pedir al médico primario que le refiera a un especialista de salud mental. Si tiene suficiente suerte como para tener varios proveedores de tratamiento para escoger, asegúrese de comparar su capacitación y experiencia específicamente en el área de los trastornos del humor en la adolescencia. Otros factores que se deben considerar incluyen el enfoque terapéutico del proveedor, sus normas de cargos y pagos, el tipo de seguro aceptado y las horas y la dirección del consultorio.

Es importante que su adolescente se sienta cómodo con el profesional que usted seleccione finalmente. Pero es de ayuda el que *usted* y el profesional también puedan establecer una buena relación. Como explica la madre de dos hijos con trastorno bipolar: “Una característica de un buen proveedor es su disposición para trabajar con toda la familia e incluir a los padres en el plan de atención. Recuerde: Un componente crítico para obtener buenos resultados, es una familia comprensiva, educada. Yo siento que el médico de mi hijo y yo mantenemos una colaboración verdadera basada en el respeto mutuo.”

”Yo siento que el médico de mi hijo y yo mantenemos una colaboración verdadera basada en el respeto mutuo.”

Profesionales de salud mental

Varios tipos diferentes de profesionales proporcionan servicios de salud mental.

<i>Profesional de salud mental</i>	<i>¿Puede prescribir medicamentos?</i>	<i>¿Puede proporcionar psicoterapia?</i>
Psiquiatras	Sí	Sí
Médicos de atención primaria	Sí	No
Enfermeras psiquiátricas	Sí, con capacitación avanzada	Sí
Psicólogos clínicos	No*	Sí
Trabajadores sociales clínicos	No	Sí
Consejeros de salud mental	No	Sí
Terapeutas de matrimonio y familia	No	Sí

*New México y Louisiana recientemente aprobaron leyes que otorgan privilegios para la prescripción, a los psicólogos clínicos con capacitación avanzada. A la fecha de prepararse este texto, las leyes todavía se están procesando para la implementación.

Cómo tomar decisiones sobre la hospitalización

La mayoría de los tratamientos para la depresión o el trastorno bipolar son proporcionados a pacientes ambulatorios. Si los síntomas de su adolescente se vuelven muy graves, sin embargo, puede recomendarse la hospitalización para mantenerlos seguros hasta que la situación se vuelva menos volátil. La internación en un ambiente hospitalario puede ser útil si su adolescente:

- representa una amenaza para sí mismo o para otros
- se está comportando en forma grotesca o destructiva
- necesita medicamentos que deben vigilarse estrechamente
- necesita cuidado las 24 horas del día para estabilizarse
- no ha mejorado con la atención ambulatoria

Actualmente la internación en un hospital generalmente se usa para el tratamiento de corta duración tendiente a estabilizar una afección del adolescente. Los adolescentes vuelven a sus hogares lo más rápidamente posible, lo que reduce al mínimo la disrupción de la vida familiar. Naturalmente, esto también reduce el costo para los planes de atención administrada, que pueden ser antagónicos a los gastos elevados del hospital.

Cualquiera que sea la razón, la estadía promedio en los hospitales psiquiátricos actualmente se mide en días. Los servicios intermedios pueden ayudar a un adolescente que está listo para dejar el hospital, pero que todavía necesita atención especializada. Por ejemplo, los programas de hospitalización parcial ofrecen tratamiento intensivo durante el día, pero permiten que el adolescente regrese a su hogar a la noche.

La decisión de hospitalizar a un niño es un momento de gran ansiedad para la mayoría de los padres. Para un adolescente en crisis, sin embargo, la atención durante las 24 horas del día y el apoyo intensivo pueden ser críticos. Marcus y Jeanne dicen que la hospitalización reciente por manía, de su hija de 17 años, marcó un cambio para mejorar:

Kendra estaba recibiendo medicamentos para el trastorno bipolar desde que tenía 11 años. Después de 6 años, sus padres pensaron que el tomar el medicamento era un hábito tan arraigado que podían dejar que Kendra tomara más responsabilidad por su cuenta, sin peligros. “Pensamos que íbamos a empezar a prepararla para la vida adulta”, dice Jeanne. A fines de mayo, Kendra dejó secretamente de tomar su medicamento, pero no fue hasta principios de junio que sus padres se dieron cuenta de que algo andaba terriblemente mal.

“Se estaba cortando, discutía acerca de cualquier cosa, fue arrestada por posesión de marihuana. Era horrible”, recuerda Jeanne. Kendra empezó a decir que no quería volver a su casa porque sus padres abusaban de ella. Un día, llamó a los Servicios Sociales e informó la misma cosa. A la mañana siguiente, se fue de la casa. Finalmente, en su desesperación, los padres pidieron ayuda y Kendra fue internada en la unidad psiquiátrica pediátrica del hospital local.

“En el hospital, le obligaron a volver a tomar sus medicamentos”, dice Marcus. “Y lograron que empezara a abrirse.” En la terapia de grupo, Kendra pudo compartir sus sentimientos en una forma que no había hecho antes. A medida que su humor se estabilizaba, pudo aceptar, por primera vez, cuánto se había lastimado a sí misma y a otras personas.

“Fue una experiencia desgarradora para todos nosotros”, dice Jeanne. “Pero la experiencia le abrió los ojos a Kendra.” Jeanne acredita a la hospitalización en cuanto a ayudar a su hija a aceptarse mejor a sí misma, su enfermedad y las consecuencias de suspender el medicamento.

Jeanne acredita a la hospitalización en cuanto a ayudar a su hija a aceptarse mejor a sí misma, su enfermedad y las consecuencias de suspender el medicamento.

¿Qué pasa si su adolescente no consiente en ser hospitalizado?

Muchos padres se sorprenden al enterarse de que su adolescente menor de 18 años tiene ciertos derechos para negarse a recibir tratamiento, incluso la hospitalización. La naturaleza de los derechos y la edad a la cual entran en vigencia varían entre un estado y otro. Sin embargo, es muy posible que usted pueda encontrarse en una situación en la que el psiquiatra de su adolescente recomienda hospitalización, y usted está de acuerdo, pero su adolescente no consiente. En tales casos, la mayoría de los estados permiten que un médico prescriba la hospitalización involuntaria por un breve período de evaluación, que normalmente dura 3 días.

Cuando concluye el período de evaluación de 3 días, si el equipo de evaluación cree que es necesaria una hospitalización más prolongada, se necesita una audiencia judicial para determinar si el adolescente puede ser forzado a permanecer en el hospital. Si se recomienda una admisión involuntaria, el tribunal puede ordenar un período especificado de hospitalización. En la práctica, sin embargo, puede ser difícil obtener tal orden debido a las inquietudes acerca de violar las libertades civiles del adolescente.

Esta es una situación difícil, porque la mayoría de los padres comparten la inquietud del tribunal acerca de los derechos del adolescente. No obstante, un adolescente que es inmaduro y cuyo juicio puede estar afectado por la enfermedad, a menudo carece de la experiencia o percepción necesarias de la vida para llegar a decisiones sobre el tratamiento acertado. El personal del hospital o un abogado puede ser capaz de aconsejarle a usted acerca de sus opciones en tal situación, pero éste es un problema complejo que puede no tener una solución fácil.

Cómo encontrar otros servicios de salud mental

La hospitalización es solamente una de muchas opciones terapéuticas. Estas opciones se encuentran en un continuo, con la atención del paciente hospitalizado en un extremo y las visitas ocasionales de paciente ambulatorio a un terapeuta o médico, en el otro extremo.

En el medio hay muchas otras posibilidades para acceder al tratamiento y los servicios de apoyo:

- Centros residenciales de tratamiento—Instituciones que proporcionan supervisión las 24 horas del día, y atención en un ambiente de dormitorio comunal. El tratamiento es menos especializado e intensivo que en el hospital, pero la duración de la internación con frecuencia es considerablemente mayor.
- Servicios residenciales de tratamiento en crisis—Atención temporal, las 24 horas, en un ambiente no hospitalario durante una crisis, por ejemplo, si un adolescente se vuelve agresivo en el hogar. El objetivo es dar tiempo a una situación explosiva para que se enfríe y planificar para el siguiente paso en el tratamiento del adolescente.
- Hospitalización parcial o tratamiento de día—Servicios tales como terapia individual y de grupo, educación especial, capacitación vocacional, asesoramiento de los padres y actividades terapéuticas de recreo, que se proporcionan durante al menos 4 horas al día. Los adolescentes reciben servicios intensivos durante el día, pero pueden volver al hogar a la noche.
- Servicios en el hogar—Asistencia proporcionada en el hogar del adolescente; por ejemplo, ayuda con la implementación de un plan de terapia conductual o capacitación para los padres y adolescentes acerca del control de la enfermedad. El objetivo es mejorar las habilidades de la familia para hacer frente a las cosas y evitar la necesidad por servicios más caros, tales como una hospitalización.
- Atención de descanso—Cuidado de niños proporcionado por padres capacitados o por ayudantes de salud mental por períodos de corta duración. La meta consiste en dar a las familias un momento de descanso del estrés de cuidar a un adolescente enfermo.

Para localizar los servicios de tratamiento y apoyo en su comunidad, pida al médico o terapeuta del adolescente que le de una referencia. También puede probar preguntar a otros padres, al consejero escolar de su adolescente, a su propio médico, a un miembro de la comunidad religiosa, a agencias de servicio social o a la división de salud mental de su departamento de salud local.

¿Qué es un enfoque de sistemas de atención?

Para los adolescentes con una enfermedad mental grave, es particularmente útil si el tratamiento estándar puede combinarse con otros servicios de apoyo. Idealmente, tales servicios deben

. . . El tratamiento óptimo puede necesitar muchos tipos de servicios proporcionados por una variedad de fuentes.

formar parte de lo que se conoce como un sistema de atención—en otras palabras, una red de servicios de salud mental y servicios sociales, organizada para colaborar en proporcionar atención para un adolescente en particular y su familia. La idea es que, como la enfermedad mental toca cada una de las facetas de la vida de una persona joven, el tratamiento óptimo puede necesitar muchos tipos de servicios

proporcionados por una variedad de fuentes. Estas fuentes incluyen no sólo las instituciones tradicionales de salud mental, sino también las escuelas y las organizaciones de servicios sociales.

Dentro de un sistema ideal, las organizaciones públicas y privadas locales se vinculan para planificar e implementar un conjunto individualizado de servicios, que se ajustan a las necesidades emocionales, físicas, educativas, sociales y familiares del adolescente. Dependiendo de la situación, el equipo de su adolescente tal vez incluya representantes especializados en la defensa de la familia, la salud mental, la medicina, la educación, el bienestar del niño, la justicia juvenil, la asesoría vocacional, consejos sobre el abuso de sustancias o actividades de recreo. Un supervisor del caso sirve como coordinador del equipo, manteniendo abiertas las líneas de comunicación y agrupando el manejo completo de servicios. Mientras tanto, el equipo en conjunto trata de solidificar los puntos fuertes del adolescente así como enfrentar cualquier otro problema. Entre todos los miembros del equipo, ninguno desempeña un papel más importante que usted y su adolescente. Ambos deben ser partes integrales del equipo para llegar a la decisión sobre la atención que se proveerá.

Por lo menos, esa es la forma en que las cosas debieran funcionar. En realidad, tal coordinación cuidadosa de los servicios con frecuencia representa la excepción feliz más bien que la regla general. Algunas familias pueden tener dificultades en obtener los servicios de educación especial para un adolescente en la escuela, o en encontrar servicios basados en la comunidad para las horas después de las escolares.

Otras familias pueden no tener acceso a los servicios en el hogar, que pueden mejorar la capacidad de un adolescente para funcionar dentro de la familia y, a veces, evitar la necesidad de la hospitalización.

Cuando estos servicios de apoyo están disponibles, sin embargo, pueden representar un añadido valioso a la psicoterapia y los medicamentos. Donna, por ejemplo, es la madre de dos hijos varones que desarrollaron una enfermedad mental grave durante la adolescencia. “Una persona TSS (personal de apoyo terapéutico, por sus siglas en inglés) vendría a la casa y trabajaría sobre un plan de comportamiento que había sido establecido por el terapeuta de la conducta. Como tengo dos hijos enfermos—uno con trastorno bipolar y el otro con trastorno esquizoafectivo—hemos tenido estos servicios desde hace años, y realmente fue una gran cosa”, dice Donna. Para encontrar sugerencias sobre cómo obtener la gama completa de servicios que su adolescente necesita, consulte la sección del Capítulo 4 titulada Colaboración con la escuela (págs. . 134–145).

Cuando nada calza bien

En las últimas décadas se han desarrollado una gran gama de servicios de salud mental. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes con enfermedades mentales todavía no reciben tratamiento de ninguna clase. Una encuesta telefónica reciente, patrocinada por el Centro Annenberg de Política Pública (Annenberg Public Policy Center) de la Universidad de Pensilvania, pone en evidencia esta situación. La encuesta, conducida entre septiembre y diciembre de 2003, incluyó una muestra nacional representativa de 506 médicos de atención primaria. Sólo el 46% de los médicos declararon sentirse “muy cómodos” para reconocer la depresión en sus pacientes adolescentes, y sólo un 16% se sintieron muy capaces de identificar el trastorno bipolar. Además, sólo uno de cada tres médicos dijo que pensaba que su comunidad ofrecía recursos adecuados de tratamiento para los adolescentes con trastornos mentales, y más de la mitad creía que la falta de cobertura de seguros obstaculizaba el que los adolescentes recibieran el tratamiento que necesitaban.

Cómo navegar en el sistema de la salud mental

La identificación de los servicios apropiados y la elección de un profesional calificado son pasos en la dirección correcta. Sin embargo, para muchos padres, los obstáculos mayores todavía están más adelante: encontrar una forma de pagar por estos servicios. Algunas familias carecen de cobertura de seguros para todos los servicios de salud mental, mientras que otras que tienen seguro con frecuencia descubren que la cobertura es totalmente inadecuada. Casi todos los planes privados de seguros imponen algunas restricciones en los beneficios de salud mental, tales como una limitación en el número cubierto de sesiones de pacientes ambulatorios o en los días de hospitalización. Algunos planes exigen también copagos y montos deducibles para los servicios de salud mental.. Además, el seguro privado normalmente no cubre todo el espectro de servicios

“Yo he gastado miles de dólares para el cuidado no cubierto por el seguro.”

basados en la comunidad y en el hogar, que los adolescentes con una depresión grave o con trastorno bipolar pueden necesitar urgentemente para poder continuar viviendo en su hogar.

“Yo he gastado miles de dólares para el cuidado no cubierto por el seguro”, dice el padre de dos adolescentes con trastornos del humor. “Pero sé que soy uno de los que tienen suerte, porque tengo el dinero para hacerlo. Aproximadamente un mes atrás conocí a una madre que había perdido su casa y su automóvil, porque usó el dinero para cuidar de un hijo con trastorno bipolar.” Éste es el tipo de tragedia familiar que ocurre con demasiada frecuencia.

¿Qué servicios sostenidos por fondos públicos están disponibles?

Con mucho la entidad mayor que paga por los servicios en la comunidad y en el hogar es Medicaid, un programa pagado por una combinación de fondos federales y estatales, que proporciona cuidado para la salud y la salud mental a individuos de bajos ingresos que satisfacen los criterios de elegibilidad. Medicaid es suplementado por el Programa Estatal de Seguro para la Salud del Niño (State Child Health Insurance Program, o SCHIP, por sus siglas en inglés), que proporciona cobertura para niños cuyas familias tienen un nivel de ingresos levemente mayor.

Algunos estados incluyen a los niños SCHIP en sus programas regulares de Medicaid, pero otros los cubren con seguros privados, lo que los deja sujetos a las mismas limitaciones que otros planes de seguros privados.

Lamentablemente, como tanto Medicaid como SCHIP tienen requisitos financieros de elegibilidad, muchas familias de la clase media no reúnen las calificaciones. Estas familias se encuentran en el clásico aprieto doble: No ganan suficiente dinero para pagar los costosos servicios de salud mental desde su bolsillo, pero ganan demasiado para reunir los criterios para los programas de ayuda gubernamental. En algunos lugares, se aconseja a estas familias que cedan la custodia de sus hijos al estado, para poder tener acceso al cuidado que necesitan. En otros lugares, se aconseja a los padres que llamen a la policía y pongan a sus hijos en manos del sistema de justicia juvenil para poder obtener los servicios necesarios. Ésta es una solución sin solución, que subvierte el propósito verdadero del bienestar del niño y los sistemas de justicia juvenil, al forzar a los padres a escoger entre caminos espantosamente dolorosos.

La ley federal, al tratar de ayudar a las familias que, de otro modo, quedarían atrapadas en este dilema, ofrece a los estados un par de opciones. La más conocida es la opción TEFRA, autorizada por la Ley de Equidad Impositiva y Responsabilidad Financiera de 1982 (Tax Equity and Financial Responsibility Act of 1982), también llamada la opción Katie Beckett, debido a la niña cuya situación inspiró originalmente la ley. TEFRA permite que los estados cubran los servicios basados en la comunidad y el hogar, para los niños con discapacidades, que viven en el hogar y necesitan mucha atención, independientemente de los ingresos de la familia. Sin embargo, esta flexibilidad tiene su precio para los estados. En el 2002, sólo 10 estados habían decidido ofrecer la opción TEFRA a niños con trastornos mentales y emocionales. Para obtener más datos sobre Medicaid y las opciones relacionadas en su estado, consulte las páginas gubernamentales de su guía telefónica, o visite los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid en www.cms.hhs.gov.

Si el obtener acceso al tratamiento para su adolescente parece una cosa de lotería, lo es. “En los Estados Unidos no tenemos un sistema de atención para salud mental, sino muchas piezas fracturadas de un sistema”, dice Melissa Morton Lackman, una abogada que preside el Consejo de Defensa Legal de la Fundación Bipolar del Niño y Adolescente (Legal Advocacy Council of the Child and Adolescent Bipolar Foundation, CABF). Los padres que aprenden cómo trabajar dentro del “sistema”, o lo que sea, pueden, a veces, obtener los servicios necesarios. “Pero aunque usted sea educado e ingenioso, todavía tiene que saber cuáles son las preguntas que tiene que plantear”, dice Lackman. Los grupos de apoyo formados por padres y pacientes, tales como CABF y la Alianza de Apoyo de la Depresión y Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA), pueden ser buenos puntos de partida para aprender el funcionamiento.

No es de sorprender que muchos padres dicen que las preocupaciones financieras se encuentran entre los aspectos de mayor estrés de criar un adolescente con depresión o trastorno bipolar. Anualmente, miles de padres tienen que hacer la elección penosa de ceder la custodia de sus hijos para que ellos puedan recibir la atención que necesitan. Otros dejan caer sus carreras

”Cada centavo va a cuidar de los hijos y todavía no alcanza.”

para poder reunir los requisitos para ingresar en los programas de ingresos bajos. Y todavía otros, que tienen buenos empleos y beneficios superiores a lo común, se encuentran en una lucha agotadora, sin fin, para hacer frente a sus necesidades. Como dice una madre, cuyo esposo es un ingeniero asesor con éxito: “Yo creo que es el compromiso financiero lo que abrume a mi esposo. No importa lo duro que trabaje o cuánto dinero gane. Nunca hay

suficiente. No hemos salido realmente de vacaciones en cuatro años. No tenemos dinero para salir o para reparar nuestra casa. Cada centavo va a cuidar de los hijos y todavía no alcanza.”

¿Qué es la paridad de la salud mental?

La paridad de la salud mental es una política que trata de parar la discriminación de los planes de seguros contra los individuos mentalmente enfermos, que está tan difundida actualmente.

La meta consiste en igualar la manera en que se cubren las enfermedades mentales y físicas. La Ley de Paridad de la Salud Mental (Mental Health Parity Act) de 1996 fue un primer paso tentativo en esa dirección. Esta ley federal se aplica solamente a los patrones que tienen más de 50 empleados. Declara que, si un plan de salud de grupo de un patrón incluye cualquier cobertura de salud mental, el plan no puede imponer límites monetarios anuales o de toda la vida sobre los beneficios de salud mental, que sean menores que los ofrecidos para beneficios médicos o quirúrgicos. No obstante, la ley queda corta cuando se trata de garantizar una paridad verdadera. Por un lado, no exige que los planes de salud de grupo incluyan una cobertura para la salud mental. Por otra, no se aplica a los planes de salud de grupo patrocinados por patrones con 50 empleados o menos. Tampoco prohíbe que los planes de salud usen tácticas para soslayar el espíritu de la ley, tales como imponer límites en el número de visitas cubiertas o exigir copagos mayores para los servicios de salud mental.

Estadísticas sorprendentes

- Costo aproximado de una sola sesión de terapia para paciente ambulatorio: \$100
- Costo promedio de la atención para jóvenes internados que necesitan hospitalización psiquiátrica: \$7181 para el trastorno bipolar y \$5288 para la depresión
- Costo aproximado de 1 año en un centro de tratamiento residencial: \$250,000
- Porcentaje de planes de seguros privados que ponen restricciones en los beneficios de salud mental: 94% a 96%, dependiendo del tipo de plan
- Cálculo del número anual de niños estadounidenses colocados en los sistemas de bienestar del niño o de justicia juvenil, solamente para obtener servicios de salud mental: 12,700

Numerosos estados han puesto en vigencia su propia legislación de paridad de la salud mental. Sin embargo, como es el caso de la ley federal, la mayoría de estas leyes estatales presentan brechas considerables en las protecciones que ofrecen. Actualmente, varios grupos defensores de la salud mental están trabajando para lograr que se apruebe legislación más completa. Si está interesado en aprender más o en participar en los esfuerzos de defensa, la Alianza Nacional para el Enfermo Mental (National Alliance for the Mentally Ill) y la Asociación Nacional de Salud Mental (National Mental Health Association) son buenos lugares para empezar.

¿Cómo debe elegir un Plan de Atención Administrada?

Si su familia tiene cobertura de salud mental a través de seguro privado o Medicaid, es probable que esté trabajando con una organización de atención administrada. La atención administrada es un sistema para controlar los costos de la atención de la salud. Hay varios tipos diferentes de planes de atención administrada, entre ellos:

- Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)—En este tipo de plan usted debe usar los proveedores de atención médica que trabajan para la HMO. Si se necesitan los servicios de un proveedor de atención de la salud mental fuera de la organización, normalmente debe ser referido por su médico de atención primaria.
- Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO)—En este tipo de plan 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 (Point Of Service, POS)—Este tipo de plan es similar a las HMO o PPO tradicionales, excepto que usted puede también usar proveedores fuera de la HMO o de la red de PPO. Generalmente debe pagar un copago o monto deducible mayor por la atención fuera de la red.

Cosas que debe hacer y no hacer en la atención administrada

Debe hacer... . .

- familiarícese con las provisiones de su plan de salud.
- conozca a su proveedor de atención primaria tan pronto como pueda.
- participe activamente en la planificación de servicios para su adolescente.
- conozca por adelantado a quién debe llamar y dónde ir en caso de emergencia.
- obtenga cualquier preautorización exigida para los servicios que no sean de emergencia.
- aprenda acerca de los procedimientos para apelar la negativa al tratamiento.

No debe hacer. . .

- no abandone la lucha demasiado pronto; la persistencia a menudo es recompensada en las apelaciones.
- no olvide proporcionar información positiva cuando las cosas están saliendo bien.

Si puede elegir entre varios planes de atención administrada, asegúrese de comparar cuidadosamente los beneficios ofrecidos. Busque cláusulas que excluyan ciertos diagnósticos o servicios de salud mental, o que impongan períodos de espera o no cubran afecciones de existencia previa. Además, busque cláusulas que restrinjan los servicios cubiertos, tales como límites en el número de visitas de pacientes externos permitidas anualmente, o exclusiones de ciertos medicamentos de la lista de medicamentos aprobados. Si ya tiene un médico o terapeuta favorito, asegúrese de que pertenezca a la red de proveedores. Si no es así, busque una red completa, que incluya algunos proveedores localizados cerca de su hogar. Finalmente, considere los copagos y montos deducibles que deberá pagar y trate de informarse acerca de las complicaciones administrativas con que se enfrentará una vez que realmente trate de lograr acceso a la atención.

¿Cómo puede influir sobre las decisiones de la atención administrada?

Uno de los elementos principales para reducir los costos en los planes de atención administrada es el examen de la utilización, un examen formal de los servicios de atención de la salud para determinar si el pago por los mismos debe ser autorizado o negado. Al hacer esta determinación, la compañía de atención administrada tiene en cuenta dos factores: si los servicios están cubiertos bajo su plan de seguro de salud, y si los servicios satisfacen las pautas para “necesidad médica”.

Para satisfacer este estándar un servicio de atención de la salud debe considerarse médicamente apropiado y necesario para satisfacer las necesidades de atención de la salud del individuo. La mayoría de los rechazos se basan en la provisión de necesidad médica. Ésta es una situación en la cual el plan del seguro de salud cubre los servicios que un médico o terapeuta recomienda, pero la compañía de atención administrada decide que no los va a pagar porque no se consideran médicamente necesarios. Como puede imaginarse, ésta es una situación sumamente frustrante.

Por ejemplo, Lisa dice que su plan de salud inicialmente autorizó una hospitalización de urgencia para su hijo, en la institución más cercana disponible, aunque no se encontraba en la red de atención del plan. Pero, a la mañana siguiente, “querían trasladarlo, a pesar del hecho de que estaba en un estado muy frágil. Él estaba catatónico. Yo luché con la compañía de seguro y, finalmente, se me dijo que él podía quedarse”. A las pocas semanas, sin embargo, Lisa quedó sorprendida al recibir una cuenta elevada. A pesar de lo que el representante le había dicho por teléfono, el plan de salud había denegado la cobertura para parte de la hospitalización de su hijo, declarando que no era médicamente necesario que él permaneciera en esa institución en particular.

Afortunadamente, las compañías de atención administrada que usan un proceso de examen de la utilización, también deben ofrecer un proceso de apelación por los servicios que se niegan a

cubrir. Si presenta una apelación, usted debe conseguir la ayuda del proveedor de atención de la salud que recomendó originalmente el tratamiento. Cuando se busca preaprobación para servicios de emergencia, debe estar disponible un proceso de apelación acelerado. Pero si esto ocurre después del hecho en cuestión, o si la situación no es una emergencia, la decisión puede tomar un cierto tiempo. En el caso de Lisa, llevó más de tres meses, pero

Si presenta una apelación, usted debe conseguir la ayuda del proveedor de atención de la salud que recomendó originalmente el tratamiento.

finalmente ella tuvo éxito en lograr que su plan de salud cubriera toda la estadía de su hijo en el hospital.

Si su primera apelación es rechazada, pida notificación por escrito de las razones. Esta noticia también debe explicar qué información sería necesaria para que el tratamiento se aprobara. Siempre puede volver a apelar. La mayoría de las compañías de atención administrada tienen tres o cuatro niveles de apelación y cada uno comprende un juego diferente de personas. Finalmente, es posible que pueda presentar su caso con éxito.

Si se enfrenta con problemas en cualquier etapa del proceso de apelación, existen fuentes de ayuda independientes. Para el seguro que es proporcionado por un patrón, el departamento de recursos humanos tal vez pueda ayudarle. Para los asuntos con Medicaid, su estado puede tener un defensor (“ombudsman”) una persona cuyo trabajo consiste en investigar y tratar de resolver las quejas de los consumidores. Las organizaciones de salud mental también pueden ser capaces de ofrecerle consejos útiles o recomendarle recursos útiles. Si todas sus apelaciones han sido agotadas, la compañía de atención administrada y su proveedor deben ponerse de acuerdo acerca de una alternativa aceptable para el tratamiento que se solicitó originalmente.

A lo largo de todo este proceso, usted puede desempeñar un papel activo en tratar de resolver las necesidades de tratamiento de su hijo. Aunque esto puede ser abrumador inicialmente, muchos padres aprenden a volverse muy eficaces en este papel. A continuación se imparten algunos pensamientos finales de padres que comenzaron tan perdidos y confusos como tal vez se sienta usted en este momento, pero que, finalmente, encontraron su camino para atravesar el laberinto de la atención administrada:

“Casi en cada hospitalización he tenido que luchar con las compañías de seguros, pero finalmente gané. Yo documento *todo*, y nunca abandono en la mitad. Uno tiene que ser incansable”.

“En un momento, yo tenía algo así como 60 días de hospitalización disponibles para mi hija, y sólo \$500 en terapia. Llamé a la compañía de seguros y los convencí que nos dieran más dólares de terapia como intercambio por algunos de los días de hospitalización.”

“Yo documento todo, y nunca abandono en la mitad. Uno tiene que ser incansable”.

“Muchas personas serán informadas de que no está cubierto y abandonarán el intento. Bueno, déjeme decirle algo: Tuve que empujar, pero he tenido éxito el 100% de las veces hasta este momento. Actualmente estoy en el medio de una batalla con la compañía de seguro acerca de uno de los medicamentos que nuestro psiquiatra prescribió y que ellos no quieren cubrir. Ese es el momento en que me pongo a trabajar. Salgo y lo investigo. Algunas veces escribo las cartas que mi médico firma. Usted se sorprendería al ver qué es lo que cubren si uno realmente empuja.”

La vida cotidiana: Cómo ayudar a su adolescente en el hogar y la escuela

Su primera prioridad es obtener el mejor tratamiento posible para su adolescente con depresión o trastorno bipolar. Después de vencer este obstáculo, sin embargo, es probable que se dé cuenta muy pronto de que todavía le quedan muchos otros por salvar. La depresión y el trastorno bipolar afectan cada uno de los aspectos del funcionamiento de su adolescente en el hogar y la escuela. Como padre, usted puede dar ciertos pasos para ayudar a que las cosas salgan más fácilmente en estas áreas claves de la vida diaria. Al reducir el estrés de esta forma, tal vez pueda también acelerar la recuperación de su adolescente y reducir las probabilidades de una recaída o recurrencia.

Por definición, la adolescencia es un período de transición desde la niñez a la vida adulta. Es un período cuando los niños naturalmente comienzan a separarse de sus padres y a forjar vidas e identidades independientes. Tanto para usted como para su adolescente, esta transición comprende cambios importantes en los papeles desempeñados y en las expectativas. A veces, los cambios pueden ser excitantes, pero otras pueden ser atemorizantes. Para los padres de un adolescente con depresión y trastorno bipolar la ansiedad puede aumentar mucho más. Sin embargo, el tira y afloja de la autonomía frente a la dependencia es algo por lo que pasan todos los padres de los adolescentes y representa una fase natural en la evolución de su papel como un padre.

Aunque, inevitablemente, su relación con el adolescente cambiará, eso no quiere decir que se vuelva menos importante. En efecto, su adolescente puede necesitar, ahora más que nunca, la seguridad de su amor a toda prueba y de su apoyo ilimitado.

. . . su adolescente puede necesitar, ahora más que nunca, la seguridad de su amor a toda prueba y de su apoyo ilimitado.

La forma en que se comunique con su adolescente, y la estructura de su vida familiar, pueden ejercer un impacto importante sobre la forma en que el adolescente funciona en el hogar lo que, a su vez, puede influir sobre la forma en que funciona en otras situaciones. El tiempo y la energía que usted dedique a sus otros hijos, su pareja y su propia persona, pueden ayudar a mantener los temas del adolescente en perspectiva, lo que es algo deseable para todos. Y la forma en que usted se enfrenta con los asuntos escolares y defiende las necesidades educativas de su adolescente, puede tener un impacto decisivo sobre el éxito que él o ella tenga en la escuela.

Mientras tanto, usted estará progresando, lenta pero seguramente, hacia una de las tareas más difíciles, pero finalmente más gratificantes para cualquier padre: dejarlo ir. Como padre de un adolescente con depresión o trastorno bipolar probablemente usted tendrá que tomar las cosas un poco más gradualmente que otros padres, pero el objetivo final de ayudar a su hijo a progresar hacia una vida sana, productiva e independiente como adulto joven, todavía es el mismo. Miriam es una madre que ayudó a su hija a hacer la transición con éxito:

Allie había sido diagnosticada con trastorno bipolar a los 7 años, y sus años de adolescencia fueron, a menudo, difíciles. “Los otros niños la acosaban y su reacción era ponerse a los gritos. Ella era la que siempre terminaba castigada”, recuerda Miriam. “También pareció desarrollar un patrón, comenzando en los grados intermedios, de diferenciarse aún más de los otros niños. Por ejemplo, los dos primeros años de la escuela secundaria, se interesó mucho en las religiones paganas naturales y se aseguraba de hablar sobre esto con los niños cristianos más conservadores de su escuela.” A medida que el acoso de los otros estudiantes se intensificaba, también se intensificaba la ira de Allie. En el décimo grado, la situación se había vuelto tan volátil, que Miriam decidió instruir a su hija en el hogar.

Alejada del ambiente “caliente” de la escuela, Allie empezó a progresar. Sus estallidos de furia se calmaron y su interés en las actividades positivas, tales como las lecciones privadas de la voz, mejoró. Allie y su madre encontraron maneras creativas de satisfacer los requisitos académicos, aun cuando la madre continuaba trabajando como funcionaria ejecutiva de relaciones públicas. A pesar de la educación no tradicional, Allie pasó el examen SAT muy bien y no tuvo dificultad en ingresar a un buen colegio.

Sin embargo, la aceptación en el colegio representó sólo la mitad de la batalla. “Allie estaba mucho mejor, pero todavía tenía colapsos emocionales”, dice su madre. “Uno de los parámetros que establecí para ella fue que el colegio no podía estar a más de una o dos horas de distancia del hogar. Allie decidió asistir a una universidad pequeña de humanidades aproximadamente a una hora de distancia. Por dos años le fue bien en los estudios, a pesar del “colapso” ocasional, mientras trabajaba en apoyo de una inclinación literaria potente. Después, la escritora en ciernes hizo, con la bendición de su madre, lo que muchos escritores previos habían hecho: se encaminó a la ciudad de Nueva York. Allie está ahora en su último año de la universidad allá, y la madre observa orgullosamente que “está presentando lecturas de poesía en algunos de los principales establecimientos y está vendiendo sus libritos de poesía”.

¿Cómo pasaron de los estallidos violentos a las lecturas de poesía? Miriam dice: “La cosa más importante es realmente pensarlo bien y determinar todas las habilidades que su hija necesita tener. Y tratar de establecer situaciones en las cuales ella sea independiente pero uno esté cerca, de modo que si se cae, uno puede estar allí para ayudarla a levantarse antes de que pase nada demasiado malo.” Con el tiempo, usted alcanzará el punto en que se pueda parar sin peligros a una distancia cada vez mayor, hasta que, al final, suelte completamente.

“La cosa más importante es realmente pensarlo bien y determinar todas las habilidades que su hijo necesita tener.”

Cómo comunicarse con su adolescente

Antes de que su hijo alcance la tierra prometida de la vida adulta, sin embargo, usted necesitará guiarlo por el camino a veces rocoso de la adolescencia. Entre los primeros obstáculos con que se enfrentará se encuentran las dificultades con la comunicación.

No es raro que los adolescentes dejen de hablar con sus padres por cualquier número de razones. Por ejemplo, pueden tener vergüenza de sus sentimientos y deseos propios, o pueden temer que se les dé un sermón o que se le ridiculice si comparten sus creencias. La depresión puede exagerar esta tendencia al retraimiento, mientras que la manía puede llevarlo al extremo opuesto, de volubilidad incontrolable. Ninguno de los dos ayuda a mantener una conversación productiva. Como decía un padre, “Mi hija pasaba de no hablar una palabra por varios días a semanas, a una gritería que duraba horas.”

El primer paso para restablecer la comunicación consiste en obtener tratamiento para el episodio del humor. Con frecuencia, la psicoterapia ayuda a desarrollar habilidades de comunicación directamente, mientras que los medicamentos pueden reducir los síntomas relacionados y ayudar a fomentar la participación en la psicoterapia. Una vez que el humor del adolescente se ha estabilizado algo más, será más fácil iniciar un diálogo real. Aunque el adolescente parezca no estar interesado inicialmente, recuerde que la mayoría de las personas jóvenes realmente desean tener una conexión estrecha con sus padres. El adolescente puede necesitar solamente una señal de que usted también lo quiere, especialmente si ha habido una tensión considerable en su relación.

Para poner la pelota en juego, pregunte a su adolescente cómo fue el día y hable del día suyo. En el hogar, limite la televisión y el tiempo pasado frente a la computadora. En el automóvil, apague el teléfono celular y reduzca el volumen de la música. Después pasen algún tiempo relacionándose entre sí. Si su adolescente no parece inicialmente querer hablar, aclare que lo único que usted quiere es una comprensión mutua, y que no quiere encontrar quién tiene la culpa. Antes que forzar una conversación, empuje levemente a su adolescente en esa dirección, al aprender acerca de los intereses personales de su adolescente.

Una vez que su adolescente empiece a abrirse, escuche con atención. Usted no tiene que estar de acuerdo con todo lo que el adolescente dice, pero trate de no juzgar. Si su adolescente comparte una idea que parece tonta o inmadura, escúchela seriamente de todos modos. Si su adolescente comparte un error, aclare que usted lo acepta a él o ella, aunque rechaza el comportamiento. Después trate de ayudar al adolescente a encontrar la lección dentro de la experiencia.

Cuando parezca que el momento es correcto, no tenga temor en traer a colación tópicos sensitivos, tales como el abuso de sustancias, la actividad sexual o los pensamientos de lastimarse o suicidarse. De hecho, éstos pueden ser algunos de los temas sobre los que su adolescente necesita hablar. Es mejor hablar de estos temas *antes* de que ocurra una crisis más bien que esperar hasta que uno ya se haya enfrentado con una emergencia. Y no vacile en iniciar una discusión franca sobre la enfermedad mental del adolescente. Al hablar sobre la depresión o el trastorno bipolar como una enfermedad que puede ser tratada y controlada como cualquier otra, usted ayuda a formar una actitud realista pero esperanzada en su adolescente.

Lamentablemente, algunos de los compañeros de su adolescente pueden no haber progresado tanto. La presión para amoldarse a lo que los compañeros esperan puede ser intensa a esta edad, y algunos adolescentes pueden ser bastante crueles para los que se perciben como diferentes de lo normal. La enfermedad mental es una diferencia que aparta a su adolescente de los demás. Cuando usted añade otros factores—cualquier cosa, desde pertenecer a un grupo racial, étnico o a una religión minoritaria, el ser de baja estatura o tener un peso excesivo, hasta tener un trastorno del aprendizaje o una discapacidad física—el acoso puede volverse todavía más vicioso y constante. Si usted sospecha que su adolescente puede ser el blanco de las bromas pesadas o del acoso, mencione el tema. Informe al adolescente que no es falta de él o ella, y tranquilícelo en el sentido de que no tiene que enfrentarse con esto por sí solo. Después inicie una conversación sobre las formas de controlar la situación.

Finalmente, usted quiere que su adolescente sepa que usted está disponible para hablar *de cualquier cosa* que le esté molestando, no importa cuál sea el problema. Algunas veces, su adolescente puede estar buscando consejos acerca de una solución. Otras veces, su adolescente puede querer, simplemente, que se le escucha mientras habla de sus propias ideas. En cualquier caso, usted está satisfaciendo una necesidad vital ofreciendo la guía de un adulto y el apoyo paternal. La alternativa es dejar que su hijo aprenda acerca de la vida basándose estrictamente en lo que dicen los amigos y los medios de difusión, que son malos sustitutos para la sabiduría, la experiencia y los valores que un padre puede impartir.

Es mejor hablar de estos temas antes de que ocurra una crisis . . .

Consejos para vencer el acoso de los bravucones

“Otros adolescentes lo consideran raro y que no se adapta a la situación, así que está pasando un tiempo difícil. Un año, un grupo de chicos de la escuela le dio una paliza.” Es un lamento común entre los padres de adolescentes con depresión o trastorno bipolar. Aquí tiene algunas sugerencias para ayudar a su adolescente a enfrentarse con los bravucones:

- Aumente la confianza del adolescente en sí mismo, lo que ayuda a disuadir a los bravucones.
- Aconsejele que se mantenga en un grupo, ya que a los bravucones les gusta atacar a los que están solos.
- Dígale que trate de no mostrar temor o ansiedad, ya que los bravucones disfrutan de estos tipos de reacciones emocionales. En vez de ello, su adolescente podría simplemente alejarse o usar una broma para calmar la situación.
- Enséñele a responder con autoridad, pero no con agresividad. Simplemente diciendo “¡cállate!” demostrando confianza en sí mismo puede ser útil, pero el responder peleando solamente echa más leña al fuego.
- Aconseje al adolescente a denunciar inmediatamente el bravucón a un adulto en quien confíe. Si el ataque está ocurriendo en la escuela, también es apropiado que usted informe al director acerca del problema.
- Refiera al adolescente al sitio de Internet contra el acoso: “Stop Bullying Now!” (www.stopbullyingnow.hrsa.gov), patrocinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- Hable sobre el valor de las diferencias individuales. Una madre de dos adolescentes con trastorno bipolar se ocupó del asunto de esta manera: “Sí, tú eres diferente, pero todo el mundo es diferente. El hecho de que veas tu vida en forma diferente y aprendas en forma diferente, no quiere decir que estés equivocado.”

¿Cómo debe referirse a la enfermedad de su adolescente?

Como padre, su instinto natural es proteger a su hijo. Sin embargo, cuando se trata de las realidades de la depresión o del trastorno bipolar, usted hará más daño al tratar de proteger a su adolescente contra la verdad de las cosas. Su adolescente ya está bien consciente de que algo no anda bien. Si se lo mantiene ignorante, puede llegar a la conclusión de que la situación es mucho peor de lo que realmente es. La verdad, en comparación, es realmente bastante tranquilizadora. Sí, su adolescente tiene una enfermedad. Es una parte de su vida que necesita ser aceptada. Pero también es una afección que puede tratarse, no una barrera imposible de salvar para llegar a la salud o la felicidad.

Cuando su adolescente comparte con usted sus inquietudes acerca de la enfermedad, trate de reprimir el impulso de responder con un consuelo falso. Si usted dice que todo está bien cuando, en realidad, enfáticamente no lo está, su adolescente puede desmoralizarse pensando que esto es lo mejor que puede esperar. O su adolescente puede preguntarse cómo es que usted siquiera comprende *alguna cosa* cuando, evidentemente, no tiene idea de lo que él o ella está pensando, sintiendo y experimentando. En vez de ello, reconozca que su adolescente está, realmente pasando por un tiempo difícil en este momento, pero también explíquele que este período difícil no va a durar para siempre.

Una vez que el adolescente comience a confiar en usted, recurra a su sensibilidad para usar esta información. Habrá veces cuando necesite pedir consejos o apoyo de otras personas, y también habrá personas que tengan una razón legítima para saber qué es lo que está pasando en la vida del adolescente. Sin embargo, su hijo también necesita sentir que puede confiar en usted para proteger su vida privada. Como es el caso con todo lo demás, lo mejor es hablar sobre esto honestamente. Si su adolescente prefiere que usted no hable de sus problemas con una cierta persona—por ejemplo, un amigo de la familia, una tía favorita u otro hermano—pregúntese si esta otra persona realmente necesita ser informada.

Sí, su adolescente tiene una enfermedad. . . . Pero también es una afección que puede tratarse.

¿Qué hay en un nombre?

Cuando hable con su adolescente y las personas más allegadas a su familia—por ejemplo, otros miembros de la familia, amigos íntimos y maestros—tiene sentido usar términos médicos precisos para describir el trastorno del humor de su adolescente. Cuando hable con conocidos casuales o con extraños, sin embargo, tal vez no tenga el tiempo ni la inclinación para explicar lo que realmente significa la “depresión” o el “trastorno bipolar”. Para evitar interpretaciones erróneas en tales casos, tal vez quiera usar un nombre más neutro para la enfermedad de su adolescente. Un padre dice que, cuando su adolescente tiene un ataque de ira en público, los espectadores con frecuencia suponen que el joven está siendo abusado y tratan de intervenir. Unas pocas palabras de explicación, diciendo que padece de un “trastorno neurológico”, generalmente solucionan las inquietudes de estos extraños de buena voluntad.

Control de la vida en el hogar

Otra forma crucial para ayudar a su adolescente, es proporcionar una vida de hogar que conduzca a mejorar. El objetivo principal es lograr la estabilidad y estructura. Cuanto más errático e imprevisible es el comportamiento del adolescente, tanto más se beneficiarán todos los miembros de la familia de una rutina aparentemente cómoda, calmada y previsible. Aunque un poco de variedad puede ayudar a disfrutar de la vida, demasiada variedad solamente crea el caos y la confusión.

Lamentablemente, es muy fácil que la vida familiar sea asaltada por los altibajos del humor del adolescente. En este tipo de ambiente volátil, el comportamiento puede fácilmente perder el control, como la madre de un adolescente de 15 años con trastorno bipolar lo descubrió: “Mi hijo tenía ataques de cólera y comenzaba a lanzar blasfemias a mi esposo y a mí.

Nosotros tratamos de proteger a su hermanita contra eso tanto como pudimos, porque no queríamos que ella las oyera. Pero eso se volvió una batalla diaria. No era posible poner reglas, porque él explotaba cada vez. En un momento, las cosas se pusieron tan malas que mi esposo temía ir a su trabajo porque no sabía qué es lo que nuestro hijo iba a hacer. Sentíamos que estábamos apresados por él en nuestra propia casa.”

“Sentíamos que estábamos apresados por él en nuestra propia casa.”

Cuando una situación llega a este punto, puede ser necesario recurrir a la terapia de familia, combinada con el tratamiento para su adolescente, para volver las cosas a un camino mejor tan pronto como sea posible. El terapeuta debe poder sugerir estrategias específicas para hacer frente a los problemas tales como estallidos de cólera y desafíos. Por regla general, sin embargo, su adolescente tal vez no sea capaz de cooperar con los planes mejor preparados hasta tanto el tratamiento haya logrado que sus síntomas estén por lo menos parcialmente bajo control.

¿Cómo puede usted proporcionar una forma coherente de crianza?

Ya sea que esté implementando un plan de conducta recetado o criando como siempre a sus hijos, trate de ser coherente en la forma en que responde a su adolescente. La incoherencia solamente conduce a la confusión y causa comportamientos inapropiados. Dentro de los límites de las capacidades conductuales de su adolescente en ese momento, establezca reglas claras con consecuencias bien definidas. Asegúrese de que las reglas son apropiadas para la edad y grado de madurez de su niño. Después cumpla con su parte en hacer cumplir las reglas como había prometido que lo haría.

La coherencia necesita ponerse en práctica no sólo de un día para el otro, sino también de un adulto a otro. Verifique que usted, su pareja y el terapeuta sigan el mismo libreto. Si corresponde, trate de obtener también el apoyo de los padres que no tengan custodia, los abuelos, los maestros u otros adultos importantes en la vida de su adolescente.

De otra forma, tal vez enseñe a su adolescente, sin darse cuenta, a comportarse en una forma que es bastante diferente de lo que usted intentaba. Sharlene aprendió duramente esta lección:

“Yo crío a mis hijos de una forma; mi esposo lo hace de otra forma. Él es el que prepara las reglas y las cumple. Yo soy la que está más con los hijos, y me agotan, de modo que me doy por vencida. Yo creo que mi esposo es demasiado estricto con los chicos. Él cree que yo soy demasiado permisiva.”

Sharlene dice que esta diferencia en el estilo de crianza causó algunos problemas de disciplina con sus tres hijos. Sin embargo, los problemas se amplificaron en los dos que padecían de trastornos del humor. “Yo pensé que era más bondadosa con ellos, pero lo que ellos realmente necesitaban era coherencia”, dice, recordando. “Ellos recibían señales mixtas, de modo que aprendieron a faltar el respeto a un padre, y ese padre era yo.”

*“La oficina del
consejero era
terreno neutro.”*

En el caso de Sharlene y su esposo, el asesoramiento familiar les ayudó a resolver sus diferencias y presentar a los hijos un frente más unido. “La oficina del consejero era terreno neutro”, dice Sharlene. “Mi esposo y yo entrábamos, y el consejero decía, ‘Bueno, ésta es la forma en que necesitan criar a sus hijos’. Ninguno de los dos estaba en lo correcto o lo incorrecto. Sólo se trataba de aprender cómo disciplinar de modo que diera los mejores resultados para los chicos.”

¿Cómo se debe manejar la conducta sin control?

Algunos adolescentes con depresión o trastorno bipolar pueden volverse muy hostiles, agresivos o desafiantes. Otros pueden mentir, robar, pasar la noche fuera de la casa, irse de la casa, abusar de las drogas o meterse en problemas serios. Este comportamiento puede ser un síntoma del trastorno del humor en sí, o de una afección asociada, tal como un trastorno conductual, un trastorno desafiante oposicional o el abuso de sustancias. Cualquiera que sea la etiqueta que ponga en el comportamiento, sin embargo, éste es un problema importante para los padres que están tratando de mantener un hogar seguro, ordenado, para toda la familia.

Los padres de adolescentes propensos a este tipo de comportamiento, con frecuencia informan que sienten como si caminaran sobre huevos, porque nunca saben qué es lo que va a desencadenar la crisis siguiente.

Éste no es un ambiente sano para nadie, y mucho menos para su adolescente, que necesita desesperadamente volver a lograr algún sentido de estabilidad y control. Su terapeuta familiar o el médico del adolescente debe poder darle sugerencias para hacer frente a este tipo de comportamiento disruptivo. Idealmente, usted debe tener ya un plan que cubra todas las contingencias antes de que surja un problema grave, de modo de sentir confianza en su capacidad para hacer frente a lo que aparezca en su camino.

Sin embargo, no entre en pánico si ocurre algo imprevisto. Su ansiedad sólo alimentará las llamas de las emociones de su adolescente. En vez de ello, busque maneras de enfriar la situación, tales como declarando firmemente pero con calma lo que quiere que su adolescente haga, o yéndose por unos pocos minutos. Éste no es el momento para una conversación seria, sin embargo. Un adolescente que está en el medio de un estallido emocional no se encuentra en condiciones mentales para pensar claramente o hablar racionalmente.

Durante un estallido, su adolescente tal vez diga algunas cosas muy desagradables o hirientes. Después, trate de olvidarlas tan pronto como pueda. “No lo tome personalmente”, aconseja un padre. “Dése cuenta de que no es realmente el adolescente el que está hablando, sino su enfermedad. Y trate de entender que el comportamiento de su hijo no tiene nada que ver con usted o con la forma en que lo ha criado. La enfermedad puede, realmente, causar comportamientos que no se verían normalmente en el niño.”

Cómo calmar una situación explosiva

Si no puede lograr que el comportamiento de su adolescente se controle en un tiempo razonable, pida ayuda. Algunas veces, su esposo u otro adulto cercano al niño tal vez logra calmar la situación. Además, si su adolescente parece ser una amenaza para la seguridad de cualquiera, incluida la suya propia, llame al médico del adolescente, a un terapeuta o a la agencia de salud mental de la comunidad inmediatamente. Si el peligro parece inminente, lleve a su adolescente a la sala de emergencia o llame al 911, si es necesario.

La crianza con un compañero

No hay duda alguna: El hacer frente a las demandas físicas, emocionales y financieras de criar a un adolescente mentalmente enfermo puede poner una carga pesada sobre cualquier matrimonio. Algunos no sobreviven, pero otras parejas encuentran que el desafío los une más y les da una sensación de propósito compartido. ¿Cómo lo hacen? Aquí tiene las sugerencias de algunas parejas que han sobrevivido y crecido:

“Los hijos ven que estamos unidos y . . . eso ayuda a su comportamiento.”

- Hagan de su matrimonio una prioridad. “Aunque tenemos estos hijos con problemas, yo creo que ponemos a nuestro cónyuge primero. Los hijos ven que ésta es una asociación y, muchas veces, eso ayuda en su conducta. Ellos saben que no van a poder poner a un padre en contra del otro.”
- Reserven tiempo regular para estar solos. “Pasen algún tiempo los dos solos. Las salidas pueden ser realmente difíciles porque con frecuencia no se puede dejar a los hijos solos, y la abuela tal vez no pueda controlarlos. Pero todavía necesitan encontrar una forma, aunque sea para tomar una taza de café juntos.”
- Hablen acerca de sus diferencias. “Yo tiendo a atacar las cosas tan pronto como ocurren, y mi esposo tiende a reducir la importancia de las mismas. El psiquiatra nos dijo que nuestras realidades son diferentes y que, hasta que encontremos alguna manera de unir nuestras realidades, vamos a tener problemas en llevarnos bien”
- Consideren el asesoramiento de familia. “Comenzamos el asesoramiento para el matrimonio en una semana. Yo creo que, por muchos años, habíamos ignorado nuestros problemas. Queremos estar seguros de que nuestro matrimonio no se esfume gradualmente a medida que nuestros hijos crecen. Uno puede hacer mucho daño si no se tiene cuidado.”

¿Qué ocurre si uno es padre soltero?

La crianza de un adolescente con depresión o trastorno bipolar es un desafío suficiente cuando se tiene un compañero que ayude. Para los padres solteros, los desafíos son aún mayores. El solo hecho de que no sean parte de una pareja no quiere decir que uno tenga que arreglárselas solo, sin embargo. La familia extendida y los amigos íntimos pueden proporcionar mucho apoyo emocional y ayuda práctica.

“Uno necesita una red de apoyo”, dice Sara, que crió a cuatro hijos con trastornos del humor por sí sola, por varios años. “Mi familia vive en el Canadá, de modo que no podía contar con ella. Pero tengo un montón de amigos muy buenos. Algunos de ellos venían y cuidaban de mis hijos de vez en cuando—hasta por unas pocas horas una vez al mes. Eso me permitía salir de vez en cuando, y realmente era una ayuda muy grande.”

Con el tiempo, Sara empezó a salir nuevamente en citas románticas. “Una vez que empecé a ponerme medio seria con un hombre, ponía las cartas sobre la mesa acerca de los hijos”, dice. “No es algo que se pueda esconder. Y me ha tocado ver a hombres que abandonaban la situación y decían que era algo con lo que no podían enfrentarse.” Finalmente, encontró a un hombre que mantuvo la relación. “Él se acostumbró a la idea, y se educó a sí mismo acerca de ella.”

Hace dos años, Sara y el nuevo hombre en su vida se casaron. Desde entonces, su tarea ha sido enfocarse en establecer cimientos sólidos para criar una familia y aprender a trabajar juntos como un equipo. “No ha sido fácil”, dice Sara. Pero ella cree que las comunicaciones francas y un compromiso sólido entre los dos son las claves para salir adelante.

Cómo resolver los problemas entre hermanos

Cuando un miembro de la familia sufre de depresión o trastorno bipolar, el trastorno no sólo afecta a la persona sino también a todos los demás en ese hogar. Los hermanos pueden ser el blanco de los estallidos violentos de un hermano o hermana, o pueden lamentar la pérdida de una conexión estrecha que solían compartir. Otros simplemente se pierden en toda la conmoción a medida que los padres tratan de resolver una crisis tras otra.

Los hermanos más jóvenes pueden aprender por imitación que las conductas disruptivas son una manera rápida de volver a recibir parte de esa atención perdida. Los mayores pueden alejarse de la familia, recurriendo a otras fuentes al tratar de satisfacer sus necesidades emocionales. Algunas de estas fuentes—tales como los equipos de deportes o los clubes escolares—pueden ser sanos, pero la atracción de las cosas prohibidas—como las relaciones sexuales, las drogas o las pandillas—puede ser muy fuerte.

Trate de reservar un tiempo para estar solo con cada hijo.

Son pocos los padres que deciden descuidar a alguno de sus hijos. Sin embargo, cuando uno se siente abrumado y exhausto, es sólo natural tomar el paso de menor resistencia. Lamentablemente, si uno permite ser arrastrado por la corriente, la tendencia es ser arrastrado hacia el hijo con el problema, alejándose de los que no son tan obviamente exigentes. Tal vez tome un esfuerzo consciente de su parte el notar esta tendencia y tratar de corregirla. Trate de reservar un tiempo para estar solo con cada hijo. Aunque esto puede parecer una tarea más que hay que introducir en un programa ya enloquecido, en realidad puede ahorrarle tiempo a largo plazo, al reducir el comportamiento negativo de la imitación. Como mínimo, hará mucho para conservar el vínculo especial que usted tiene con cada uno de sus hijos.

Otro problema común es el resentimiento causado por las reglas diferentes para niños diferentes. Una madre dice que, cuando su hija de 14 años estaba en el punto bajo de un episodio depresivo, “no le pedía que hiciera sus tareas hogareñas porque no las hubiese podido hacer. A la hija menor [de 13 años] eso no le gustaba nada y dejaba conocer muy bien su posición.” En esta situación, tal vez ayude tener una conversación franca con la hermana que no está feliz. Explique que no está mostrando favoritismo. Que usted está tratando a cada niño en forma exactamente igual, al individualizar las reglas para cada uno basándose en sus capacidades personales.

Tal vez ayude señalar que la enfermedad no es la única razón por la cual puedan esperarse diferentes cosas de diferentes niños en la misma familia. Por ejemplo, no se espera que los niños más pequeños hagan las mismas tareas que los mayores, pero todavía se espera que hagan tareas apropiadas para su edad y habilidades.

Algunos hermanos se sienten muy avergonzados por el comportamiento de un hermano o hermana enfermo. Ese fue el caso para una familia en que un hermano y hermana adolescentes asistían a la misma escuela. La niña, que padecía de trastorno bipolar, se volvía muy difícil de controlar durante los episodios maníacos. “Hubo veces en que tenían que restringir sus movimientos en la escuela”, recuerda su madre, “y los otros compañeros decían, ‘mira a tu hermana loca’.” Por una parte, dice, su hijo se sentía avergonzado. Por la otra, se sentía protector de su hermana, con quien había tenido una relación muy estrecha mientras crecían. Estos sentimientos mixtos son bastante comunes entre los miembros de una familia. Puede ser útil, tanto para usted como para sus hijos, hablar de estas cosas honestamente cuando ocurren.

El cuidado de su propia persona

La crianza de un adolescente no es cosa fácil. La crianza de un adolescente con depresión o trastorno bipolar significa hacer todas las cosas que hacen otros padres y, al mismo tiempo, hacer malabarismos con las citas al médico, las visitas al terapeuta, los programas de medicamentos, las reclamaciones de seguros, los problemas escolares y una cantidad de asuntos especiales de la conducta. No es de sorprender, entonces, que algunos padres estén abrumados por todas las demandas sobre su tiempo y energía. Cuando se empiece a sentir de esta manera, es hora de dar un paso atrás y examinar detenidamente su estilo de vida.

“La misión íntegra en mi vida consistía en estabilizar a este niño.”

Es probable que usted halle que se ha vuelto tan consumido por la necesidad de cuidar de todos los demás, que ha olvidado cuidar de sí mismo. Una madre recuerda que, durante los primeros 6 meses después que su hijo adolescente había entrado en una fase maníaca, “ni siquiera me ponía las lentes de contacto; sólo usaba las gafas. No me ponía maquillaje. No comía regularmente. La misión íntegra en mi vida consistía en estabilizar a este niño.”

Lo irónico es que, al dejar de lado sus propias necesidades, deja la puerta abierta para agotarse y sucumbir al estrés, y se vuelve incapaz de ayudar a nadie. Para realmente hacer todo lo posible por su familia, usted necesita estar físicamente descansada y mentalmente fresca. Cuando piensa de este modo, el tomar 30 minutos para salir a caminar, leer un buen libro, visitar a sus amigos o, simplemente, sentarse quieta y meditar, pueden ser las cosas más generosas que puede hacer. El trabajo del cuidador es más parecido a correr una maratón que una carrera de 200 metros llanos, y usted necesita estar bien si tiene planes para completar la carrera.

Otra madre que se ocupaba de un hijo con trastorno bipolar desde hacía varios años, recuerda que en un tiempo era también una de las “madres mártires”. “Pero ya no”, dice. “Voy al gimnasio y hago ejercicios Pilates—esa es una hora sacrosanta. Tengo amistades que dedico tiempo para visitar. Me hago pedicuras. Uno tiene que encontrar un poco de tiempo para uno mismo, aunque sólo sea una hora a la semana inicialmente.”

¿Tiene usted la culpa por el trastorno bipolar de su adolescente?

Los padres a menudo aumentan su propio estrés culpándose a sí mismos por la depresión o el trastorno bipolar de un adolescente. La educación puede ser el mejor antídoto de este sentimiento erróneo de culpa. Tanto la depresión como el trastorno bipolar son enfermedades biológicas asociadas con cambios en el desarrollo, la neuroquímica y la función del cerebro. Aunque los factores del medio ambiente, incluso la crianza, pueden influir sobre el inicio, la severidad y la recurrencia de los síntomas, otros factores también afectan el curso de estas enfermedades. No sólo no es correcto, sino que también es contra productivo apropiarse de la carga de los sentimientos de culpa sin necesidad.

Esté alerta también para un escollo relacionado: Es muy fácil tomar conocimiento de las bases biológicas de los trastornos del humor y retorcerlos para señalar a otro tipo de acusaciones. La gente puede comenzar culpando a un lado u otro de la familia por haber transmitido los genes de la depresión o el trastorno bipolar. “Mi ex-marido pasó el gen a mis hijos. Ellos nunca tuvieron posibilidad de escape” dice otra madre. La verdad, sin embargo, es mucho más complicada que todo eso. Probablemente múltiples genes participan en los trastornos del humor, y la genética es sólo uno de los muchos contribuyentes para la aparición de estas enfermedades.

Es, por cierto válido, y tal vez hasta sea útil, trazar los vínculos genéticos entre su adolescente y otros parientes con trastornos del humor. Sin embargo, el énfasis siempre debe ponerse en aprender más acerca de la enfermedad y tal vez ayudar a su adolescente a apreciar la afinidad que comparte con otros parientes que sirven como ejemplos positivos. Cuando el enfoque se inclina a encontrar un culpable, se vuelve destructivo. Si ocurre esto, es necesario enfocarse en mirar al futuro, en vez del pasado.

¿Qué pasaría si usted tuviese también un trastorno del humor?

Debido al componente genético de los trastornos del humor, no es raro que un padre y un hijo estén afectados al mismo tiempo. Si esa es su situación, es importante buscar tratamiento no sólo para su adolescente sino también para usted mismo. Las familias en las cuales uno de los padres padece de una enfermedad mental no tratada, tienden a estar caracterizadas por menos apoyo emocional mutuo y más conflicto interpersonal. Estos factores, a su vez, pueden contribuir a los episodios del humor y la mala adherencia al tratamiento, en los hijos con depresión o trastorno bipolar.

Al obtener tratamiento y aprender a controlar sus propios síntomas, usted se vuelve más disponible para su adolescente, tanto mental, como física y emocionalmente. Usted también representa un ejemplo de los buenos hábitos de cuidado personal que quiere que su adolescente aprenda. Es interesante notar que algunos padres, que han descuidado su propio tratamiento con el pasaje de los años, encuentran que el tener un hijo enfermo les motiva a finalmente obtener la atención que ellos necesitan. Una madre, que no había sido diagnosticada formalmente con trastorno bipolar hasta que se diagnosticó a su hijo, dice: “Él tuvo suerte, porque obtuvo ayuda temprano. Yo no quiero que tenga que pasar por lo que pasé yo cuando era adolescente.”

Balance entre el trabajo y la vida – Qué hacer y qué no hacer

Debe hacer... . .

- pregunte sobre la cobertura de seguro para salud mental cuando considere un nuevo trabajo.
- obtenga la ayuda de recursos humanos si tiene problemas con una reclamación de seguro.
- trate de negociar horas de trabajo flexibles para permitir emergencias familiares.
- considere cuidadosamente si divulgará la enfermedad de su adolescente a su empleador.
- use el programa de asistencia al empleado (PAE) de su compañía, si se ofrece uno, como otra fuente de servicios de salud mental para usted y su familia.
- conozca sus derechos bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica, que declara que los empleadores cubiertos deben dar hasta 12 semanas de licencia sin pago a los empleados elegibles durante cualquier período de 12 meses, para cuidar de un pariente inmediato que presenta una afección grave. Para obtener detalles, visite el sitio en Internet de la Administración de Estándares de Empleo del Departamento de Trabajo de EE. UU. (Department of Labor's Employment Standards Administration) en www.dol.gov/esa.

No debe hacer. . .

- tener temor a explorar opciones creativas, como empleo compartido o trabajo independiente.
- dejar que sus habilidades de trabajo se vuelvan anticuadas si detiene su carrera por un cierto tiempo; considere las clases de educación continua o el trabajo voluntario para mantener su propio valor en el mercado.

Cómo ayudar a evitar una recurrencia de la enfermedad de su adolescente

Después que la afección de su adolescente se ha estabilizado, todavía hay una posibilidad de que ocurra una recaída o recurrencia. Usted debe desempeñar un papel central para ayudar a evitar los episodios futuros, manteniendo los hábitos que fomenten la salud, que eran tan importantes durante el proceso de curación del adolescente. Las comunicaciones claras, una vida hogareña estable, un estilo de crianza coherente, la disciplina apropiada, los lazos familiares sólidos, los ejemplos positivos y la buena adherencia al plan terapéutico de mantenimiento son ingredientes imprescindibles para el éxito a largo plazo.

Durante el curso de la enfermedad del adolescente, trate de estar al tanto de sus síntomas típicos del humor. De esta forma, podrá reconocer las señales de peligro de un episodio inminente y obtener ayuda en las primeras etapas, antes de que los síntomas se vuelvan demasiado severos. Usted puede ayudar también a su adolescente a notar y reconocer las señales de peligro. Una madre, que también es una psicoterapeuta en su vida profesional, aconseja: “Vuélvase la única persona en que su adolescente confía para ofrecer información acerca de la forma en que está actuando. Si usted dice, ‘estás actuando como si estuvieses deprimido’ el adolescente necesita confiar en la observación y examinar sus propios sentimientos y conducta en ese momento.” Al final, esto ayudará a su adolescente a aprender que debe actuar sin demora y combatir los síntomas del humor tan pronto como aparezcan.

Por experiencia propia

¿Siente a veces como si realmente nadie supiera por lo que está pasando? Los autores de estos libros lo saben, porque ellos también lo pasaron como padres de hijos con depresión o trastorno bipolar. Los libros son testamentos de la determinación a toda prueba de los autores para ayudar a sus hijos, y de las percepciones duramente ganadas por ellos a lo largo del camino. Las páginas están llenas de consejos, inspiración y un coraje callado que tal vez usted encuentre consoladoramente familiar.

Lederman, Judith y Candida Fink. *The Ups and Downs of Raising a Bipolar Child: A Survival Guide for Parents*. New York: Fireside, 2003.

Raeburn, Paul. *Acquainted With the Night: A Parent's Quest to Understand Depression and Bipolar Disorder in His Children*. New York: Broadway Books, 2004.

Steel, Danielle. *His Bright Light*. New York: Delacorte Press, 1998. (Ésta es una autobiografía cariñosa escrita por la novelista de tanto éxito, pero una palabra de aviso de que la historia de la vida de su hijo termina trágicamente en el suicidio.)

Pero, aunque un poco de vigilancia es una buena cosa, no se exceda. Los adolescentes generalmente no aprecian que se los ahogue con atención proporcionada por los padres. Como dice otro padre, “Lo que es importante es no estarles encima todo el tiempo, sino estar disponible y al tanto de lo que está pasando en sus vidas.”

Colaboración con la escuela

Su adolescente pasa más tiempo en la escuela que en cualquier otro sitio, excepto en su hogar. Para los adolescentes, la escuela es un sitio donde no sólo aprenden acerca de asuntos

*Una vez que se estabilizan,
es muy posible que estos
adolescentes prosperen en la
escuela.*

académicos sino también el sitio donde se conectan con los amigos y entran a participar en actividades extracurriculares. Los que tienen éxito en este ambiente adquieren las habilidades cognitivas y sociales que necesitan más tarde para la universidad, el trabajo y las relaciones entre adultos. Lamentablemente, los adolescentes con trastornos del humor corren riesgo de una mala asistencia escolar, falta de impulsos académicos,

fracaso escolar y abandono de los estudios. En el medio de un episodio, pueden encontrar muy difícil prestar atención, pensar claramente, resolver problemas, recordar información, sentarse quietos y cumplir con las reglas del aula.

Una vez que se estabilizan, es muy posible que estos adolescentes prosperen en la escuela, pero todavía necesitan un poco de ayuda adicional de los padres y maestros. Entre otras cosas, ciertos medicamentos pueden causar efectos secundarios que afectan adversamente el aprendizaje.

Estos efectos incluyen somnolencia, fatiga, falta de alerta mental, problemas con la memoria, habla arrastrada, mala coordinación o molestias físicas, tales como náuseas o sed excesiva.

Cuando se enfrentan con un adolescente que tiene necesidades especiales, algunos maestros y administradores se adaptan bastante bien y están ansiosos por ayudar. No obstante, otros son inflexibles y carecen de simpatía, basándose en la ignorancia o prejuicios acerca de los trastornos mentales. Su trabajo, como padre, es desarrollar un vínculo eficaz con la escuela. Su meta es apoyar a los maestros positivos, educar a los que no están bien informados y evitar los pocos que no pueden entender por lo que está pasando su adolescente.

Para ayudar a su adolescente a sacar el mayor partido de la escuela pública, usted necesita estar al tanto de las oportunidades educativas que están a disposición de los estudiantes con discapacidades, incluso los que padecen de enfermedades mentales. “El sistema escolar es el vehículo de igual oportunidad para la enfermedad mental porque si su hijo satisface los requisitos de la reglamentación para la Educación de Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, o IDEA) los ingresos suyos no importan”, dice Tammy Seltzer, una funcionaria principal del cuerpo de abogados del Centro Bazelon para Leyes sobre Salud Mental (Bazelon Center for Mental Health Law). Las escuelas tienen orden de proporcionar una educación pública gratuita y apropiada para todos. En el caso de las familias cuyos ingresos no les permiten participar en Medicaid, las escuelas pueden ser la mejor fuente de servicios patrocinados públicamente.

¿Cómo puede usted colaborar con los maestros de su adolescente?

Los maestros son sus aliados más importantes en la escuela. Ellos son los que pasan una hora o más diariamente, cinco días a la semana, con su adolescente. Y son ellos los que controlan el ambiente educativo, para mejor o peor. Cuando los niños están en la escuela primaria, es fácil conocer a sus maestros y, tal vez, ofrecerse como voluntario en la escuela para ayudar a supervisar una excursión fuera de la escuela, si sus horarios lo permiten.

A medida que los estudiantes crecen, sin embargo, tal vez tengan un maestro diferente para cada materia. También puede ser que sus adolescentes no vean con buenos ojos el encontrarse con usted en los pasillos de la escuela.

Sin embargo, no permita que esto le desaliente. No importa cómo se comportan, “los hijos de todas las edades realmente quieren que sus padres intervengan”, dice Donna Gilcher, una ex-maestra y administradora escolar que ahora dirige programas educativos para la Fundación del Niño y Adolescente Bipolar (Child and Adolescent Bipolar Foundation, o CABF). Lo que usted debe recordar es considerar la necesidad de independencia de su hijo, especialmente frente a sus compañeros y amigos. Como dice Gilcher, “En la escuela primaria está bien traer el almuerzo a su hijo y decirle, ‘Mira, olvidaste tu almuerzo’”. En la escuela intermedia, usted lleva el almuerzo y lo deja en la oficina”.

“Me acerco a los maestros y les doy la mano”

Haga un esfuerzo por conocer todos los maestros de su adolescente. “En la ocasión en que las escuelas abren sus puertas a todos los padres, al iniciarse el año, me acerco a los maestros y les doy la mano”, dice una madre. Los miro bien a los ojos y retengo su mano para que recuerden mi cara. Digo, ‘Hola, yo soy Roberta Smith. Soy la madre de Jake’. Y después digo, ‘Escúcheme, si tiene cualquier problema ¿me puede llamar inmediatamente? Porque podemos charlar acerca de estas cosas’. Me pongo en situación muy asequible, y ellos me llaman.”

Después del encuentro inicial, manténgase en contacto durante todo el año. Si surge un problema, dé al maestro el beneficio de la duda. La mayoría de los maestros quieren ayudar a todos los estudiantes. Sin embargo, como ocurre con los padres, a veces encuentran dificultades en trabajar con un estudiante cuyo comportamiento y habilidad para aprender están afectados por un trastorno del humor o por los efectos secundarios de un medicamento. Presente al maestro una actitud que exprese “estamos juntos en este asunto”, y probablemente tendrá mayor probabilidad de obtener una respuesta positiva.

Por otra parte, si empieza con un tono de acusación, las defensas del maestro se activarán, y lo más probable es que terminen en una posición antagonista.

No olvide informar al maestro cuando las cosas estén *yendo bien*. Una nota ocasional de agradecimiento o un obsequio pequeño para demostrar su aprecio puede ayudar a cementar una alianza potente. También puede establecerse como una buena ayuda para la escuela al participar en los proyectos para recaudar fondos u ofreciéndose como voluntario en la oficina. Los educadores son seres humanos, que responden al aliento y al apoyo como todos los demás. Cuanto más haga para cementar una relación de colaboración positiva con el personal de la escuela, tanto más eficaz será cuando llegue el momento de pedir servicios para su estudiante.

De vez en cuando, tal vez se enfrente con un maestro que sigue sin responder a las necesidades de su adolescente, no importa cómo trate usted de acercársele. En tales casos, es perfectamente apropiado recurrir al director y presentar una queja. Una vez más, sin embargo, trate de evitar las acusaciones cuando describa el problema. En vez de ello, aborde al director con la actitud de que hay un problema que puede resolverse con la colaboración. Tal vez eso sea todo lo que se necesite para obtener la cooperación del maestro. Si todo falla, pida un sitio diferente para su estudiante. Su adolescente tiene ya suficientes obstáculos en la escuela sin necesidad de tener que trabajar con un maestro que no está dispuesto o no es capaz de adaptarse a necesidades individuales.

Su adolescente tiene ya suficientes obstáculos en la escuela sin necesidad de tener que trabajar con un maestro que no está dispuesto o no es capaz de adaptarse a necesidades individuales.

¿Qué leyes cubren los servicios para estudiantes con discapacidades?

En los Estados Unidos, hay dos leyes principales que cubren los servicios para estudiantes con discapacidades en las escuelas públicas: IDEA y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

IDEA es una ley federal que se aplica a los estudiantes que presentan una discapacidad que afecta su habilidad para beneficiarse con los servicios educativos generales. Para reunir los requisitos para recibir servicios especiales bajo IDEA, los estudiantes deben satisfacer criterios específicos dentro de una de 13 categorías de discapacitación. La categoría más obvia para el adolescente con depresión o trastorno bipolar podría parecer ser un trastorno emocional. Lamentablemente, la definición de esta categoría dentro de la ley (consulte el cuadro bajo “Trastorno emocional”) es vago y carece de una base sólida en las investigaciones y la práctica de salud mental.

Además, algunos padres se preocupan acerca del potencial de sesgo contra los estudiantes clasificados como trastornados emocionalmente. En algunas escuelas, los maestros pueden considerar esta definición como un sinónimo de alborotador. Por extensión, pueden considerar los comportamientos disruptivos como signos de desobediencia deliberada más bien que como síntomas de una enfermedad biológica. En otras escuelas, los estudiantes clasificados como padeciendo de trastornos emocionales pueden ser dirigidos a programas de modificación del comportamiento que no son, necesariamente, apropiados para los adolescentes con un trastorno del humor. Estos programas se basan en un sistema de recompensas y castigos, que está diseñado para enseñar una conducta apropiada. Sin embargo, si los adolescentes son incapaces de responder como se intenta a las consecuencias de los humores inestables, este enfoque puede sólo generar frustración.

Por estas razones, algunos educadores tratan de que los niños con trastornos del humor se coloquen en una categoría llamada “otra discapacidad de salud” (OHI, por sus siglas en inglés), que incluye el trastorno de déficit de atención hiperactiva, así como otras enfermedades mentales que afectan el rendimiento escolar. Esta clasificación puede reducir el estigma tanto para los estudiantes como para su familia. También puede alentar a la escuela a tomar los aspectos biológicos de la depresión y el trastorno bipolar en consideración, cuando tome decisiones educativas o disciplinarias. En particular, el rótulo OHI destaca el hecho de que la conducta disruptiva relacionada con el trastorno del humor puede no estar bajo el control del estudiante.

Los servicios proporcionados a los niños bajo IDEA se basan en un plan educativo individualizado (PEI) que se describe en las págs. 140–143. Este tipo de plan tiene en cuenta alojamientos educativos necesarios, que van desde modificaciones de menor importancia en el aula al ingreso en una clase de educación especial o escuela terapéutica. El gobierno federal proporciona más fondos a las escuelas para estudiantes comprendidos en IDEA. Desde otro punto de vista, el proceso PEI puede consumir tiempo y ser engorroso. Además, algunos niños con trastornos mentales tal vez no satisfagan los criterios de admisión de IDEA.

Trastorno emocional

A continuación se presentan los criterios de IDEA para el trastorno emocional:

1. Debe estar presente al menos una de las siguientes características durante un período prolongado y que afecte notablemente en forma adversa el rendimiento educativo del estudiante.
 - a. Una incapacidad para aprender que no puede ser explicada por factores intelectuales, sensoriales o de salud
 - b. Una incapacidad para formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus compañeros y maestros
 - c. Tipos inapropiados de comportamiento o sentimientos bajo circunstancias normales
 - d. Un humor general dominante, de infelicidad y depresión
 - e. Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o escolares
2. La definición incluye esquizofrenia.
3. La definición no incluye la mala adaptación social, a menos que se acompañe de una de las otras afecciones mencionadas antes.

Otro impedimento de salud

A continuación se presentan los criterios IDEA para la clasificación OHI:

1. El estudiante tiene fuerzas o vitalidad limitadas o un estado de alerta alterado, lo que causa un estado de alerta limitado con respecto al ambiente educativo.
2. La causa es un problema crónico o agudo de salud, tal como el trastorno de déficit de la atención hiperactiva, asma, diabetes, epilepsia, una afección cardíaca, hemofilia, envenenamiento de la sangre, leucemia, nefritis, fiebre reumática o anemia drepanocítica.
3. El rendimiento educativo del estudiante está afectado adversamente.

La Sección 504 proporciona otra opción para dichos estudiantes en las escuelas públicas. Solamente requiere que los estudiantes tengan un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, un estándar que cualquier estudiante con depresión importante o trastorno bipolar puede satisfacer. Un plan 504 puede, a veces proporcionar una alternativa más rápida a un PEI aunque tiene su propio juego de requisitos. Teóricamente, puede ofrecer todos los mismos servicios. Sin embargo, como las escuelas no reciben fondos adicionales bajo la Sección 504 como es el caso bajo IDEA, la mayoría prefiere no seguir el camino 504 cuando se necesitan realizar cambios físicos extensos. Como asunto práctico, algunas escuelas no se adhieren a un plan 504 tan estrictamente como lo hacen con un PEI, aunque hay provisiones legales que les exigen hacerlo.

¿Qué es un PEI y cómo se prepara?

Un PEI es un plan educativo, preparado por escrito, para un estudiante individual que reúne los requisitos para recibir los servicios bajo IDEA. El primer paso en el proceso del PEI es una

*un plan educativo,
preparado por escrito,
para un individuo que
reúne los requisitos para
recibir los servicios*

solicitud para evaluación, que puede ser hecha por el personal de la escuela, los padres, los estudiantes u otros interesados. Si usted inicia la solicitud, póngala por escrito. Se recomienda que envíe una carta por correo certificado u obtenga un recibo si la entrega en propias manos.

Una vez que ha hecho la solicitud, la escuela debe completar una evaluación total o darle un aviso por escrito de su negativa, y darle a conocer los derechos que usted tiene. Suponiendo que se ha hecho una evaluación completa, la misma debe haber sido realizada por profesionales capacitados y ocuparse de todas las áreas relacionadas con la discapacidad sospechada. La meta es establecer si el estudiante presenta una discapacidad que afecta adversamente su habilidad para desempeñarse en la escuela.

Usted será notificado de los resultados de la evaluación. 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. Sin embargo, si usted y el sistema escolar están de acuerdo en que su hijo es elegible, el paso siguiente es programar una reunión del equipo de PEI. En esta reunión, usted, el personal escolar y cualquier otro miembro del equipo, preparará un plan específico para su hijo. El equipo debe estar dispuesto a consultar con el médico o terapeuta de su hijo, si es apropiado. El plan enumera cualquier servicio especial que su hijo necesita, los objetivos que se espera que su hijo alcance, y los puntos de referencia para medir el progreso de su hijo. El equipo del PEI también decide dónde se proporcionarán los servicios y qué arreglos especiales pueden ser necesarios. El principio guía es que un niño debe ser colocado en el ambiente menos restrictivo posible. Esto quiere decir que su hijo no será asignado a una clase de educación especial independiente, por ejemplo, si sus necesidades pueden satisfacerse en una clase regular.

Suponiendo que usted está de acuerdo con el PEI y la asignación propuesta, usted firmará el PEI y éste se pondrá en efecto. Usted y el resto del equipo del PEI se reunirán entonces a intervalos regulares para examinar el progreso de su hijo, hacer cualquier cambio necesario en los servicios, y preparar nuevos objetivos. Es posible que usted no esté de acuerdo con el PEI, sin embargo, en el caso de que usted y los otros miembros del equipo no puedan llegar a un consenso.

En tal caso, no firme el PEI. Para evitar que el plan entre en efecto automáticamente, necesitará proporcionar un aviso por escrito, sin demora, acerca de su desacuerdo, y pedir otra reunión del equipo del PEI, donde puede tratar de llegar a un compromiso. Si eso falla, puede entonces invocar sus derechos de patria potestad, en conformidad con el debido proceso, que incluyen el derecho de aportar al plan educativo de su hijo y tomar acción para resolver las disputas. Puede pedir una audiencia imparcial, en la cual usted y el distrito escolar tengan, cada uno, oportunidad de presentar su caso al funcionario de la audiencia. También debe estar disponible la mediación.

“La meta es no tener que llegar al proceso debido”, dice Gilcher. “Pero, desde el momento en que usted recibe el diagnóstico para su hijo y busca ayuda de la escuela, debe estar preparándose para una queja de debido proceso, por las dudas.” Eso significa mantener documentación completa, por escrito, de todo lo que ocurra. Gilcher recomienda abrir una carpeta grande, de tres anillos, en la que guardará copias de:

- Los resultados de la evaluación
- El o los PEI
- Los documentos médicos, incluso los que se relacionen con los síntomas del trastorno de su hijo y los efectos secundarios de los medicamentos que deba tomar.
- Los informes del progreso o las listas de clasificaciones
- Los resultados de las pruebas normalizadas o el nivel de competencia
- Las comunicaciones por escrito, incluso cartas y avisos formales, notas informales y correos electrónicos
- Notas sobre comunicaciones verbales, incluso conversaciones telefónicas y reuniones personales frente a frente
- Muestras representativas del trabajo escolar
- Documentos financieros, incluso facturas y recibos, por servicios que usted paga privadamente para avanzar la educación de su hijo
- Materiales relacionados, incluso información sobre IDEA y las políticas y procedimientos sobre educación especial en su estado

Reautorización de IDEA

A la fecha de prepararse este libro, la reautorización de IDEA está siendo considerada por el Congreso. En el 2003 y el 2004, las Cámaras de Representantes y de Senadores de EE. UU. aprobaron versiones diferentes de un proyecto para reautorizar la ley. Para resolver estas diferencias se convendrá un comité para celebrar una conferencia conjunta entre las dos cámaras. Dependiendo de la forma que tome el proyecto que finalmente se haga ley, es posible que ciertas provisiones de IDEA cambien. Para obtener la información más reciente visite el sitio del Consejo para Niños Excepcionales-Ley IDEA y recursos (Council for Exceptional Children–IDEA Law and Resources, www.ideapractices.org) y el del Centro de Diseminación Nacional para Niños con Discapacidades (National Dissemination Center for Children with Disabilities, www.nichcy.org).

¿Qué tipos de arreglos pueden ser necesarios?

Ya sea que su adolescente tenga un PEI o un plan 504, ciertas modificaciones podrán necesitarse para ayudar a que su adolescente tenga éxito en el aula de clase. Aquí es donde entra realmente la parte individualizada, ya que no hay dos estudiantes que sean iguales ni aulas de clase que lo sean. A continuación se dan algunos ejemplos de las modificaciones que han dado buenos resultados para otras familias:

- Permisos para salir impuestos por el estudiante—“Mi hija tiene un ‘pase especial’ que le permite dejar el aula y visitar a su asistente social cada vez que sienta que está por perder el control”, dice una madre. Esto permite que la hija pueda evitar los estallidos antes de que uno ocurra.
- Ajustes en los horarios—“Yo lo arreglo de modo que mi hijo nunca tenga dos clases seguidas en que deba sentarse quieto”, dice otra madre. Por ejemplo, su hijo puede tener una clase de matemáticas seguida de una de educación física. Otro ajuste posible incluye iniciar el día escolar más tarde o tener un día más corto.

Cambios pequeños que logran mucho

Gilcher ofrece estos ejemplos de modificaciones relativamente de menor importancia, que pueden dar grandes resultados para algunos estudiantes con trastornos del humor:

Horarios

- Permitir al estudiante entrar más tarde o tener un día más corto
- Programar las clases más estimulantes al principio del día para interesar al estudiante
- Programar las clases más difíciles para la hora del día en que el estudiante está normalmente más alerta

Instrucción

- Advertir a los estudiantes antes de que ocurra un cambio en las actividades
- Proporcionar períodos de descanso para moverse a intervalos regulares
- Comunicarse con los padres semanalmente para informar sobre el rendimiento del estudiante en el aula de clase
- Permitir una botella de agua en el escritorio
- Permitir descansos frecuentes para ir al baño

Exámenes

- Dividir los exámenes extensos en segmentos más pequeños
- Simplificar las instrucciones para el examen
- Permitir más tiempo para los exámenes
- Proporcionar una sala de exámenes alejada de los otros estudiantes y sin distracciones
- Ofrecer otras tareas como alternativa a los exámenes de gran estrés

Tareas para el hogar

- Exigir el uso de un anotador para tareas asignadas
- Simplificar las instrucciones para las tareas en el hogar
- Extender el plan de entrega para los proyectos extensos

- Asignaciones alternativas—“En el caso de mis hijos, realmente ayuda el que no tengan que hacer presentaciones orales al frente de la clase” dice la madre de cuatro estudiantes con trastornos del humor.

En vez de ello, los estudiantes podrían presentar el material individualmente al maestro. Otro arreglo posible incluye simplificar las instrucciones para las tareas asignadas o modificar los plazos de entrega para las tareas en el hogar.

- Crédito por trabajo externo—“Mi hijo estaba en un programa de rehabilitación por drogas dos horas al día, tres días a la semana. Yo informé a la escuela: ‘Eso le ayudará más en la vida que cualquier clase de historia o de inglés.’” La escuela estuvo de acuerdo con esta madre y dio un crédito de la escuela secundaria a su hijo por el programa.

Es importante que su adolescente entienda que estas modificaciones no le dan carta blanca para evitar el trabajo o desobedecer las reglas. “Mi filosofía es que el trastorno bipolar no es una excusa para dejar de hacer las cosas”, dice la madre de un adolescente en el octavo grado. “De hecho, eso significa que tiene que trabajar un poco más duro.” La expectativa es que los estudiantes todavía necesitan hacer un esfuerzo para dar lo mejor de sí mismos en cualquier día en particular. El ambiente escolar simplemente se adapta para ayudarle a sacar el mayor partido posible de su capacidad.

Cómo encontrar apoyo de otros padres

¿Cuáles son los maestros en la escuela de su adolescente que parecen más receptivos para colaborar con los padres? ¿Qué otras modificaciones fáciles pueden ayudar en la escuela o el hogar? Y ¿adónde puede acudir cuando necesita hablar con alguien que entienda lo que pasa? A menudo, las mejores fuentes de respuestas a estas preguntas, y muchas más son los padres de otros adolescentes con depresión y trastorno bipolar. Es probable que ellos hayan compartido muchos de los mismos problemas que usted tiene, y tal vez hayan encontrado soluciones inteligentes que realmente den resultados.

Las mejores fuentes de respuestas . . . con frecuencia son otros padres

Cuando usted habla con esos padres, no tiene que preocuparse tanto acerca de explicar cada uno de los aspectos de la enfermedad de su adolescente, ni de que será juzgado en base a información errónea. Eso no siempre ocurre con otras personas. “Mi hijo practicaba la lucha libre”, dice una madre. “Antes de ser internado en el hospital, yo iba a sus prácticas y todos los padres hablaban conmigo. Cuando salió del hospital y volvió a la lucha libre, de pronto yo no tenía a nadie con quien hablar. Todos se sentaron en el otro lado de la sala. Yo creo que no sabían qué decir.” Muchos padres también relatan ser víctimas de las malas lenguas o de acusaciones desagradables. A veces puede ser tentador retraerse en su propia cueva y olvidarse del resto del mundo.

El problema es que esto le impide utilizar una de las mejores herramientas para controlar el estrés: el apoyo social. Por eso es que muchos padres encuentran tan valiosos a los grupos de apoyo y de ayuda propia. Estos grupos ofrecen los beneficios del apoyo social en un ambiente seguro, donde la gente entiende por lo que usted está pasando porque también pasaron por una experiencia similar. Además, los grupos de padres a menudo son una fuente excelente de consejos prácticos sobre cómo manejar los obstáculos diarios asociados con criar un adolescente con depresión o trastorno bipolar. Y como usted no puede vivir aislándose siempre del mundo, muchos grupos también ofrecen educación y defensa al público en general. Algunos hablan con los legisladores y políticos que determinan los tipos de servicios para la salud mental que existen en su comunidad, y la forma en que los estudiantes con trastornos mentales son educados por sus escuelas.

“Yo empecé asociándome con un grupo local de apoyo”, dice una madre que se transformó en una activista. “Desde entonces, me uní a su junta directiva, y estoy ayudándoles con la programación. También voy a formar un grupo de apoyo aquí, en mi vecindario. De modo que, para mí, parte del encontrar apoyo es la creación de apoyo.

Y es notable a cuánta gente se conoce cuando uno deja de esconderse, para decirlo así, sobre este tema, cuánta gente dirá, mi hijo acaba de ser diagnosticado, o mi sobrino, o mi vecino. Pero, a menos que alguien inicie la conversación, todo el mundo anda dando vueltas sin hablar.”

No existe un sustituto para este tipo de interacción cara a cara con otras personas. Sin embargo, para los padres que están aislados debido a la geografía o a las demandas familiares, los sitios de discusión en Internet, los sitios para charlar y las listas electrónicas ofrecen apoyo al cual usted tiene acceso en cualquier momento. “Cuando paso una noche mala, sé que puedo visitar la sala de charla y hablar sobre ella. Es un salvavidas”, dice otra madre. Buenos lugares para empezar cuando trate de localizar grupos de apoyo, tanto personalmente como en Internet, incluyen la Alianza de Apoyo para la Depresión y Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA) y la CABF. Examine la sección de Recursos al final de este libro para obtener información completa para ponerse en contacto.

Reducción del riesgo: Protección y prevención

Un diagnóstico y tratamiento mejores pueden ser maravillosos, pero la prevención es mucho mejor. Hoy día, algunos investigadores están buscando alguna forma de evitar el inicio de la depresión y el trastorno bipolar, en primer lugar. En su mayoría, los investigadores creen ahora que el primer episodio de un trastorno del humor puede abrir un sendero neural dentro del cerebro. Aunque estos pasajes pueden ser modificados con medicamentos, psicoterapia o una combinación de ambos es, por cierto, preferible evitar que se formen.

Los factores de riesgo son características que aumentan la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad. El Capítulo 2 describe numerosos factores de riesgo para la depresión y el trastorno bipolar entre ellos, un historial familiar de trastornos del humor, el estrés de la vida en general, y los conflictos familiares. Aunque estos factores pueden inclinar la balanza hacia la enfermedad, es evidente que no todos los que los sienten progresan hasta desarrollar depresión o trastorno bipolar. En tales casos, los factores protectores—características que reducen la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad—pueden representar la diferencia crítica.

Como es el caso con los factores de riesgo, los factores protectores pueden, potencialmente, ser genéticos, biológicos, sociales, psicológicos o conductuales.

Algún día tal vez sepamos más acerca de los posibles factores genéticos y biológicos que ayuden a proteger contra la depresión o el trastorno bipolar. Actualmente, sin embargo, la mayor parte de lo que sabemos acerca de la prevención de los trastornos del humor proviene de investigaciones sobre factores protectores sociales, psicológicos y conductuales. Por consiguiente, este capítulo se ocupa de los esfuerzos psicosociales de prevención. Pero es interesante especular sobre la posibilidad de la prevención biológica en el futuro, por ejemplo, un medicamento que pudiese tomarse preventivamente, antes de que la enfermedad se desarrolle.

Los factores protectores psicosociales, que los investigadores están examinando actualmente, incluyen el modo individual de pensar y el apoyo social. Todavía hay mucho que aprender pero, de acuerdo con lo que ya sabemos, es evidente que estos factores no tienen nada que ver con el concepto de una vacuna que puede aplicarse una vez y luego confiar en que ofrezca una protección casi total que dure años. En vez de ello, son más parecidos a una dieta y plan de ejercicios. Para obtener los mejores resultados, muchos deben incorporarse como una parte regular de la vida de un individuo. Estos factores tampoco confieren una inmunidad total contra la enfermedad mental. No obstante, cuantos más factores protectores posean los adolescentes, tanto menor probabilidad habría de que desarrollaran un trastorno del humor, y tanto mejor preparados podrían estar para enfrentarse con la enfermedad y recobrarla, en caso de que la adquieran.

Algún día tal vez sepamos más acerca de los posibles factores genéticos y biológicos que ayuden a proteger contra la depresión o el trastorno bipolar.

Prevención 1-2-3

Hay tres tipos básicos de prevención en lo que concierne a la salud mental:

- Prevención primaria—Actividades destinadas a evitar que el trastorno ocurra en momento alguno, en personas que no tienen los síntomas.
- Prevención secundaria—Actividades destinadas a impedir que se desarrolle un trastorno completo, en personas que corren riesgo de contraerlo o que ya presentan síntomas iniciales.
- Prevención terciaria—Actividades destinadas a reducir el grado de discapacidad asociada con un trastorno existente, o a evitar las recurrencias futuras.

Desarrollo de optimismo y resistencia

La resistencia es la capacidad para adaptarse bien a los acontecimientos causantes de estrés en la vida, y para recobrase de la adversidad, los traumatismos o las tragedias. La investigación ha demostrado que el optimismo es un elemento importante en la resistencia, y que la resistencia, a su vez, tiende a fomentar actitudes esperanzadas y comportamiento positivo. Como resultado, se

Se cree que el optimismo es un factor importante para proteger contra la desesperación de la depresión

cree que el optimismo es un factor importante para proteger contra la desesperación de la depresión. Como la depresión tiene múltiples causas, el optimismo, por sí solo, puede no ser suficiente para defenderse completamente de la enfermedad en todas las personas. Sin embargo, hasta en las que presentan una fuerte predisposición biológica hacia la depresión es posible que el optimismo pueda demorar el inicio o reducir la severidad de los síntomas.

El Programa Penn de Resistencia (PRP, por sus siglas en inglés)—previamente conocido como el Programa Penn de Prevención—es sólo un ejemplo de los programas que tratan de aumentar el optimismo y la resistencia en las personas jóvenes. El PRP es un curso de prevención de la depresión, preparado especialmente para los estudiantes de escuela secundaria intermedia. Basado en la Universidad de Pensilvania, el programa, introducido hace 14 años, está dedicado a la depresión y los síntomas depresivos, pero no al trastorno bipolar. Se preparó basándose parcialmente en el trabajo de Martin Seligman, un psicólogo pionero en el estudio del optimismo. El PRP trata de dar a los estudiantes las habilidades que necesitan para combatir la ideación negativa no realista, en forma parecida al funcionamiento de la terapia conductual cognitiva.

Pero, al enseñar a la gente joven estas habilidades *antes* de que estén gravemente deprimidos, la meta del programa es evitar completamente la depresión o impedir que cualquier síntoma depresivo ya presente empeore.

De la forma en que se implementa actualmente, el PRP está destinado a ser usado por grupos de estudiantes de escuela secundaria intermedia, con los maestros y asesores sirviendo como líderes de grupo. La investigación sobre el programa generalmente ha sido prometedora. “A través de la mayoría de los estudios, el programa ha tenido un efecto considerable para reducir o evitar los síntomas depresivos en los adolescentes”, dice Jane Gillham, la codirectora del programa. Sin embargo, debido a la metodología usada en los estudios hasta ahora, todavía no está claro si esto se traduciría en una prevención de la depresión mayor completa.

En un estudio dirigido por Gillham, el PRP mejoró el estilo explicativo de los estudiantes, es decir, la manera en que se explicaban habitualmente el por qué de la ocurrencia de los acontecimientos. La teoría es que las personas pesimistas tienen mayor tendencia a creer que los acontecimientos malos no pueden alterarse, que afectarán todo lo que ellos hagan y que ellos son culpables, más bien que ser un resultado de la casualidad, las circunstancias o las acciones de otras personas. Al ayudar a los estudiantes a adoptar un estilo explicativo menos pesimista, Gillham tiene la esperanza de poder aumentar su resistencia a la depresión. Su investigación halló que los estudiantes que participaron en el PRP presentaron, en efecto, incidencias reducidas de síntomas moderados a graves de depresión, cuando se compararon con un grupo de control de estudiantes, durante los dos años siguientes.

Sin embargo, a los tres años, esta ventaja se había perdido por razones que los investigadores están todavía tratando de dilucidar. Además, los investigadores midieron los síntomas depresivos, pero no evaluaron si los niños individuales satisfacían todos los criterios del diagnóstico para una depresión mayor. Por lo tanto, es imposible decir si el programa disminuyó el riesgo de los estudiantes de contraer el trastorno completo.

Los datos recientes indican que el programa puede tener efectos más potentes sobre la ansiedad que sobre la depresión, lo que tal vez no sea de sorprender dado el alto grado de superposición entre los dos trastornos. A pesar de los resultados generalmente buenos tanto con la depresión como con la ansiedad, sin embargo, el PRP es indudablemente un trabajo que aún no se ha completado. Por un lado, el programa fue evaluado originalmente en las escuelas donde los estudiantes eran mayormente de raza caucásica y clase media a clase media alta. Recientemente, se trató de aplicar el programa a grupos más diversos de estudiantes. Un estudio que probó el programa en dos escuelas que servían barrios urbanos de bajos ingresos, donde mayormente vivían estudiantes minoritarios, obtuvo resultados positivos con estudiantes latinos, pero no con los afroamericanos. Otro estudio obtuvo resultados positivos en niños de Pekín, China. Los investigadores están trabajando actualmente para refinar el currículo para ver si puede aplicarse más universalmente.

Cuando lo positivo es negativo

Muchos adolescentes con depresión tienden a los pensamientos excesivamente pesimistas, en los cuales tienen tendencia a ver la nube oscura escondida detrás de los rayos del sol. Para ellos, un estilo explicativo más preciso significa aprender a identificar los pensamientos negativos no realistas y reemplazarlos con otros más realísticamente positivos. Pero algunos adolescentes con trastorno bipolar parecen tener el problema opuesto durante los episodios maníacos. Pueden tener ideas tan grandiosas y un amor propio tan inflado acerca de sus propias habilidades, que toman decisiones alocadas y con frecuencia riesgosas. Además, algunos adolescentes con trastorno de la conducta pueden mostrar propensión a explicar despreocupadamente su comportamiento, en vez de responsabilizarse por el dolor o el daño que han causado. Según Jane Gillham del Programa Penn de Resistencia, el abrir los ojos de estos adolescentes, puede necesitar examinar la parte negativa, más bien que la positiva de su situación. “En última instancia, lo que realmente cuenta es la precisión”, dice Gillham. A veces, eso puede querer decir utilizar el poder del pensamiento negativo.

¿Cómo puede usted fomentar el optimismo en su adolescente?

Una de las modificaciones más recientes del PRP es el añadido de grupos de padres. Los estudiantes que participan todavía se reúnen por su cuenta después de las horas escolares, pero un grupo separado para los padres también se reúne a la noche. Esta fase del programa sólo está iniciándose, de modo que todavía no se cuenta con resultados para demostrar si el grupo de padres realmente logra resultados diferentes por encima de los beneficios proporcionados por el programa para los estudiantes. Sin embargo, Gillham espera que el grupo de padres tal vez ayude al menos en dos frentes. Por un lado, “tal vez reduzca la depresión en los padres que, de por sí, representa un factor de riesgo para la depresión en los adolescentes”, dice. “Además, si podemos enseñar a los padres a pensar con más precisión y menos pesimismo, ellos podrían proporcionar buenos ejemplos para sus estudiantes en sus hogares.”

Con o sin esta clase de instrucción formal, Gillham cree que los padres pueden ejercer una influencia positiva sobre sus adolescentes al reconocer su propio estilo explicativo y hacer un esfuerzo para vocalizar una forma de pensar más realista.

“Cuando se encuentre llegando a una conclusión falsa, señálela”, sugiere. Después hable sobre todo el proceso de la evaluación no sólo del peor caso, sino también del mejor caso y la del caso más probable. Los niños a menudo aprenden imitando a las personas que admiran. Al poner un ejemplo del proceso de evaluación de la forma propia de pensar, considerar la evidencia y corregir los errores, puede ayudarles a aprender estas habilidades esenciales.

*“Cuando se encuentre
llegando a una
conclusión falsa,
señálela”*

Más tarde, si su adolescente comparte un pensamiento que parece inclinarse demasiado al pesimismo, usted podrá guiarle a lo largo del proceso de evaluación. Digamos que su adolescente está hablando de un problema pasajero como si nunca fuese a terminar. “Usted podría decir, ‘Ya sé que es realmente difícil en este momento, pero veamos cómo resolviste unas situaciones similares previamente’,” dice Gillham. O si su adolescente está esperando lo peor en forma no realista, “usted puede decir, ‘Pensemos en la evidencia que hay de que esta cosa horrible que te estás imaginando vaya a ocurrir en realidad’.”

Más programas de prevención

A continuación se presentan muestras de otros programas de prevención de todo el mundo, que han atacado la depresión o sus síntomas en los adolescentes.

- Resolución de problemas para toda la vida, Australia—Este programa de 8 semanas enseñó a los estudiantes las técnicas cognitivas para identificar y desafiar los pensamientos irracionalmente negativos, así como habilidades para resolver los problemas de todos los días. En un estudio de 1,500 alumnos del octavo grado, el programa redujo los síntomas de la depresión entre el comienzo del programa y su conclusión, pero sólo para los estudiantes que comenzaron con clasificaciones de “riesgo alto” en una prueba para la depresión. Lamentablemente, un año más tarde no había diferencias en la incidencia de depresión diagnosticada entre los estudiantes a riesgo elevado que habían tomado parte en el programa y los que no lo habían hecho.
- Pensamientos y salud, Islandia—Éste fue un programa cognitivo y conductual, diseñado para evitar la depresión. En un estudio en 72 estudiantes con riesgo de depresión mayor, alrededor de la mitad fueron asignados al azar a tomar parte en el programa, mientras que los otros se asignaron a un grupo de control que no participó en el programa. Al final del programa no hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a los síntomas de depresión o el estilo cognitivo. Sin embargo, 6 meses más tarde, 18% de los sujetos en el grupo de control habían desarrollado depresión mayor o distimia, en comparación con sólo un 3% de los participantes en el programa.
- Proyecto de intervención preventiva, Boston—Esta investigación comprendió niños de 8 a 15 años de edad, que tenían uno de los padres con trastorno del humor. Los niños de estos padres corren un riesgo mayor de desarrollar depresión y otros problemas emocionales. En un estudio de 93 familias, los sujetos se asignaron al azar a participar en conferencias con los dos padres solamente o a tomar parte en un programa de 6 a 11 sesiones que incluía reuniones separadas para los padres y los hijos. Tanto en las conferencias como en las reuniones, se compartió información acerca de la naturaleza de los trastornos del humor y las maneras de solidificar la resistencia en los hijos. Dos años y medio después, los niños de ambos grupos todavía informaban una comprensión mejor de la enfermedad de sus padres debido al programa. Los investigadores adelantaron la hipótesis de que el fomento de la comprensión del trastorno del humor del padre podría dar lugar a una mayor comprensión de sí mismos lo que, a su vez, podría fomentar la resistencia en los niños.

¿De qué otra forma se puede alentar la resistencia?

La instilación de una actitud optimista es sólo una parte del aumento de la resistencia. Hay numerosas otras cosas que usted puede hacer para ayudar a su adolescente a desarrollar habilidades para enfrentarse más eficazmente con las dificultades y decepciones que son una parte inevitable del crecimiento:

- Pasen tiempo juntos, en familia. Una encuesta reciente de más de 4,700 adolescentes encontró que algo tan simple como compartir las comidas familiares puede reducir el riesgo de los síntomas de depresión y los pensamientos o comportamientos suicidas. Sin embargo, en las familias actuales, sometidas a tanto estrés, estos ritos cotidianos pueden fácilmente dejarse de lado. La misma encuesta halló que sólo alrededor de una cuarta parte de los adolescentes informó que habían compartido al menos siete comidas con todos o la mayoría de los miembros de la familia durante la última semana. Haga un esfuerzo consciente para dedicar un tiempo para estar con su adolescente todos los días.
- Ayude a su adolescente a conectarse con otros. Una red sólida de familiares y amigos puede reforzar las habilidades sociales de su adolescente y proporcionar fuentes adicionales de apoyo emocional durante los buenos y los malos tiempos. Una madre dice: “Arreglamos el sótano de modo que los chicos pudiesen venir a mi casa y pasar el rato. ¡Yo siempre tengo un montón de muchachos en mi sótano! Y siempre estoy alimentándolos y comprando cajas de refrescos. Pero quería que mi hijo y sus amigos se sintieran cómodos aquí.”

*Pasen tiempo
juntos, en
familia.*

- Cultive el amor propio de su adolescente. Cuando se consideran todos los cambios y desafíos con que se enfrentan los adolescentes, no es de sorprender que la adolescencia a menudo esté llena de dudas acerca de sí mismos. Recuerde a su adolescente los buenos tiempos cuando se enfrentó con éxito con alguna dificultad. Después ayúdele a ver que hasta las derrotas forman parte de un proceso de crecimiento que lo hace más fuerte y le confiere habilidades, lo que facilita las cosas la próxima vez que se enfrente con otro desafío.
- Aliente sus pasatiempos e intereses. Las actividades positivas dan a los adolescentes una oportunidad de desarrollar sus talentos y habilidades, estimular sus mentes y conseguir que se entusiasmen. Muchas actividades ofrecen también otros beneficios. Por ejemplo, la participación en un deporte puede fomentar la salud física y enseñar a trabajar en equipo, mientras que el ofrecerse como voluntario para una causa puede instilar altruismo y conciencia social. Deje también abundante tiempo para otras actividades menos estructuradas. Fomente el descubrimiento activo de sí mismo alentando a su adolescente a pasar algún tiempo escribiendo un diario, tocando música, dibujando y pintando, construyendo modelos, cuidando de una mascota, cualesquiera que sean las cosas que interesan al adolescente.
- Enséñele habilidades para controlar el estrés. El estrés es una parte inevitable de la vida. Usted no puede proteger a su adolescente contra todo el estrés, pero sí puede ayudarle a aprender cómo evitar que se descontrole. Asegure que la vida de su adolescente no esté excesivamente programada; el tiempo sin hacer nada es tan importante como la práctica del fútbol y las lecciones de piano. Aliente el uso de técnicas simples para reducir el estrés, tales como respiraciones profundas, ejercicios y tiempos de descanso escogidos por el adolescente mismo. Después, dé un buen ejemplo, haciendo de la relajación también una parte regular de su propia rutina diaria.
- Proporcione una zona sin estrés. Idealmente, el hogar debe ser un refugio contra las presiones del mundo exterior. Trate de crear un ambiente de hogar que se percibe como uno sin peligros, seguro y estructurado previsible y coherentemente. Realísticamente, sin embargo, la mayoría de las familias pasan por períodos en que la estabilidad de la rutina del hogar se pierde temporalmente. En tales momentos, es más importante que nunca el que su hijo tenga un lugar para relajarse y descomprimirse.

“¡Puedo hacerlo!”

Autoeficacia es el término formal para indicar la creencia de una persona acerca de su propia habilidad para desempeñarse eficazmente en una situación en particular. Las personas con autoeficacia elevada creen en su capacidad para lograr los resultados que desean, utilizando sus propios esfuerzos. El concepto está estrechamente vinculado con la esperanza y el optimismo. No es de sorprender que un alto sentido de autoeficacia se haya asociado con un riesgo menor de depresión en las personas jóvenes. Los padres no pueden dejar caer fácilmente palabras como “autoeficacia” en las conversaciones casuales, pero muchos parecen saber instintivamente cómo aumentarla.

- Ayude a su adolescente a desarrollar habilidades valiosas, paso a paso. “Cuando ingresó a la nueva escuela secundaria, quería empezar a conducir por sí solo”, dice una madre. “Al principio yo lo llevé todos los días hasta que estuvo cómodo con la ruta. Después él se fue solo y yo lo seguía en mi automóvil hasta que también estuvo cómodo con eso. Y, finalmente, estaba listo para irse por su cuenta.”
- Ponga a su adolescente en el camino del éxito. “Jason fue al campamento por primera vez este verano”, dice la madre de un chico de 14 años. “Las hijas de nuestra asistente social van al mismo campamento, así que ella llamó al director y el director se reunió con nosotros en la oficina de la asistente social para examinar las expectativas.” Mientras Jason estaba en el campamento, el personal le administró su medicamento y le dieron una mano cuando tuvo problemas en llevarse bien con otro chico del campamento. “Jason no pudo llamarnos durante todo el mes, pero tenía la opción de llamar a la asistente social si lo necesitaba. Nunca llamó. Y lo pasó tan bien que se quedó triste cuando debió volver a la casa.”

Sharlene, la madre de tres, es una persona que cree firmemente en este último punto. Su hija e hijo adolescentes padecen de trastorno bipolar, mientras que su hijo de 10 años no ha mostrado síntomas. Ella cree que el hijo menor se ha beneficiado especialmente por tener un lugar para irse y escapar temporalmente cuando las tensiones familiares amenazan descontrolarse. “Afortunadamente, él tiene su propio dormitorio”, dice Sharlene. “Él necesita su propio espacio cuando hay problemas con los otros. Uno tiene que asegurarse también de no dejar de lado las necesidades del que no tiene problemas. Hay que asegurarse de que él tenga su propio espacio.” Tenga cuidado de que su hijo no empiece a apartarse demasiado de todos los demás. La idea consiste en ofrecer un refugio temporal contra el estrés y los conflictos, pero no alentar la reclusión.

Cómo reducir los factores de riesgo familiares

Al mismo tiempo que fomenta los positivos en la vida de su adolescente, puede trabajar para retirar tantos negativos como sea posible. Algunos factores de riesgo, como una predisposición genética a los trastornos del humor o un acontecimiento traumático que ocurrió en el pasado, no

pueden cambiarse. Sin embargo, otros pueden eliminarse o controlarse y tiene sentido ocuparse de estos factores proactivamente. Si su adolescente ya ha desarrollado un trastorno del humor, tal vez pueda reducir los síntomas o soslayar una recurrencia en el futuro.

Los investigadores están empezando a identificar los numerosos factores de riesgo para los trastornos del humor en los adolescentes. Algunos de ellos se vinculan con las interacciones familiares y el ambiente del hogar. Esto no quiere decir que los padres causen directamente los trastornos del humor en sus adolescentes. Pero sí quiere decir que los padres pueden ser capaces de tomar medidas para reducir algunos factores de riesgo y reducir al mínimo los posibles problemas. De acuerdo con las investigaciones hasta esta fecha, éstos son algunos de los factores de riesgo conocidos para la depresión, que pueden eliminarse o alterarse:

- Falta de cercanía emocional y apoyo dentro de la familia
- Una vida de familia caracterizada por peleas y conflictos constantes
- Violencia doméstica o abuso del niño
- Depresión no tratada en los padres
- Abuso de alcohol o de drogas por parte de los padres

Recuerde que hay otras numerosas influencias que actúan sobre su adolescente, entre ellas los factores genéticos y biológicos que no están bajo el control suyo ni el del adolescente. El cambio en los factores de riesgo familiares no prevendrá, necesariamente, el desarrollo de un trastorno del humor en el adolescente. Sin embargo, una vida familiar más calmada, más estable, ofrecerá a su adolescente una base más sólida desde la cual enfrentarse a los obstáculos de su vida. Y si su adolescente desarrolla depresión o trastorno bipolar una familia que da mucho apoyo puede ser de gran ayuda para que la respuesta del adolescente al tratamiento tenga éxito. Al mismo tiempo, las relaciones familiares cariñosas pueden ayudar a proteger a su adolescente para que no desarrolle otros problemas que a veces acompañan a la depresión o al trastorno bipolar tales como el abuso de sustancias.

Si usted reconoce cualquiera de los factores de riesgo mencionados antes, en su propia familia, ahora es el momento de buscar ayuda. El asesoramiento familiar o individual puede ayudar a controlar mejor sus propios sentimientos y efectuar cambios positivos en su vida. Para un padre, la lesión crucial que aprendió fue cómo controlar mejor su genio:

“Una de las cosas que aprendí—y ésta es probablemente una buena regla de crianza en cualquier circunstancia—es tratar de no reaccionar visceralmente cuando ocurre algo con los hijos. Necesito detenerme y pensar por un minuto, y tratar de descubrir qué es lo que está pasando antes de reaccionar. Hubo muchas, muchas ocasiones con mis hijos, cuando ellos hicieron algo que yo consideré fuera de lugar, y yo reaccioné con ira y alguna forma de disciplina extrema.

Ahora trato de volver atrás, y no puedo entender por qué tuve esta reacción tan excesiva en ese momento. Todavía estoy aprendiendo, pero estoy haciendo un esfuerzo real para mirar las cosas y proporcionar la respuesta apropiada. Más bien que una mano demasiado firme, por un lado, o demasiada simpatía y aceptación de los comportamientos inaceptables, por el otro, estoy tratando de encontrar una zona intermedia.”

“Necesito detenerme y pensar por un minuto, y tratar de descubrir qué es lo que está pasando antes de reaccionar.”

Cosas que debe hacer y no hacer para resolver conflictos

Debe hacer... . .

- elija sus batallas. Evite los argumentos sobre temas que no justifican el desgaste emocional consiguiente
- haga unas respiraciones profundas, cuente hasta 10 o salga por un par de minutos para calmarse si está enojado.
- use el humor para calmar una situación tensa. Pero asegúrese de que no es un comentario airado o sarcástico disfrazado de una “broma”.
- dese cuenta de que las cosas hirientes que su adolescente dice durante un argumento no son realmente acerca de usted. Son algo que el adolescente necesita aprender en cuanto a controlar sus emociones fuertes.
- una vez que ambos estén más calmados examinen juntos la situación. Mencione el problema y explique su punto de vista calmadamente.
- pida a su adolescente que comparta sus pensamientos sobre el asunto. Considere cuidadosamente el punto de vista del adolescente.
- si es posible, busque una solución de compromiso. Cuando necesite ejercer su autoridad, mantenga la calma pero también la firmeza.

No debe hacer. . .

- esperar que un adolescente en el medio de un episodio de depresión o manía, pueda aceptar los razonamientos antes de que su humor se haya estabilizado.
- permitir que la ira se vuelva un hábito en su familia. Si el conflicto se vuelve un problema frecuente o intenso, busque ayuda de un profesional de salud mental.

Prevención del suicidio

Para los adolescentes que ya han desarrollado depresión o trastorno bipolar, una meta importante de los esfuerzos de prevención es evitar el suicidio.

Muchos suicidios relacionados con la depresión ocurren durante los primeros episodios de la enfermedad, antes de que una persona haya aprendido que los sentimientos de desesperación y los pensamientos suicidas finalmente pasarán. Ésta es una razón por la cual los adolescentes, que todavía no tienen mucha experiencia con hacer frente a sus síntomas, pueden correr riesgo de llevar a cabo sus impulsos suicidas.

Del mismo modo que para la depresión y el trastorno bipolar hay factores protectores y factores de riesgo para el suicidio. La investigación ha demostrado que uno de los factores protectores más potentes para las personas jóvenes, es tener una familia que apoya y participa emocionalmente. Un sentimiento de estar conectado con la escuela también parece ser protector. Además, se ha sugerido que las habilidades bien desarrolladas para resolver problemas tal vez puedan reducir el riesgo del comportamiento suicida. Aunque este último vínculo no se ha comprobado definitivamente, es razonable pensar que los adolescentes que son capaces de resolver problemas difíciles y obtener soluciones prácticas, pueden tener menos probabilidad de considerar al suicidio como su única opción.

Para ayudar a su adolescente a volverse un elemento eficaz para resolver problemas, primero ayúdele a definir el problema con que se enfrenta. Después piensen juntos en encontrar las posibles soluciones. A continuación, consideren los puntos a favor y en contra de cada solución, hasta que el adolescente pueda elegir la mejor solución para la situación. Finalmente, desarrolle un plan para poder ejecutar esa solución. Al acompañar a su adolescente durante este proceso, usted le está enseñando una habilidad esencial para la vida, que tal vez le ayude a seleccionar soluciones más positivas.

Las habilidades para resolver problemas que estén bien desarrolladas tal vez puedan reducir el riesgo del comportamiento suicida.

¿Cómo puede reducir el riesgo de suicidio?

En lo que concierne a los factores de riesgo para el suicidio, una gran mayoría de los adolescentes que se suicidan presentan afecciones mentales graves, tales como depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno conductual o trastorno desafiante oposicional.

Unos antecedentes personales de previo comportamiento suicida también es un factor predictivo potente tanto de los intentos posteriores para suicidarse como de la muerte por suicidio. Esta relación es especialmente evidente entre las personas jóvenes con depresión y trastorno bipolar. Por lo tanto, una de las formas más eficaces de reducir el riesgo de suicidio es obteniendo tratamiento profesional sin demora para la depresión, la manía, el abuso de sustancias u otros problemas mentales de su adolescente que pudiesen surgir.

Otro factor que influye sobre la probabilidad de la muerte por suicidio es el acceso fácil a métodos muy letales, especialmente las armas de fuego. Los estudios recientes han demostrado que las probabilidades de que una persona joven muera por suicidio son muchas veces mayores en los hogares donde hay armas de fuego que en los que no las tienen. Debe tenerse en cuenta que las personas jóvenes que usan las armas de fuego para suicidarse tienden a presentar menos signos de advertencia—tales como enfermedad mental, abuso de sustancias o menciones de suicidio—que las que usan otros métodos. Por consiguiente, pareciera que el suicidio por un balazo puede, a menudo, ser un acto impulsivo que depende del acceso fácil a un arma de fuego. El enfoque más cauteloso es no mantener armas de fuego en el hogar, especialmente si hay un adolescente con un problema de salud mental en la casa. Pero si decide tener armas de fuego, cualquier arma debe guardarse siempre bajo llave y descargada.

La gente joven también parece ser especialmente vulnerable al “contagio suicida”, es decir, un aumento en los pensamientos y el comportamiento suicida al enterarse del suicidio de un amigo o pariente, una persona famosa o hasta un extraño total cuya muerte es informada por los medios de difusión. El retrato del suicidio en una película o en la televisión también puede aumentar el riesgo en los adolescentes. Cuando el suicidio se menciona en cualquier contexto, hable honestamente con su adolescente. Por ejemplo, si acaban de mirar una película juntos, en la cual uno de los caracteres se suicida, inicie después una conversación acerca de los otros pasos que el actor podría haber tomado para responder a su problema.

Cuando el suicidio se menciona en cualquier contexto, hable honestamente con su adolescente.

Además de iniciar un diálogo acerca de la película, use esta oportunidad para informar al adolescente que el suicidio es un tema que los dos pueden examinar juntos.

Los acontecimientos de la vida que causan estrés también pueden asociarse con el suicidio en las personas jóvenes que ya corren riesgo debido a la enfermedad mental o al abuso de sustancias. Entre los factores desencadenantes más comunes para el suicidio de los jóvenes, se cuenta un argumento con un padre, una ruptura de relaciones románticas, el acoso de bravucones, los problemas escolares o los problemas con las autoridades policiales. En tiempos de estrés, manténgase especialmente alerta para detectar los signos de advertencia de posibles pensamientos suicidas. Como siempre, obtenga ayuda inmediatamente si sospecha que su adolescente puede estar pensando en el suicidio.

Un último factor que puede asociarse con el suicidio de los jóvenes es la homosexualidad. Varios estudios han demostrado una incidencia mayor de intentos de suicidio entre adolescentes con esta orientación sexual, sea que hayan o que no hayan tenido todavía contactos sexuales. Se han propuesto numerosas razones posibles para el vínculo, entre ellas, el estigma, el acoso de los bravucones, el aislamiento social y el rechazo por parte de los padres. Para los adolescentes que están luchando para aceptar su sexualidad al mismo tiempo que se enfrentan con un trastorno del humor, la presión puede ser especialmente intensa.

“Mi hijo se reveló en el segundo año de la escuela secundaria”, dice la madre de Tom, que padece de trastorno bipolar. “Lo acosaron horriblemente. Le gritaban nombres mientras caminaba por los pasillos. Un asistente social hasta me dijo, ‘Bueno, si va a desbaratarse, lo merece.’ ¿Puede creerlo?” La presión en la escuela era tan insoportable que Tom estaba listo para abandonarla. No es de sorprender que éste también fuese un período en que Tom tenía una dificultad considerable para mantener el control de sus síntomas.

Finalmente, Tom fue transferido a una escuela especial intentada principalmente para adolescentes con problemas de conducta. “Y allí estaba, este chico dulce que no iba más a la escuela porque no pudo soportar el acoso”, dice su madre. “No se hizo nada por él. El bipolar no significaba nada. No hubo un reconocimiento de que tal vez él tendría más dificultad que otro muchacho.”

A pesar de los obstáculos, Tom terminó la escuela secundaria, aunque no necesariamente ileso, pero por lo menos más fuerte por haber sobrevivido la experiencia. Parte del crédito indudablemente va a su madre, que no le retiró su apoyo emocional.

Usted puede ofrecer el amor incondicional y la aceptación que ayudan a su adolescente a desarrollar resistencia y un sentido de su propio valor.

La moraleja: Tal vez no pueda proteger a su adolescente contra todos los crueles insultos, pero puede ofrecer su amor incondicional y la aceptación que ayudan a su adolescente a desarrollar resistencia y un sentido de su propio valor. Si su adolescente tiene depresión o trastorno bipolar puede proporcionar el tratamiento apropiado. Estos dos factores combinados pueden, a menudo, representar la diferencia crítica para los adolescentes que, de otra forma quedarían vulnerables al suicidio.

Cómo mirar al cuadro total: La prevención a nivel de la sociedad

Además de todas las cosas positivas que puede hacer a nivel del individuo, como padre, los investigadores están tratando de encontrar formas de combatir la depresión, el trastorno bipolar y el suicidio a nivel de la sociedad. El PRP es un ejemplo de este tipo de programa de prevención. Está diseñado para ser una intervención universal, que es un programa intentado para el beneficio de un grupo íntegro de personas, no solamente los identificados como corriendo riesgo. El objetivo principal de este tipo de programa es una reducción en la ocurrencia de nuevos casos de un trastorno.

Algunos otros programas son intervenciones selectivas, que se dirigen a un subgrupo de individuos en particular, quienes corren un riesgo mayor del normal de desarrollar el trastorno.

Para identificar a los que reúnen los requisitos para este tipo de programa se pueden usar los factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. Otros programas más son intervenciones indicadas, que están destinadas a individuos que tienen algunos síntomas del trastorno pero que todavía no reúnen los criterios diagnósticos para una enfermedad declarada.

Cualquiera que sea la audiencia objetivo, la mayoría de los programas que tratan de prevenir la depresión toman un enfoque similar al del PRP. Usan técnicas cognitivas-conductuales y educación de la familia para reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores y la resistencia. Los resultados han sido alentadores hasta este momento. Sin embargo, todavía se necesitan considerablemente más investigaciones. Varios interrogantes claves siguen sin haber sido respondidos, tales como los componentes más eficaces que debieran incluirse en estos programas, y la mejor edad para presentarlos. También necesitamos aprender más acerca de cómo lograr que los programas sean más pertinentes para los jóvenes de antecedentes raciales, étnicos y socioeconómicos diversos.

No obstante, el potencial para ayudar a los participantes en el programa parece evidente. En Oregón, por ejemplo, Gregory Clarke y sus colegas prepararon un programa que llamaron el curso de Adolescente enfrentando al estrés (Adolescent Coping With Stress). El curso consta de 15 reuniones de grupo después de las horas escolares, celebradas durante un período de 5 semanas. Destaca enseñar habilidades cognitivas-conductuales para hacer frente a las cosas. En un estudio en 150 adolescentes del noveno y décimo grado escolar, los estudiantes que tomaron parte en el programa tuvieron menos probabilidad que un grupo de control, de ser diagnosticados con depresión mayor o distimia durante el año siguiente. Como alrededor de un tercio de los participantes en el programa ya habían sufrido de depresión en el pasado, el programa tal vez haya ayudado a prevenir no sólo los primeros episodios de depresión sino también las recaídas o las recurrencias.

Las recompensas de dichos programas para la sociedad pueden ser sustanciales. Por un lado, tal vez reduzcan el costo del tratamiento no sólo de los trastornos del humor, sino también de las afecciones asociadas, tales como el abuso de sustancias.

Es posible que también reduzcan la necesidad de la educación especial, así como otros servicios de apoyo para los adolescentes con trastornos del humor y sus familias. Además, podrían aliviar la carga sobre la justicia juvenil y las agencias de bienestar infantil, a las que a menudo se recurre, en forma inapropiada, para ocuparse de los adolescentes mentalmente enfermos.

Dados los numerosos beneficios potenciales para los adolescentes individuales y la sociedad,

*Como padre, usted puede
volverse un defensor
para obtener más fondos
en esta área.*

es lamentable que los programas de prevención no estén disponibles más ampliamente. En gran grado, esto se debe a la falta de investigaciones, y eso, a su vez, se debe a la falta de fondos. Como padre, usted puede volverse un defensor para obtener más fondos en esta área. Escriba a sus representantes gubernamentales e infórmeles que las investigaciones en el campo de la salud mental son una prioridad para usted. Es una manera más en que usted puede trabajar para mejorar las vidas

de su adolescente y de todas las personas jóvenes en su comunidad y la sociedad en general.

Conclusión: Tome acción, anímese

Nadie tiene más en juego en las investigaciones sobre el diagnóstico, tratamiento, control y prevención de los trastornos del humor que usted. Como padre de un adolescente con depresión o trastorno bipolar, usted es afectado directamente por cualquier adelanto que se logre con estas investigaciones. Su preocupación tiene urgencia y apremio ya que el impulso para proteger y nutrir emocionalmente a su hijo es una fuerza potente y primordial. Usted puede recurrir a esa energía para volverse un agente para el cambio, tanto en la vida privada de su adolescente, como en el terreno público de la sociedad estadounidense.

Varios de los padres citados en las primeras páginas de este libro se han vuelto defensores categóricos de las personas jóvenes con depresión y trastorno bipolar. Cada uno encontró su forma individual de dejar su marca. Algunos trabajaron como voluntarios o como personal pago para las organizaciones de apoyo y defensa. Otros han escrito cartas a los políticos y legisladores. Todavía otros se han puesto a disposición de los medios de difusión para celebrar entrevistas. Y todos, naturalmente, estuvieron dispuestos a compartir sus historias en este libro.

El impulso para proteger y nutrir emocionalmente a su hijo es una fuerza potente y primordial. . . recurra a esa energía para volverse un agente para el cambio.

Algunos padres han encontrado formas creativas para usar sus habilidades singulares para la educación de otros. Por ejemplo, algunos han escrito y publicado sus propias experiencias. Y una madre, una asistente social en una institución estatal de salud mental, se unió con su hija adolescente para hablar sobre el trastorno bipolar ante el departamento de asistencia social de la institución. “Ella habló de sus experiencias y tenía panfletos para distribuir”, dijo Lynn. “Yo hice una corta presentación y luego ellos les hicieron preguntas a ella.” Lynn destaca que tomó este camino solamente después de volverse evidente que su hija estaba ansiosa por participar. “Yo decidí hacer esto con ella, no para explotarla, sino para que ella aprendiera a expresar su opinión y a no sentirse estigmatizada.” En el proceso, los trabajadores sociales de esta institución en particular obtuvieron una comprensión mejor del trastorno bipolar que, indudablemente, transferirán a su trabajo con otros adolescentes.

Si su adolescente, como la hija de Lynn, desea tender la mano a otros acerca de los asuntos de salud mental, ayúdele a encontrar formas elocuentes de hacerlo. Naturalmente, usted no debe ejercer presión sobre su adolescente para hacer algo con lo cual no se sienta cómodo. Sin embargo, muchos adolescentes agradecen la oportunidad de hablar en su propia defensa. Después de todo, es el futuro de ellos el que está en juego.

Tomados en conjunto, todos estos pequeños pasos pueden acumularse hasta un progreso sustancial. Para dar impulso al movimiento en su comunidad, comparta información y recursos con los que tienen oportunidad de ejercer un impacto en la gente joven, tales como los maestros, los médicos de atención primaria, los entrenadores de deportes, los líderes de grupos juveniles y los directores de las organizaciones locales de servicios sociales. Participe en los grupos de apoyo y defensa y ofrezca su tiempo y energía voluntariamente de la manera que le parezca más apropiada en su caso.

Las cosas *van* a mejorar

Entre todas las sugerencias y percepciones que estos padres querían compartir, lo que destacaron más fue un mensaje simple pero potente: *¡No se desanime!* La crianza de un adolescente con depresión o trastorno bipolar puede ser una tarea larga y ardua. Con el tiempo y el tratamiento apropiado, sin embargo, hay una probabilidad excelente de que el humor de su adolescente se estabilice y que sus síntomas mejoren. A medida que los prospectos para su adolescente mejoran, su propia vida se volverá más fácil. Hay un luz al final del túnel.

“Hemos pasado por la agitación y el desconcierto, y creo que finalmente hemos vislumbrado la luz”, dice Sharlene. “Pero hubo 6 ó 7 años donde yo no sabía si íbamos alguna vez a salir de ello. Yo creo que lo más importante es no perder las esperanzas. Cuando las cosas llegaron a su peor estado, yo me dije, ‘si tienen que pasar por estas cosas en su vida, por lo menos están en casa, donde yo puedo ayudarles’. Y consideré esto como un desafío y una bendición de que yo pudiese ayudarles a sobrevivir los malos tiempos.”

Glosario

- agudo, tratamiento** Cualquier tratamiento destinado a lograr remisión de los síntomas.
- 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.
- hormona adrenocorticotrópica (ACTH)** Una hormona liberada por la glándula pituitaria.
- anticipación** Un patrón genético en el que hay una tendencia en los individuos de generaciones sucesivas para desarrollar trastornos hereditarios a edades menores y con síntomas más severos.
- anticonvulsivo** Un medicamento que ayuda a evitar las convulsiones. Muchos agentes anticonvulsivos ejercen también efectos estabilizantes del humor.
- antidepresivo** Un medicamento usado para evitar o aliviar la depresión.
- antipsicótico** Un medicamento usado para evitar o aliviar los síntomas psicóticos. Algunos agentes antipsicóticos ejercen también efectos estabilizantes del humor.
- ansiedad, trastorno de** Cualquiera de varios trastornos mentales caracterizados por sentimientos extremos o de mala adaptación de tensión, temor o preocupación.
- déficit de atención hiperactiva, trastorno de (ADHD)** Un trastorno caracterizado por un período de atención breve, actividad excesiva o conducta impulsiva. Los síntomas del trastorno comienzan al principio de la vida.
- antipsicótico atípico** Uno de los medicamentos antipsicóticos más recientes. Algunos antipsicóticos atípicos también se usan como estabilizantes del humor.
- depresión atípica** Una forma de depresión mayor o distimia en la que la persona es capaz de alegrarse cuando pasa algo bueno, pero se vuelve a hundir en la depresión una vez que el acontecimiento positivo ha pasado.

axón La rama de salida de una célula nerviosa.

bipolar no especificado de otra forma, trastorno (BP-NOS) Un término usado para cualquier forma de trastorno bipolar que no satisface los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar I, el bipolar II o la ciclotimia.

bipolar, trastorno Trastorno del humor caracterizado por un humor excesivamente elevado, llamado manía, que alterna con depresión.

bipolar I, trastorno Una forma de trastorno bipolar caracterizada por la ocurrencia de por lo menos un episodio maníaco o mixto, a menudo precedido por un episodio de depresión mayor.

bipolar II, trastorno Una forma de trastorno bipolar caracterizada por un patrón alternante de hipomanía y depresión mayor.

catatonía Un estado de actividad gravemente desordenada, caracterizado por inmovilidad física, exceso de actividad sin sentido, negativismo extremo, negativa para hablar, repetición a lo loro de las palabras de otra persona o copia de los movimientos de otra persona.

depresión crónica Una forma de depresión mayor en la que los síntomas están presentes continuamente por lo menos por 2 años.

psicólogo clínico Un profesional de salud mental que proporciona evaluación y terapia para los trastornos mentales y emocionales.

terapia conductual cognitiva (CBT) Una forma de psicoterapia que trata de corregir patrones arraigados de pensamiento y conducta que pueden estar contribuyendo a los síntomas mentales, emocionales o del comportamiento de una persona.

comorbilidad La presencia simultánea de dos o más trastornos.

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.

terapia de continuación Cualquier tratamiento que trata de impedir una recaída.

corticotropina, factor liberador de (CRF) Una sustancia liberada por el hipotálamo.

cortisol Una hormona liberada por las glándulas suprarrenales, que es responsable de muchos de los efectos fisiológicos del estrés.

tratamiento residencial de crisis, servicios de Atención temporal, de 24 horas, en una institución no hospitalaria durante una crisis.

ciclotimia Un trastorno del humor, caracterizado por ciclos alternando hipomanía y síntomas depresivos relativamente leves. Este patrón dura por lo menos un año, y cualquier período intermitente de humor normal no dura más de 2 meses cada vez.

tratamiento diurno Véase hospitalización parcial.

delusión Una creencia grotesca que está gravemente fuera de contacto con la realidad.

- depresión** Un sentimiento de tristeza, desesperación o apatía, que dura por lo menos un par de semanas. Véase depresión mayor.
- 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 todos los tipos de enfermedades mentales.
- dopamina** Un neurotransmisor que es esencial para el movimiento y que también influye sobre la motivación y la percepción de la realidad.
- distimia** Un trastorno del humor que comprende estar levemente deprimido o irritable la mayor parte del día. Estos sentimientos ocurren en la mayoría de los días durante un período de 12 meses o más, y se asocian con otros síntomas.
- comer, trastorno del** Un trastorno caracterizado por disturbios graves en el comportamiento alimenticio. Las personas con trastornos del comer 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.
- Terapia electroconvulsiva (ECT)** Un tratamiento que comprende entregar al cerebro una corriente eléctrica cuidadosamente controlada que causa una convulsión breve. Se piensa que esta medida altera algunos de los procesos electroquímicos implicados en el funcionamiento cerebral.
- endorfinas** Compuestos similares a las proteínas en el cerebro, que ejercen efectos naturales para aliviar el dolor y levantar el ánimo.
- estilo explicativo** La forma en que la gente se explica habitualmente el por qué de la ocurrencia de acontecimientos.
- terapia de familia** Psicoterapia que reúne a varios miembros de una familia en sesiones de terapia.
- lóbulos frontales** Parte del cerebro implicado en la planificación, el razonamiento, el control del movimiento voluntario y la expresión de los pensamientos en palabras.
- 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.
- terapia de grupo** Psicoterapia que reúne a varios pacientes con diagnósticos o problemas similares en sesiones de terapia.
- alucinación** La percepción sensorial de algo que realmente no está allí.
- organización de mantenimiento de la salud (HMO)** Un tipo de plan de atención administrada en que los miembros deben usar proveedores de atención médica que trabajan para la HMO.
- hipocampo** Parte del cerebro que desempeña un papel en el aprendizaje, la memoria y la emoción.
- hogar, servicios basados en el** Asistencia proporcionada en el hogar de un paciente para mejorar las habilidades de la familia para enfrentarse con las cosas y evitar la necesidad de servicios más intensivos.

hospitalización Tratamiento de paciente internado en una institución que proporciona atención intensiva, especializada, y vigilancia estrecha las 24 horas del día.

hipomanía Un humor algo elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos 4 días. El humor es más moderado que el de la manía, pero también claramente diferente del humor usual de una persona cuando no está deprimida.

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.

programa de prevención indicado Un programa destinado a individuos que tienen algunos síntomas de un trastorno pero que todavía no reúnen los criterios diagnósticos para una enfermedad declarada.

terapia individual Psicoterapia en la que un paciente se reúne con un terapeuta cara a cara.

plan educativo individualizado (IEP) Un plan educativo preparado por escrito para un estudiante individual que reúne los requisitos para recibir servicios bajo IDEA.

Educación de Individuos con Discapacidades, reglamentación (IDEA) Una ley federal que se aplica a estudiantes que presentan una discapacidad que afecta su habilidad para sacar beneficios de los servicios educativos generales.

terapia interpersonal (IPT) Una forma de psicoterapia que intenta ocuparse de los factores desencadenantes interpersonales para los síntomas mentales, emocionales o de la conducta.

Katie Beckett, opción de Véase opción TEFRA.

facilitación subliminar (“kindling”), hipótesis de Una teoría que dice que los episodios repetidos de manía o depresión pueden causar cambios de larga duración en el cerebro, haciéndolo más sensible al estrés en el futuro.

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.

terapia lumínica Un régimen terapéutico de exposición diaria a la luz muy brillante proveniente de una fuente artificial.

litio Un medicamento estabilizante del humor.

terapia de mantenimiento Cualquier tratamiento destinado a evitar una recurrencia de los síntomas.

depresión mayor 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 y causan una angustia significativa o afectan el funcionamiento.

atención administrada Un sistema para controlar los costos de la atención de la salud.

- manía** Un humor excesivamente elevado o irritable, que dura al menos una semana o que conduce a un comportamiento peligroso. Los síntomas incluyen ideas grandiosas, menos necesidad de dormir, pensamientos atropellados, tendencia a arriesgarse y aumento del habla o la actividad. Estos síntomas causan impedimentos notables en el funcionamiento o las relaciones interpersonales.
- depresión maníaca** Véase trastorno bipolar.
- Medicaid** Un programa gubernamental 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.
- 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.
- melancolía** Una forma grave de depresión mayor en la que hay una ausencia casi completa de interés o placer en cualquier cosa.
- melatonina** Una hormona que regula el reloj interno del organismo que controla los ritmos diarios de sueño, la temperatura corporal y la secreción hormonal.
- 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.
- enfermedad mental** una enfermedad mental que se caracteriza por anomalías en el humor, la emoción, los pensamientos o los comportamientos de orden mayor, tales como las interacciones sociales o la planificación de actividades futuras.
- depresión menor** Un término que se usa a veces para describir un episodio depresivo que es similar a la depresión mayor, pero con menos síntomas y menos impedimentos del funcionamiento diario.
- episodio mixto** Un episodio bipolar que se caracteriza por una mezcla de manía y depresión que ocurren simultáneamente.
- monoaminoxidasa, inhibidor de (MAOI)** Una clase más antigua de agente antidepressivo.
- humor, trastorno del** Un trastorno mental en el que la característica principal es un disturbio del humor.
- humor, estabilizante del** Un medicamento para el trastorno bipolar que reduce los síntomas maníacos y/o los depresivos, y que ayuda a emparejar los cambios en el humor.
- humor** Una emoción dominante que colorea la percepción que una persona tiene del mundo que le rodea.
- 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 mensajero en el cerebro.
- norepinefrina** Un neurotransmisor que desempeña un papel en la respuesta del organismo al estrés y ayuda a regular el despertar, el sueño y la presión arterial.

desafiante oposicional, trastorno Un trastorno de frecuencia insólita, caracterizado por una pauta persistente de desafío, hostilidad o falta de cooperación.

hospitalización parcial Servicios tales como terapia individual y de grupo, educación especial, capacitación vocacional, asesoramiento de los padres y actividades terapéuticas de recreo, que se proporcionan durante al menos 4 horas al día.

fototerapia Véase terapia lumínica.

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.

punto de servicio, plan de (POS) Un plan de atención administrada que es similar a una HMO o PPO tradicional, 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.

depresión posparto Una forma de depresión mayor en la cual los síntomas aparecen dentro de las 4 semanas después de dar a luz.

Organización de proveedor preferido (PPO) Un tipo de plan de atención administrada en que los miembros pueden elegir a un proveedor de una red que tiene un contrato con la PPO.

corteza prefrontal Parte del cerebro implicada en los pensamientos complejos, la resolución de problemas y la emoción.

prevención primaria Actividades destinadas a impedir que el trastorno ocurra, en personas que no tienen los síntomas.

factor protector Una característica que reduce la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad.

psiquiatra Un médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y los problemas emocionales.

psicosis Un estado de ideación gravemente desordenada caracterizado por delusiones o alucinaciones.

psicoterapia El tratamiento de un trastorno mental, emocional o conductual usando “terapia hablada” y otras técnicas psicológicas.

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 recibe un placebo 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.

ciclos rápidos, trastorno bipolar en Una forma de trastorno bipolar en que cuatro o más episodios del humor ocurren en un solo año.

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.

recurrencia Repetición de un episodio de una enfermedad.

recaída La reaparición de los síntomas después de un período de remisión.

remisión Una vuelta al nivel de funcionamiento que existía antes de una enfermedad.

centro residencial de tratamiento Una institución que proporciona supervisión las 24 horas del día, y atención en un ambiente de dormitorio comunal. El tratamiento es menos especializado e intensivo que en el hospital, pero la duración de la internación con frecuencia es considerablemente mayor.

resistencia La capacidad para adaptarse bien a los acontecimientos causantes de estrés en la vida, y para recobrar de la adversidad, los traumatismos o las tragedias.

atención de descanso Atención del niño proporcionado por padres o asistentes de salud mental capacitados, para permitir que los cuidadores usuales tengan un corto período de descanso.

recaptación El proceso mediante el cual un neurotransmisor es absorbido de vuelta en la rama de la célula cerebral que originalmente lo había liberado.

factor de riesgo Una característica que aumenta la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad.

S-adenosil-L-metionina (SAM-e) Un compuesto natural que se vende como un complemento dietético.

esquizoafectivo, trastorno Una forma grave de enfermedad mental en la cual un episodio de depresión o de manía ocurre al mismo tiempo que los síntomas de esquizofrenia.

esquizofrenia Una forma grave de la enfermedad mental caracterizada por delusiones, alucinaciones o trastornos serios del habla, la conducta o la emoción.

afectivo estacional, trastorno (SAD) Una forma de depresión mayor en la cual los síntomas aparecen y desaparecen alrededor del mismo tiempo cada año. Típicamente, comienzan en el otoño o invierno y se alivian en la primavera. También llamada depresión temporal.

segundo mensajero Una molécula interna de una célula nerviosa, que informa a ciertas partes de la célula cuando un neurotransmisor ha activado a un receptor específico.

prevención secundaria Actividades destinadas a impedir que se desarrolle un trastorno completo, en personas que corren riesgo de contraerlo o que ya presentan síntomas iniciales.

Sección 504 estudiantes que presentan un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida.

programa de prevención selectiva Un programa que se ocupa de un subgrupo particular de individuos que corren un riesgo mayor de lo común de desarrollar un trastorno.

inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI)	Una clase de agentes antidepresivos recetada con gran frecuencia.
autoeficacia	La creencia en la propia habilidad de funcionar eficazmente en una situación en particular.
serotonina	Un neurotransmisor que desempeña un papel en el humor y que ayuda a regular el sueño, el apetito y los impulsos sexuales.
efecto secundario	Un efecto no intentado de un medicamento.
terapia de ritmo social	Una técnica terapéutica que se dedica a ayudar a las personas a regularizar sus rutinas diarias.
Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	Una hierba que se vende como complemento dietético.
Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP)	Un programa gubernamental que proporciona cobertura de seguro para niños cuyas familias tienen un nivel de ingresos levemente superior al límite de ingresos cubierto por Medicaid.
respuesta al estrés	La respuesta fisiológica a la percepción de una amenaza real o imaginaria, física o psicológica.
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.
suicidalidad	Ideación o conducta suicida.
cambios	La transición rápida de la depresión a la hipomanía o la manía.
sinapsis	La brecha que separa las células nerviosas
sistema de atención	Una red de servicios sociales y de salud mental, organizada para colaborar para proporcionar atención a un paciente en particular o a su familia.
TEFRA, opción	Una opción de financiación, autorizada por la Ley de Equidad Impositiva y Responsabilidad Financiera de 1982, que permite a los estados proporcionar servicios basados en la comunidad y en el hogar, para niños con discapacidades que viven en su hogar y necesitan atención extensa.
temperamento	La tendencia innata de una persona de reaccionar a los acontecimientos en una forma en particular.
prevención terciaria	Actividades destinadas a reducir el grado de discapacidad asociado con un trastorno existente o a evitar las recurrencias futuras.
estímulo magnético transcraneal (TMS)	Un tratamiento experimental en el que se coloca un electroimán especial cerca del cuero cabelludo, donde pueda usarse para entregar ráfagas cortas de energía para estimular las células nerviosas en un sitio específico del cerebro.
transportadora	Una molécula que transporta un mensajero químico, llamado un neurotransmisor, de vuelta a la célula nerviosa que envió el mensaje originalmente.

- antidepresivo tricíclico, agente (TCA)** Una clase más antigua de agente antidepresivo.
- programa de prevención universal** Un programa destinado a beneficiar a un grupo completo de personas, no sólo los identificados como corriendo riesgo para desarrollar un trastorno.
- utilización, examen de** Un examen formal de los servicios de atención de la salud de un plan de atención administrada, para determinar si se debe o no autorizar el pago de tales servicios.
- estímulo del nervio vago (VNS)** Un tratamiento para la epilepsia que se está poniendo a prueba actualmente para el tratamiento de la depresión grave, difícil de tratar. Usa un dispositivo pequeño que se implanta para aplicar pulsos eléctricos leves al nervio vago, que conecta con sitios claves del cerebro.

Recursos

Organizaciones

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
3615 Wisconsin Avenue NW
Washington, DC 20016-3007
(202) 966-7300
www.aacap.org

American Association of Suicidology
4201 Connecticut Avenue N.W., Suite 408
Washington, DC 20008
(202) 237-2280
www.suicidology.org

American Foundation for Suicide Prevention
120 Wall Street, 22nd Floor
New York, NY 10005
(888) 333-2377
www.afsp.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 NE
Washington, DC 20002-4242
(800) 374-2721
www.apa.org

Bazelon Center for Mental Health Law
1101 15th Street NW, Suite 1212
Washington, DC 20005
(202) 467-5730
www.bazelon.org

Child and Adolescent Bipolar Foundation
1187 Wilmette Avenue, PMB 331
Wilmette, IL 60091
(847) 256-8525
www.cabf.org

Council for Exceptional Children
1110 N. Glebe Road, Suite 300
Arlington, VA 22201
(703) 620-3660
www.cec.sped.org

Depression and Bipolar Support Alliance
730 N. Franklin Street, Suite 501
Chicago, IL 60610-7224
(800) 826-3632
www.dbsalliance.org

Depression and Related Affective Disorders Association
2330 W. Joppa Road, Suite 100
Lutherville, MD 21093
(410) 583-2919
www.drada.org

Families and Advocates Partnership for Education
PACER Center
8161 Normandale Boulevard
Minneapolis, MN 55437-1044
(952) 838-9000
www.fape.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

Jed Foundation
583 Broadway, Suite 8B
New York, NY 10012
(212) 647-7544
www.jedfoundation.org

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression
60 Cutter Mill Road, Suite 404
Great Neck, NY 11021
(800) 829-8289
www.narsad.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 Dissemination Center for Children with Disabilities
P.O. Box 1492
Washington, DC 20013
(800) 695-0285
www.nichcy.org

National Hopeline Network
Kristin Brooks Hope Center
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
(800) 784-2433
www.hopeline.com

National Institute of Mental Health
Office of Communications
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

Suicide Awareness Voices of Education
9001 E. Bloomington Freeway, Suite 150
Bloomington, MN 55420
(952) 946-7998
www.save.org

Libros

American Medical Association. *American Medical Association Essential Guide to Depression*. New York: Pocket Books, 1998.

Birmaher, Boris. *New Hope for Children and Teens With Bipolar Disorder*. New York: Three Rivers Press, 2004.

Empfield, Maureen, and Nicholas Bakalar. *Understanding Teenage Depression: A Guide to Diagnosis, Treatment, and Management*. New York: Owl Books, 2001.

Fassler, David G., and Lynne S. Dumas. *"Help Me, I'm Sad": Recognizing, Treating, and Preventing Childhood and Adolescent Depression*. New York: Viking, 1997.

Fristad, Mary A., and Jill S. Goldberg Arnold. *Raising a Moody Child: How to Cope With Depression and Bipolar Disorder*. New York: Guilford Press, 2004.

Greene, Ross W. *The Explosive Child: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children*. New York: Quill, 2001.

- Ingersoll, Barbara D., and Sam Goldstein. *Lonely, Sad and Angry: A Parent's Guide to Depression in Children and Adolescents*. New York: Doubleday, 1995.
- Jamison, Kay Redfield. *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. New York: Alfred A. Knopf, 1999.
- Jamison, Kay Redfield. *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Simon and Schuster, 1993.
- Kaufman, Miriam. *Overcoming Teen Depression: A Guide for Parents*. Buffalo, NY: Firefly Books, 2001.
- Lederman, Judith, and Candida Fink. *The Ups and Downs of Raising a Bipolar Child: A Survival Guide for Parents*. New York: Fireside, 2003.
- Mondimore, Francis Mark. *Adolescent Depression: A Guide for Parents*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.
- Oster, Gerald D., and Sarah S. Montgomery. *Helping Your Depressed Teenager: A Guide for Parents and Caregivers*. New York: John Wiley and Sons, 1995.
- Papolos, Demetri, and Janice Papolos. *The Bipolar Child: The Definitive and Reassuring Guide to Childhood's Most Misunderstood Disorder* (rev. ed.). New York: Broadway Books, 2002.
- Raeburn, Paul. *Acquainted With the Night: A Parent's Quest to Understand Depression and Bipolar Disorder in His Children*. New York: Broadway Books, 2004.
- Rosenthal, Norman E. *Winter Blues: Seasonal Affective Disorder—What It Is and How to Overcome It* (rev. ed.). New York: Guilford Press, 1998.
- Seligman, Martin E. P., with Karen Reivich, Lisa Jaycox, and Jane Gillham. *The Optimistic Child: A Proven Program to Safeguard Children Against Depression and Build Lifelong Resilience*. New York: Houghton Mifflin, 1995.
- Thase, Michael E., and Susan S. Lang. *Beating the Blues: New Approaches to Overcoming Dysthymia and Chronic Mild Depression*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Waltz, Mitzi. *Bipolar Disorders: A Guide to Helping Children and Adolescents*. Sebastopol, CA: O'Reilly, 2000.
- Wilens, Timothy E. *Straight Talk About Psychiatric Medications for Kids*. New York: Guilford Press, 2004.

Sitios en Internet

- Depression-Screening.org, National Mental Health Association, www.depression-screening.org
- Family Guide to Keeping Youth Mentally Healthy and Drug Free, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, www.family.samhsa.gov

Recursos para adolescentes

Libros

Cobain, Bev. *When Nothing Matters Anymore: A Survival Guide for Depressed Teens*. Minneapolis: Free Spirit, 1998.

Irwin, Cait. *Conquering the Beast Within: How I Fought Depression and Won . . . and How You Can, Too*. New York: Three Rivers Press, 1999.

Sitios en Internet

MindZone, Annenberg Foundation Trust at Sunnylands with the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, www.fhdc.com/annenberg/copecaredeal

TeensHealth, Nemours Foundation, www.teenshealth.org

Recursos para problemas relacionados

Trastornos de ansiedad

Libro

Foa, Edna B., and Linda Wasmer Andrews. *If Your Adolescent Has an Anxiety 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, forthcoming 2006.

Sitios en Internet

Anxiety Disorders Association of America, (240) 485-1001, www.adaa.org

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

Trastornos del comer

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, forthcoming 2005.

Sitios en Internet

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, (847) 831-3438, www.anad.org
National Eating Disorders Association, (206) 382-3587, 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

Bibliography

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Andersen, Margot, Jane Boyd Kubisak, Ruth Field, and Steven Vogelstein. *Understanding and Educating Children and Adolescents With Bipolar Disorder: A Guide for Educators*. Northfield, IL: Josselyn Center, 2003.
- Bazelon Center for Mental Health Law. *Avoiding Cruel Choices: A Guide for Policymakers and Family Organizations on Medicaid's Role in Preventing Custody Relinquishment*. Washington, DC: Bazelon Center for Mental Health Law, 2002.
- Bazelon Center for Mental Health Law. *Suspending Disbelief: Moving Beyond Punishment to Promote Effective Interventions for Children With Mental or Emotional Disorders*. Washington, DC: Bazelon Center for Mental Health Law, 2003.
- Bazelon Center for Mental Health Law. *Teaming Up: Using the IDEA and Medicaid to Secure Comprehensive Mental Health Services for Children and Youth*. Washington, DC: Bazelon Center for Mental Health Law, 2003.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh. *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 Sunnyslans and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Findling, Robert L., Robert A. Kowatch, and Robert M. Post. *Pediatric Bipolar Disorder: A Handbook for Clinicians*. London: Martin Dunitz, 2003.
- Geller, Barbara, and Melissa P. DelBello (Eds.). *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*. New York: Guilford Press, 2003.
- Shaffer, David, and Bruce D. Waslick (Eds.). *The Many Faces of Depression in Children and Adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002.

- U.S. General Accounting Office. *Child Welfare and Juvenile Justice: Federal Agencies Could Play a Stronger Role in Helping States Reduce the Number of Children Placed Solely to Obtain Mental Health Services* (GAO-03-397). Washington, DC: U.S. General Accounting Office, 2003.
- U.S. Public Health Service. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2000.

Índice analítico

- abandono de los estudios, 89
- Abilify, 62
- aburrimiento, 10
- Abuso de alcohol o de drogas, 10, 105
- abuso de sustancias, 2, 6, 8, 11, 19, 21, 24, 25, 28, 34, 35, 36, 70, 79, 83, 110
- abuso emocional, 16
- abuso físico, 16
- Academia Americana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes, 55
- ácido gamma-aminobutírico, 14
- ácido valproico, 60
- acoso, 79, 108
- ACTH. Véase hormona adrenocorticotrópica
- actitudes habitualmente pesimistas, 50
- actitudes, cambio de, 1
- actividad sexual, 79
- ADHD. Véase trastorno de déficit de atención hiperactiva
- ADHE, 29
- adherencia al plan terapéutico, 88
- Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU, 45
- Administración de Estándares de Empleo del Departamento de Trabajo de EE. UU., 88
- administración, frecuencia, 49
- admisión involuntaria, 68
- adolescencia, período de transición, 77
- Adolescente enfrentando al estrés, 109
- adolescente, crianza, 86
- Advertencia de la FDA, 46
- advertencia, señales de, 9
- advertencia, signos de, 48
- afección cardíaca, 93
- agencias de servicio social, 69
- agitación, 5, 27, 44, 45, 48
- agresión, 16
- agresividad, 80
- alcohol, 8
- alerta constante, 2
- Alianza de Apoyo de la Depresión y el Trastorno Bipolar, 4, 72
- Alianza de Apoyo para la Depresión y el Trastorno Bipolar, 97
- Alianza Nacional para el Enfermo Mental, 73
- alimentación, cambios, 7
- alimentos azucarados, 9
- alimentos de féculas, 9
- alprazolam, 63
- alternativa aceptable para tratamiento, 75
- alucinaciones, 8, 24, 25, 26, 29, 38, 62
- amenaza, 15, 16, 55, 67, 83
- amenorrea, 61
- amistades sanas, 50
- amor propio, cultivo del, 103
- An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*, 22
- Anafranil, 43, 46
- anemia, 11
- anemia drepanocítica, 93
- anfetaminas, 30
- angustia, 63
- angustia mental, 6
- ánimo, falta de, 1
- ansiedad, 9, 15, 19, 21, 30, 40, 44, 45, 46, 63, 67, 77, 100

anticipación, 31
anticonceptivos orales, interacción con hierba de San Juan, 58
anticonvulsivos, agentes, 60
antidepresivo, agente, 14, 40, 42, 44, 45, 46, 47
antidepresivos tricíclicos, 43
antidepresivos, agentes de primera línea, 47
antidepresivos, agentes, beneficios y riesgos, 44
antidepresivos, lista de agentes, 43
antipsicóticos atípicos, 60, 62
apatía, 2, 18
apelación, denegación de pago, 75
apetito, reducción o aumento, 7
apoyo de otros padres, 96
apoyo emocional, 51
apoyo paternal, 6, 80
apoyo social, 98
aripiprazol, 62
armas de fuego, 107
asesoramiento familiar, 84
asesoramiento de los padres, 69
asesoramiento familiar, 82
asignaciones escolares alternativas, 96
asistente social, 95
asma, 93
Asociación Nacional de Salud Mental, 73
Asociación Psiquiátrica Americana, 47
atención administrada, 74
Atención de descanso, 69
atención, falta de, 20, 29, 33
Ativan, 63
autodestructivo, comportamiento, 2
Autoeficacia, 104
automóvil, 79
axón, 13

biológicos, factores, 3
Bipolar I, características, 25
Bipolar II, características, 26
Bipolar no especificado de otra forma, 26
bipolar, trastorno, 2, 5, 16, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 47, 58, 61, 64, 77, 80, 85, 86, 98, 104, 106, 111

síntomas, 6
causas, 6
consecuencias, 6
incidencia, 9
características, 22
causas, 22
factores de riesgo, 22
manía, 22
depresión, 22
diagnóstico, 23
signos de advertencia, 27
genes, 30
biología, 31
fisiología, 32
bioquímica, 32
factores sociales, 32
reloj interno, 33
plan terapéutico, 59
tratamiento de primera línea, 60
componente genético, 64
incidencia, 96

ciclos rápidos, 47
bipolar, trastorno y estrés, 32
bipolar, trastorno, plan terapéutico, 64
bravucones, 18, 80
bupropión, 44

CABF, 72, 97. Véase Fundación del Niño y Adolescente Bipolar
Cade, John, 59
cansancio, 10
capacitación vocacional, 69
catatonía, 26
CBT, 51, 52, 53. Véase terapia conductual cognitiva
células nerviosas, estímulo por electroimán, 57

Centro Annenberg de Política Pública, 70
Centro Bazelon para Leyes sobre Salud Mental, 90
centro de crisis, 65
Centro de Diseminación Nacional para Niños con
Discapacidades, 95
Centros de Servicios para Medicare y Medicaid, 72
Centros residenciales, 69
cerebro, efectos de la psicoterapia, 49
cerebro, estímulo por ECT, 55
cerebro, funcionamiento eléctrico, 56
cerebro, funcionamiento químico, 56
cerebro, lóbulos frontales, 12
ciclos rápidos, 63
Ciclotimia, características, 26
Clarke, Gregory, 109
clozapina, 62
Clozaril, 62
cobertura de seguro, 71, 87
cobertura para la salud mental, 73
cobertura, denegación, 75
cocaína, 30
Colaboración con la escuela, 89
colaboración con los maestros, 90
Colegio Americano de Psiquiatras, 4
comidas con la familia, 103
comórbidas, afecciones, 19
 trastornos de ansiedad, 19
 abuso de sustancias, 19
 trastornos del comer, 19
 trastorno de déficit de atención
 hiperactiva, 20
 trastorno de la conducta, 20
 trastorno desafiante oposicional, 20
 trastornos del aprendizaje, 20
compañeros, presión, 50
complementos dietéticos, utilidad, 57
complementos herbarios, 49
componente genético, 87
comportamiento positivo, 99
comportamiento suicida, 2, 37, 45, 46, 48, 107, 108

comportamiento, cambio de, 1
compuestos químicos cerebrales, 12
computadora, 79
comunicación con el adolescente, 78
comunicación, líneas de, 51
concentración, falta de, 7
conflicto interpersonal, 53, 87
conflictos familiares, 17, 50
conflictos, resolución, 106
consejeros de salud mental, 52
Consejo de Defensa Legal de la Fundación Bipolar
del Niño y Adolescente, 72
Consejo para Niños Excepcionales-Ley IDEA y
recursos, 95
consuelo falso, 81
contagio suicida, 108
convulsiones, 45, 60, 61
cónyuges, 84
corticotropina, 16
cortisol, 16
Costos de salud mental, 73
costos, atención administrada, 74
crédito escolar por trabajo externo, 96
creencias exageradas, 2
CRF. Véase factor liberador de corticotropina
crianza coherente, 88
crisis suicida, 65
culpa, 86
culpa, sentimiento de, 7
custodia de hijos, cesión al estado, 71
custodia, cesión, 72
Cymbalta, 43, 44

Darkness Visible: A Memoir of Madness, 22
DBSA. Véase Alianza de Apoyo de la Depresión y
Bipolar
debido proceso, 94
delusiones, 8, 62
Depakote, 60, 61, 63
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.
UU., 80
depresión, 5, 23, 25, 27, 40, 77, 80, 85, 92, 98, 100,

síntomas, 6
causas, 6
consecuencias, 6
incidencia, 11
recurrente, 11
incidencia, 11
genes, papel de los, 12
depresión crónica, tratamiento con VNS, 57
depresión estacional, 55
depresión maníaca, 2
depresión mayor, 7, 9, 10, 12, 14, 19, 21, 25, 26, 30, 32, 35, 36, 42, 46, 54, 100, 102, 110
definición, 7
criterios, 7
síntomas, 7
crónica, 8
catatónica, 8
melancólica, 8
psicótica, 8
atípica, 8
estacional, 8
posparto, 9
depresión mayor, criterios del DSM-IV-TR, 7
depresión recurrente , tratamiento con VNS, 57
Depresión y el Trastorno Bipolar en la Adolescencia, 3
depresión, abismos, 1
depresión, definición, 1
depresión, diagnóstico, 10
depresión, origen, 15
Depresión:
factores de riesgo, 6
Depresión: Características
características, 6
derechos de patria potestad, 94
derechos del adolescente, 68
desequilibrio químico, 59

desesperación, 2, 37, 51, 99, 106
desobediencia, 91
despreciable, sentirse, 7
diabetes, 93
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 24, 25
diagnóstico, 2, 4, 11, 23, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 37, 40, 44, 66, 111
discapacidad física, 79
disciplina apropiada, 88
distimia, 9, 19, 102, 110
distimia, criterios del DSM-IV-TR, 9
distimia, diagnóstico, 10
distimia, señales de advertencia, 9
distracción, 20
dolor de cabeza, 55
dopamina, 14, 54, 58
dormir excesivamente, 7
dormir, cambios, 7
drogas, 85
DSM-IV-TR
Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales, 7
duloxetina, 44
ECT, 65. Véase terapia electroconvulsiva
ECT, programa terapéutico, 56
Educación de Individuos con Discapacidades, 90
educación de la familia, 109
educación especial, 69, 70
educación especial independiente, 94
efectos secundarios, 8, 9, 11, 24, 25, 29, 35, 43, 45, 48, 49, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 89
efectos secundarios de los medicamentos, 11
Effexor, 43, 44
electrodos craneales, 55
electroimán vecino al cuero cabelludo, 57
electroimán, programa de administración de pulsos, 57
emergencias familiares, 87
emocional, 16, 18, 22, 64, 92
empatía, 51

Encuesta de Comorbilidad Nacional, 11
endorfinas, 14
energía física, 22
energía, falta de, 7
enfermedad de Lyme, 11
enfermedad mental, definición, 38
enfermedad tiroidea, 11
enfermeras psiquiátricas, 44, 52
epilepsia, 56, 93
episodio maníaco, 65
Episodio mixto
 criterios del DSM-IV-TR, 25
episodios mixtos, 25, 63
escuela terapéutica, 92
escuela, asistencia, 48
escuela, disciplina personal, 49
espacio sináptico, 13
especialista de salud mental, 66
esperanza, 104
esquizoafectivo, trastorno, 29, 70
esquizofrenia, 29, 92
estabilidad, 81
Estabilizantes del humor
 lista de medicamentos, 59
 litio, 59
estabilizantes, beneficios y riesgos, 60
estadísticas, 7, 11, 12
Estadísticas de la salud mental, 73
esteroides anabólicos, 30
estilo explicativo, 100, 101
estímulo magnético transcraneano, 57
estrés, 15, 86
estrés y genes, 16
estrés, definición, 15
estrés, reducción, 77
estructura, 81
estudiantes afroamericanos, 100
estudiantes chinos, 101
estudiantes latinos, 100
estudio en Nueva York, 52
étnicidad, 79
euforia, 27, 28
examen de la utilización, 74
exámenes escolares, 96
experiencia compartida, 51
exploraciones cerebrales, 49
factor liberador de corticotropina, 16
factores biológicos, 12
factores de riesgo, 98
 historial familiar, 98
 trastornos del humor, 98
estrés de la vida, 98
conflictos familiares, 98
factores de riesgo familiares, 105
factores genéticos, 12
factores protectores, 98
 psicológicos, 98
 conductuales, 98
 genéticos, 98
 biológicos, 98
 sociales, 98
factores psicológicos, 12, 18
factores sociales, 12, 17
familia extendida, 84
fases del tratamiento
 aguda, 41
 continuación, 42
 mantenimiento, 42
fatiga, 7
FDA. Véase Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
FDA, aprobación del VNS, 57
feniclidina (PCP), 30
fiebre reumática, 93
fluoxetina, 40, 42
fondos públicos, 71
fototerapia, 54
fototerapia, caja lumínica, 54
fracaso académico, 6
fracaso escolar, 89

frecuencia cardíaca, 15
frecuencia respiratoria, 15
función hepática, pruebas, 61
funcionamiento en el hogar y la escuela, 64
Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, 4
Fundación del Niño y Adolescente Bipolar, 90
Fundación Fiduciaria Annenberg en Sunnylands, 3

GABA. Véase ácido gamma-aminobutírico
Galeno, 58
Geodon, 62
Gillham, Jane, 101
glándula tiroidea, efectos del litio, 61
grupos de padres, 97, 101

habilidades cognitivas y sociales, 89
hemofilia, 93
hepatitis, 11
hermanos, 85
hierba de San Juan, 57
hierba de San Juan, interacciones con medicamentos, 58
hiperactividad, 20, 21, 29, 33
hipersensibilidad, 8
Hipersensibilidad, 10
hipocampo, 17, 31
hipófisis. Véase pituitaria
Hipomanía
 criterios del DSM-IV-TR, 24
hipomanía, definición, 24
hipomanía, signos de advertencia, 25
hipotálamo, 16
hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, eje, 16
hipótesis de facilitación subliminar, 32
HMO. Véase Organización de mantenimiento de la salud
homosexualidad, riesgo de suicidio, 108
horarios escolares, 95
hormona adrenocorticotrópica, 16
hospitalización, 67
hospitalización de urgencia, 75
hospitalización involuntaria, 68
hospitalización parcial, 67
Hospitalización parcial, 69
hostilidad, 10, 20, 34, 44, 45
HPA. Véase hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, eje
humor deprimido, 7
humor, definición, 1
humor, trastorno, 1
humor, trastornos del, 4
humor. autodestructivo, 6

IDEA, 91, 92. Véase Educación de Individuos con Discapacidades
IDEA, reautorización, 94
ideación suicida, 6, 40
ideación suicida, riesgo de, 46
ideas grandiosas, 101
ilusiones falsas, 24, 25, 26
impotencia, 18
impotencia, sentimiento de, 51
impulsividad, 20, 29, 33, 44, 45
impulsivo, comportamiento, 20
incapacidad para aprender, 92
independencia, 50
infelicidad, 92
inhalantes, 30
inhibidores de la monoaminoxidasa, 43
Iniciativa de Salud Mental en la Adolescencia, 3
inquietud, 27, 44, 45
insomnio, 7, 10, 34, 45, 48
Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, 11
Instituto Nacional de Salud Mental, 60
Institutos Nacionales de Salud, 30, 58
instrucción en el hogar, 5
instrucción escolar, 95
interacciones entre medicamentos, 49
interés, falta de, 8
interés, pérdida del, 7
internación corta, 67
internación intermedia, 67
Internet, grupos de apoyo, 97
IPT, 51. Véase psicoterapia interpersonal

ira, 10, 27, 29, 78
irritabilidad, 2, 7, 18, 23, 24, 27, 33, 44, 45, 48, 55

Jamison, Kay Redfield, 22

kindling, 32

Kraepelin, Emil, 32

Lederman, Judith y Candida Fink., 89

publicación, 89

lesiones craneales, 11

leucemia, 93

Ley de Equidad Impositiva y Responsabilidad

Financiera de 1982, 72

Ley de Licencia Familiar y Médica, 88

Ley de Paridad de la Salud Mental, 73

Ley de Rehabilitación de 1973, 91

libertades civiles del adolescente, 68

líquido cefalorraquídeo, 16

litio, 32, 58, 59, 60, 61, 63

historia, 59

litio, beneficios y riesgos, 60

litio, concentraciones sanguíneas, 61

litio, dosis, 60

litio, efectos antimánicos, 59

litio, emergencia, 61

litio, pruebas de sangre, 61

llanto, 10

lorazepam, 63

Luvox, 43, 46

luz solar, exposición, 9

madres mártires, 86

mal humor, 1, 2, 10

manía, 2, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32,
33, 34, 35, 36, 37, 47, 59, 63, 67, 78

manía, criterios del DSM-IV-TR, 24

manía, definición, 23

manía, picos, 1

MAOI. Véase inhibidores de la monoaminooxidasa

MDMA (ecstasy), 30

Medicaid, 71, 75, 90

medicamentos, 78, 98

trastorno bipolar, 59

medicamentos antidepresivos, materiales impresos,
46

medicamentos antidepresivos, rotulado, 46

medicamentos de venta libre, 49

medicamentos estabilizantes, 58

medicamentos psiquiátricos, 48

medicamentos, alergia a, 49

medicamentos, efectos secundarios, 42, 44

medicamentos, nombres genérico y de marca, 49

medicamentos, otros, 49

melancolía, 1, 9, 18

melatonina, 54

memoria reciente, pérdida por ECT, 56

memoria, mejoría después de ECT, 56

metabolismo, 15

mirtazapina, 44

monoaminooxidasa. Véase inhibidores de la
monoaminooxidasa

mononucleosis, 11

morfina, 14

muerte, 37, 107

muerte, pensamientos de, 7

necesidad médica, 74

necesidades educativas, 77

nefritis, 93

nervio vago, estímulo, 56

neurona, 13

neurotransmisores, 13

norepinefrina, 14, 17, 44

objetivos, lista de, 53

OHI. Véase Otra discapacidad de salud

olanzapina, 62

opción Katie Beckett, 72

oportunidades educativas, 89

oportunidades terapéuticas, 52

optimismo, 101, 104

optimismo, desarrollo, 99

Organización de mantenimiento de la salud, 73
Organización de proveedor preferido, 74
Otra discapacidad de salud, 92
ovarios poliquísticos, 61

padre soltero, 84
padres, divorcio, 50
PAE. Véase Programa de asistencia al empleado
pago por servicios, 71
pandillas, 85
pánico, 44, 45
paridad de la salud mental, 72
paroxetina, 42
pasatiempos e intereses, fomento de, 103
pases escolares especiales, 95
Pauley, Jane, 22
Paxil, 42, 43, 48
pediatra, 44
pediatras, 66
PEI, 92, 93
PEI, definición, 93
pena, 50
pensamientos atropellados, 2, 24, 63
pensamientos negativos no realistas, 50
pensamientos suicidas, 45, 106, 108
Pensamientos y salud, Islandia, 102
pesimismo, 18, 100, 101
peso, aumento excesivo, 7
peso, pérdida sin dieta, 7
pituitaria, glándula, 16
placer, falta de, 8
placer, pérdida del, 7
Plan de Atención Administrada, 73
Plan de punto de servicio, 74
plan de terapia conductual, 69
POS. Véase Plan de punto de servicio
PPO. Véase Organización de proveedor preferido
predisposición genética, 12, 105
presión arterial, 14, 15
prevención, 4, 98, 99, 102, 106, 109, 110, 111
Prevención
 primaria, 99

secundaria, 99

terciaria, 99

Prevención del suicidio, 106

prevención, psicosocial, 98
problemas cognitivos, 51
problemas de la conducta, 51
problemas emocionales, 51
problemas sociales, 51
proceso de apelación, 75
proceso de evaluación, 101, 102
proceso terapéutico, 41, 53
procesos electroquímicos, alteración por ECT, 55
profesional calificado, elección, 71
profesional de salud mental, 66
Profesionales de salud mental, 66
programa de asistencia al empleado, 88
Programa Estatal de Seguro para la Salud del Niño,
 71
Programa Penn de Prevención, 99
Programa Penn de Resistencia, 99
Proyecto de intervención preventiva, Boston, 102
Prozac, 40, 42, 43, 46
PRP, 101, 109. Véase Programa Penn de
 Resistencia
psicológicos, factores, 3
psicólogos clínicos, 52, 67
psicosis, 14, 45
psicoterapia, 19, 21, 40, 47, 49, 52, 53, 64, 78, 98
psicoterapia interpersonal, 50
psicoterapia, beneficios, 64
psicoterapia, beneficios y riesgos, 51
psicoterapia, efectos físicos, 49
psicoterapia, escuelas de, 49
psicoterapia, reacción inesperada, 52
psicoterapia, trastorno bipolar, 59
psiquiatra, 3, 5, 32, 44, 45, 55, 59, 66, 68, 84
psiquiatras, 52
pulsos eléctricos al nervio vago, 56

quetiapina, 62
química cerebral, 15

Raeburn, Paul, publicación, 89
raza, 79
reacción en cadena, 64
rebelión del adolescente, 21
recaída, 48, 63, 64, 77, 88, 110
recaída, probabilidad, 53
recaptación, 13, 14, 43, 44
reclamación de seguro, 87
recurrencia, 21, 22, 48, 63, 77, 88, 105, 110
recurrencia, probabilidades, 53
recurrencia, riesgo de, 42
red de apoyo, 84
red de servicios de salud mental y servicios sociales,
69
Red Nacional de la Esperanza, 65
refugio temporal, 104
relaciones interpersonales, 92
relaciones sexuales, 85
religión, 79
Remeron, 43, 44
resentimiento, 51, 85
resistencia, 102
resistencia, desarrollo, 99
Resolución de problemas para toda la vida, Australia,
102
retraimiento, 2, 18, 78
Retraimiento social, 10
riesgo, reducción, 98
riesgos-beneficios, 41
riñones, efectos del litio, 61
Risperdal, 62
risperidona, 62
rutinas diarias, 64

SAD, 54. Véase trastorno afectivo estacional
SAD, mecanismos biológicos, 54
S-adenosil-L-metionina, 58
salud mental, beneficios, 71
SAM-e. Véase S-adenosil-L-metionina
Sammy, complemento dietético, 58
SCHIP. Véase Programa Estatal de Seguro para la
Salud del Niño

Sección 504, 93. Véase Ley de Rehabilitación de
1973
Segunda Guerra Mundial, 31
segundos mensajeros, 59
seguro, cobertura de, 53
seguros, restricciones de los planes, 71
Seligman, Martin, 100
sendero neural en el cerebro, 98
Seroquel, 62
serotonina, 14, 17, 43, 44, 54, 58
sertralina, 42
servicios apropiados, identificación, 71
servicios de apoyo, 68
servicios de emergencia, 75
servicios de salud mental, 66, 68
Servicios en el hogar, 69
servicios en la comunidad, 69
Servicios residenciales de tratamiento en crisis, 69
sinapsis, 13, 14
síndrome de fatiga crónica, 11
síntomas psicóticos, 24, 25, 29, 35
síntomas, intensidad, 42
síntomas, persistencia, 42
sistema de justicia juvenil, 71
sistemas de atención, 69
situación explosiva, 83
Skywriting: A Life Out of the Blue, 22
sobredosis, 5
sociales, factores, 3
SSRI, 58. Véase serotonina, inhibidores selectivos de
la recaptación
Steel, Danielle, publicación, 89
Styron, William., 22
suicidalidad, 46
suicidio, 22, 37, 65, 79, 106
factores protectores, 106
factores de riesgo, 106
suicidio, atentado, 6
suicidio, ideación, 7
suicidio, pensamientos de, 7
suicidio, reducción del riesgo, 107
suicidio, riesgo de, 45, 46, 47, 107

suicidio, señales de advertencia, 37
suprarrenales, glándulas, 16

tareas escolares para el hogar, 96
TCA. Véase antidepresivos tricíclicos
técnicas cognitivas-conductuales, 109
TEFRA, 72
Tegretol, 61, 63
teléfono celular, 79
televisión, 79
temperamento, definición, 18
tensión muscular, 15
teoría cognitiva de la depresión, 18
terapeutas del matrimonio y la familia, 52
terapia cognitiva-del comportamiento, 19
terapia conductual cognitiva, 40, 100
terapia de choques, 55
terapia de familia, 51, 64, 82
terapia de grupo, 51, 68, 69
terapia del ritmo social, 64
terapia electroconvulsiva, 55, 65
terapia estructurada, 52
terapia familiar, 18, 51
terapia individual, 51, 69
terapia lumínica, 54, 65
terapia lumínica en trastorno bipolar, 55
timidez, 18
TMS. Véase estímulo magnético transcraneano
trabajadores sociales clínicos, 52
trabajo y vida, 87
transportador, 13
trastorno afectivo estacional, 8
trastorno afectivo estacional, tratamiento, 54
trastorno conductual, 83
trastorno de déficit de atención hiperactiva, 20, 92
trastorno de la conducta, 21, 33
trastorno del aprendizaje, 21, 79
trastorno desafiante oposicional, 21, 34, 83

Trastorno emocional, criterios de IDEA, 92
trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico, 46
trastornos del humor, 87
tratamiento, 2, 3, 4, 6, 18, 19, 21, 23, 25, 29, 32, 33,
34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 60, 61, 66, 69,
73, 111
 medicamentos, 40
 trastorno bipolar, 58
 terapia, 40
tratamiento de día, 69
tratamiento profesional, 6
tratamiento, cargos y pagos, 66
tristeza, 2, 7
TSS, personal de apoyo terapéutico, 70

venlafaxina, 44
vida diaria, 77
vida en el hogar, 81
vínculos familiares, 51
vínculos genéticos, 87
violación sexual, 16, 18
violencia, 2, 27
violencia doméstica, 105
vista, cansancio de la, 55
VNS. Véase nervio vago, estímulo
VNS, aprobación de la FDA, 57
vulnerabilidad, 19

Wellbutrin, 43, 44, 45

Xanax, 63

ziprasidona, 62
Zoloft, 42, 43, 46
Zyprexa, 62