

An abstract painting with a textured, layered appearance. The background is a mix of yellow, orange, and brown tones. Two dark, sketchy figures are visible, one on the left and one on the right, both appearing to be in a state of distress or contemplation. The figures are rendered with dark, expressive lines. In the center, there is a bright blue area that looks like a body of water or a path, with some white highlights. The overall mood is somber and evocative.

Trastornos de Ansiedad

Instituto Nacional de la Salud Mental

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Institutos Nacionales de la Salud

Instituto Nacional de la Salud Mental

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%) cada año,¹ llenando a personas de miedo e incertidumbre. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad.

Existen terapias eficaces para los trastornos de ansiedad, y investigaciones están descubriendo nuevos tratamientos que pueden ayudar a la mayoría de las personas que padecen de trastornos de ansiedad a vivir vidas productivas y plenas. Si usted cree que padece de un trastorno de ansiedad, debe buscar información y tratamiento inmediatamente.



Este folleto

- describe los síntomas de los trastornos de ansiedad,
- explica el papel que desempeñan las investigaciones en el entendimiento de las causas de estas enfermedades,
- describe tratamientos eficaces,
- le ayuda a aprender como obtener tratamiento y a trabajar con un médico o terapeuta, y
- le sugiere alternativas para que el tratamiento sea más eficaz.

En este folleto se describen los siguientes trastornos de ansiedad:

- trastorno de pánico,
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC),
- trastorno de estrés postraumático (TEPT),
- fobia social (o trastorno de ansiedad social),
- fobias específicas, y
- trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo.

Trastorno de pánico

“Para mí, un ataque de pánico es una experiencia casi violenta. Me siento desconectado de la realidad. Siento como si estuviese perdiendo el control de una manera extrema. Mi corazón late fuertemente, siento que me falta el aire, y hay una sensación abrumadora de que las cosas me están aplastando”.

“Comenzó hace diez años, cuando acababa de graduarme de la universidad y comencé

un nuevo trabajo. Estaba sentado en un seminario de negocios en un hotel y esta cosa surgió de la nada. Sentía como si me fuese a morir”.

“Entre un ataque y otro, se presenta este temor y ansiedad de que el ataque se volverá a repetir. Tengo miedo de volver a sitios en los que he padecido un ataque. A menos de que obtenga ayuda pronto, no habrá un solo sitio al que pueda ir y sentirme a salvo del pánico”.

El trastorno de pánico es una enfermedad real que se puede tratar satisfactoriamente. Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentir las adormecidas; y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control.

El miedo a los inexplicables síntomas físicos de uno mismo, es también un síntoma del trastorno de pánico. A veces, las personas que sufren ataques de pánico creen que están sufriendo un ataque cardíaco, que están enloqueciendo, o que están al borde de la muerte. No pueden predecir cuándo o dónde ocurrirá un ataque, y entre los episodios, muchas personas se preocupan intensamente y se aterrorizan de pensar en el próximo ataque.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, incluso al dormir. Usualmente, un ataque alcanza su máxima intensidad durante los primeros diez minutos, pero algunos síntomas pueden durar mucho más tiempo.

El trastorno de pánico afecta a aproximadamente 6 millones de adultos estadounidenses¹ y es dos veces más común en mujeres que en hombres.² Los ataques de pánico usualmente comienzan a finales de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta,² pero no todos los que padecen de ataques de pánico desarrollarán el trastorno de pánico. Muchas personas sólo tienen un ataque y nunca vuelven a tener otro. La tendencia a desarrollar ataques de pánico parece ser hereditaria.³

Las personas que presentan ataques de pánico repetidos y en su máxima expresión, pueden llegar a quedar muy discapacitadas por esta enfermedad, y deben buscar tratamiento antes de que comiencen a evitar lugares o situaciones en las cuales han

padecido ataques de pánico. Por ejemplo, si un ataque de pánico ocurrió en un ascensor, alguien que sufre de trastorno de pánico puede desarrollar miedo a los ascensores, lo cual puede afectar sus decisiones laborales o de vivienda y limitar los lugares dónde dicha persona puede buscar asistencia médica o diversión.

Las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil. Aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza.² Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama *agorafobia* o miedo a los espacios abiertos.

Un tratamiento temprano puede prevenir la agorafobia, pero las personas que padecen del trastorno de pánico pueden en ocasiones ir de un médico a otro durante años, e ir a la sala de emergencias repetidamente, antes de que alguien pueda diagnosticar correctamente su enfermedad. Esto es desafortunado, ya que el **trastorno de pánico es uno de los trastornos de ansiedad más tratables, ya que en la mayoría de casos responde a ciertos tipos de medicación o a ciertos tipos de psicoterapia cognitiva, lo cual ayuda a cambiar los patrones de pensamiento que conducen al miedo y la ansiedad.**

Con frecuencia, el trastorno de pánico viene acompañado de otros problemas graves, tales como depresión, abuso de drogas, o alcoholismo.^{4,5} Estas enfermedades necesitan ser tratadas por separado. Los síntomas de depresión incluyen sensación de tristeza o desesperanza, cambios en el apetito o los patrones de sueño, falta de energía, y dificultad para concentrarse. La mayoría de personas que padecen de depresión pueden tratarla efectivamente con medicamentos antidepresivos, ciertos tipos de psicoterapia, o una combinación de ambos.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

“No podía hacer nada sin rituales. Éstos invadieron todos los aspectos de mi vida. El contar realmente me abrumaba. Me lavaba el pelo tres veces en vez de una, porque el número tres era de buena suerte, mientras que el número uno no. Me demoraba más en leer porque me ponía a contar las líneas del párrafo. Al colocar el despertador en la noche, lo ponía de manera tal que la suma de los dígitos no resultara en un número 'malo'”.

“Vestirme por las mañanas era difícil debido a que tenía una rutina, y si no seguía dicha rutina, me producía ansiedad y tenía que comenzar a

vestirme nuevamente. Siempre me preocupaba que si yo no hacía alguna cosa, mis padres iban a morir. Tenía pensamientos terribles acerca de hacer daño a mis padres. Todo eso era completamente irracional, pero tales pensamientos generaban mayor ansiedad y más comportamientos insensatos. Debido al tiempo que perdía en rituales, era incapaz de hacer muchas cosas importantes para mí”.

“Sabía que los rituales no tenían sentido, y me sentía muy avergonzado al respecto, pero no era capaz de sobreponerme hasta que recibí terapia”.

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tienen pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) y usan los rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. La mayoría de las veces, los rituales terminan controlando a esas personas.

Por ejemplo, si las personas están obsesionadas con los gérmenes o la suciedad, pueden desarrollar una compulsión de lavarse las manos una y otra vez. Si desarrollan una obsesión con respecto a los intrusos, pueden trancar y volver a trancar las puertas muchas veces antes de irse a dormir. El temor a la vergüenza social puede causar que las personas con TOC se peinen el cabello compulsivamente frente a un espejo—en ocasiones pueden verse “atrapadas” ante el espejo y no pueden separarse del mismo. No es agradable realizar tales rituales. En el mejor de los casos, produce un alivio temporal de la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos.

Otros rituales comunes consisten en la necesidad de revisar cosas repetidamente, tocar objetos (en especial en una secuencia particular), o contar cosas. Algunas obsesiones comunes incluyen el tener pensamientos frecuentes de violencia y de hacer daño a los seres queridos, el pensar persistentemente acerca de realizar actos sexuales que no son del agrado de la persona, o el tener pensamientos que son prohibidos por las creencias religiosas. Las personas con TOC también pueden preocuparse con el orden y la simetría, tener dificultad para deshacerse de cosas (las acumulan), o guardar artículos innecesarios.

Las personas sanas también tienen rituales, tales como revisar varias veces si la estufa está apagada antes de salir de la casa. La diferencia radica en que las personas con TOC realizan sus rituales a pesar de que el hacerlo interfiere con su vida diaria, y de que la repetición les resulta agobiante. Aunque la mayoría de los adultos con TOC reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido, es posible que algunos adultos y la mayoría de niños no sean conscientes de que su comportamiento está fuera de lo común.

El TOC afecta a aproximadamente 2.2 millones de adultos estadounidenses¹ y el problema puede estar acompañado por trastornos de la alimentación,⁶ otros trastornos de ansiedad, o depresión.^{2,4} Este trastorno afecta aproximadamente en números iguales a hombres y mujeres y usualmente aparece durante la infancia, adolescencia, o a comienzos de la edad adulta.² Una tercera parte de los adultos con TOC desarrollan síntomas desde la infancia y investigaciones indican que el TOC puede ser hereditario.³

La evolución de la enfermedad varía bastante. Los síntomas pueden aparecer y desaparecer, disminuir con el tiempo, o empeorar. Si el TOC llega a ser severo, éste puede incapacitar a la persona trabajar o llevar a cabo sus responsabilidades normales en casa. Las personas con TOC quizá intenten ayudarse a sí mismas evitando situaciones que provoquen sus obsesiones o usen alcohol o drogas para calmarse.^{4,5}

Usualmente, el TOC responde bien al tratamiento con ciertos medicamentos y/o a la psicoterapia basada en exposición, en la cual la persona enfrenta situaciones que le causan miedo o ansiedad y se vuelve menos sensible a éstas (desensibilizado). El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) está apoyando investigaciones en lo concerniente a nuevos enfoques de tratamientos para personas cuyo TOC no responde bien a las terapias tradicionales. Estos enfoques incluyen tratamientos combinados o agregados y también técnicas modernas tales como estimulación cerebral profunda.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

“Fui violada cuando tenía 25 años de edad. Durante mucho tiempo, hablaba de la violación como si fuese algo que le hubiese sucedido a otra persona. Era muy consciente de que me había sucedido a mí, pero simplemente no había ninguna sensación”.

“Después comencé a tener escenas retrospectivas. Éstas me llegaban como salpicaduras de agua. Me aterrorizaba. De pronto, estaba reviviendo la violación. Cada instante era alarmante. No tenía conciencia de las cosas

a mi alrededor; me encontraba en una burbuja, como si estuviese flotando. Y me producía mucho miedo. El tener escenas retrospectivas te puede poner mal”.

“La violación sucedió la semana anterior al Día de Acción de Gracias, y es increíble la ansiedad y el miedo que siento todos los años alrededor de esta fecha. Es como si hubiese visto a el hombre lobo. No me puedo relajar, no puedo dormir, y no quiero estar con nadie. Me pregunto si alguna vez me liberaré de este terrible problema”.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se desarrolla después de una experiencia aterradorante que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. La persona que desarrolla el TEPT puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático que le sucedió a sus seres queridos o a desconocidos.

El TEPT recibió por primera vez atención pública en relación con los veteranos de guerra, pero puede ser el resultado de diversos incidentes traumáticos, tales como asaltos, violación, tortura, secuestro o cautiverio, abuso infantil, accidentes automovilísticos, ferroviarios, o aéreos, bombas, o desastres naturales tales como inundaciones o terremotos.

Las personas con TEPT pueden asustarse con facilidad, paralizarse a nivel emocional (especialmente en relación con personas cercanas a ellas), perder interés en las cosas que acostumbraban disfrutar, tener problemas para mostrarse afectuosas, ponerse irritables, más agresivas, o incluso violentas. Tales personas evitan situaciones que les recuerdan el incidente original y los aniversarios del incidente son con frecuencia un momento muy difícil. Los síntomas del TEPT parecen empeorar cuando el evento que los provocó fue iniciado deliberadamente por otra persona, como en el caso de un asalto o secuestro.

La mayoría de personas con TEPT reviven múltiples veces el trauma en sus pensamientos durante el día y en pesadillas al dormir. Esta experiencia se llama escena retrospectiva. Las escenas retrospectivas pueden consistir de imágenes, sonidos, olores, o sensaciones, y con frecuencia son situaciones rutinarias las que las provocan, tales como un portazo o una explosión del escape de un automóvil en la calle. La persona que tiene una escena retrospectiva puede perder el contacto con la realidad y creer que el incidente traumático está volviendo a suceder.

No todas las personas traumatizadas desarrollan un TEPT completamente desarrollado o incluso uno leve. Normalmente, los síntomas comienzan dentro de los tres meses luego del incidente, pero ocasionalmente pueden surgir varios años después. Los síntomas deben durar más de un mes para que se considere un caso de TEPT. La evolución de la enfermedad es variable. Algunas personas se pueden recuperar al cabo de seis meses, mientras que otras tienen síntomas que perduran por mucho más tiempo. En algunas personas, la enfermedad se vuelve crónica.

El TEPT afecta a aproximadamente 7.7 millones de adultos estadounidenses,¹ pero puede ocurrir a cualquier edad, incluso en la infancia.⁷ Las mujeres son más susceptibles a desarrollar un TEPT que los hombres⁸ y hay alguna evidencia de que la susceptibilidad al trastorno puede ser hereditaria.⁹ Con frecuencia, el TEPT viene acompañado de depresión, abuso de sustancias, o uno o más de los otros trastornos de ansiedad.⁴

Usualmente, ciertos tipos de medicación y psicoterapias tratan generalmente los síntomas del TEPT de manera muy efectiva.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

“Sentía miedo en cualquier situación social. Me sentía ansioso incluso antes de salir de la casa y esto escalaba a medida que me acercaba a la universidad, a una fiesta, o a lo que fuera. Me daba malestar estomacal—se sentía casi como si tuviera influenza. El corazón me comenzaba a latir fuertemente, las palmas de las manos se me ponían sudorosas, y comenzaba a tener la sensación de que me apartaba de mí mismo y de todos los demás”.

“Al entrar a un sitio lleno de gente, me sonrojaba y sentía como si los ojos de toda la gente se fijaran en mí. Me sentía avergonzado de estar de pie en un rincón a solas, pero tampoco podía pensar en algo que decir a alguien. Era humillante. Me sentía tan torpe, que no veía la hora de salir”.

“No podía ir a citas amorosas y por algún tiempo ni siquiera podía ir a clase. Durante mi segundo año universitario tuve que volver a casa durante un semestre. Me sentía como un fracasado”.

La fobia social, también llamada trastorno de ansiedad social, se diagnostica cuando la gente se siente abrumadoramente ansiosa y excesivamente consciente de sí misma en situaciones sociales de la vida cotidiana. Las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza. Se pueden sentir preocupadas durante días o semanas antes de una situación que les produce temor. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con su trabajo, estudios, y demás actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas.

Aunque las personas con fobia social son conscientes de que sus miedos de estar con la gente son excesivos o irracionales, son incapaces de superarlos. Incluso en el caso de que logren enfrentar sus temores y logren estar rodeadas de otras personas, con frecuencia se sienten muy ansiosas de antemano, se sienten muy incómodas durante el encuentro, y se preocupan durante muchas horas después de la situación acerca de cómo fueron juzgadas por los demás.

La fobia social se puede limitar a una sola situación (tal como preguntar algo a la gente, comer o beber, o escribir en una pizarra en frente a los demás), o puede ser tan amplia (como en el caso de una fobia social generalizada) que la persona puede experimentar ansiedad en presencia de prácticamente cualquier persona que no sea de su familia.

Los síntomas físicos que acompañan con frecuencia a la fobia social incluyen enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas, y dificultad para hablar. Cuando estos síntomas ocurren, las personas con fobia social sienten que todas las personas los están mirando.

La fobia social afecta a aproximadamente 15 millones de adultos estadounidenses.¹ Las mujeres y los hombres tienen la misma probabilidad de desarrollar el trastorno,¹⁰ el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia.² Existe alguna evidencia de que hay factores genéticos involucrados.¹¹ Normalmente, la fobia social viene acompañada de otros trastornos de ansiedad o depresión^{2,4} y se puede desarrollar abuso de sustancias si las personas tratan de automedicarse para tratar su ansiedad.^{4,5}

La fobia social puede ser tratada con éxito con ciertos tipos de psicoterapia o medicamentos.

Fobias específicas

“Tengo mucho miedo volar en avión y ya no lo he vuelto a hacer. Comenzaba a tener pavor a un viaje en avión un mes antes de partir. Era una sensación terrible cuando se cerraba la puerta del avión y me sentía atrapado. Mi corazón comenzaba a latir con fuerza y yo comenzaba a sudar muchísimo. Cuando el avión comenzaba a ascender, se reforzaba mi sensación de que no podía escapar. Cuando pienso acerca de volar, me imagino perdiendo el control, enloqueciéndome, trepando por las paredes, pero por

supuesto nunca hice algo así. No le tengo miedo a estrellarme o a encontrar turbulencia en el camino. Es sólo la sensación de estar atrapado. Siempre que tenía que pensar acerca de un cambio laboral, tenía que pensar, '¿será que me veré presionado a volar?' Ahora sólo voy a sitios adonde pueda conducir o tomar el tren. Mis amigos siempre me dicen que tampoco me puedo bajar de un tren que viaja a alta velocidad, así que, ¿por qué los trenes no me afectan? Simplemente les respondo que no se trata de un miedo racional”.

Una fobia específica es un miedo intenso e irracional hacia algo que en realidad constituye una amenaza mínima o nula. Algunas de las fobias específicas más comunes son a las alturas, escaleras mecánicas, túneles, conducir en carreteras, espacios cerrados, agua, volar, perros, arañas, y heridas sangrientas. Las personas con fobias específicas pueden ser capaces de esquiar con facilidad en las montañas más altas del mundo, pero ser incapaces de subir más de un quinto piso de un edificio de oficinas. Aunque los adultos con fobias son conscientes de que tales temores son irracionales, con frecuencia encuentran que el enfrentar, o incluso el pensar en tener que enfrentar el objeto o la situación que produce el temor, trae consigo un ataque de pánico o una ansiedad intensa.

Las fobias específicas afectan a aproximadamente 19.2 millones de adultos estadounidenses¹ y son dos veces más común en las mujeres que en los hombres.¹⁰ Usualmente aparecen durante la infancia o adolescencia y tienden a persistir durante la edad adulta.^{1,2} No se comprenden muy bien las causas de las fobias específicas, pero hay evidencia de que la tendencia a desarrollarlas puede ser hereditaria.¹¹

Si la situación u objeto que causa el temor es fácil de evitar, las personas con fobias específicas quizá no busquen ayuda; pero si el evitarlo interfiere con su desarrollo profesional o sus vidas personales, esto puede inhabilitar a las personas y usualmente hay que buscar un tratamiento.

Las fobias específicas responden muy bien a una psicoterapia cuidadosamente escogida.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

“Siempre pensé que me preocupaba por todo. Me sentía alarmado e incapaz de relajarme. En ocasiones, la sensación aparecía y desaparecía y en otras ocasiones era constante. Podía durar varios días. Me preocupaba acerca de qué iba a preparar para una cena o qué sería un buen regalo para alguien. Simplemente no podía despreocuparme de ningún detalle”.

“Cuando mis problemas tocaban fondo, faltaba al trabajo y me sentía terriblemente mal por tal situación. Entonces, me preocupaba perder el trabajo. Mi vida era

deprimente hasta que obtuve tratamiento”.

“Sufría serios problemas para dormir. Había ocasiones en que me levantaba alarmado en la mitad de la noche. Tenía problemas para concentrarme, incluso para leer el periódico o una novela. En ocasiones me sentía un poco mareado. Mi corazón se aceleraba o latía fuertemente. Y eso me preocupaba aun más. Siempre me imaginaba cosas peores que la realidad. Si tenía un dolor de estómago, pensaba que era una úlcera”.

Las personas con trastorno de ansiedad

generalizada (TAG) pasan el día llenas de preocupaciones y tensiones exageradas, incluso cuando hay poco o nada que las provoque. Tales personas esperan desastres y están demasiado preocupadas por asuntos de salud, dinero, problemas familiares, o dificultades laborales. En ocasiones, el simple pensamiento de cómo pasar el día produce ansiedad.

El TAG se diagnostica cuando una persona se preocupa excesivamente acerca de diversos problemas de la vida diaria durante por lo menos seis meses.¹³ Las personas con TAG parecen incapaces de liberarse de sus preocupaciones, a pesar de que usualmente son conscientes de que su ansiedad es más intensa de lo que amerita la situación. No se pueden relajar, se asustan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse. Con frecuencia, tienen problemas para dormir o mantenerse dormidas. Los síntomas físicos que con frecuencia acompañan la ansiedad incluyen fatiga, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores musculares, dificultad para tragar, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos.

Cuando sus niveles de ansiedad son moderados, las personas con TAG pueden funcionar socialmente y mantener un trabajo. Aunque no evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno, las personas con TAG pueden tener dificultades para llevar a cabo las actividades más sencillas de la vida diaria si su ansiedad es grave.

El TAG afecta a aproximadamente 6.8 millones de adultos estadounidenses¹ y afecta el doble de mujeres que de hombres. El trastorno se desarrolla gradualmente y puede comenzar en cualquier punto del ciclo de vida, aunque los años de mayor riesgo son aquéllos entre la infancia y la mediana edad.² Existe evidencia de que los genes pueden tener un papel modesto en este trastorno.¹³

Otros trastornos de ansiedad, depresión, o abuso de sustancias^{2,4} pueden acompañar el TAG, el cual rara vez ocurre por sí solo. Normalmente, el TAG se trata con medicación o con terapia cognitiva-conductual, pero las enfermedades coexistentes también deben ser tratadas con las terapias apropiadas.

Tratamiento para los trastornos de ansiedad

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos.¹⁴ Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil.

Con frecuencia, las personas creen que han “fallado” un tratamiento o que el tratamiento no les funcionó, cuando, en realidad, el tratamiento no se suministró por un periodo adecuado de tiempo o fue administrado incorrectamente. En ocasiones, las personas deben tratar varios tipos diferentes de tratamientos, o combinaciones de los mismos, antes de que puedan encontrar uno que les funcione.

Medicación

La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia. Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (pastillas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

Antidepresivos

Los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que ocurran una serie de cambios; usualmente toma entre 4 y 6 semanas para que los síntomas comiencen a desaparecer. Es importante continuar tomando estos medicamentos durante suficiente tiempo para permitirles que funcionen.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Algunos de los más recientes antidepresivos se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Los ISRSs alteran los niveles del neurotransmisor serotonina en el cerebro, el cual, al igual que otros neurotransmisores, ayuda a las células del cerebro a comunicarse entre sí.

Fluoxetina (Prozac®), sertralina (Zoloft®), escitalopram (Lexapro®), paroxetina (Paxil®), y citalopram (Celexa®) son algunos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que se prescriben usualmente para el trastorno de pánico, TOC, TEPT, y la fobia social. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también se usan para el tratamiento del trastorno de pánico cuando éste ocurre en combinación con TOC, fobia social, o depresión. Venlafaxina (Effexor®), un medicamento estrechamente relacionado con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se utiliza para el tratamiento del TAG. Estas medicaciones se inician con dosis bajas y se aumentan gradualmente hasta lograr un efecto benéfico.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina producen menos efectos secundarios que los antidepresivos antiguos, pero en ocasiones producen un poco de náuseas o nerviosismo cuando las personas comienzan a tomarlos. Estos

síntomas desaparecen con el tiempo. Algunas personas también experimentan disfunción sexual con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, lo cual se puede corregir ajustando la dosis o cambiando por otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

Tricíclicos

Los tricíclicos son más antiguos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y funcionan tan bien como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para los trastornos de ansiedad con excepción al TOC. También se inician con dosis bajas que gradualmente se aumentan. Éstos ocasionalmente producen mareos, sueño, sequedad en la boca, y aumento de peso, lo cual usualmente se puede corregir cambiando la dosis o cambiando a otro tricíclico.

Los tricíclicos incluyen la imipramina (Tofranil®), la cual se prescribe para el trastorno de pánico y el TAG y la clomipramina (Anafranil®), la cual es el único antidepresivo tricíclico útil para el tratamiento del TOC.

Los inhibidores de la monoamino oxidasa

Los inhibidores de la monoamino oxidasa son la clase más antigua de medicamentos antidepresivos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa que se prescriben con mayor frecuencia para trastornos de ansiedad son la fenelzina (Nardil®), seguido por la tranilcipromina (Parnate®), y elisocarboxazid (Marplan®), los cuales son utilizados para el tratamiento del trastorno de pánico y la fobia social. Las personas que toman inhibidores de la monoamino oxidasa no pueden comer ciertos alimentos y bebidas (incluyendo queso y vino tinto) que contengan tiramina, ni pueden tomar ciertos medicamentos, incluyendo algunos tipos de píldoras anticonceptivas, analgésicos (tales como Advil®, Motrin® o Tylenol®), medicamentos para el resfriado y las alergias, y ciertos suplementos herbales; estas sustancias pueden interactuar con los inhibidores de la monoamino oxidasa y causar peligrosos incrementos en la presión arterial. El desarrollo de un nuevo parche para la piel de inhibidores de la monoamino oxidasa puede ayudar a reducir estos riesgos. Los inhibidores de la monoamino

oxidasa también pueden reaccionar con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y producir una enfermedad grave llamada “síndrome de la serotonina”, el cual puede causar confusión, alucinaciones, aumento de transpiración, rigidez muscular, convulsiones, cambios en la presión arterial o en el ritmo cardíaco, y otras enfermedades potencialmente fatales.

Medicamentos ansiolíticos

Las poderosas benzodiazepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios con la excepción de somnolencia (tener sueño). Debido a que las personas se pueden acostumbrar a éstas y pueden necesitar dosis progresivamente más altas para obtener el mismo efecto, las benzodiazepinas generalmente se prescriben por cortos periodos de tiempo, en especial para personas que han abusado de drogas o alcohol o que con facilidad se vuelven dependientes a la medicación. Una excepción a esta regla son las personas que padecen de trastorno de pánico, quienes pueden tomar benzodiazepinas por hasta un año sin que se produzcan daños.

El clonazepam (Klonopin®) se usa para la fobia social y el TAG, el lorazepam (Ativan®) es utilizado para el trastorno de pánico, y el alprazolam (Xanax®) es utilizado tanto para el trastorno de pánico como para el TAG.

Algunas personas pueden experimentar síntomas de abstinencia si dejan de tomar abruptamente las benzodiazepinas, en vez de reducirlas progresivamente, y la ansiedad puede volver una vez que se deja la medicación. Estos posibles problemas han llevado a los médicos a evitar usar estos medicamentos o usarlos en dosis inadecuadas.

La buspirona (Buspar®), una azapirona, es un medicamento ansiolítico más nuevo que se usa para el tratamiento del TAG. Entre los posibles efectos secundarios incluyen mareos, dolores de cabeza, y náuseas. A diferencia de las benzodiazepinas, la buspirona se debe tomar consistentemente por lo menos durante dos semanas para lograr un efecto ansiolítico.

Bloqueadores beta

Los bloqueadores beta, tales como el propranolol (Inderal®), que se utiliza para enfermedad cardíacas, pueden prevenir los síntomas físicos que se presentan con ciertos trastornos de ansiedad, particularmente con la fobia social. Cuando se puede predecir una situación de miedo (tal como dar una conferencia), un médico puede prescribir un bloqueador beta para mantener bajo control los síntomas físicos de la ansiedad.

Tomar Medicamentos

Antes de tomar un medicamento para un trastorno de ansiedad:

- Solicítele a su médico que le informe acerca de los efectos y efectos secundarios del medicamento.
- Infórmele a su médico acerca de cualquier terapia alternativa o medicamentos que esté usando que no sean recetados por un médico.
- Pregúntele a su médico cuándo y cómo se debe terminar la administración del medicamento. Algunos medicamentos no se pueden interrumpir abruptamente, sino que se deben disminuir progresivamente bajo la supervisión de un médico.
- Trabaje con su médico para determinar qué medicamento es apropiado para usted y qué dosis es adecuada.
- Tenga en cuenta que algunos medicamentos son efectivos sólo si se toman de manera regular y que los síntomas pueden reaparecer si se interrumpe la medicación.

Psicoterapia

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual puede ayudar a las personas que sufren de trastorno de pánico a aprender que sus ataques de pánico no son en realidad ataques cardíacos y puede ayudar a las personas con fobia social a aprender a sobreponerse a la creencia de que las demás personas las están observando y juzgando constantemente. Cuando las personas están listas para enfrentar sus miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.

A las personas con TOC que le tienen miedo a la suciedad y a los gérmenes, se les recomienda ensuciarse las manos y que esperen cada vez mayores periodos de tiempo antes de lavárselas. El terapeuta ayuda a la persona a manejar la ansiedad producida por la espera; después de que se ha repetido el ejercicio varias veces, la ansiedad disminuye. A las personas con fobia social se les recomienda pasar un tiempo en situaciones sociales que las atemorizan, sin dejarse tentar con escapar, y a cometer pequeñas equivocaciones sociales y observar cómo la gente responde a éstas. Debido a que las respuestas usualmente son mucho menos severas de lo que la persona espera, estas ansiedades disminuyen. Las personas con TEPT pueden ser apoyadas mediante la recordación de su evento traumático en una situación segura, lo cual ayuda a reducir el miedo que produce. Los terapeutas de terapia cognitiva-conductual también les enseñan como respirar profundo y otros tipos de ejercicios para aliviar la ansiedad y fomentar la relajación.

La terapia conductual basada en la exposición ha sido utilizada durante varios años para el tratamiento de fobias específicas. De manera gradual, la persona enfrenta el objeto o situación al que teme, al principio, quizá tan solo a través de fotos o videocasetes, y después frente a frente. Con frecuencia, el terapeuta acompaña a la persona a una situación temida con el fin de proveer apoyo y orientación.

La terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario mas que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor.

Con frecuencia, la terapia cognitiva-conductual o terapia conductual dura aproximadamente 12 semanas. Se la puede llevar a cabo individualmente o en grupo con personas con problemas similares. La terapia en grupo es particularmente efectiva en el caso de la fobia social. Con frecuencia, entre las sesiones, se asignan “tareas” a los participantes. Existe alguna evidencia de que los beneficios de la terapia cognitiva-conductual duran más que aquellos de la medicación para personas con trastorno de pánico, y lo mismo puede ser cierto para TOC, TEPT, y fobia social. Si un trastorno se vuelve a presentar después, la misma terapia puede ser utilizada para tratarlo con éxito por segunda vez.

La medicación se puede combinar con psicoterapia para trastornos de ansiedad específicos y éste es el mejor enfoque de tratamiento para muchas personas.

Cómo obtener ayuda para los trastornos de ansiedad

Si usted cree que padece de un trastorno de ansiedad, la primera persona a quien debe consultar es su médico familiar. Un médico podrá determinar si los síntomas que lo alarman se deben a un trastorno de ansiedad, otra condición médica, o ambos.

Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el siguiente paso es usualmente consultar a un profesional de la salud mental. Los médicos que pueden ser más útiles para los trastornos de ansiedad son aquéllos que han tenido entrenamiento en terapia cognitiva-conductual y/o terapia conductual, y que están dispuestos a usar medicación si fuese necesario.

Usted debe sentirse cómodo al hablar con el profesional de la salud mental que escoja. De no ser así, usted debe buscar ayuda en otro sitio. Una vez que encuentre un profesional de la salud mental con quien se sienta cómodo, ustedes dos deben trabajar en equipo y hacer juntos un plan para el tratamiento de su trastorno de ansiedad.

Recuerde que una vez que inicie su medicación, es importante no interrumpirla de manera abrupta. Ciertos medicamentos se deben reducir progresivamente bajo la supervisión de un médico o de lo contrario pueden producirse reacciones negativas. Asegúrese de hablar con el médico que le prescribió su medicación antes de interrumpirla. Si está teniendo problemas con efectos secundarios, es posible que éstos se puedan eliminar mediante ajustes en la cantidad del medicamento que toma y cuándo lo toma.

La mayoría de los planes de seguros, incluidas las organizaciones de mantenimiento de la salud, cubrirán el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Consulte con su compañía de seguros y determine que es lo que esta cubre. Si usted no tiene seguro, la División de Salud y Servicios Humanos del gobierno de su condado puede ofrecer cuidados de salud mental en algún centro público de la salud mental, el cual le cobra a la gente de acuerdo con lo que pueda pagar. Si usted se encuentra bajo asistencia pública, puede obtener la atención a través de su plan estatal de Medicaid.

Alternativas para que el tratamiento sea más efectivo

Muchas personas con trastornos de ansiedad se benefician al unirse a un grupo de autoayuda o de apoyo y de compartir sus problemas y logros con otros. Las salas de chat del Internet también pueden ser útiles al respecto, pero cualquier consejo recibido a través del Internet debe ser usado con precaución, ya que las personas que se conocen a través del Internet usualmente nunca se han visto y es común el uso de identidades falsas. El hablar con un amigo de confianza o miembro de la comunidad religiosa también puede ofrecer apoyo, pero no es un sustituto de la atención provista por un profesional de la salud mental.

Las técnicas de manejo del estrés y de meditación pueden ayudar a las personas con trastornos de ansiedad a calmarse y pueden mejorar los efectos de la terapia. Hay evidencia preliminar de que los ejercicios aeróbicos pueden tener un efecto calmante. Debido a que la cafeína, ciertas drogas ilegales, e incluso algunos medicamentos para el resfriado que no sean recetados por un médico pueden agravar los síntomas de los trastornos de ansiedad, éstos deben evitarse. Consulte con su médico o farmacéutico antes de tomar cualquier medicación adicional.

La familia es muy importante para la recuperación de una persona que padece de trastorno de ansiedad. Idealmente, la familia debe ofrecer apoyo y no ayudar a perpetuar los síntomas del ser querido. Los miembros de la familia no deben subestimar el trastorno o exigir una mejoría sin que la persona reciba tratamiento. Si su familia está haciendo algunas de estas cosas, quizá quiera mostrarles este folleto, de manera que sus familiares se vuelvan aliados educados y le ayuden a tener éxito con la terapia.

El papel que desempeñan las investigaciones para mejorar el entendimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad

El NIMH apoya la investigación de las causas, diagnóstico, prevención, y tratamiento de los trastornos de ansiedad y otras enfermedades mentales. Científicos están examinando el papel que desempeñan los genes en el desarrollo de estos trastornos y también están investigando los efectos de factores ambientales tales como la contaminación, el estrés físico y psicológico, y la alimentación. Adicionalmente, se están realizando estudios acerca de la “historia natural” (la evolución que sigue la enfermedad sin tratamiento) de diversos trastornos de ansiedad individuales, combinación de trastornos de ansiedad, y trastornos de ansiedad que son acompañados por otras enfermedades mentales tales como la depresión.

Actualmente, científicos consideran que al igual que las enfermedades del corazón y la diabetes tipo 1, las enfermedades mentales son complicadas y son probablemente el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales, psicológicos, y del desarrollo. Por ejemplo, aunque los estudios patrocinados por el NIMH en gemelos y familias sugieren que la genética juega un papel en el desarrollo de algunos trastornos de ansiedad, problemas tales como el TEPT son provocados por trauma. Estudios genéticos pueden ayudar a explicar por qué algunas personas expuestas a trauma desarrolla TEPT y otras no.

Varias partes del cerebro son claves en la producción del miedo y la ansiedad.¹⁵ Mediante la utilización de tecnología de imágenes y técnicas neuroquímicas, científicos han descubierto que la amígdala y el hipocampo juegan papeles significativos en la mayoría de los trastornos de ansiedad.

La amígdala es una estructura con forma de almendra que se encuentra en la región profunda del cerebro y se considera que es un centro de comunicaciones entre las partes del cerebro que

procesan las señales sensoriales que entran y las partes que interpretan estas señales. La amígdala puede alertar al resto del cerebro de que hay presente una amenaza y activar una respuesta de miedo o ansiedad. Parece que los recuerdos emocionales se almacenan en la parte central de la amígdala y que esto puede jugar un papel en trastornos de ansiedad que provocan miedos muy particulares, tales como el miedo a los perros, a las arañas, o a volar.

El hipocampo es la parte del cerebro que codifica los eventos de peligro en recuerdos. Estudios han demostrado que el hipocampo parece ser más pequeño en algunas personas que fueron víctimas de abuso infantil o que participaron en combates militares.^{17,18} Investigaciones determinarán las causas de esta reducción de tamaño y el papel que esto puede desempeñar en las escenas retrospectivas, déficits en la memoria explícita, y los recuerdos fragmentados del evento traumático que son frecuentes en el TEPT.

Al aprender más acerca de cómo el cerebro genera miedo y ansiedad, científicos podrán diseñar mejores tratamientos para los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, si se encuentra que neurotransmisores específicos juegan un papel importante en el miedo, se podrían desarrollar medicamentos que los bloqueen y disminuyan las respuestas de miedo; si se adquieren suficientes conocimientos acerca de cómo el cerebro genera nuevas células a través del ciclo de vida, podría ser posible estimular el crecimiento de neuronas nuevas en el hipocampo de las personas que padecen de TEPT.²³

Las investigaciones actuales en el NIMH acerca de trastornos de ansiedad incluyen estudios enfocados en cuán bien los medicamentos y las terapias conductuales funcionan en el tratamiento del TOC y la seguridad y efectividad de los medicamentos para niños y adolescentes que presentan una combinación de trastornos de ansiedad y trastorno de hiperactividad y déficit de atención.

Referencias

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):617–627.
2. Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991.
3. The NIMH Genetics Workgroup. *Genetics and mental disorders*, publicación NIH No. 98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1998.
4. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry* Supplement. 1998;34:24–28.
5. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(6):685–695.
6. Wonderlich SA, Mitchell JE. Eating disorders and comorbidity: Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997;33(3):381–390.
7. Margolin G, Gordis EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*. 2000;51:445–479.
8. Davidson JR. Trauma: The impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*. 2000;14(2 Suppl 1):S5–S12.
9. Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1999;44(1):34–39.
10. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998;2:227–241.
11. Kendler KS, Walters EE, Truett KR, et al. A twin-family study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization. *Behavior Genetics*. 1995;25(6):499–515.
12. Boyd JH, Rae DS, Thompson JW, et al. Phobia: Prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1990;25(6):314–323.
13. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(4):267–272.
14. Hyman SE, Rudorfer MV. Anxiety disorders. En: Dale DC, Federman DD, eds. *Scientific American® Medicine. Volumen 3*. New York: Healthon/WebMD Corp., 2000, Sección 13, Subsección VII.
15. LeDoux J. Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*. 1998;44(12):1229–1238.
16. Rauch SL, Savage CR. Neuroimaging and neuropsychology of the striatum. Bridging basic science and clinical practice. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997;20(4):741–768.
17. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:973–981.
18. Stein MB, Hanna C, Koverola C, et al. Structural brain changes in PTSD: Does trauma alter neuroanatomy? En: Yehuda R, McFarland AC, eds. *Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Annals of the New York Academy of Sciences*, 821. Nueva York: New York Academy of Sciences, 1997.
19. Molavi DW. The Washington University School of Medicine Neuroscience Tutorial for First-Year Medical Students. (1997) Programa de neurociencia de la universidad de Washington. Revisado el 16 de noviembre de 2005, de <http://thalamus.wustl.edu/course>.
20. Understanding Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Facultad de Medicina de Stanford University. Revisado el 16 de noviembre de 2005, de <http://ocd.stanford.edu/about/understanding.html>.
21. Rolls ET. The functions of the orbitofrontal cortex. *Neurocase*. 1999;5:301–312.
22. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, et al. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* Supplement. 1998;35:26–37.
23. Gould E, Reeves AJ, Fallah M, et al. Hippocampal neurogenesis in adult Old World primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA. (Actas de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos.)* 1999;96(9):5263–5267.

Para más Información

Información y organizaciones sobre la ansiedad están disponibles mediante MedlinePlus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/anxiety.html>), un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Para más información de como participar en ensayos clínicos de ansiedad, llame al 1-866-615-6464* o personas con dificultades auditivas llamen al 1-866-415-8051*, o búsquen en los siguientes sitios web:

- Reclutamiento de Pacientes para Estudios Conducidos por el NIMH, NIH (<http://patientinfo.nimh.nih.gov/> - en inglés)
- Ensayos Clínicos (<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml> - en inglés)
- ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov/> - en inglés)

La información del Instituto Nacional de la Salud Mental, (NIMH por sus siglas en inglés) está disponible en varios formatos. Usted puede navegar en el Internet, descargar documentos en PDF, y ordenar folletos impresos por correo. Si quiere obtener publicaciones de NIMH, usted puede ordenar estas por Internet en <http://www.nimh.nih.gov>. Si no tiene acceso al Internet, por favor llame al Centro de Recursos de Información del NIMH a los números que aparecen a continuación.

Para obtener información más actualizada sobre este tema, visite el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov>.

Instituto Nacional de la Salud Mental

División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión

6001 Executive Boulevard

Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono: 301-443-4513 o

1-866-615-NIMH (6464)*

Personas con dificultades auditivas: 301-443-8431 o

1-866-415-8051*

FAX: 301-443-4279

Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Sitio web: <http://www.nimh.nih.gov>

*Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.

Reimpresiones:

Esta publicación es de dominio público y puede ser reproducida o copiada sin permiso del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés). El NIMH le incentiva que reproduzca y use esta publicación en sus esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública. Se agradece el citar al NIMH como fuente. Sin embargo, usar materiales gubernamentales de manera inapropiada puede traer problemas legales o éticos, así que le pedimos usar las siguientes guías:

- El NIMH no respalda ni recomienda ningún producto, proceso, o servicio comercial, y esta publicación no puede ser utilizada para fines publicitarios o de recomendación.
- El NIMH no provee consejos médicos o recomendaciones de tratamiento específicos o remisiones; estos materiales no pueden ser utilizados de manera que indiquen tal tipo de información.
- El NIMH solicita que cuando las organizaciones no federales utilicen esta publicación no la alteren de manera que comprometa la integridad y la “marca comercial”.
- Si agrega logotipos y enlaces de sitios web que no pertenezcan al gobierno federal de algún producto o servicio comercial o servicio o tratamiento médico en específico, estos no pueden tener el aspecto de ser respaldados por NIMH.

Si tiene preguntas acerca de estas guías y del uso de las publicaciones del NIMH, por favor contacte al Centro de Recursos de Información del NIMH llamando al 1-866-615-6464 o enviando un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov.

NIMH

National Institute
of Mental Health



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Institutos Nacionales de la Salud

Publicación de NIH Núm. SP 09-3879

Reimpreso en el 2009