

SEGURO DE SALUD

Problemas y Soluciones para las Personas con Síndrome de Tourette

por Mitzi Waltz

Introducción

El seguro de salud es un tema importantísimo para mucha gente con Síndrome de Tourette (ST). Los límites a la cobertura de seguro médico basados en la clasificación errónea del ST como un trastorno psiquiátrico son el primer problema. Adicionalmente, puede ser difícil obtener cobertura, tener acceso a los especialistas o asegurar que se pague por la medicina y por otros tratamientos.

Las compañías de seguros ofrecen múltiples planes con varias tarifas y beneficios y no hay supervisión centralizada. Como resultado, un diagnóstico de Síndrome de Tourette puede llegar con una sorpresa desagradable: los servicios de salud que usted necesita pueden no estar cubiertos bajo su seguro actual. Algunos planes se niegan específicamente a cubrir cualquier trastorno neurológico o psiquiátrico y en muchos casos es legal para las aseguradoras tomar esa decisión. Algunas compañías tratan de prestar servicios a las personas con el Síndrome de Tourette a través de programas de salud mental que pueden ser o no apropiados para sus necesidades. Algunos limitan el acceso a neurólogos, psiquiatras y otros especialistas. Otros no tienen profesionales cualificados "dentro del plan" y se niegan a hacer remisiones externas o limitan a los miembros de determinado plan a cierto número de consultas externas o días de hospitalización cada año, sin tener en cuenta sus verdaderas necesidades.

En otros casos su plan puede cubrir todos los servicios médicos que usted necesita.

Escogiendo un Nuevo Plan de Seguro de Salud

Si su empleador le ofrece un nuevo plan de seguro o una variedad de planes, averigüe sobre la cobertura de trastornos neurológicos en general y específicamente por el Síndrome de Tourette. Si hay un centro de tratamiento local o un doctor con experiencia en ST, asegúrese de que cualquier nuevo plan será aceptado allí así como por su médico de atención primaria o *Primary Care Physician* (PCP).

Si la compañía de seguros clasifica el Síndrome de Tourette como una condición de salud mental, asegúrese de que no va a limitar su acceso a cuidados médicos adecuados.

La mayoría de los planes de seguro médico le darán la oportunidad de escoger médicos aprobados y le ubicará por lo menos algunos controles del tipo de cuidado que usted reciba y con la frecuencia adecuada. Según eso usted debe entrevistar a las compañías para obtener el mejor acuerdo. Aquí hay algunas de las cosas de las que querrá obtener información:

- ¿Está el plan bien establecido en su área y es financieramente estable?
- ¿Puede usted cambiar sus médicos en cualquier momento?
- ¿Cuánta información está disponible sobre los doctores que aceptan el plan? Esto es especialmente importante para los planes HMO (*Health Maintenance Organization* - Organización para el Mantenimiento de la Salud -

SEGURO DE SALUD

- organización privada que tiene contratos con hospitales, doctores y empleadores y proveen seguro médico a cambio de un costo fijo), donde sus opciones pueden ser limitadas a sólo aquellos que están en una lista previa. ¡A menos de que la compañía le de información sobre entrenamiento y especialidades usted podría, igualmente, escoger al azar de su lista de doctores!
- ¿Hay algún límite máximo de por vida en pagos médicos?
- ¿Hay límites anuales en la duración de las hospitalizaciones? ¿Esos límites aplican a las hospitalizaciones psiquiátricas o estas tienen un límite diferente o menor?
- ¿Va el plan a pagar por una segunda opinión si usted la solicita?
- ¿Todas las remisiones deben ser aprobadas primero por su PCP?
- ¿Puede su PCP ser penalizado financieramente por referirlo a un especialista, ordenar un examen de diagnóstico o prescribir ciertas medicinas?
- ¿Están los doctores limitados por un contrato que les impida informarle completamente a usted sobre todas las opciones de tratamiento? Algunos estados ahora tienen leyes que prohíben esta práctica, que era común entre HMOs.
- ¿Cuál es la cobertura del plan para las condiciones preexistentes? Si usted tiene una condición preexistente la ley federal (H.R. 3103) restringe la negación de cobertura de los planes de salud grupales, aseguradoras y HMOs cuando hay condiciones preexistentes si usted ya tenía cobertura de otro plan de salud. La ley tiene muchas restricciones, así que asegúrese de revisarla si usted tiene una condición preexistente.
- Si la atención del ST es tratada por separado, independiente del cuidado médico general (por ejemplo, como una condición mental o neurología), ¿podrá accederse a los servicios a través de un proveedor diferente, un arreglo llamado "cut-out" or "carve-out"? Si es así, ¿va su PCP a tener que aprobar cada servicio externo o va el proveedor "carve-out" a tener el poder para crear un plan de tratamiento, prescribir y manejar medicamentos y hacer las remisiones requeridas?
- ¿Hay límites de cobertura para cuidado médico neurológico o mental? Si es así, ¿son estos menores que los del cuidado médico regular? ¿Tiene usted restricciones para escoger un especialista neurológico o mental de una lista? ¿Cuántas visitas por año están autorizadas?
- ¿Están los proveedores requeridos a usar las drogas más baratas al principio, antes de que se les permita usar las más nuevas y más costosas medicinas? Esta es una preocupación particular para la gente con ST. Los neurolépticos antiguos como Haldol tienen una capacidad mucho más alta de producir serios efectos secundarios que los medicamentos nuevos como el Risperdal.
- ¿Su HMO o proveedor de cuidado médico usa una lista de medicaciones pre-aprobadas (formulario) para limitar acceso a las medicinas?
- ¿Puede usted obtener su prescripción médica en cualquier farmacia? Si no, ¿las farmacias aceptadas son convenientes para usted?

Para encontrar las respuestas a estas y otras preguntas no confíe en las respuestas verbales de un vendedor. Obtenga una copia del contrato (no del bonito material promocional) y léalo completamente. Si su cobertura es provista por un empleador a través de un plan grupal, pregunte por su *Summary Plan Description* – Resumen Descriptivo del

SEGURO DE SALUD

Plan. Para ver cómo 150,000 miembros de HMOs califican sus HMOs, obtenga la guía del consumidor para planes de salud, publicada por la organización sin fines de lucro, *Center for the Study of Service* o Centro para el Estudio de Servicios, llamando al (800-475-7283).

La acreditación del Comité Nacional para la Calidad del Seguro - *National Committee for Quality Assurance* - (NCQA por sus siglas en inglés) es un buen indicador. Esta organización revisa, anualmente, más de 330 organizaciones que administran atención médica y les da una de cuatro calificaciones: acreditación total (bueno por tres años), un año de acreditación (si la organización está equipada para realizar los cambios recomendados en un año), acreditación provisional (para organizaciones con potencial para mejorar) y negación de acreditación (no cumple los estándares de NCQA). En adición al estatus de acreditación usted puede también obtener un reporte de NCQA resumiendo sus conclusiones para un HMO individual. Llame a la línea de estatus de acreditación NCQA al (800) 839-6487. La misma información está disponible en el sitio web de NCQA en <http://www.ncqa.org>.

Si usted no puede encontrar un plan que definitivamente cubra los especialistas y facilidades que usted quiere, escoja un plan con una cláusula de "fuera de la red" *out-of-network clause*. Esto significa que usted puede obtener atención de alguien que no está en la lista del plan y que algún porcentaje de las tarifas serán pagadas.

Manteniendo Su Seguro de Salud

Si usted tiene cualquier condición preexistente, la forma más fácil de obtener cobertura es a través de un empleador. Los empleadores compran seguros al por mayor, cubriendo a los empleados que están en perfecto estado de salud y a aquellos que no lo están. Los aseguradores pueden tomar más riesgo con un

grupo grande, al asumir que obtendrán una ganancia porque algunos de ellos necesitarán muy poca atención médica. Si usted puede obtener un seguro a través de su empleador, tómelo, aun si no es perfecto. Y una vez que lo tenga aférrese a él como si su vida dependiera de eso.

Si su empleador no le ofrece un seguro médico que cubra proveedores fuera de la red u otros servicios necesarios, discuta el tema con el representante de recursos humanos o el departamento de beneficios (o en compañías pequeñas, el jefe). Cuando el costo está distribuido en un grupo, los beneficios expandidos pueden no ser muy costosos. Usted también puede tener un caso muy persuasivo resaltando que el proveer una mejor cobertura va a mantener a los empleados en el trabajo más días, porque ellos van a estar menos propensos a necesitar largos periodos fuera del trabajo debido a problemas de salud o por la necesidad de cuidar a un miembro de su familia.

Si usted está dejando un trabajo que le da un seguro médico por uno que no, busque un plan COBRA (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) - Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado. Estos le permiten a usted continuar con su cobertura por 18 meses después de haber dejado el empleo. Si usted escoge un COBRA asegúrese de pagar todos los *premiums* o primas a tiempo. Los planes COBRA generalmente tienen un radio más amplio de reclamos, así que los administradores de COBRA no son tolerantes con las primas atrasadas.

Si usted o su hijo son declarados discapacitados por la Administración del Seguro Social - *Social Security Administration* - usted puede calificar para 11 meses adicionales de cobertura COBRA. Esta extensión va a aplicar para toda su familia, no sólo para la persona con la discapacidad. Usted puede llegar a esta determinación aun si

SEGURO DE SALUD

su familia gana demasiado dinero para ser elegible para obtener ingresos del seguro social. Las formas para aplicar y la información están disponibles en cualquier oficina del Seguro Social. Es un proceso bastante largo y difícil y sólo aquellos cuyo Síndrome de Tourette es lo suficientemente severo para impedir su habilidad de trabajar o cuidarse a sí mismos tienden a ser aprobados.

Si su COBRA está a punto de expirar y no puede ser extendido llame a su comisión estatal de seguros - *state insurance commission* - para ver cuáles son sus opciones. Algunos estados patrocinan un paquete de seguros para personas cuyo plan COBRA ha expirado.

Obteniendo Seguro Privado

Si usted debe pagar su seguro médico directamente, los costos *premium* o primas pueden ser extraordinariamente altos. Un corredor de seguros que trabaja con muchos planes individuales diferentes puede usualmente ayudarle a encontrar la más amplia selección de opciones y asistirlo a la hora de tomar una decisión que asegure la mejor calidad posible de atención médica.

Las posibilidades más económicas incluyen planes grupales ofrecidos por asociaciones comerciales, sindicatos, clubs y otras organizaciones. Muchos estados también tienen planes basados en los ingresos para personas en asistencia pública o con ocupaciones que les generan bajos ingresos.

Si le niegan la cobertura de seguro médico por un diagnóstico de ST llame a su comisión estatal de seguro, si la negativa no es legal bajo la ley estatal, ellos pueden ayudarle con el problema. Aun si esta es legal, algunos estados patrocinan un paquete de seguro para personas que no pueden obtener seguro individual debido a problemas de salud.

Usted también puede apelar la negación de cobertura de seguro médico a la misma

compañía de seguros. Llame a la oficina de negocios de la aseguradora para saber cual es el procedimiento a seguir para apelar la negativa de cobertura. Pida esta información por escrito.

El cuidado de salud para las personas con Síndrome de Tourette no es usualmente una proposición costosa. Su aplicación para seguro médico y cualquier apelación por negación de cobertura debe destacar que si la rutina de cuidado médico adecuado y preventivo es provisto, es muy poco probable que usted o su hijo requieran servicios costosos, como hospitalizaciones.

Haciendo que el Seguro de Salud Trabaje Para Usted

Descubra en detalle cual es la cadena de mando de su proveedor de cuidado médico y de su asegurador. Usted necesita saber exactamente a quien llamar y qué hacer si necesita hospitalización, servicios de emergencia o una remisión a un especialista.

Si su plan de seguros es suministrado por su empleador, averigüe si es autofinanciado a través de su empleador o si el empleador está pagando *premiums* al asegurador. Si el plan es autofinanciado, discuta cualquier preocupación que tenga con el gerente de beneficios de su compañía primero, antes de contactar al asegurador. Desde que el empleador, en efecto, está pagando los beneficios, puede que sea más generoso que el mismo asegurador.

Usted puede apelar las negaciones de cobertura de seguro médico y de gastos con la compañía aseguradora. Llame al departamento de beneficios de su empleador o a la oficina de servicios al cliente del asegurador para saber cuales son sus formas de proceder y pida que le envíen esta información por escrito.

SEGURO DE SALUD

Aquí hay algunos consejos para prevenir problemas comunes:

- Obtenga una copia de su formulario de referencia y tráigala con usted cuando vea por primera vez a un nuevo proveedor.
- Mantenga copias de todas sus cuentas, recibos de pago, reportes y evaluaciones.
- Documente las conversaciones y llamadas telefónicas con su asegurador por escrito u obtenga autorización para grabarlas. Mantenga copias de cualquier correspondencia escrita.
- Trate de resolver cualquier conflicto allí mismo, persona a persona.
- Si usted no puede, siga el proceso de apelaciones de la compañía de seguros cuidadosamente. Es posible que su PCP o un especialista que haya visto antes puedan ayudarlo. Si necesita evidencia médica para apoyar su apelación, contacte a la oficina local de la Asociación para el Síndrome de Tourette, TSA.

Recuerde que reportar un maltrato o una queja no es la misma cosa que hacer una apelación formal. Los reportes y las quejas son apropiados cuando usted está descontento con los servicios recibidos: por ejemplo, cuando un doctor ha sido horriblemente rudo con usted o su expediente médico se ha perdido. Una apelación es un proceso formal que tiene que seguir ciertos pasos, con un resultado vinculante.

Su comisión estatal de seguros también tendrá políticas escritas sobre la cobertura de servicios médicos. Las leyes estatales pueden ser más restrictivas que las regulaciones federales, en cuyo caso el estado prevalece, si las leyes estatales son menos restrictivas, el gobierno federal prevalece. El personal de la comisión de seguros debe además ser capaz de ayudarlo a resolver preguntas generales sobre

las coberturas que requiere su estado y puede hablarle de cualquier protección provista por el estado en relación con las leyes de seguros, cuidado médico o de protección del consumidor.

Si su plan de cuidado médico es parte de un programa de seguro público (por ejemplo, si usted recibe Medicaid o beneficios médicos estatales pero se le ha requerido unirse a un HMO), también puede apelar a través de una agencia estatal como el departamento de salud del condado o la agencia de servicios infantiles.

El arbitraje formal es una alternativa, sin embargo consejeros experimentados advierten que dado que los árbitros son pagados por los planes de salud, esta es una arena difícil para los consumidores. En la mayoría de los casos, usted no puede recobrar los costos legales en un arbitraje y si es un "arbitraje vinculante" puede que impida que usted reciba ayuda a través del sistema de cortes si la decisión va en contra suya.

Llevar a su compañía de seguro a la corte es caro y se toma mucho tiempo. Si usted tiene que hacerlo, su grupo de protección estatal por discapacidad y defensa - *state disability protection and advocacy group* (202 40 9514 o <http://www.protectionandadvocacy.com>) puede proveer consejo legal e incluso representación. Hay abogados dispuestos a tomar casos en contingencia relacionados con seguros de salud.

Formularios de Medicación y ST

Hace un tiempo Haldol era la única droga de probada eficacia para tratar trastornos de tics. Haldol es usada aun efectivamente por mucha gente con ST, pero ahora hay alternativas con menos efectos secundarios: Catapres (clonidina) y Tenex (guanfacina), y los nuevos

SEGURO DE SALUD

neurolépticos atípicos como Risperdal (risperidona).

Desafortunadamente el acceso a estas medicinas puede ser limitado por ciertas compañías de seguro y prácticas HMO, particularmente los formularios de medicamentos. Un formulario de medicamentos es una lista de medicinas que son automáticamente aprobadas para su prescripción por médicos participantes. Desafortunadamente, algunos formularios no incluyen las últimas medicinas, principalmente porque las medicinas nuevas pueden costar más que las medicinas antiguas. Si las dos drogas trabajan igualmente bien, no hay problema, pero si no es así, no es bueno que usted pierda acceso a las medicinas adecuadas porque no están incluidas en un formulario. Descubra por adelantado cómo puede apelar las negaciones de medicinas que estén "fuera de formulario". Hay casi siempre una forma: los formularios están supuestos a ser recomendaciones basadas en evidencia, no un sustituto de la experiencia de su médico.

Los formularios pueden también restringirlo a versiones genéricas cuando estas estén disponibles, impidiendo que usted obtenga ciertas formulas que necesita. Por ejemplo, el Catapres genérico no viene en forma de parche, pero el parche de clonidina es frecuentemente preferible para los niños que tienen problemas tomando pastillas así como para personas que se quedan dormidas debido a la creciente sedación que puede ocurrir gracias a la pastilla.

Cobertura Para Nuevos Tratamientos

Si usted escucha sobre un nuevo y prometedor tratamiento para el ST, puede encontrar que su compañía de seguros no pagará por el; casi todos los planes de seguro prohíben la cobertura de tratamientos experimentales. Algunos tienen una excepción por "cuidado

compasivo" que viene a jugar algún papel cuando los tratamientos regulares han sido tratados sin éxito y los consejeros médicos del plan coinciden en que el tratamiento experimental puede funcionar.

De otro modo, usted debe, ya sea pagar por el nuevo tratamiento usted mismo, o trabajar con su PCP para manejar la exclusión del tratamiento experimental. Su PCP o un especialista puede someter una "carta de necesidad médica" para apoyar su solicitud. Esta carta debe describir el tratamiento, el efecto que con el se busca y explicar por qué es una mejor alternativa que los tratamientos existentes. Usualmente artículos de publicaciones médicas e investigaciones son citadas como evidencia. Si una carta o una prueba de necesidad médica no son suficientes puede entonces acudir a la apelación.

Consejos y Técnicas

Estas técnicas pueden darle a usted una ventaja cuando tenga problemas con una compañía de seguros o HMO.

- Si usted es continuamente llevado a un sistema de correo de voz y sus llamadas nunca son respondidas o si usted es dejado en línea de espera una eternidad, no lo acepte pasivamente. Empiece a presionar botones en busca de que alguna persona real le atienda, empezando con "0" para la operadora. Si recibe la respuesta de una operadora pida ser comunicado con la administración (Reclamos y Mercadeo nunca tienen suficiente personal para contestar el teléfono) y pida ser transferido directamente a la persona apropiada que pueda ayudarlo, no a un departamento en general.
- Cuando hable con alguien, especialmente si es un representante de reclamos, pida su nombre completo y teléfono directo y manténgalo en su archivo. Eso hará que esa persona se

SEGURO DE SALUD

- sienta más inclinada a resolver su problema, porque sabe que usted la llamará de vuelta directamente si no lo hace. Eso también puede ayudarlo a obtener resultados y es mucho más efectivo si usted dice “he hablado con Mary Jones en reclamos y ella dijo...” en lugar de “alguien que contestó el teléfono la semana pasada dijo...”
- Si usted no puede recibir ayuda del departamento de reclamos o del representante de servicios al cliente pida hablar con su supervisor. Si le dicen que el supervisor no está disponible, pida el nombre del supervisor, la línea telefónica directa y su dirección de correo. El hecho simple de pedir esta información algunas veces hace que supervisores perdidos aparezcan mágicamente.
- Use su sentido del humor cuando sea posible. Esto puede calmar una situación difícil y lo humaniza frente a los empleados de una distante compañía de salud.
- Explique porque su requerimiento es urgente y hágalo en términos que las personas que no son médicos puedan entender. Por ejemplo, si recibir cierto tratamiento puede significar evitar una costosa hospitalización posterior, ese es un argumento que casi cualquier persona puede comprender.
- Haga lo que haga permanezca en calma. Si usted le grita a las personas, ellas se enojarán en lugar de ser simpáticas, eso no significa que no sea emotivo. Algunas veces usted puede hacer una conexión personal exitosamente. Usted puede actuar como una persona confundida en lugar de actuar como una persona enojada cuando se le niegue la asistencia sin una buena razón. Usted también puede querer dejar claro que usted está reuniendo información de un modo que indique la posibilidad de tomar

acciones legales, preguntando cómo deletrear nombres y preguntando a dónde se deben enviar los documentos legales.

- Si usted tiene ST y teme que síntomas como la coprolalia o los tics vocales puedan causarle problemas mientras esté en el teléfono, sea abierto sobre ellos al comienzo de la llamada. Esto no sólo evita malos entendidos usualmente, si no que lo pondrá menos nervioso y reducirá los riesgos de síntomas prematuros en primera instancia.

Algunos planes de seguro médico y HMOs tienen un enlace para necesidades especiales, un empleado cuyo trabajo es asegurarse de que los miembros con discapacidades sean atendidos correctamente. La mayoría de los representantes para necesidades especiales actúan más como un facilitador que como un defensor, pero los mejores pueden ayudarlo a elaborar estrategias para obtener lo que usted necesita. Usted puede hablar con el representante antes de que un problema surja para descubrir cosas como referencias o programas especiales que puedan estar disponibles y personas dentro de la organización que son particularmente comprensivas.

Recursos

Las leyes de seguros están cambiando rápidamente y los consumidores están siendo más diestros a la hora de hacer que el sistema trabaje para ellos. Los siguientes libros, sitios web y contactos pueden ayudarlo a estar al día y a ser un usuario de atención médica más inteligente.

Tourette Syndrome Association Inc. Asociación para el Síndrome de Tourette <http://tsa-usa.org>
La TSA ocasionalmente tiene información sobre asuntos relacionados con el seguro de salud en

SEGURO DE SALUD

su sitio Web y en publicaciones como esta.

National Alliance for the Mentally Ill – Alianza Nacional para los Enfermos Mentales - <http://www.nami.org>

No se deje intimidar por las palabras “enfermos mentales”: NAMI ha avanzado y ha sido persistente en la defensa de la igualdad en seguridad de salud para la gente con problemas mentales y neurológicos.

National Association of Protection and Advocacy Systems, - Asociación Nacional de Protección y Sistemas de Defensa - 900 2nd St. NE, Suite 211 Washington, DC 20002, 202-408-9514 <http://www.protectionandadvocacy.com>

Cada estado tiene una Asociación “P&A” encargada de ayudar a las personas con discapacidades a combatir la discriminación y otras barreras. Ellos ofrecen consejería gratuita y algunas veces representación legal.

National Organization of Social Security Claimants (NOSSCR), - Organización Nacional de Demandantes del Seguro Social - 6 Prospect St. Midland Park, NJ 07432, 800-432-2804 — <http://www.nosscr.org>

NOSSCR puede ayudar con ingresos del Seguro Social y asuntos relacionados con el seguro.

Neville, Kathy. Strategic Insurance Negotiation: An Introduction to Basic Skills for Families and Community Mental Health Workers -

Negociación estratégica de Seguros: Una Introducción a las Habilidades Básicas para Familias y Comunidades de Trabajadores de Salud Mental, Boston, MA

Federation for Children with Special Needs - Federación para Niños con Necesidades Especiales. Copias de este panfleto están disponibles sin costo en: CAPP/NPRC Project, Federation for Children with Special Needs 95 Berkeley St., Suite 104 Boston, MA 02116

Insure Kids Now Children’s Health Insurance Program (CHIPs)

Asegure a sus Hijos Ahora, Programa de Seguro de Salud para Niños.

877-543-7669 — <http://www.insurekidsnow.gov>

CHIPs es un programa federal que anima a los estados a establecer programas de seguro médico para niños sin seguro, basado en dispensas de Medicaid. En este número de teléfono y en el sitio web puede obtener información sobre programas estatales.

National Association of Insurance Commissioners (NAIC) – Asociación Nacional de Comisionados de Seguros - 444 National Capitol St. NW, Suite 309, Washington, DC 20001 — 202-624-7790

Llame a (NAIC) para localizar a su comisionado estatal de seguros quien le podrá hablar de las regulaciones de seguro médico en su estado relacionadas con el Síndrome de Tourette.

Keene, Nancy. Working With Your Doctor: Getting the Healthcare You Deserve - Trabajando Con Su Doctor: Obteniendo el Seguro de Salud que Usted Merece-. Sebastopol, CA: O’Reilly & Associates, 1998.

Este excelente libro puede ayudarlo a “navegar el sistema” y a comunicarse mejor con los proveedores de servicios de salud.

Esta publicación ha sido adaptada por la autora de *Tourette’s Syndrome: Finding Answers and Getting Help - Síndrome de Tourette: Encontrando Respuestas y Obteniendo Ayuda de Mitzi Waltz* (Sebastopol, CA: O’Reilly & Associates, 2001)

Este folleto pretende proveer información general. Por favor consulte con un profesional experto antes de implementar cualquier procedimiento, tratamiento o iniciativa discutida en este documento.

La autora

Mitzi Waltz es una madre, periodista e investigadora de salud que ha estado por largo tiempo trabajando por la defensa de las personas con discapacidades. Ella es autora de ocho libros sobre la experiencia de vivir con condiciones neurológicas, incluyendo el Síndrome de Tourette, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, TOC (*OCD-Obsessive Compulsive Disorder*), y Autismo (*Autism*). Para más información sobre la autora y su trabajo visite <http://www.mitziwaltz.com>.

La Asociación para el Síndrome de Tourette aprecia los comentarios de Samuel Zinner, M.D. a lo largo del desarrollo de este folleto. El doctor Zinner es un pediatra del desarrollo, miembro de la Junta Médica Asesora Nacional de TSA.

RECURSOS ADICIONALES

DVD11 Vida Familiar con Síndrome de Tourette... Historias Personales... Una Serie de Seis Partes.

ESTE DVD SOLO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLES. Adultos, adolescentes, niños y sus familias... todos afectados por el Síndrome de Tourette describen vidas llenas de triunfos... contratiempos y crecimiento. Informativas e inspiradoras, estas historias presentan temas universales y resuenan con un sentido de esperanza, posibilidades y amor. 58 min.

Visite la tienda en nuestro sitio web yendo a <http://store.tsa-usa.org> para comprar videos & publicaciones. Muchas publicaciones están disponibles y pueden bajarse inmediatamente.



Tourette Syndrome Association
42-40 Bell Blvd., Suite 205
Bayside, New York 11361
(718) 224-2999
<http://tsa-usa.org>
e-mail: ts@tsa-usa.org

Copyright © 2006, 2011

Autorización para reproducir esta publicación en cualquier forma debe ser obtenida de la Asociación para el Síndrome de Tourette, Inc.