

Año 2001

Nº 1

*REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL*



Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil



Frente a determinadas conductas

Rubifen®

METILFENIDATO

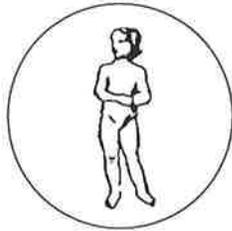
mejora la atención y el comportamiento

ARPA Y GRANÉ

Rubió

LÍNEA NEUROPSIQUIATRÍA

Número 1/2001



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Miembro de la ESCAP

Secretaría de Redacción

Sr. Salvador Arxé i Closa
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2º
08012 Barcelona

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:



Comunidad Castilla-La Mancha 3, 3º
28230 Las Rozas (Madrid)
Telf.: 91 636 05 53
Fax: 91 640 63 29
E-mail: siglo@infonegocio.com
www.editorialsiglo.com

Copyright 1999

©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil
y Editorial Siglo

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal:

B-41.588-90

ISSN:

1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Asociación fundada en 1950
Revista fundada en 1983
Revista indexada en el Índice Médico Español

Comité de Redacción:

Director: *J.E. de la Fuente Sánchez*
Secretario: *S. Arxé i Closa*
Vocales: *A. Agüero Juan*
T.J. Cantó Díez
M.D. Domínguez Santos
X. Gastaminza Pérez
J.L. Pedreira Massa
P. Rodríguez-Ramos
C. de la Rosa Fox
L. Sordo Sordo
M. Velilla Picazo

Junta Directiva de la Asociación

Presidente: *J.L. Alcázar Fernández*
Vice-presidente: *Mª C. Ballesteros Alcalde*
Secretaria: *M.I. Palanca Maresca*
Tesorero: *C. Antolín Diego*
Vocal: *F. Rey Sánchez*

Asesor de Junta: *J. Tomás i Vilaltella*

Presidentes de Honor de la Asociación

J. Córdoba Rodríguez
J. de Moragas Gallisa
C. Vázquez Velasco
L. Folch i Camarasa
A. Serrate Torrente
F.J. Mendiguchía Quijada
M. de Linares Pezzi
V. López-Ibor Camós
J. Rom i Font
J. Rodríguez Sacristán
J. Tomás i Vilaltella

**Revista indexada en
Bibliomed**

RUBIFEN® Metilfenidato. PROPIEDADES: RUBIFEN es un compuesto de origen sintético derivado de la piperidina. Es una amina cefalotrópica estimulante, de predominio cortical. En el hombre, RUBIFEN produce una acción estimulante, sobre las funciones psíquicas, con aumento del rendimiento del trabajo intelectual, de la atención y del interés hacia las tareas; estos efectos hacen útil a dicha droga en los pacientes aquejados de leves tipos de depresión mental. **INDICACIONES:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Trastornos del comportamiento en los ancianos debido a causa orgánica, como por ejemplo en la arterioesclerosis cerebral. Estados depresivos leves. Narcolepsia. **CONTRAINDICACIONES:** Ansiedad marcada, tensión, agitación, glaucoma, neurosis obsesivas o compulsivas, alucinaciones. **INCOMPATIBILIDADES:** Potencia la acción de: Agentes anticolinérgicos, anticoagulantes, anti-convulsivantes, IMAO, fenilbutazona, drogas presoras, antidepresivos tricíclicos y zoxazolamina. Antagoniza la acción hipotensora de la guanetidina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** RUBIFEN es generalmente bien tolerado. En casos especiales puede causar sequedad de boca, vértigo, dolor de cabeza, insomnio, náuseas, nerviosismo y palpitaciones, reacciones cutáneas, alteraciones en la presión arterial. **Si se observa cualquier otra reacción adversa no descrita anteriormente, consulte a su médico o farmacéutico. ADVERTENCIAS:** Esta especialidad no debe usarse en niños de menos de 6 años de edad ni tampoco en los estados depresivos graves. Durante el embarazo, sobre todo en los tres primeros

meses de gestación, RUBIFEN se administrará tan sólo en casos de imperiosa necesidad. Se administrará con gran precaución en pacientes con hipertensión arterial, epilepsia o con antecedentes de abuso de psicoestimulantes o alcoholismo. El uso continuado puede conducir a tolerancia o dependencia de tipo anfetamínico. Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje positivo. **FÓRMULA por comprimido:** Clorhidrato de metilfenidato (D.C.I.) 10 mg; Excipientes (fosfato cálcico dihidratado, celulosa microcristalina, almidón de maíz, estearato magnésico) c.s. **PRESENTACIÓN:** Envase conteniendo 30 comprimidos con una ranura central. **POSOLOGÍA:** Atenerse en todos los casos a las indicaciones del facultativo. La posología es individual y se adaptará a cada indicación. **Dosis media:** Un comprimido 2-3 veces al día. Se recomienda no tomar la última dosis después de las 4 de la tarde en vistas de la posible producción de insomnio. **Niños:** En niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se suele iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de 5 mg antes del desayuno y del almuerzo, incrementándolas gradualmente, si se considera necesario, a razón de 5-10 mg más cada semana. No se recomienda sobrepasar la dosis de 60 mg/día. El tratamiento debe suspenderse periódicamente con el fin de evaluar el progreso del paciente. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de la intoxicación accidental es la resultante de sobreexcitación central y efectos parasimpaticomiméticos: puede incluir

vómitos, agitación, temblores, convulsiones, euforia, alucinaciones, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis. El tratamiento consiste en vaciado de estómago por emesis o lavado si el paciente está consciente. Si la intoxicación es grave puede utilizarse, antes de efectuar el lavado de estómago, un barbitúrico de acción corta, controlándose cuidadosamente la dosis. Deben preverse las medidas adecuadas para mantener las funciones circulatoria y respiratoria. Si se presenta hiperpirexia puede ser preciso recurrir a enfriamiento externo. Debe protegerse al paciente de estímulos sensoriales externos que pudiesen agravar el estado de excitación. **En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20. PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Envase conteniendo 30 comprimidos con ranura central PVP MR 543 ptas. / 3,27€ - PVP IVA: 564 ptas. / 3,40€ Coste aproximado tratamiento / día: 37,6 ptas. / 0,23€ **DISPENSACIÓN CON RECETA MÉDICA. FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL. CONSULTE FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR. CONSERVACIÓN:** Mantener en lugar fresco y seco. **TEXTO REVISADO:** Abril 1.999

Rubió

Laboratorios Rubió, S.A.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil

S U M A R I O

Comentario Breve	Redes neuronales y Psiquiatría Infantil <i>MA. Jaramillo-Morán, MS. Salcedo-Salcedo, JR. Gutiérrez-Casares, F. Cuadros-Blázquez</i>	4
Artículos Originales	Los usuarios de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz durante cuatro años de estudio (1996-1999). <i>AM^a. Monrió-Arteaga, C. de la Rosa-Fox, L. Casais-Martínez</i>	6
	Objeto transicional y fetiche en el trastorno de identidad sexual en el niño <i>A. Fernández Rivas, M. A. González Torres</i>	16
Revisiones	Genética del comportamiento y entorno familiar. Factores de riesgo <i>M. J. Mardomingo</i>	22
Caso Clínico		28
Comentario de publicaciones		31

**Jaramillo Morán MA,
Salcedo Salcedo MS,
Gutiérrez Casares JR,
Cuadros Blázquez F.**

Redes neuronales y Psiquiatría Infantil

Departamento de Electrónica. C. de Ingeniería Electromagnética. Universidad de Extremadura. Badajoz

Unidad de Psiquiatría Infantil, Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Departamento de Física, Universidad de Extremadura. Badajoz

A medida que los ordenadores han ido aumentando su capacidad de cálculo ha ido creciendo nuestro interés por la investigación en Inteligencia Artificial. Este aumento de prestaciones, tanto en rapidez como en volumen de cálculo, ha hecho crecer la esperanza de dotar a estas máquinas de la posibilidad de realizar procesos similares a los de los seres vivos o, más concretamente, a los del hombre. Se busca, concretamente, dotarlos de las capacidades de reconocimiento de patrones, de clasificación de los mismos, de generalización de conceptos, de deducción, etc... Se pretende, en definitiva, que una máquina sea capaz de reproducir tareas cognitivas. Además, esta reproducción debe venir sustentada por una teoría matemática rigurosa que de fiabilidad a los resultados obtenidos.

Así, aprovechando esta creciente capacidad de cálculo de los ordenadores se ha intentado, simple y llanamente, reproducir la estructura del cerebro mediante una modelación matemática. Se genera de esta forma lo que se conoce como "Red Neuronal" (Artificial Neural Network): una estructura matemática con una definición algorítmica de la neurona y la construcción de una red formada por un gran número de ellas densamente interconectadas.

Como puede suponerse, este modelo solo permite una aproximación muy elemental al funcionamiento cerebral

ya que la capacidad actual de cálculo no posibilita la definición de redes con un número tan elevado de neuronas (el tiempo, sin duda subsanará este inconveniente).

El estudio y la utilización de las Redes Neuronales admite, hoy día, dos enfoques diferenciados:

- por un lado, el estudio teórico de este tipo de sistemas con el objeto prioritario de comprender mejor su estructura y funcionamiento, y

- por el otro, utilizar los conocimientos disponibles para implementar sistemas capaces de realizar tareas concretas dentro del campo de la inteligencia artificial y que en general son llevados a cabo de forma poco satisfactoria por otros procedimientos más convencionales. Es este segundo aspecto el que ha potenciado más el desarrollo del estudio de las Redes Neuronales ya que los resultados obtenidos son francamente alentadores, habiendo aportados soluciones a problemas que anteriormente carecían de ellas o que proporcionaban resultados poco convincentes y difíciles de obtener.

La complejidad del sistema biológico en el que se basan estas estructuras hace muy difícil la definición de un único modelo de Red Neuronal Artificial. Así son variadas las propuestas tanto para definir el comportamiento de la neurona individual como de las conexiones entre ellas. En lo que respecta a la definición de la neurona, básicamente se la considera un elemento que com-

bina las entradas que le llegan mediante la suma ponderada de todas ellas (esa ponderación sería la capacidad de cada una de sus sinapsis de transmitir la señal que le llega) generando una salida que está limitada entre un valor máximo y otro mínimo. La forma de esta función de salida, así como definiciones alternativas a la combinación de las entradas definen modelos matemáticos distintos de neurona. En lo referente a las conexiones entre neuronas la variedad es aún mayor. En general se acepta que las neuronas están distribuidas en capas, pudiendo la Red Neuronal estar formada por una o varias de ellas. Así mismo, las conexiones de cada neurona pueden provenir de otras de la misma capa o de las anteriores y además las conexiones pueden extenderse a toda la capa o sólo a un entorno reducido de cada neurona.

Queda, sin embargo, por comentar un aspecto fundamental en las Redes Neuronales y que puede introducir todavía una complejidad aun mayor, pero que es básico a la hora de dotarlas de la capacidad de aprendizajes que las caracteriza: la adaptación sináptica. La variedad de formas en que la evolución de los "pesos sinápticos" puede llevarse a cabo es muy amplia, aunque entre todas ellas parece que la que, en la actualidad, ha alcanzado una mayor popularidad es la conocida como "backpropagation" (término que se traduce habitualmente al español como "retropropagación"). Más que un algoritmo que controla la evolución de los pesos es una forma de hacerlo, en la cual se parte de unos patrones de entrada a la red y de las salidas que ésta debería proporcionar. Los pesos sinápticos se modifican hasta que la salida realmente proporcionada por la red se diferencia de la ideal en un valor mínimo. Las formas de realizar este proceso son tan variadas como algoritmos matemáticos puedan definirse para llevarlo a cabo.

Es esta flexibilidad de diseño, junto con su capacidad de adaptación sináptica, lo que las hace enormemente atractivas para abordar la solución de problemas complejos que tienen un difícil tratamiento mediante métodos clásicos o que carecen de ellos. Como puede suponerse las aplicaciones prácticas son muy amplias. Las más clásicas de ellas son el aprendizaje, reconocimiento y clasificación de patrones, que se han ido generalizándose hasta abarcar cualquier tipo de representación de datos. De este modo, el campo de aplicaciones de las Redes Neuronales se ha ido extendiendo y no es extraño verlas

identificando y controlando sistemas muy complejos. En este sentido cabe apuntar que la gran potencialidad de estos sistemas ha hecho que se vayan dedicando cada vez más a tareas para las que en un principio no estaban pensados. Esa capacidad para realizar procesamientos complejos de la información, junto con la posibilidad de extraer patrones de comportamiento en los mismos y, en última instancia, poder llegar a predecir, está abriendo el campo a investigaciones en sistemas de ayuda a la toma de decisiones. Para ello, una primera aproximación consiste en la búsqueda de las reglas que definen el comportamiento inteligente de las personas. Como es lógico suponer la deducción de estas reglas sólo puede llevarse a cabo cuando se busca la descripción de procesos cognitivos relativamente simples y requiere, en cualquier caso, un análisis detallado de todo el proceso deductivo que lleva a la toma de una determinada decisión. Esto hace que sólo aquellas tareas más simples puedan ser reproducidas.

De todo lo anteriormente apuntado cabría señalar un hecho realmente curioso: el escaso número de aplicaciones en Psiquiatría y menos aún en Psiquiatría Infantil de las redes neuronales. Sus aplicaciones de ayuda al diagnóstico no son muy abundantes, como a primera vista podría suponerse. Afortunadamente el interés por ellas va en aumento conforme se van demostrando las virtudes de este tipo de sistemas expertos. Especialmente provechoso es el aumento de investigaciones conjuntas de especialistas en psiquiatría con aquellos en inteligencia artificial. Desarrollar modelos de sistemas expertos sobre los que probar nuevas teorías pueden y deben aportar un mutuo beneficio, cuyos resultados deben ayudar a conocer mejor el funcionamiento de la mente humana.

Bibliografía.

- Price RK, Spitznagel EL, Downey TJ, Meyer DJ, Risk NK, El-Ghazzwy OG: Applying artificial neural network models to clinical decision making. *Psychol Assess* 2000, 12:40-51.
- Aakerlund L, Hemmingsen R: Neural networks as model of psychopathology. *Biol Psychiatry* 1998, 43:471-82.
- Jeffery KJ, Reid IC: Modifiable neural connections: an overview for psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1997, 154:156-64.
- Zou Y, Shen Y, Shu L, Wang Y, Feng F, Xu K, Ou Y, Song Y, Zhong Y, Wang M, Liu W: Artificial neural network to assist psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 1996, 169:64-7.

AM^a. Monrió-Arteaga
C. de la Rosa-Fox
L. Casais-Martínez

Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de Cádiz,
Universidad de Cádiz. Cádiz

Correspondencia:
Amalia Ma Monrió Arteaga
C/ Gaitán 15, 1^oC
13640 Herencia (Ciudad Real)

Los usuarios de la Unidad de Salud
Mental Infanto-Juvenil de Cádiz
durante cuatro años de estudio
(1996-1999).

*Users of the Cadiz child and ado-
lescent mental health unit during 4
years of study (from 1996 to 1999).*

RESUMEN

Objetivos: Cuantificar el uso de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz desde 1996 a 1999. Describir las características sociodemográficas de los pacientes, los motivos de consulta y las procedencias. **Método:** Datos obtenidos de las Memorias del Centro de Salud Mental de Cádiz. **Resultados:** Los pacientes fueron distribuidos según sexo, edad, localidad de procedencia, existencia o no de documentos de derivación, número de visitas al centro (nuevas o sucesivas), total de peticiones de consulta (acuden o no acuden), causa que la ha motivado, demandantes y derivantes de la primera consulta. **Conclusiones:** El total de pacientes nuevos cada año se mantiene estable a lo largo del periodo; las consultas sucesivas aumentan; más del 90% del total de peticiones de consulta acuden cada año; la relación niños/niñas es 2/1; el grupo de 4-5 años es el de mayor frecuencia, hasta 1999 donde destaca el de 2-3 años; la mayoría de los pacientes proceden de Cádiz, siendo superados en el último año por los de la Bahía. El principal motivo de consulta son los trastornos de conducta; la familia es el demandante más frecuente; de todos los derivantes destaca Atención Primaria; la mayoría de los pacientes acuden con documento de derivación.

PALABRAS CLAVE:

Utilización de Centros de Salud – Adolescente; Utilización de Centros de Salud – Niños; Unidad de Salud Mental.

ABSTRACT

Objetives: Quantifying the use of the Cádiz Child-Adolescent Mental Health Unit from 1996 to 1999. Describing the sociodemographic characteristics of the patients, the causes of their consultations and their origins. **Methods:** All dates have been got by means of the files of the Cádiz Mental Health Service. **Results:** All the patients were distributed according to sex, age, town, existence or not of previous documents, number of visits to this service (new or successive visits), the whole of requests of consultation (if they assist or not to the consulting), cause of their consultation, claimants and causes which demand the first consultation. **Conclusions:** each year the total of new patients is considered stable during all the period; the successive consultations increase, more than 90% of the total of patients which demand a consultation, assist to the center each year. The relationship between male/female children is 2/1; the most frequent group is 4-5 years old one until 1999, since 1999 the main group is formed by 2-3 years

old children; the majority of patients are from Cádiz, but during the last year the majority of patients were from the Bay; behaviour disorders are the main causes of consulting, the most frequent claimant is the family; Primary Care points up among the rest of demanded services; the majority of patients assist to the Service with the derivation document.

KEY WORDS:

*Adolescent – Health – Services – Utilization – UT;
Child – Health – Services – Utilization – UT; Mental –
Health – Services – Utilization – UT.*

INTRODUCCIÓN

La Epidemiología nos ayuda a mejorar los Servicios de Salud Mental para niños y adolescentes al aumentar, desde su óptica, el conocimiento de las causas, desarrollo y curso de los trastornos psiquiátricos (Costello et al., 1994¹) cumpliendo con dos propósitos: uno estrictamente científico y, otro, de planificación.

En efecto, a partir de un mejor conocimiento del desarrollo de los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia, así como de las consecuencias de tales trastornos sobre el curso de un desarrollo normal y, a la inversa, del efecto del desarrollo infantil sobre el trastorno psiquiátrico, por una parte y, por otra, a partir de una correcta información sobre la prevalencia e incidencia, se pueden extraer unas bases adecuadas para los planes de prevención primaria, secundaria y terciaria así como para los servicios de tratamiento. Tal información también es científicamente útil para responder a preguntas acerca de las causas, el curso o los resultados; así como para un segundo, pero no menos importante, propósito de creación de servicios, dado que puede proveer información sobre las necesidades de los mismos, su disponibilidad y efectividad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La comprensión moderna de los Servicios de Salud Mental multidisciplinarios tiene cuatro orígenes (Wardle, 1991²): psicológico, desde 1890; psicoanalítico, desde 1906; movimiento de guía infantil, desde 1920, y creación de Departamentos de Psiquiatría Infantil, en los hospitales de enseñanza, desde 1930. En las tres últimas décadas, los niños y sus servicios han sido motivo de cau-

sas célebres, modas y preocupaciones exageradas, así como el punto débil de políticos.

Collier y colaboradores (1991)³, describieron la historia de la interfase Salud Pública-Salud Mental en Baltimore, Maryland. En el año 1977, la Salud Mental y los servicios añadidos se integraron gradualmente en el Departamento de Salud. Más recientemente, en 1998, los Servicios de Salud Mental para adultos se convirtieron en una "corporación" casi pública. La Salud Mental Infantil, fue retenida como un servicio distinto, sin el Departamento de Salud, a fin de intensificar su coordinación con otros servicios de salud para niños. Mayes (1999)⁴ recogió las particularidades de esta área de la psiquiatría, a saber:

1º Se requieren áreas especiales de expertos y clínicos para trabajar en este campo y, a menudo, áreas clínicas tradicionales (evaluación mental y competencia en el desarrollo, colaboración con otros profesionales, sintetizar la información de los padres).

2º Los Servicios de Salud Mental para jóvenes requieren una aproximación multidisciplinaria, implicando simultáneamente las disciplinas de psiquiatría infantil, pediatría, psicología, trabajo social, neurología, educación infantil temprana y enfermería.

La agenda de trabajo de esta última década ha tratado de reunir estas múltiples áreas, incluyendo improvisados diagnósticos nosológicos, mayor conocimiento del número de niños que necesitan estos servicios, vías para acceder a estos servicios, y descripciones más explícitas de las importantes características de una intervención de salud mental para muchos niños y sus familiares.

Antecedentes de la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) de Cádiz

La USMI es un dispositivo sanitario que atiende a la población infanto-juvenil de 0 a 16 años. Situada por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma Andaluza en un tercer nivel de la atención sanitaria, presta asistencia comunitaria con funciones asistenciales, docentes e investigadoras.

La Unidad se pone en funcionamiento en Noviembre de 1989, empleándose los primeros meses en conocer las funciones e intentar la coordinación con los distintos dispositivos sanitarios, sociales y educacionales. La unidad atiende a la población infantil de 0 a 5 años, como dispositivo de segundo nivel, como característica diferencial y con el objetivo de establecer diagnósticos y actuaciones terapéuticas precoces.

8 Objetivos del estudio

Cuantificar el uso de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz y describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos. Describir los motivos de consulta y las procedencias.

Características de la unidad:

Personal:

Toda la actividad asistencial es llevada a cabo por un equipo constituido por una psiquiatra infantil, con funciones de coordinadora de la Unidad, una psicóloga, una enfermera especialista, un trabajador social y un auxiliar de enfermería que realiza las funciones administrativas. Han rotado por la unidad personal PIR, MIR y alumnos de pregrado de enfermería y medicina.

Las actividades administrativas hacen imprescindible la dotación de un auxiliar administrativo para poder realizar una mejor atención en todos los aspectos de ese apartado. Esta faceta en ocasiones se encuentra bloqueada y la dotación del personal adecuado sería del todo imprescindible para el correcto funcionamiento de la Unidad.

Durante los periodos vacacionales no se ha sustituido a ningún personal, siendo llevada la Unidad en situación precaria y no a pleno rendimiento.

Recursos materiales:

La Unidad está ubicada en un piso de una comunidad de vecinos, con acceso a través de escalera no adaptada para personas con minusvalías. Dispone de cinco consultorios, una sala de reuniones, una sala de grupos, exploración y relajación, dos espacios de sala de espera y un espacio para recepción y administración. La situación de los locales es adecuada y se encuentra bien en cuanto a confort y espacio, así como la pintura y demás condiciones de habitabilidad.

El material clínico del que se dispone en estos momentos es suficiente, pero son necesarios recursos audiovisuales para conseguir mejorar la atención y las labores docentes que la unidad tiene que realizar.

A pesar de las dificultades expuestas, el libro de reclamaciones está en blanco. La situación actual es considerada correcta y no se precisan modificaciones, a excepción de la referida existencia de barreras arquitectónicas para minusválidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los datos necesarios para la realización del estu-

Los usuarios de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz durante cuatro años de estudio (1996-1999).

dio estadístico han sido obtenidos a partir de las Memorias de la USMI de Cádiz correspondientes a los años que van desde 1996 a 1999.

Para el manejo de los datos, se clasificó en una base de datos realizada con MS Access vinculada posteriormente a MS Excel para el análisis y la creación de los gráficos.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de los sistemas informáticos de la Universidad de Cádiz, a partir de los cuales se ha accedido a las bases de datos Medline y Eric.

RESULTADOS

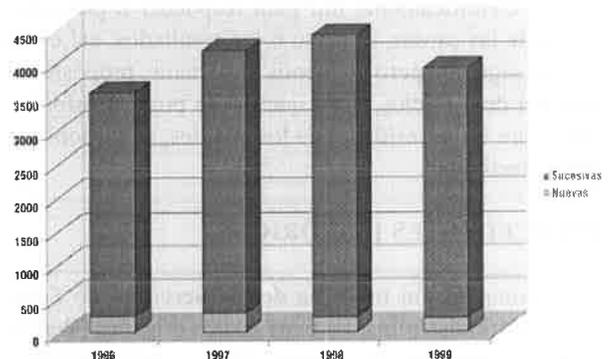
El número total de pacientes de la USMI de Cádiz en los últimos 4 años ha sido distribuido según características: sexo, edad, localidad de procedencia, la existencia o no de documentos, número de sus visitas al centro, incluyéndose entre éstas el número total de consultas atendidas cada año (nuevas o sucesivas). Se describe asimismo el total de peticiones de consulta (acuden o no acuden), la causa que la ha motivado, el "demandante" y el "derivante" de la primera consulta.

Todos los datos anteriores se describen secuencialmente a lo largo de los años objeto de estudio.

Total de consultas (nuevas y sucesivas)

El número total de consultas se ha mantenido estable, con pequeñas fluctuaciones, alcanzándose los valores más elevados en el año 1998 (Fig.1).

Figura 1: Total de consultas

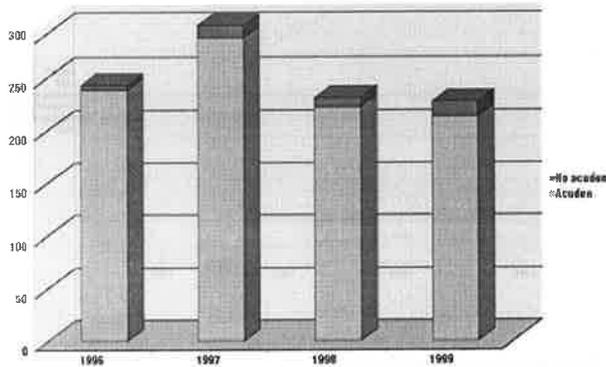


En cuanto al número de primeras consultas o de consultas de seguimiento, vemos que las proporciones también se mantienen.

Petición de consulta (acuden o no acuden)

El total de peticiones de consulta recibidas es muy similar en cada uno de los años de estudio, obteniéndose el valor más elevado en el año 1997. Del total de dichas peticiones, hay una muy pequeña proporción de pacientes que posteriormente no acuden a la USMI, y que, aún manteniéndose en valores aproximados durante los cuatro años del estudio, destacan en los años 1997 y 1999 (Fig. 2).

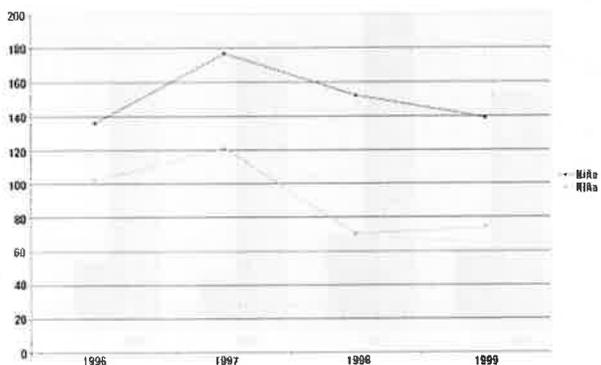
Figura 2: Petición de consulta



Sexo

En nuestra población de estudio, la diferencia en la frecuentación de consultas entre niñas y niños es bastante clara a favor de los segundos, según se recoge en la gráfica (Fig. 3).

Figura 3: Sexo

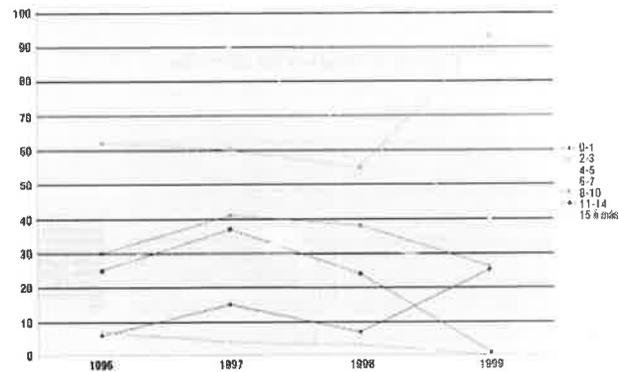


Edad

El intervalo de edad que presentaban con mayor frecuen-

cia los niños atendidos en la USMI de Cádiz, ha sido el de 2 a 5 años, y más concretamente destacan las visitas de pacientes entre 4 y 5 años, exceptuando 1999, en el que ha habido una clara afluencia de pequeños de 2 a 3 años de edad (Fig.4).

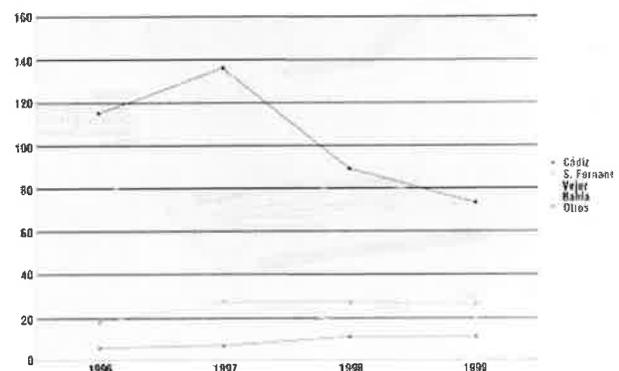
Figura 4: Edad



Localidad de procedencia

Hemos clasificado en cinco grupos a los pacientes que han acudido a consulta en el periodo 1996 a 1999, según su localidad de procedencia: Cádiz, San Fernando, Vejer, Bahía y otros, ya que esta es el área que queda cubierta por la USMI de Cádiz. La mayoría de los pacientes durante la mayor parte del periodo proceden de Cádiz, o, en segundo lugar, de la Bahía, que predominan en el último año, pero debemos tener en cuenta que éstas son las zonas donde el número total de habitantes de la población es mayor (Fig. 5).

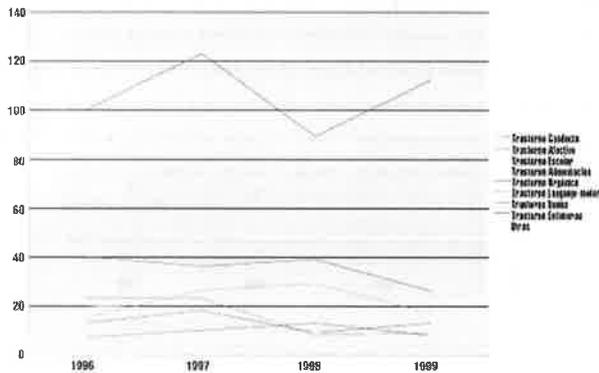
Figura 5: Localidad de procedencia



10 Motivo de consulta

Como se puede comprobar en el gráfico (Fig. 6), el principal motivo de consulta en los 4 años de estudio son los trastornos de conducta, sobrepasando ampliamente a los trastornos del lenguaje y motores, que quedan en segundo lugar.

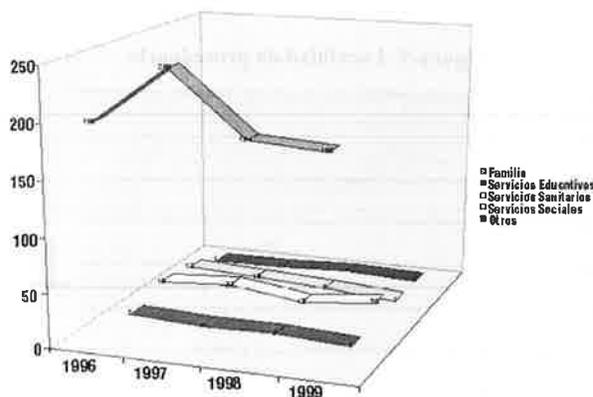
Figura 6: Motivo de consulta



Demandantes

A partir de nuestros datos se comprueba que el demandante protagonista es la familia, quedando a una distancia abismal de los demás grupos, fundamentalmente en el año 1997. Son los Servicios Sanitarios los que se sitúan en segundo lugar, pero, a mucha distancia de la demanda familiar (Fig. 7).

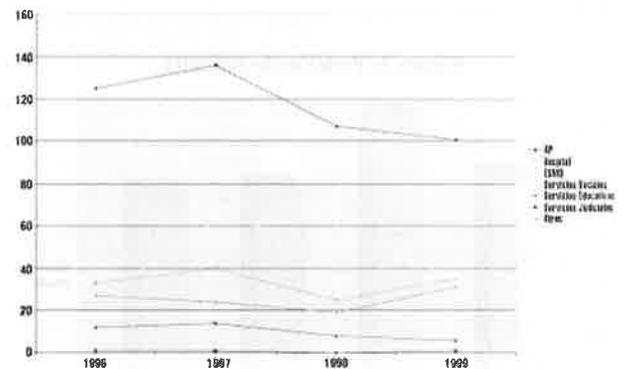
Figura 7: Demandantes



Derivantes de la primera consulta

A lo largo de los años estudiados, se comprueba una tendencia similar en lo que a la identidad de los derivantes de la primera consulta se refiere. Vemos como, durante todo el periodo, la inmensa mayoría de los pacientes han sido dirigidos desde Atención Primaria (Fig. 8).

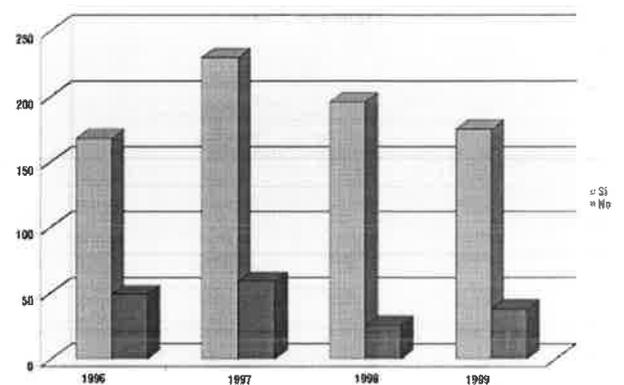
Figura 8: Derivantes 1ª consulta



Documento de derivación

En este apartado se recoge el número de pacientes que acuden a la USMI de Cádiz con o sin documento de derivación, habiéndose hallado una clara diferencia a favor de los primeros (Fig. 9).

Figura 9: Documentos



DISCUSION

El problema que debemos plantearnos a la vista de estos resultados y para futuros estudios es si el número

total de niños que acuden a la consulta de Salud Mental es equivalente al número total de niños de la población atendida por el centro, que realmente necesitan ayuda (Steinhausen 1997)⁵ (Padgett et al. 1993)⁶, (Farmer et al. 1999)⁷, (Verhulst y Van der Ende 1997)⁸. Revisando la literatura hemos podido comprobar que los resultados no son siempre los deseados, pues en estudios como el de Pedreira Massa y Sardinero García (1996)⁹ de una población pediátrica con una prevalencia de trastornos emocionales del 30.2%, sólo la mitad acudían a un Centro de Salud Mental Infantil. Datos similares quedan reflejados en estudios como los de Sawyer y Kosky (1995)¹⁰ y Fergusson et al. (1994)¹¹.

Hemos encontrado también estudios donde se demuestra que la asistencia, o no, a un Servicio de Salud Mental se ve influenciada por factores como el tipo y número de trastornos, los problemas familiares, la separación o no de los padres, los contactos múltiples con otros doctores o la confianza en profesores o asesores. Según Gasquet et al. (1999)¹², la consulta al profesional no se relaciona con el tipo de problema (internalizado-externalizado), la confianza en los padres, los factores educacionales o el nivel sociodemográfico, difiriendo en esta última observación con Cunningham y Freiman (1997)¹³.

Respecto a la distribución de las demandas según sexo coincidimos con otros estudios anteriores como los de Jorm y Henderson (1989)¹⁴. E incluso en los dos últimos años, nos atrevemos a afirmar, como también lo hizo Steinhausen (1997)¹⁵, que los niños excedían en número a las niñas en una relación de 2 a 1.

En cambio, en la bibliografía encontramos otros trabajos donde los hallazgos han resultado totalmente opuestos: Fergusson y col (1994)¹¹ afirman que la tasa de enfermedades en niñas era mayor, quizás debido a una mayor presencia de trastornos de ansiedad y del humor. Canals et al. (1997)¹⁵ han comprobado posteriormente que las niñas tenían una mayor probabilidad de sufrir algún trastorno psiquiátrico, con lo cual, su morbilidad era mayor. Finalmente, en este mismo año, Verhulst y Van der Ende (1997)⁸ no encontraron asociación alguna.

Hemos encontrado diversos trabajos donde los hallazgos respecto a la edad de mayor frecuencia de visitas se inclinan hacia niños más mayores. Así, Rahim et al. (1997)¹⁶ encontraron picos de edad en torno a los 7-10 años, o incluso la adolescencia, como demostró Steinhausen (1997)⁵. Lavigne et al. (1998)¹⁷ refieren una mayor probabilidad de acudir a los Servicios de Salud Mental para los niños mayores. Sin embargo, según Ver-

hulst y Van der Ende (1997)⁸ no existe asociación significativa alguna entre edad y demanda de asistencia especializada.

A partir de las distintas referencias bibliográficas algunas ya comentadas en cuanto a otros aspectos, hemos podido comprobar que, a la hora de acudir a la consulta de Salud Mental, juegan un importante papel los factores sociales, demográficos, ambientales y económicos, entre otros. Cunningham y Freiman (1996)¹³, demostraron una fuerte evidencia de que el estado socioeconómico de los niños es un importante factor a la hora de pedir ayuda a un Centro de Salud Mental. Los niños con una pobre salud mental en familias de alto nivel socioeconómico tienen tres veces más probabilidad de hacer visitas relacionadas con la salud mental que los niños con estos mismos problemas que pertenecen a familias de más bajo nivel. Pero el ambiente en el que se desenvuelve el niño, no afecta únicamente a su solicitud de ayuda, sino también al número de visitas relacionadas y la probabilidad de ver a un especialista, situaciones que se ven favorecidas por un mayor nivel familiar. Como dato de interés del trabajo de Cunningham también podemos añadir la relación que éste establece entre el uso de los Servicios de Salud Mental por los niños y por otros miembros de su familia.

Existen diversos trabajos donde el estudio del lugar de procedencia del paciente ha quedado reflejado a partir de la diferenciación de etnias en la comunidad, tales como los de Padgett et al. (1994)¹⁸, Pumariega et al. (1998)¹⁹, Freiman y Cunningham (1997)²⁰, Roberts y Cawthorpe (1995)²¹ y Newth y Corbett (1993)²². Rahim et al. (1997)¹⁶ afirman que el 53.61% de los casos procedían de zonas rurales.

En cuanto a tipo de patología, queda para posteriores investigaciones conocer si estas proporciones son equiparables a las de los niños de la población total con algún tipo de desorden mental. Nos planteamos esta duda al considerar estudios de prevalencia de los trastornos DSM-III-R en diferentes poblaciones infantiles, como por ejemplo, los distintos trabajos realizados por Costello et al. (1996)²³⁻²⁴. En ellos se establece que la prevalencia de los trastornos de conducta en la población infantil ocupa el cuarto puesto, quedando detrás de los trastornos de ansiedad, enuresis y tics.

Lavigne et al. (1998)¹⁷ afirman que existe una mayor probabilidad de recibir ayuda de los Servicios de Salud Mental si hay más problemas comportamentales totales. Verhulst y Van der Ende (1997)⁸ nos hablan de que entre los factores más potentes asociados a la asistencia a los

12 Centros de Salud Mental están los problemas académicos, el estrés familiar y, lo que a nosotros nos interesa en este momento: el tipo de problema comportamental.

La importancia del núcleo familiar en los cuidados y asistencia del niño a las Unidades de Salud Mental ha sido amplia y reiteradamente estudiada, tal y como queda reflejado en el trabajo de Andres et al. (1999)²⁵: La importancia de la cultura y el ambiente familiar adverso han sido repetidamente mostrados como factores de riesgo para los desórdenes comportamentales. En países con un fuerte y estable vínculo familiar, se esperarían tasas menores. De cualquier modo, los hallazgos no soportaron la hipótesis de menores tasas, distintos factores de riesgo y patrones de morbilidad en la muestra española estudiada. En cambio, según Canals et al. (1997)¹⁵, la buena comunicación con los padres se encontró como factor protector de todos los desórdenes, y apoyando esta teoría, surge un año después el trabajo de Lavigne et al. (1998)¹⁷. Según estos autores, la probabilidad de recibir cuidados procedentes de los Servicios de Salud Mental es proporcional a los conflictos familiares.

En los últimos años, han sido muchos los factores familiares que se han relacionado con el estado de salud mental infantil, muchos de los cuales influyen, de uno u otro modo, en la capacidad de la familia para reconocer la necesidad de ayuda y además, en la predisposición de reclamarla. El primer deseo de todas las familias es cuidar de sus hijos en casa según Llewellyn et al. (1999)²⁶. Cuando la situación se consideraba una posibilidad, a menudo remota, las razones aportadas más frecuentemente fueron la "supervivencia" familiar y diversas circunstancias mitigantes.

Holroyd y Sheppard (1997)²⁷ demuestran que lo asumido comúnmente de que los hijos de padres separados o divorciados tienen desventajas financialmente y en términos de desenvoltura social es cierto. Aunque todos los padres recibieron medicación para su depresión, pocos niños habían recibido ayuda para superar sus dificultades. Discuten la urgente necesidad de servicios de ayuda para cada niño. Verhulst y Van der Ende (1997)⁸ afirman que la psicopatología en los padres, los eventos de la vida o la psicopatología familiar, no aumentan el riesgo, pero son vividos problemáticamente por los padres. Otras referencias a estos temas las encontramos en los trabajos de White et al. (1995)²⁸ referido a las madres con enfermedad psíquica, o los de Zima et al. (1996)²⁹ sobre las madres solteras sin hogar. Según Lipman et al. (1997)³⁰, las madres solteras son a menudo más pobres, con mayor frecuencia padecen trastornos afectivos, y utilizan los

Servicios de Salud Mental más que las madres de familias en las que se encuentran integrados los dos padres. El riesgo de padecer problemas mentales es especialmente acusado enaquéllas. Se necesitan mas estudios para conocer qué aspectos, aparte del estado económico, afectan a su salud mental.

Ser un niño adoptado es factor de riesgo por varios motivos: pobreza, poca salud, traumas por abuso o negligencia, o desequilibrios emocionales (Rosenfeld et al. 1997)³¹, (Garland et al. 1997)³², (Blumberg et al. 1996)³³, (Halfon et al. 1992)³⁴⁻³⁵. En nuestra casuística no hemos desglosado este factor.

Otro factor de riesgo de psicopatología en la infancia relacionado con el ámbito familiar, y por añadidura, con los servicios sociales, es el del niño situado fuera del hogar (Schneiderman et al. 1998)³⁶ (Buckner y Bassuk 1997)³⁷. Estos autores demostraron que el uso de los Servicios de Salud Mental por los niños que lo necesitaban fue bajo, particularmente para los jóvenes con pobre funcionamiento global. Así mismo, Thompson (1994)³⁸ estudió ampliamente la importancia del bienestar social en la infancia, y en un reanálisis posterior encontró un incremento de hasta el 39% de los niños que disfrutaban de este necesario bienestar. Los niños de familias con bajos ingresos tienden a hacer un mayor uso de los servicios disponibles, según refiere John et al. (1995)³⁹, lo que sugiere que los programas deberían estar más orientados específicamente a sus necesidades.

En lo referente a los Servicios Educativos, podemos añadir lo estudiado por Verhulst et al. (1997)⁴⁰: aunque se ha percibido a menudo que los profesores son menos capaces de evaluar la internalización de los problemas que las madres o los propios niños. Este estudio muestra que su evaluación es altamente relevante, si tomamos como criterio su capacidad de predecir la propia percepción del sujeto de tener problemas.

Una cuestión de gran interés desde el punto de vista organizativo es lo referente a la procedencia de la demanda. En nuestro Centro, con gran diferencia respecto a otros orígenes, es la Asistencia Primaria la procedencia más destacada. Esto es algo en lo que coincidimos con numerosos autores, tales como Vázquez-Barquero et al. (1994)⁴¹. En sus estudios, realizados en Cantabria, desvelaron que la proporción de pacientes derivados por Atención Primaria era del 54.3%, datos muy similares a los obtenidos en Granada. En otros países como Cuba sucede otro tanto mientras que las diferencias eran mucho mayores con México. En otros países del entorno europeo, Manchester, (Gater y Goldberg 1991)⁴² se ha

demostrado que las derivaciones a primera consulta realizadas por Atención Primaria constitúan los dos tercios del total. Muchos otros autores se han centrado en este tema para sus trabajos: Takayama et al. (1994)⁴³ o Pedreira Massa y Sardinero García (1996)⁹. Olsson y Pincus (1996)⁴⁴ demostraron en su estudio que Atención Primaria provee la mayoría de las visitas a partir de desórdenes adaptativos y abuso de sustancias, mientras que el resto de profesionales proveen la mayoría de las visitas relacionadas con los trastornos mentales escolares y el retraso mental. Garralda et al. (1999)⁴⁵ estudiaron las asociaciones somáticas y psicológicas con los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños atendidos en Atención Primaria. El desorden psiquiátrico no se asoció con el tipo de queja presentada, pero de todos modos, los niños con trastornos eran más probablemente descritos por sus madres como instauradores de trabas respecto a la existencia de problemas físicos, pobre salud, baja energía y predisposición a síntomas físicos bajo estrés. En la literatura, también hemos encontrado trabajos como el de Kilic et al. (1994)⁴⁶ en Ankara, donde domina la referencia directa (53%) a diferencia de Europa, siendo en este caso el índice de derivación de Atención Primaria tan sólo del 4%, y quedando por tanto superada por la derivación hospitalaria, que, exceptuando la referencia directa, cobra en este país el papel protagonista con una incidencia del 42%.

La referencia del Pediatra es un importante factor predictivo del uso de los Servicios de Salud Mental (Lavigne et al. 1998)⁴⁷. Escobar et al. (1987)⁴⁷ ya se habían centrado en este tema años antes.

Hospitales y Equipos de Salud Mental de Distrito son los derivantes de la primera consulta que aparecen con mayor frecuencia después de Atención Primaria, y ya en el último año el número de pacientes derivados por ambos servicios es prácticamente el mismo. No debemos olvidar los resultados expuestos en trabajos como el de Kilic et al. (1994)⁴⁶, ya citado anteriormente, donde las referencias procedentes del hospital eran un 42% frente a las de Atención Primaria que constituían el 4%. También los estudios de Gater y Goldberg (1991)⁴² y de Vazquez-Barquero et al. (1994)⁴¹, donde, tras la derivación de Atención Primaria, aparecía en un tercio de los casos y en un 26,4% respectivamente, la derivación hospitalaria.

Además de los derivantes expuestos en el gráfico,

cabe destacar la existencia del dentista como un derivante más hacia una primera consulta en los Servicios de Salud Mental Infanto-juvenil. Waldman (1997)⁴⁸ nos habla de que probablemente se asume que los problemas comportamentales están directamente relacionados con la naturaleza del servicio dental, sumado a las características de personalidad propias de la edad escolar y preescolar.

CONCLUSIONES

1. El total de pacientes nuevos cada año se mantiene estable a lo largo del periodo de estudio, con tendencia decreciente en los dos últimos años. Ello podría deberse a una satisfacción de la cobertura que fue mayor en los años iniciales. El total de historias nuevas que se han abierto de 1996 a 1999 es de 960.

2. Las consultas sucesivas han evolucionado en aumento progresivo hasta el año 1999.

3. Del total de peticiones de consulta recibidas en la USMI, más del 90% acuden cada año, pero observamos que el total de pacientes que acuden está en ligero descenso.

4. La proporción de niños y niñas ha ido evolucionando en el tiempo hasta convertirse prácticamente en una relación de 2 a 1 a favor de los primeros.

5. Existen oscilaciones entre los distintos grupos de edad, siendo el de 4 a 5 años el de mayor frecuencia hasta el año 1999, donde cobra un claro protagonismo el grupo de 2 a 3 años.

6. La mayoría de los pacientes proceden de Cádiz, mientras que cada vez hay un mayor equilibrio respecto a los procedentes de la bahía, hasta el punto de que en el último año éstos han superado a los primeros.

7. El principal motivo de consulta son los trastornos de conducta.

8. La familia es el demandante más frecuente. De todos los derivantes de la primera consulta, destaca Atención Primaria mientras que las derivaciones de los Equipos de Salud Mental no mantienen una pauta estable a lo largo del tiempo. Estos datos revelan inadecuada la directriz de enmarcar la USMI como dispositivo de tercer nivel.

9. La mayoría de los pacientes acuden a consulta con documento de derivación aunque sin mantenerse una pauta estable en el tiempo.

A. Fernández Rivas*
M. A. González Torres**

Objeto transicional y fetiche en el trastorno de identidad sexual en el niño

* Centro de Salud Mental de Portugalete (Vizcaya). Osakidetza-Servicio de Salud.

** Servicio de Psiquiatría. Hospital Basurto (Bilbao). Osakidetza-Servicio de Salud.

Transitional object and fetish in childhood gender identity disorder

Correspondencia:

Aránzazu Fernández Rivas
Centro de Salud Mental de Portugalete
Plaza del Solar, s/n
48920 Portugalete (Vizcaya)

RESUMEN

El Trastorno de identidad sexual se caracteriza por la presentación de una discrepancia persistente entre el sexo biológico propio y la identidad genérica nuclear. Ello conlleva a estos sujetos un malestar intenso con respecto a su propio sexo y su deseo de pertenecer al sexo opuesto, llegando incluso a la afirmación de que se pertenece a este último.

Las tasas de prevalencia e incidencia de este trastorno en niños y adolescentes es aún desconocida, en buena medida por falta de estudios epidemiológicos al respecto.

El trastorno de identidad sexual es una entidad compleja, en cuya génesis se involucran diversos factores, entre ellos los de tipo psicodinámico.

Presentamos dos casos clínicos de trastorno de identidad sexual en la infancia en los que se analizan los aspectos psicodinámicos de su etiopatogenia, haciendo especial énfasis en el papel del objeto transicional y el objeto fetiche.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de identidad sexual, niños, objeto transicional, fetiche.

ABSTRACT

Gender Identity Disorder implies the existence of a persistent discrepancy between one's own biological sex and nuclear gender identity. The subjects affected experience a deep suffering regarding their own sex. The desire to belong to the other sex forces them to state their real sex is the opposite one.

Prevalence and incidence of the disorder in children and adolescents are still unknown, mainly due to the lack of epidemiological studies in these populations.

Gender Identity Disorder is a complex clinical entity. Several factors, including psychodynamic ones, take part in its etiology.

Two cases of Gender Identity Disorder in children are presented here. Psychodynamic aspects, emphasizing the etiological role of transitional object and the fetish object are examined and explored.

KEY WORDS

Gender identity disorder, child, transitional object, fetish.

INTRODUCCION

La identidad sexual o identidad genérica nuclear (Stoller 1975, cit. en Kernberg 1995) es el estado o representación psicológica íntima que cada individuo tiene de ser hombre o mujer. Es la conciencia de pertenecer al sexo masculino o femenino.

Los niños y adolescentes que presentan Trastorno de identidad sexual se caracterizan por plantear una discrepancia persistente entre el sexo biológico propio y la identidad genérica nuclear. Ello les conlleva un malestar intenso con respecto a su propio sexo y su deseo de pertenecer al sexo opuesto, llegando incluso a la afirmación de que se pertenece a éste último.

La estimación real de la prevalencia e incidencia del Trastorno de identidad sexual en niños y adolescentes continúa siendo desconocida, en buena medida por la falta de estudios específicos al respecto.

Becker defiende una prevalencia de 1/11.000 hombres y 1/30.000 mujeres para la transexualidad (Becker et al 1993) mientras que otros autores hablan de cifras de 1/30.000 varones y 1/100.000 mujeres (Fernández Rivas et al).

Lo que sí parece corroborarse en todos los estudios es una mayor prevalencia del cuadro en varones que en mujeres, en una proporción oscilante entre 2/1 y 8/1 en los diferentes trabajos (Fernández Rivas et al). Este fenómeno bien pudiera deberse a una mayor tolerancia social de las conductas masculinas en las niñas que de las femeninas en los niños, lo cual deriva en un mayor número de consultas en el caso de los niños con este trastorno. Por ello, la prevalencia real del trastorno, y sobre todo en lo que respecta al sexo femenino, puede estar seriamente infravalorada.

El Trastorno de identidad sexual es una entidad compleja en cuya génesis se involucran diversos factores etiopatogénicos: genéticos, neuroendocrinológicos, neuroanatómicos, biodemográficos o psicosociales.

Desde la óptica psicoanalítica este trastorno se ha estudiado dentro del conjunto de las perversiones (González Torres 1996).

Freud consideraba la perversión como una defensa contra una ansiedad de castración intolerable durante el proceso edípico.

La escuela Británica (Fairbairn, Klein, Winnicott) enfatiza la agresión de origen pregenital como clave para cargar de intensidad el triángulo edípico, dando lugar a imágenes parentales percibidas con una distorsión paranoica y cargadas de peligro, lo cual favorece la aparición de la conducta perversa como defensa.

Chasseguet- Smirgel como representante de la escuela francesa considera la regresión al estilo freudiano clásico, enfatizando el carácter anal de esta regresión, que conlleva una negación de la diferencia entre los sexos y de la diferencia entre las generaciones. Se niega la relación del falo-genital sustituyéndola por la relación con un falo-fecal que iguala a hombres y mujeres, padres e hijos.

Kernberg señala la existencia de distintas dinámicas según las perversiones se expresen en el contexto de distintas organizaciones de personalidad. Reserva un concepto clásico para las perversiones estables que se presentan dentro de una estructura neurótica, asigna una dinámica como la descrita por la escuela británica de relaciones objetales a las perversiones que aparecen en organizaciones borderline de personalidad y considera los conceptos de Chasseguet- Smirgel como idóneos para su aplicación en perversiones que aparecen dentro de una estructura narcisista, en especial si se trata de un narcisismo maligno.

Un autor especialmente relevante en el estudio de la transexualidad desde un punto de vista dinámico ha sido Stoller. Partiendo de las investigaciones realizadas con transexuales adultos Stoller piensa que el origen de este trastorno no se centra en la problemática edípica, sino en etapas previas del desarrollo: en los primeros años y medio o dos años de la vida del sujeto que es cuando el niño o la niña terminan de desarrollar su identidad de género, alcanzando mucho antes del proceso edípico una vivencia absoluta de su condición de hombre o de mujer. Stoller afirma que en el futuro transexual masculino las habituales evidencias de conflicto edípico (vivencias incestuosas, ansiedad de castración e identificación con el padre del mismo sexo) no se manifiestan. La ansiedad de castración no alcanza entonces un nivel mínimamente significativo puesto que no se teme perder aquello que no se valora en absoluto (Stoller 1975, 1984, 1985).

A continuación pasaremos a describir dos casos de niños que presentan una clínica de Trastorno de identidad de género. Lo que llama la atención de estos sujetos no es solamente la patología que presentan en lo referente a su identidad nuclear genérica, sino su extraordinario apego a determinados objetos que resultaban fundamentales en la vida de dichos niños.

CASOS CLINICOS

Caso nº1

Juan es un niño de 5 años y 7 meses de edad. Es el menor de dos hermanos, su hermana es dos años mayor.

18 Reside con su madre y hermana desde la separación de sus padres hace algo más de dos años. Dicha separación tuvo lugar debido a la grave conflictiva familiar y malos tratos ocasionados por su padre alcohólico.

El motivo por el que la madre lo trae a consulta es por presentar "de siempre" conductas de tipo femenino: se viste con ropa de su madre, se maquilla, sólo juega con muñecas (en especial aquellas de pelo largo para acariciarlo y peinarlo) y se relaciona preferentemente con niñas de su edad. Esta conducta se incrementa en las épocas en que mantiene aún menos contacto con su padre. Ya habían consultado por este mismo motivo al pediatra cuando el niño tenía 3 años. Además, Juan presenta enuresis primaria nocturna.

Ante este comportamiento afeminado la madre se muestra totalmente permisiva. Incluso resulta evidente la frialdad afectiva con la que ella trata a su hijo.

El padre refiere no estar de acuerdo con la conducta femenina de su hijo, pero justifica su falta de implicación afectiva con él por su extenso horario laboral y por el hecho de residir a parte. No obstante, la relación con su hijo siempre ha sido distante aunque no así con su hija: como dice textualmente la madre "su padre tiraba más por la niña".

Juan dice querer ser niña, como su hermana, incluso desea llamarse como ella. Parece que con ello se quisiera asegurar la atención y el cariño de su padre que de otro modo piensa no tener.

A la primera consulta viene con su madre y trae un pequeño caballito de pelo y cola largas y rubias a los cuales peina y acaricia durante la entrevista. Ambos hablan de todo lo que agrada esta actividad al niño, así como del interés que muestra por la larga melena rubia de su madre a la que acaricia con placer.

En la segunda y última consulta Juan está inquieto, angustiado, en su mirada se trasluce preocupación y tristeza. El motivo es que esa tarde su madre va a cortarse y teñirse el cabello. Realiza un dibujo de "una reina con una varita mágica" a la que acompaña después de un niño y añade: "le he puesto una careta al niño para que la asuste a su novia (se refiere a la reina) porque le ha hecho enfadar porque le ha quitado la varita mágica". A la vez parece calmarse acariciando el pelo del mismo caballito que también en esta ocasión trae a la consulta. La emoción de angustia y sufrimiento que Juan comunica conmueve, hace que se le sienta como a un niño abandonado al que van a desposeer de lo único valioso que aún tenía.

Es importante destacar que tres años después la madre de Juan solicita voluntariamente el internamiento de sus

hijos en el Servicio de Protección de Menores. Ella ha iniciado una nueva relación sentimental, trabaja una larga jornada en un bar y no ve posible hacerse cargo del cuidado de sus hijos. El internamiento tiene lugar a los pocos meses.

Caso nº 2

David, de 5 años y 10 meses de edad, es el menor de tres hermanos. Su hermana mayor tiene 12 años y su hermano mediano falleció a los 14 meses de edad, justo 14 meses antes de que David naciera.

Viene acompañado a la consulta por sus padres, aunque la decisión de traerlo ha sido únicamente del padre.

Los motivos de consulta son los marcados rasgos fóbicos (oscuridad, animales, altura, agua, andar en bicicleta) y de ansiedad de separación que presenta, además de enuresis primaria nocturna (el padre refiere que a David "le encanta lo de mearse, lo de evacuar ahí calentito") y verbalizar su deseo de querer ser chica acompañado de conductas de tipo femenino (vestirse con ropa de su madre, maquillarse, jugar con muñecas y juguetes de niñas, orinar a veces sentado, imitar actuaciones de cantantes femeninas).

Es un niño con escasas relaciones sociales con iguales más allá de lo mínimo en el colegio. En su tiempo libre lo único que desea es permanecer con su madre en casa, solos los dos, poniéndose ropa y calzado de ésta (ropa interior, camisones, foulards,... siempre de textura suave y zapatos de tacón alto), maquillarse e imitar la actuación de sus ídolos musicales femeninos (cantantes de aspecto excéntrico y muy sofisticado). Esta actividad, "su transformismo", como el padre lo denomina, le ocupa todo su interés, le da un gran placer y la realiza a escondidas del padre y con la aprobación y gozo de su madre.

A los cuatro años se le diagnosticó enfermedad de Perthes en la cadera izquierda. Se le recomendó reposo y férula ortopédica, ello hizo que los cuidados de su madre se intensificaran más, angustiada como estaba por seguir a la perfección las indicaciones terapéuticas. Así, le llevaba en silla en todos sus desplazamientos, se volcó en "mimos" y atenciones y se estrechó aún más la relación entre ellos. Un año después se le diagnosticó la misma enfermedad en la cadera derecha. De nuevo la angustia, los cuidados maternos, el reposo y con ello se facilitó aún más el centrarse en su "pasatiempo" de disfrazarse y actuar para su madre.

La relación de extrema cercanía madre-hijo y v.v. no sólo se constata en el disfrute conjunto de las conductas femeninas de "disfrazarse" del niño, sino en el frecuente

contacto físico piel con piel que ambos buscan en el otro. La madre narra cómo a su hijo le gusta tumbarse encima de ella cuando toma el sol para acariciarle los pechos.

Como se evidencia, la actitud de la madre hacia los comportamientos femeninos de su hijo es de estimulación y disfrute. Como ejemplo ella narra cómo David había pedido una uñas postizas como regalo preferido a los Reyes Magos. Los padres (en realidad el padre únicamente) habían decidido que no era adecuado. Sin embargo, días después de dicha fiesta la madre se las compró: "es que no pedía nada más para Reyes, se portaba tan bien ... que las vi y no me pude resistir" (dice la madre con una gran sonrisa).

Actitud equivalente a la de la madre muestran las otras dos figuras femeninas de la familia con las que el niño se relaciona: su abuela y tía maternas. Con otros familiares, en especial de la familia paterna, no mantiene relación y si debe estar con ellos experimenta una reanudación de su clínica de ansiedad de separación.

Al padre no le preocupa ni importa que su hijo juegue con muñecas, lo que sí le desagradaba es su "transformismo". Hace el paralelismo entre la conducta femenina de David y la posible homosexualidad de adulto y dice no importarle (la madre señala que a ella tampoco) porque "lo que quiero es que sea feliz, pero a esos homosexuales travestis no los puedo soportar".

Durante la entrevista el padre recrimina a su esposa por estimular el "transformismo" en el hijo, y sorprende que la trata como si fuera una niña, o alguien muy frágil. Así parece como si David fuera un objeto o una mascota de su madre y el padre, aparentando en verdad ser el padre de su esposa, la aconsejara y recriminase con extrema dulzura en lo referente a cómo cuida de este objeto-mascota.

Para una mejor comprensión del caso es importante destacar el dramático suceso de la muerte de su hermano a los 14 meses de edad. Se debió a una sepsis meningocócica en la que la madre no actuó con la celeridad precisa por no reconocer la trascendencia que la aparición de múltiples petequias tenía.

En los meses posteriores la madre sufrió enormemente por la pérdida de su hijo. Su único alivio y deseo era acudir los fines de semana a donde pasaban las vacaciones para poder ver al hijo de otra mujer que tenía una edad parecida al suyo fallecido. De ahí le surgió la necesidad, el deseo de un nuevo hijo: "me tenía que quedar embarazada otra vez, yo sabía que tenía que tener otro hijo". De este modo seis meses después del fallecimiento se quedaba felizmente embarazada. El duelo y la culpa por el hijo perdido no quedaban resueltos.

Una alegría aún mayor fue al saber que iba a ser también niño el bebé que esperaba. Incluso daba gracias a Dios por recompensarles con otro varón "como si Alejandro fuera a volver" (reconoce).

Pero en el parto surgió la gran desilusión. Nada más ver a su hijo recién nacido se sorprendió y dijo: "¡Pero si es Laura!" (su hija mayor). "Me llevé una desilusión terrible porque no se parecía a Alejandro sino a Laura".

A pesar de esta desilusión inicial la respuesta de la madre fue la de volcarse en este hijo incluso más que en los dos anteriores. Ella no lo percibe, pero su marido sí.

David acude a la consulta en tres ocasiones. Siempre entra arrastrando sus botas haciendo difícil que la mirada no se dirija a ellas. Aunque se muestra colaborador está tenso, intenta controlar la entrevista y resulta un niño extraño e inquietante.

En los dibujos que realiza, o en el juego libre, siempre se identifica con la madre o con figuras femeninas. Estas siempre tienen un aspecto muy sofisticado en su vestimenta y arreglos. A todas estas figuras las perfecciona calzándolas unos zapatos de alto tacón y plataforma. Pero en algunas ocasiones no puede finalizar su ejecución por no conseguir dibujarlos como él desea, y con gran malestar opta por abandonar su dibujo.

Sorprende su interés por los zapatos de tacón y plataforma y al ser cuestionado si a él también le gustan rápidamente, con los ojos bien abiertos, a la vez que pone una de sus botas sobre la mesa, responde: "¡por supuesto!, yo también llevo tacones, ¡mira!". Después explica lo exigente que es a la hora de comprarse calzado en cuanto al tamaño de tacón que él desea. Este es el único momento en que se encuentra tranquilo, distendido, sin necesidad de control.

También da la impresión de que el calzado con alto tacón agrada a su madre. Esta es una mujer que se maquilla y viste de un modo llamativo calzando siempre botas o zapatos de tacón alto y plataforma. Así, en la entrevista con los padres se les pregunta por este interés del niño hacia este tipo de zapatos: "¿A quién sale?" (terapeuta). "A su madre" (responde rápidamente ella con una amplia sonrisa). "Es como un fetiche, sí, yo creo que es un fetiche" (opina el padre). La madre narra que tiene muchos zapatos de tacón alto, añade que de siempre le han gustado mucho. David se los calza: "es lo que más le gusta de cuando se viste con mi ropa" (madre). Incluso añaden que la tía materna ha optado por reservar unos zapatos de tacón alto de ella para cuando se disfraza en su casa "para que no le rompa los demás" (madre). Mientras habla de esto la madre está feliz, distendida, y, como su

20 hijo, es el único momento en que se encuentra relajada y habla sin precaución. Transmite un sentimiento pleno de felicidad y goce que es contagioso y expansivo.

DISCUSION

Los dos casos expuestos pueden en apariencia resultar semejantes: ambos son niños varones, de edad equivalente, presentan conductas de tipo femenino y gusto por vestirse con las ropas de sus madres, así como gran apego a un determinado objeto que parece jugar un papel fundamental en la economía mental del niño.

No obstante, ambos casos poseen características muy distintivas en lo referente al funcionamiento mental del niño, a la relación con su madre y al significado que el objeto valioso (caballito o zapatos) posee para él.

Vemos cómo en ambos el sentido de feminidad se debe a una persistente identificación con el objeto primario. En el caso de Juan, probablemente para retener a su madre y no sentirse aún más abandonado. En el de David ya fue reconocida su feminidad por su madre en el mismo momento del nacimiento y estimulada posteriormente por ella en un afán inconsciente de no perder de nuevo a su hijo-falo.

De acuerdo con Stoller, en el caso del niño varón existe una vulnerabilidad natural hacia la feminidad debido a que el sentido del self y de la identidad resultan parcialmente de la identificación con el objeto primario (Stoller, 1985). Entonces el niño para ganar en su sentido de masculinidad debe establecer una desidentificación del objeto primario. Por tanto, el sentido de masculinidad más que estar garantizado por la posesión del pene, depende de la precoz desidentificación del niño con su madre (Tyson 1989).

Este mecanismo desidentificador en estos casos se ha visto frustrado no solamente por la conducta ejercida por las madres, sino por la falta de presencia o permisividad de los padres.

En este sentido Stoller (1979) destaca el poco conocimiento que existe sobre el papel que ejerce el padre en el desarrollo preedípico del niño. No obstante, el autor hace énfasis en la labor que el padre de un hijo varón tiene como modelo identificatorio además de servir de escudo de protección al niño contra los impulsos maternos que pudieran perpetuar la simbiosis madre-hijo.

Coincidiendo en este aspecto con Stoller, Abelin (cit. en Stoller 1979) opina que durante la subfase de ejercitación locomotriz del proceso de separación-individuación el padre realiza un papel importante en el desarrollo de la

exploración y de las actitudes fálicas precoces. Después, en la siguiente subfase de acercamiento su papel puede llegar a ser crucial para desenmarañar al yo de la presión regresiva de vuelta a la simbiosis.

Los padres de estos dos niños no han sido capaces de realizar esta función por lo que han facilitado aún más el anclaje de sus hijos a sus madres, bloqueando su desarrollo en un nivel preedípico, a nivel del proceso de separación-individuación.

En estos casos se constata como teorizó Stoller, que el desarrollo de la identidad de género tiene lugar en los primeros años y medio o dos años de la vida del sujeto, alcanzando mucho antes del proceso edípico una vivencia absoluta de su condición de hombre o de mujer.

El bloqueo del desarrollo del proceso de separación-individuación en estos niños es, si cabe, más grave o primitivo en el caso de David. El y su madre disfrutaban de una relación aún simbiótica - simbiosis de género denominada por Stoller (Castagnet 1988)- ejemplificada en el interés y goce especial no sólo por la compañía del otro, sino aún más por el contacto corporal que en él se busca, contacto del cuerpo desnudo del niño que explora y abraza el cuerpo semidesnudo de su madre, abstraídos ambos del mundo exterior.

Tanto Juan como David presentan un gran apego por un determinado objeto que parece estar íntimamente vinculado a sus respectivas madres.

Juan peina y acaricia el largo cabello de sus muñecas como lo hace en la consulta con el caballito que trae. Del mismo modo admira y acaricia el largo cabello rubio de su madre. Este objeto parece ser para Juan un objeto transicional, su primera posesión no-yo que representa el aspecto erótico de la madre más valorado por su hijo (y posiblemente también por ella misma). Probablemente este objeto tenga su origen en el erotismo cutáneo precoz (Bokanowski 1989).

Como objeto transicional está vinculado a la ansiedad de separación y ejerce una labor defensiva frente a ésta (Bleichmar y Leiberman de Bleichmar 1989). Así, Juan se muestra angustiado y triste el día en que su madre va a cortarse y teñirse el pelo. La reactivación de la ansiedad de separación sólo se ve algo aliviada por el contacto constante con el objeto transicional.

En el caso de David, sin embargo, el objeto escogido posee características que lo asimilan a un verdadero fetiche. Aquí la presencia del objeto no calma una angustia previa sino que desencadena un goce sexualizado. El objeto es un sustituto de la madre y concretamente de una parte de ella que simboliza su imagen ideal de mujer seductora.

La relación del niño con su objeto fetiche es una sustitución de la relación con su madre y aquel goce es un sustituto de este goce. Debe quedar claro que el fetiche en este caso tiene rasgos que le diferencian de un fetiche clásico de adulto, en el sentido de que no hay preferencia de la relación con el fetiche frente a la relación real interpersonal y que no aparece la intensa ansiedad de castración y el deseo de control presentes en el feticheista adulto.

Podemos detenernos a reflexionar, así mismo, por qué en un caso el objeto ejerce una función transicional y en otro cumple tareas más sexualizadas. Posiblemente un factor clave está en la diferente actitud de las madres. La de Juan sencillamente no está disponible, y, por tanto, es su mera presencia lo que el niño añora, no una cierta cali-

dad de la misma o un goce particular. En el caso de David, en cambio, vemos que la madre busca un contacto constante y sexualizado, aunque peculiar, pues parece desear una niña que se excite y goce con ella y junto a ella. Parecería que la madre propone a David una simbiosis feliz si paga con su identidad sexual. Hay, por tanto, una estimulación constante del niño que encuentra en ese objeto fetiche una representación muy viva de ese lado jovial, seductor e histórico de la madre. David no precisa un objeto que le alivie de una ansiedad de separación, sencillamente porque tal separación no existe. Lo que precisa en cambio es un objeto que le mantenga dentro de la fantasía de la madre, compartiendo un goce muy profundo con ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becker JV, Kavoussi RJ. "Trastorno sexuales y de la identidad sexual", págs 691-697. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. "Tratado de Psiquiatría", 2ª edición, 1996. Ed. The American Psychiatric Press.
2. Bleichmar NM, Leiberman de Bleichmar C. "El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica". Eleia editores, Mexico DF, 1989.
3. Bokanowski T. "Las desviaciones sexuales y la cuestión de las perversiones sexuales". En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M eds "Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente". Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1989.
4. Castagnet F. "Travestismo, transexualismo y homosexualidad en el niño y el adolescente". En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M eds "Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente". Tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1988.
5. Fernández Rivas A, Segarra Echevarría R, González Torres MA. "Trastorno de identidad sexual". En: "Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente". Smithkline Beecham, SA. (aceptado para su publicación).
6. González Torres MA. "Transsexualism: Some Considerations on Aggression, Transference and Countertransference" Int Forum Psychoanal 1996, 5: 11-21.
7. Kernberg O. "Relaciones amorosas, normalidad y patología". Ed. Paidós, 1995.
8. Stoller RJ. "The transsexual experiment". London: Karnac Books, 1975.
9. Stoller RJ. "Fathers of Transsexual Children". J. Amer. Psychoanal. Assn. 1979; 27: 837-866.
10. Stoller RJ. "Sex and Gender". London: Karnac Books, 1984.
11. Stoller RJ. "Presentations of gender". New Haven: Yale University, 1985.
12. Tyson P. "Infantile sexuality, gender identity, and obstacles to oedipal progression". J. Amer. Psychoanal. Assn., 1989; 37: 1051-1069.

26 des migraciones del campo a la ciudad que supusieron el paso de una sociedad agraria a otra industrial, y la incorporación de la mujer al trabajo con profundos cambios en el papel tradicional desempeñado por las mujeres y en la percepción que las mujeres habían tenido de sí mismas hasta entonces. Ambos acontecimientos supusieron el paso de un modelo de familia extensa, que abarca tres generaciones y cuyos miembros comparten mitos, historia y necesidades, a un modelo de familia nuclear, compuesta por padres y uno o dos hijos, que tiene que bastarse a sí misma, y que experimenta una profunda transformación de los papeles tradicionales desempeñados por sus miembros.

El paso de la sociedad agraria a la industrial, y de forma progresiva a la sociedad de servicios y de la información, hasta llegar en nuestros días a la sociedad globalizada, ha supuesto modificaciones drásticas en el tipo de familia, en la organización y vida familiar, y en el papel que desempeña cada uno de sus miembros. Una de las primeras consecuencias ha sido, sin duda, la disminución del número de hijos, imprescindible para que las mujeres desarrollaran una actividad profesional fuera de casa, e imprescindible para poder darles una educación y un nivel de vida superior al de los padres. El descenso de la natalidad, consecutivo al desarrollo económico y a la mejor educación de las mujeres, se ha acompañado del aumento de la esperanza de vida, el mayor número de separaciones y divorcios, el aumento de familias monoparentales y de madres solteras, la pérdida de importancia del papel de los padres en la educación de los hijos, y el paso de un modelo educativo autoritario en la familia a otro de tipo permisivo. A todas estas transformaciones habría que añadir una última no menos trascendental, la sustitución de la información alfabetizada por la información a través de la imagen, con las ventajas e inconvenientes que supone.

La disminución del número de miembros de la familia se traduce en un mejor nivel económico por una parte, y en un descenso de los recursos humanos para criar a los hijos, por otra, junto a una práctica desaparición de lo que podríamos denominar "mediadores de los conflictos". La incorporación de la mujer al trabajo, reivindicación y derecho básico de las mujeres, ha supuesto un cambio esencial en el papel familiar y social de la mujer y en la conciencia e identidad femeninas, y ha tenido como consecuencia el aumento de recursos económicos de la familia, pero también ha supuesto un menor contacto y comunicación con los hijos.

La información alfabetizada, que data del mundo grie-

go, se caracteriza por ser analítica, estructurada, contextualizada, y referencial. Es una información de largo plazo que implica el ejercicio de la crítica. La información por la imagen se caracteriza por ser rápida, impactante, fragmentaria y fugaz. Es una información de corto plazo, transitoria, que excluye el ejercicio de la crítica e implica otra forma de pensar. Si el acto de leer requiere, según George Steiner, soledad, silencio y memoria cultural, y si a esto se añade un cuarto elemento, sosiego, es decir, tiempo, se comprende que la educación alfabetizada esté en crisis en nuestros días. La pobreza conceptual es el precio a pagar a cambio de una mayor accesibilidad y brevedad del mensaje y, por tanto, de una mayor difusión. Pero una cosa es el conocimiento instrumental, de carácter utilitario, y otra cosa la lectura creadora capaz de incorporar a la propia vida las palabras que uno lee y que otro ha inventado.

¿Cuál es el modelo de familia que se perfila en el horizonte? ¿Caminamos hacia un nuevo paradigma en el concepto de familia y de relaciones sociales? ¿Qué implicaciones puede tener en el tipo de enfermedades que se sufren y en el grado de satisfacción y felicidad personal de los niños? He ahí un tema interesante de reflexión e investigación que surge con mayor ímpetu cuanto más avanza la genética del comportamiento.

Consideraciones finales

El estudio del entorno familiar y de su influencia en el desarrollo de la conducta del niño y en la vulnerabilidad para sufrir enfermedades, seguirá despertando el interés de la medicina durante mucho tiempo. La complejidad del tema se acrecienta con el descubrimiento progresivo de los mecanismos genéticos del comportamiento y de los procesos de enfermar, un tema de investigación prioritario de este siglo que comienza. Conocer los factores de riesgo del entorno familiar y social es indispensable para tomar medidas de prevención y para poder asesorar a los padres y a los niños una vez que los conflictos han surgido. La pérdida del lugar central de la familia en la educación de los hijos a lo largo de las últimas décadas hace más necesario este asesoramiento, un asesoramiento siempre basado en el rigor científico del conocimiento, que como tal implica incertidumbre y posibilidad de error.

Decía Albert Einstein que "la cosa más bella que podemos experimentar es lo misterioso. Es el origen de todo el arte y la ciencia auténticos". Es decir, primero hay que sorprenderse ante lo desconocido y de ahí debe bro-

tar el deseo de descubrirlo, el deseo de conocer la verdad, sabiendo que el conocimiento científico auténtico siempre tiene el carácter de provisional, implica incertidumbre y posibilidad de error, y queda a la espera de que surjan nuevos datos que a la vez puedan refutarlo. Es este

carácter de provisionalidad y rigor lo que permite responder a la objeción de Shakespeare en Hamlet "Hay algo más en el cielo y en la tierra, Horacio, de lo que ha soñado tu filosofía": Sí, es verdad, por eso nos esforzamos para descubrirlo.

27

BIBLIOGRAFÍA

- Castro J, Toro, Cruz M: Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 2000, 30: 61-67.
- Eaves L, Silberg J, Meyer J et al., Genetics and developmental psychopathology, 2: the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38:965-980.
- Fairburn CG, Cooper S, Doll H, Welch S: Risk factor for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468-476.
- Goldsmith HH, Gottesman II, Lemery KS, Epigenetic approaches to developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1997; 9:365-387
- Hewitt J, Silberg J, Rutter M et al., Genetics and developmental psychopathology, 1: phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38:943-963.
- Humphrey LL, Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consult Clin Psychol* 1999; 57: 206-214.
- Marchi M, Cohen P, Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 112-117.
- Mardomingo MJ: Genética del desarrollo de la conducta. En: MJ Mardomingo: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes.* Madrid, Díaz de Santos, 1994a: 55-76.
- Mardomingo MJ: Desarrollo de la conducta y experiencia temprana.. En: MJ Mardomingo: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes.* Madrid, Díaz de Santos, 1994: 201-234.
- Mardomingo MJ: Trastorno de la conducta.. En: MJ Mardomingo: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes.* Madrid, Díaz de Santos, 1994c: 451-476.
- Mardomingo MJ, Catalina ML, Gil Flores S, Parra E, Espinosa A: Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Acta Pediátrica Española*, 1993; 51:746-750, 1993.
- Mardomingo MJ: Psicopatología de los retrasos del crecimiento en el niño en el adolescente. En B Moreno y JAF Tresguerres (eds) *Retrasos del crecimiento*, 2ª edición, Madrid, Díaz de Santos, 1996, 409-420.
- Mardomingo MJ: Factores de vulnerabilidad en el medio familiar y patología psicosomática. En Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (eds): *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela.* Barcelona, Laertes, 1997, 147-160.
- Neale MC, Cardon LR, *Methodology for Genetic Studies of Twins and Their Families.* Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic, 1992.
- Nigg JT, Goldsmith HH, Developmental psychopathology, personality, and temperament reflections on recent behavioral genetics research. *Hum Biol* 1998; 70:387-412.
- O'Connor TG, Hetherington EM, Reiss D, Plomin R, A twin/sibling study of observed parent/adolescent interactions. *Child Dev* 1995; 66:812-829.
- Pike A, Reiss D, Hetherington EM, Plomin R, Using MZ differences in the search for nonshared environmental effects. *J Child Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 37: 695-704.
- Reiss D, Hetherington EM, Plomin R et al., Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:925-936.
- Rutter M, Dunn J, Plomin R et al., Integrating nature and nurture: implications of person/environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1997; 9:335-364.
- Smalley SL, Genetic influences in childhood onset psychiatric disorders: autism and attention deficit / hyperactivity disorder. *Am J Hum Genet* 1997; 60:1276-1282.
- Steiger H, Leung F, Houle L, Relationships among borderline features, body dissatisfaction and bulimic symptoms in nonclinical families. *Addict Behav* 1992; 17: 397-406.
- Topolski T, Hewitt J, Eaves L et al., Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: a community-based twin study. *Behav Genet* 1997; 27:15-28.
- Vostanis P, Nicholls J, Harrington R, Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 365-376.
- Wamboldt MZ, Wamboldt FS: Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39: 1212-1219.

F. Robles
H. Romero
E. Martínez*
M. J. Ruiz
C. Gómez-Ferrer

Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil. Comunidad Autónoma de Murcia.

* Servicio de Pediatría, HGU Alicante.

Correspondencia:
Dra. C. Gómez-Ferrer
Plaza Circular, nº11-3ºA
30008 Murcia

INTRODUCCION

El Síndrome alcohólico fetal fue descrito en 1973 por Kenneth Lyons. Es un grupo de defectos físicos y mentales que se observan en la descendencia de mujeres que ingieren alcohol de forma continuada durante la gestación.¹

La incidencia es del 1-2/1000 recién nacidos, mayor si incluimos las formas menores del síndrome.¹

PATOGENESIS

La causa directa radica en el etanol y sus derivados, concretamente el acetaldehído, mucho más teratogénico, citotóxico y mutágeno que el propio etanol.²

Sus niveles dependen de factores heredados o adquiridos en relación a la aldehído deshidrogenasa mitocondrial materna y de la susceptibilidad fetal.²

El alcohol pasa fácilmente la barrera placentaria y el feto presenta baja actividad de la alcohol deshidrogenasa.²

Los efectos metabólicos son:

- alteración del equilibrio ácido base,
- hiperlipemia
- hipoglucemia
- déficit de ácido fólico
- déficit de oligoelementos como el zinc.

A todo ello se suma la malnutrición a la que están sometidas estas madres.³

La consecuencia en el cerebro fetal es la alteración de niveles de dopamina y otros neurotransmisores que se traduce en :

- trastorno en la formación de rutas axonales desde la ausencia de determinadas vías y conexiones hasta anomalías en su estructura una de las más llamativas es la agenesia del cuerpo calloso.
- limitación del desarrollo supervivencia y plasticidad cerebral.⁴

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ⁵

1. Déficit de crecimiento prenatal (menos de 2 desviaciones estándar para talla y peso)
2. Déficit de crecimiento postnatal (menos de 2 desviaciones estándar para talla y peso)
 1. Microcefalia (menos de 2 desviaciones estándar)
 2. Fisuras palpebrales cortas
 3. Orificios nasales antevertidos, filtrum largo y borrado, labio superior fino
 4. Anomalías cardíacas, defectos del septo atrial y ventricular
 5. Anomalías renogénitales, hidronefrosis, hipoplasia de labios mayores, hipospadias

6. Anomalías cutáneas (hemangioma)
7. Anomalías esqueléticas (alteración de los pliegues palmares, hipoplasia ungueal, limitación articular)
8. Irritabilidad (tremulaciones en periodo neonatal y del lactante)
9. Malnutrición, vómitos
10. Hiperactividad
11. Dificultades de aprendizaje
12. Retraso mental

CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS

1. Trastornos del comportamiento, terquedad, irritabilidad, déficit de control de impulsos, labilidad afectiva.^{1,2}
2. Hiperactividad con déficit de atención.^{2,5,6}
3. Trastornos del lenguaje: trastorno del desarrollo del lenguaje, alteraciones en la articulación con sustitución, omisión, adición y distorsión. En muchos pacientes las palabras aisladas son más inteligibles que el lenguaje conectado. A menudo se asocian con problemas de comportamiento pero no se relacionan con el grado de afectación fenotípica.⁵
4. Retraso mental: hasta el 85% está por debajo de 2 desviaciones estándar, los CI más bajos suelen corresponder a los fenotipos más afectos. Las mayores dificultades se presentan en Matemáticas, razonamiento lógico, percepción visual, relaciones espaciales, memoria a corto plazo y atención.^{1,2,5}
5. Trastornos generalizados del desarrollo. Nanson describió varios casos de Autismo en el S. Alcohólico Fetal (1992). Aronson en 1997 describe varios casos de autismo, alguno de ellos atípico y aporta dos casos de S. de Asperger que no habían sido descritos en el S. alcohólico fetal.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: varón de 8 años y 11 meses con problemas de conducta

Antecedentes familiares: madre alcohólica, padre politoxicómano. Gestación no controlada parto por cesárea, peso 2300 gramos.

Antecedentes personales: ingreso a los 40 días de vida con los diagnósticos de : infección del tracto urinario por E. Colli., deshidratación, Crisis convulsiva, malnutrición.

Exploración física: de los criterios somáticos presenta los rasgos faciales característicos del síndrome y anomalías esqueléticas.

Exploración psíquica:

1. Rasgos de carácter: terco, alegre, cariñoso, atrevido, buen nivel de autonomía, se relaciona con niños aunque prefiere los adultos.

2. Síntomas psicóticos que se manifiestan en:

- Lenguaje con ecolalia, inversión pronominal, habla en cantinela con disgregación preguntas persistentes sin esperar respuesta.

- Pensamiento: disgregado, fijación a intereses concretos (enchufes, interruptores, timbres, ascensores, electrodomésticos, etc.)

- Conducta: mirada periférica, intolerancia a la frustración, reacciones explosivas, juego desestructurado, hiperactividad marcada con déficit de atención, estereotipias motoras múltiples.

- Grafomotricidad: escaso control con tendencia a la micrografía, perseveración, trazos inseguros y sinuosos.

3. Retraso mental moderado con variabilidad intertest: peor en matemáticas, mejor en conocimiento y lecto-escritura

Psicometría

-Figuras geométricas: realiza el cuadrado, no rombo.

-Test de Goodenough CI 56 con signos desintegrativos de la personalidad.

-Test de Laurretta-Bender CI 56 con distorsión, perseveración y desintegración.

-Test de Terman-Merrill CI 55 .

Corresponden todos ellos a retraso mental ligero.

Tratamiento

Recibe apoyo psicopedagógico en el Colegio. Mantenemos relación con los profesores.

Realizamos control psicoterapéutico y tratamiento neuroléptico con 2 mg/día de Risperidona con buena evolución.

DISCUSIÓN

Nuestro paciente presenta todas las características psíquicas descritas en el S. Alcohólico-fetal. Consideradas globalmente corresponden al diagnóstico clásico de Psicosis Infantil según constaba en la CIE 9 y que ha sido utilizada por autores como Ajuriaguerra y Rutter. Esta denominación ha sido sustituida en las siguientes clasificaciones internacionales por otros términos: Trastorno profundo del desarrollo de inicio en la niñez (DSM III), Trastorno desintegrativo infantil (DSM IV, CIE 10), pero nosotros continuamos utilizándola en nuestra práctica por que la consideramos muy expresiva del cuadro clínico, que es diferente del autismo Infantil tanto por su edad

30 y forma de comienzo como por su evolución aunque no es éste el momento de profundizar en estos aspectos.

Como dice Atchkova la denominación es indiferente, lo importante es estudiar bien este trastorno y tratar adecuadamente a los niños.

Al revisar la bibliografía del S. Alcohólico-Fetal hemos encontrado descritos casos de autismo y S. de Asperger pero no de psicosis infantil o trastorno desintegrativo por lo que resaltamos el interés de este caso.

La expresión psicopatológica debe tenerse en cuenta para realizar sobre estos niños una atención global multidisciplinaria dado que las mayores dificultades están relacionadas con los problemas de desarrollo y comportamiento.^{1,8}

El propio Lyons insiste en un reciente artículo insiste en la responsabilidad del Pediatra de diagnosticar precozmente este síndrome a propósito de un caso que pasó inadvertido en su infancia presentando retraso mental ligero y conducta psicopática que derivó en dos homicidios por los que fue ejecutado en California en 1972. Tal vez podría haberse evitado con un diagnóstico precoz y un tratamiento psiquiátrico adecuado.⁸

BIBLIOGRAFIA

1. Kenneth Lyons J. Directrices a seguir ante el niño con defectos congénitos y actualización de síndromes. Suplemento del Boletín del ECEMC. N°11, 1995.
2. Cahuana A, y cols. Embriofetopatía alcohólica. Estudio de 17 casos. An Esp Pediatr, 1982, 16 4 (302-311).
3. Mann LI et al, Placental transport of alcohol and the effect on maternal and fetal acid-base balance. Am, J Obstet Ginecol, 1975, 122: 837.
4. Mann LI et al, Effect of alcohol on fetal cerebral function and metabolism. Am J Obstet Ginecol. 1975, 122: 845.
5. Silvia MD et al. Fetal alcohol syndrome revisited. Pediatrics 1981, Vol 68, n° 4.
6. Aronson M et al. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow up study. Devolpmental Medicine and Child Neurology. 1997, 39: 583-587.
7. Nanson AI. Autism in fetal alcohol syndrome, a report of six cases. Alcoholism, clinical and experimental research. 1992, 18: 558-65.
8. Kenneth Lyons J. Early recognition of prenatal alcohol effects: a pediatrician's responsibility. The journal of Pediatrics, 1999, Vol 135, N°4.

W. H. Green

Child and Adolescent Clinical
Psychopharmacology. 3ª edición

Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2001

Correspondencia:

Aranzazu Fernández Rivas
Centro de Salud Mental de Portugalete
Plaza del Solar, s/n
48920 Portugalete (Vizcaya)

La tercera edición del "Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology" de Wayne Hugo Green acaba de ser editada y supone, como sus dos ediciones previas, un texto de Psicofarmacología del niño y del adolescente de primera consulta.

El autor mantiene la misma estructuración de su obra que en las ediciones anteriores, aunque con el paso de estos diez años desde la aparición de la primera, el texto se ha ampliado notablemente en base al incremento del conocimiento y aparición de nuevos fármacos en este campo.

Añade un nuevo prefacio por edición, donde insiste en su planteamiento básico de entender la psicofarmacología como un componente importante del tratamiento del sujeto, pero siempre enmarcado dentro de un plan terapéutico más amplio e integrador.

A continuación, en la Primera Sección de la obra dedicada a los Principios Generales de la Psicofarmacología de niños y adolescentes, va abarcando diversos aspectos básicos partiendo de la premisa de prescribir un psicofármaco siempre que los posibles beneficios que pueda aportar al sujeto superen los posibles perjuicios, dentro del conocimiento científico actual, y utilizando para ello la mínima dosis eficaz. Insiste en la influencia que la edad del paciente y su nivel de desarrollo madurativo pueden ejercer sobre la farmacocinética y farmacodinamia de las sustancias. Destaca la importancia de

no solamente informar y obtener el consentimiento informado de los padres para la instauración del tratamiento, sino también del propio sujeto, niño o adolescente, para así facilitar que adopte una posición activa en su terapia. La valoración médica general previa y el registro sintomático (clínico o mediante escalas) exhaustivo son aspectos fundamentales. Así mismo, aborda cuestiones técnicas en lo referente al inicio, duración y modo de discontinuación del-los fármaco-s.

La Segunda Sección está destinada a los diversos psicofármacos englobados por grupos terapéuticos. De un modo conciso y con gran soporte bibliográfico muy actualizado, va abarcando la farmacocinética, farmacodinamia, indicaciones, contraindicaciones, interacciones farmacológicas, efectos secundarios y dosificación de las diferentes sustancias. Cabe destacar la gran utilidad práctica de los cuadros resumen que adjunta al finalizar la exposición de cada fármaco, en los que muy esquemáticamente refleja las indicaciones, dosificación en función de la edad y modo de presentación clínica (no del todo superponible a las existentes en nuestro país) de cada uno de ellos.

Es esta Segunda Sección de la obra la que se va incrementando con el paso de las ediciones: el progresivo mayor conocimiento sobre los psicofármacos y la aparición de nuevas sustancias así lo requiere.

32 Resulta curioso repasar esta última década y los progresos que han acontecido en este campo haciendo una ruta a través de las tres ediciones de esta obra. Fijándonos solamente en dos grupos de psicofármacos (los cuales, por otra parte, han sido los más representativos de estos últimos años), los ISRS y los antipsicóticos atípicos, podemos ver cómo en la primera edición de 1991 solamente se refería el autor a Fluoxetina y Clozapina respectivamente. En 1995, en la segunda edición, el conocimiento de los nuevos fármacos ISRS y su utilización era un hecho evidente, como así queda plasmado en el texto y hallamos ya una más amplia representación de los mismos (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina), junto con el inicio en el campo de los nuevos antipsicóticos atípicos con la introducción en la obra de Risperidona. En esta última edición, los seis años transcurridos de intensa y extensa investigación, quedan reflejados con la presentación de Citalopram en el grupo de los ISRS a la vez que se abre mención a nuevos antidepresivos como Venlafaxina, Nefazodona o Mirtazapina; y el grupo de los antipsicóticos atípicos crece con notoriedad al aparecer Olanzapina y Quetiapina.

Para finalizar quisiera destacar la buena estructuración de la obra que la hace de rápida y fácil comprensión y utilización, todo ello debido a un texto conciso, claro, pero no por ello simple, sino extensamente documentado y actualizado. Esta buena estructuración se ve apoyada aún más por los cuadros resumen de cada psicofármaco descrito y por los dos tipos de índices que posee: farmacológico (psicofármacos ordenados alfabéticamente) y nosológico (trastornos psiquiátricos con los correspondiente fármacos que puedan estar indicados).

Por todo ello, esta última edición del "Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology" de W.H. Green es una obra de gran utilidad práctica en el quehacer diario del psiquiatra de niños y adolescentes.

Aránzazu Fernández Rivas
Centro de Salud Mental de Portugalete
Osakidetza - Servicio Vasco de Salud

1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de Redacción:

Sr. S. Arxé i Closa
Av/ Príncipe de Asturias, 63-65 6º 2ª
08012 Barcelona)

2) Los originales se presentarán por duplicado (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:

- a) Título original (castellano e inglés)
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor (es)
- c) Nombre del Centro de trabajo y población
- d) Fecha de envío
- e) Dirección del primer firmante

Es necesario enviar un diskette 3 fi en cualquier procesador de textos para facilitar el trabajo de publicación.

3) Como norma general, cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: resumen y palabras clave (castellano e inglés); introducción en la que se explique el objeto del trabajo; descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que puede seguirse de unas conclusiones.

4) Resumen (castellano e inglés): se entregará en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de cinco palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.

5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos clínicos o Comentarios breves, tendrán una extensión máxima de cinco folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de cinco folios.

6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta; estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.

7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números arábigos y contener el correspondiente título.

8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:

- a) Apellidos e inicial del nombre de los autores.
- b) Título del trabajo en lengua original.
- c) Abreviaturas de la revista según el patrón intencional.
- d) Número del año, volumen y páginas.

9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc, que se efectúen en las sesiones de la Asociación, podrían ser publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de siete días después de haber tenido lugar la sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de la Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para cada Sección Corresponsiente.

10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la Redacción al autor del trabajo, a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener tres o cuatro citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.

11) La sección de actos sociales (Agenda) podrá contener notas relativas a asuntos de interés general.

12) Números monográficos. Se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

La "Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil" se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición); Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas; Normas de Vancouver, 1997.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Órgano de la Asociación Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil
4 números al año

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2001

IMPORTE SUSCRIPCIÓN

ESPAÑA8.500 PTS
ESTUDIANTES/MIRES5.600 PTS
EXTRANJERO150 \$
Tef: 93 253 05 17. Fax: 93 253 05 15
Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Editorial SIGLO
Comunidad de Castilla La Mancha, 3-3º
28230 Las Rozas (Madrid)
Tel.: 91 636 05 53
Fax: 91 640 63 29
E-Mail: siglo@infonegocio.com
Web: www.editorialsiglo.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N° Piso
Cód. Postal Población
Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

- CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO.
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta
EntidadOficinaD.C.C/C

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Editorial SIGLO (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil)

..... de de 2001

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Risperidol. Risperidol 1 mg comprimidos recubiertos. Risperidol 3 mg comprimidos recubiertos. Risperidol 6 mg comprimidos recubiertos. Risperidol 1 mg solución oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Risperidol. Risperidol 1 mg. Cada comprimido contiene Risperidol (DC) 1 mg. Risperidol 3 mg. Cada comprimido contiene Risperidol (DC) 3 mg. Risperidol 6 mg. Cada comprimido contiene Risperidol (DC) 6 mg. Risperidol 1 mg/ml. Cada mililitro de solución oral contiene Risperidol (DC) 1 mg. Ver excipientes en apartado 3.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. • 1 mg óvalos, suavizados y color blanco. • 3 mg óvalos, suavizados y de color amarillo. • 6 mg óvalos, biconvexos y de color amarillo. • Solución oral. Risperidol 1 mg/ml solución oral es una solución transparente e incolora. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Risperidol está indicado en el tratamiento de las psicosis agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, alucinaciones del pensamiento, hostilidad) y/o síntomas negativos (falta de afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidol también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. Además, Risperidol es también indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales (tales como agitación, hostilidad, violencia física) o temores de la actividad (agitación y desorientación). Risperidol está también indicado como medicación concomitante en el tratamiento del trastorno de hiperactividad/ déficit de atención en el tratamiento de pacientes con trastorno de hiperactividad/ déficit de atención. Risperidol está también indicado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. **4.2 Posología y forma de administración:** Risperidol está disponible en comprimidos y en solución oral. **4.3 Precaución y forma de administración:** Cuando Risperidol sea administrado a niños, se recomienda que se comience desde el punto de vista médico, interrumpir el tratamiento previo al mismo tiempo que se inicia la terapia con Risperidol. También y si es adecuado desde el punto de vista médico, cuando se fide de interrumpir un tratamiento con antipsicóticos de otro tipo, se puede iniciar la terapia con Risperidol, empleando la siguiente reducción programada. Se debe evaluar periódicamente la necesidad de continuar con la medicación antipsicótica que ya existía. Adultos: Risperidol se puede administrar una vez al día o dos veces al día. La dosis inicial de Risperidol debe ser de 2 mg/día. La dosis puede aumentarse hasta 4 mg/día. En el caso de pacientes con síntomas psicóticos, la dosis puede incrementarse hasta 16 mg/día. Los pacientes con síntomas psicóticos con dosis de 4 mg/día a 16 mg/día pueden mantenerse en dosis de 4 mg/día a 16 mg/día. En algunos pacientes, la dosis puede ser adecuada al uso de una pauta de 4 mg/día hasta 16 mg/día y una dosis inicial de mantenimiento menor. La dosis por encima de 16 mg/día no han demostrado ser más eficaces que la dosis más baja y pueden ser causa de síntomas extrapiramidales. Dada que no se ha evaluado la seguridad para dosis mayores de 16 mg/día no se deben utilizar dosis por encima de este nivel. Si adicionalmente se requiere un efecto sedante puede administrarse Risperidol con un benzodiazepino. Ancianos: Se recomienda una dosis inicial de 0,5 mg dos veces al día. Esta dosis puede incrementarse mediante incrementos de 0,5 mg 2 veces al día hasta 1 mg dos veces al día. Risperidol es bien tolerado en este grupo de pacientes. No se conoce de experiencia en niños menores de 15 años. Enfermedad renal o hepática: Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 0,5 mg dos veces al día. Esta dosis puede incrementarse mediante incrementos de 0,5 mg dos veces al día hasta 1 mg dos veces al día. Risperidol debe usarse con precaución en este grupo de pacientes hasta que se posea más experiencia. **4.4 Efectos secundarios:** Debe usarse con precaución en pacientes con demencia. Se recomienda una dosis inicial de 0,5 mg dos veces al día. Esta dosis puede ajustarse si fuera necesario a la forma indicada mediante incrementos de 0,5 mg dos veces al día en días alternos. Para la mayoría de los pacientes la dosis óptima es de 0,5 mg dos veces al día (se puede considerar el régimen terapéutico de una vez al día). Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse de dosis de hasta 1 mg dos veces al día. Se debe iniciar el tratamiento con Risperidol 1 mg/ml solución oral con una dosis de 0,5 mg dos veces al día. La dosis que requiere el paciente en cada toma es de al menos 0,50 mg se podrá utilizar Risperidol en comprimidos. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otros temas de interacción:** No se ha evaluado de forma sistemática las reacciones de utilizar Risperidol en combinación con otros fármacos. Dado que los efectos básicos de Risperidol sobre el SNC debe usarse con precaución cuando se utiliza en combinación con otros fármacos de acción central. Risperidol puede antagonizar el efecto de la levodopa así como de otros agonistas de la dopamina. Se ha demostrado que la carbamazepina disminuye los niveles plasmáticos de la fracción antipsicótica activa de Risperidol. Se han observado efectos similares con otros inductores de las enzimas hepáticas. En la interacción de carbamazepina u otros inductores enzimáticos hepáticos se debe evaluar la dosis de Risperidol y si es necesario disminuir fenitoína, antiepilépticos, furosemida y algunos antibióticos pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de risperidol pero no la fracción antipsicótica. Cuando Risperidol se administra conjuntamente con otros fármacos de función anti coagulación plasmática no se produce un desplazamiento significativo de ninguno de los fármacos de las mismas. Los cambios no afectan la acción de Risperidol. Se debe tener precaución en los pacientes que sufren la ingesta de alcohol. **4.6 Embarazo y lactancia:** Embarazo: No se ha comprobado la seguridad de Risperidol durante el embarazo en humanos. Aunque en animales de experimentación risperidol no ha mostrado toxicidad directa sobre la función reproductiva, se han observado ciertos efectos indirectos mediados por prolactina y Sistema Nervioso Central. No se ha detectado ningún efecto teratológico en ningún estudio. No obstante, solo debe usarse Risperidol durante el embarazo cuando los beneficios justifiquen los riesgos. Lactancia: Se desconoce si Risperidol se excreta por la leche humana. En estudios en animales risperidol y N-desalirisperidol se excretan por la leche. Consecuentemente, no se administra Risperidol a madres lactantes. **4.7 Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar maquinaria:** Risperidol puede interferir con aquellas actividades que requieren alerta mental. Consecuentemente, debe aconsejarse a los pacientes no conducir ni manejar maquinaria hasta que se haya restablecido el nivel de alerta mental. **4.8 Precauciones de advertencia:** Basado en una experiencia clínica muy amplia que incluye el tratamiento de larga duración, Risperidol es generalmente bien tolerado. Sin embargo, de la misma forma, algunos efectos adversos de los síntomas de la enfermedad subyacente. A continuación se listan los efectos adversos observados asociados con el uso de Risperidol: **Trastornos hematológicos:** Poca frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Disminución ligera del recuento de neutrófilos y trombocitos. **Trastornos endocrinos:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Aumento dosis-dependiente de las concentraciones plasmáticas de prolactina (por lo cual pueden manifestarse galactorrea, ginecomastia, alteraciones del ciclo menstrual y amenorrea), interacción oscura (bien debida a poliposia proláctica) o bien al síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética (SIADH). **Trastornos metabólicos y de la nutrición:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Aumento de peso. **Trastornos del Sistema Nervioso:** • Frecuentes ($1/1000$ y $1/100$): Insomnio, agitación, ansiedad, pánico. • Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Somnolencia, fatiga, visión borrosa, mareos, falta de concentración, síntomas extrapiramidales (temblores, rigidez, hiperreflexión, bradicardia, acalasia, delirio agudo; estos síntomas son habitualmente reversibles y tienden a disminuir la dosis y/o administrarse en caso de ser necesario medicación antipsicótica). **Trastornos cardíacos:** Poca frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Hipotensión (ortostática) y taquicardia (reflexa o por hipotensión) o hipertensión (ver precauciones). **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal. **Trastornos hepáticos:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Aumento de los niveles de enzimas hepáticas. **Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Edema, rash, eritema, otros reacciones alérgicas. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Incontinencia urinaria. **Trastornos sexuales y del sistema reproductivo:** Poco frecuentes ($\leq 1/1000$ y $1/100$): Priapismo, disminución de la erección de la eyaculación y orgásmica. **4.9 Sobredosisificación:** Síntomas: En general, los síntomas comunicados son aquellos resultantes de una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del producto incluyendo mareos, sedación, fatiguedad, hipotensión y síntomas extrapiramidales. Se ha comunicado sobredosisificación por encima de 300 mg, las dosis de que se disponen suelen ser un amplio margen de seguridad. En caso de sobredosisificación se han comunicado, con poca frecuencia, casos de prolongación del QT. En caso de sobredosisificación aguda debe tenerse en cuenta la posible implicación de polimedización. Deben mantenerse (breves) las vías respiratorias asegurando una ventilación y oxigenación adecuadas. Debe considerarse la posibilidad de toxicidad glicémica (traumática) y/o la posible este hipotensión y administración del carbón activo conjuntamente con un soporte. Debe establecerse cuidadosamente la monitorización cardíaca (la cual incluirá monitorización electrocardiográfica continua con el fin de detectar posibles arritmias). No existen antidotos específicos para Risperidol. Consecuentemente, deberán instituirse las medidas de soporte adecuadas; la hipotensión y el colapso respiratorio deberán tratarse con medidas adecuadas tales como fluidos intravenosos y/o agentes simpaticomiméticos. En caso de presentarse síntomas extrapiramidales graves, se administrará una medicación anticolinérgica. Debe mantenerse monitorización interna y supervisión médica hasta que el paciente se recupere. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Grupo farmacoterapéutico: NCB - Antipsicóticos. **5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Risperidol es un antagonista monoamínérgico selectivo con propiedades únicas. Posee una alta afinidad por los receptores 5-HT_{2A}, serotoninérgicos y dopaminérgicos. Risperidol es un también un antagonista de los receptores α_1 (adrenérgicos) y con baja afinidad a los receptores H₁ histamínicos y α_2 adrenérgicos. Risperidol no tiene afinidad por los receptores colinérgicos. Aunque Risperidol es un potente antagonista D₂ lo cual se considera que mejora los síntomas positivos de la esquizofrenia, cuando una dosis terapéutica de la actividad inhibitoria D₂ se indica, la acción de Risperidol en la inhibición de la liberación de la dopamina central de serotonina y dopamina puede disminuir el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales y mejorar la actividad terapéutica a los síntomas negativos y afectivos de la esquizofrenia. **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** Absorción: Risperidol se absorbe completamente tras su administración por vía oral, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas entre 1 y 2 horas. Los alimentos no afectan a su absorción, por lo que Risperidol puede administrarse con o sin comida. Distribución: Risperidol se distribuye rápidamente. El volumen de distribución es de 12 litros por kilo. En plasma Risperidol se une a la albúmina y a los α_1 -glucoproteínas ácidas. La unión de risperidol a proteínas plasmáticas es del 88% y de la N-desalirisperidol del 77%. El estado de equilibrio ("steady state") de risperidol se alcanza en la mayoría de los pacientes durante el primer día. El estado de equilibrio de la N-desalirisperidol se alcanza dentro de las 4 a 5 días de tratamiento. Las concentraciones plasmáticas de Risperidol son proporcionales a la dosis administrada dentro del rango de dosis terapéuticas establecido. Metabolismo: Risperidol se metaboliza vía oxidativa. La vía principal de oxidación de Risperidol es la hidroxilación de la cadena lateral de Risperidol. La hidroxilación de Risperidol y la hidroxilación de Risperidol forman parte de la acción antipsicótica de Risperidol. La vía de metabolización de Risperidol es la N-desalirisperidol. La eliminación tras la administración oral a pacientes psicóticos, la risperidol se elimina con un semivida de eliminación de 2 horas. La semivida de eliminación lenta de la N-desalirisperidol como de la fracción antipsicótica activa es de 24 horas. Una semana después de su administración el 70% de la dosis se ha eliminado por vía urinaria y el 14% por las heces. En la urina risperidol y N-desalirisperidol representan el 35-45% de la dosis administrada. Los demás metabolitos son inactivos. Relaciones especiales: Un estudio de dosis única mostró mayores concentraciones plasmáticas activas y una eliminación más lenta de Risperidol en pacientes geriátricos y en pacientes con insuficiencia renal. La concentración plasmática de Risperidol es normal en pacientes con insuficiencia hepática. **5.3 Datos preclínicos de seguridad:** No hay ningún hallazgo que comunique que sea relevante y que no esté incluido en otras secciones. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Relaciones de recipientes:** Comprimidos recubiertos de 1 mg. Cada comprimido recubierto: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 15 m μ n, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Comprimidos recubiertos de 3 mg. Cada comprimido recubierto: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 15 m μ n, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Cada comprimido recubierto de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m μ n, Povidón gel. Dósis de 6 mg. Núcleo del comprimido: lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Etenato de magnesio, Sílice coloidal, lactosa monohidrato, Amilón de maíz, Celulosa microcristalina, Hiperomelosa 200 5 m $\$

En trastorno **bipolar**



nueva indicación



Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONA

El valor **más estable**

- Rápido control de la manía aguda
- Eficacia global en el largo plazo
- Excelente perfil de tolerancia



NSEN-CILAG, S.A.
Paseo de las Doce Estrellas, 5 - 7
28042 - Madrid

NUEVO

Minurin®

desmopresina
comprimidos



La **enuresis nocturna** genera en el niño una **pérdida de autoestima**, dando lugar en él y su familia a:

- tensión emocional
- sufrimiento psíquico
- marginación psicosocial

Devuélvales la **S** nrisa

La alternativa **eficaz y segura...** ...en el tratamiento de la **enuresis nocturna**

La **autoestima mejora significativamente** tras 3 meses de tratamiento y a los 6 meses el grado de autoestima se iguala a la del grupo comparado.



Envase con cierre de seguridad

Aprobado por la FDA

Financiado por la Seguridad Social

Sus **Buenos días** y sus **Secas noches**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: MINURIN® COMPRIMIDOS 0,2 mg. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Desmopresina Acetato 0,2 mg (equivalente a desmopresina base) 0,178 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos ranurados. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Diabetes insípida central. Enuresis nocturna en niños mayores de 5 años. **Posología y forma de administración:** La dosis óptima de Minurin comprimidos se ajusta individualmente. **Diabetes insípida central:** Una dosis inicial adecuada a niños y adultos es 0,1 mg tres veces al día. Posteriormente se ajusta la dosis según la respuesta de cada paciente. En base a la experiencia clínica obtenida hasta la fecha la dosis diaria oscila entre 0,2 mg y 1,2 mg. En la mayoría de los pacientes, la dosis óptima es de 0,1 - 0,2 mg tres veces al día. **Enuresis nocturna primaria:** Una dosis inicial adecuada es 0,2 mg a la hora de acostarse. La dosis puede aumentarse hasta 0,4 mg si la dosis inferior no es lo suficientemente activa. A los 3 meses de tratamiento se valora la necesidad de su continuación interrumpiéndolo durante por lo menos 1 semana. **Contraindicaciones:** MINURIN NO DEBE SER UTILIZADO en los siguientes casos: Polidipsia habitual o psicógena. Insuficiencia cardíaca y otras situaciones en donde sea necesario un tratamiento con agentes diuréticos. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Advertencias especiales:** En caso de enuresis se debe restringir la ingestión de líquidos no bebiendo entre 1 hora antes y 8 horas después de la administración. Aquellas sustancias de acción conocida como liberadoras de hormona antidiurética, es decir, antidepresivos tricíclicos, clorpromazina y carbamazepina, pueden potenciar el efecto antidiurético y aumentar el riesgo de retención hídrica. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en este preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas debe consultarse al médico. **Precauciones especiales de uso:** Se debe tener cuidado de no ingerir demasiado líquido en el caso de: Los pacientes muy jóvenes o ancianos. En aquellos donde las condiciones se caracterizan por un desequilibrio en los líquidos y electrolitos. Pacientes con riesgo de que aumente la presión intracraneal. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La Indometacina puede aumentar la magnitud pero no la duración de respuesta a la desmopresina. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Los estudios de reproducción realizados en ratas y conejos con dosis superiores a 100 veces la dosis humana no han revelado evidencias de una acción dañina de la desmopresina sobre el feto. Un investigador ha comunicado 3 casos de malformaciones en niños de madres que sufrieron diabetes insípida y habían recibido desmopresina durante el embarazo. Sin embargo, diversos informes publicados que en conjunto incluyen más de 120 casos muestran que mujeres tratadas con desmopresina durante el embarazo han tenido niños normales. Además, una revisión con gran cantidad de datos procedentes de 29 niños que han sido expuestos a la desmopresina durante todo el embarazo no muestra que exista un aumento en el rango de malformación en los niños nacidos. El médico valorará el beneficio frente al riesgo del tratamiento que según los estudios realizados se ha revelado poco probable. **Lactancia:** Los resultados de los análisis realizados en la leche de madres que recibieron grandes dosis de desmopresina (300 µg intranasalmente), indican que las cantidades de desmopresina que pueden pasar al lactante son inferiores a las necesarias para ejercer una acción en la diuresis. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria (MINURIN no afecta a la capacidad de conducir y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** En ocasiones aisladas (superior al 1%) puede aparecer dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago y epistaxis. Un tratamiento sin control de la ingestión de agua puede producir una retención hídrica acompañada de síntomas tales como ganancia de peso, disminución del sodio sérico, y en casos graves, convulsiones. **Sobredosificación:** La sobredosis aumenta el riesgo de la retención hídrica e hiponatremia. Aunque el tratamiento de la hiponatremia debe ser ajustado a cada paciente, pueden seguirse las siguientes recomendaciones generales: La hiponatremia asintomática se trata interrumpiendo el tratamiento con desmopresina y la restricción de fluidos. Puede además administrarse una infusión isotónica o hipertónica de cloruro sódico en casos con síntomas. Cuando la retención hídrica es grave (convulsiones e inconsciencia) debe tratarse al paciente con furosemida. No existe un antídoto específico para MINURIN. **Propiedades farmacodinámicas:** Mecanismo de acción: MINURIN contiene desmopresina, un análogo estructural de la hormona hipofisaria endógena humana del lóbulo posterior, arginina vasopresina. En la molécula de desmopresina se omite el grupo amino de la cisteína y se sustituye la L-arginina por la D-arginina. Estas modificaciones de la molécula aumentan la duración de la acción antidiurética mientras que evitan los efectos indeseables de la hormona natural. **Efectos farmacodinámicos:** Las modificaciones realizadas en la estructura de la arginina vasopresina de la desmopresina producen un descenso en la acción vasopresora y en la acción sobre la fibra lisa visceral relacionada con una potenciación de la actividad antidiurética. Por consiguiente, las dosis antidiuréticas clínicamente efectivas son inferiores a los niveles del umbral respecto a los efectos sobre la fibra lisavascular o visceral. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Lactosa 120 mg; Almidón de patata; Povidona; Estearato de Magnesio; Agua calidad inyección. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Precauciones especiales de conservación:** MINURIN Comprimidos debe ser mantenido a temperatura ambiente (máx. 25°C), y en lugar seco (máx. 60% de humedad relativa). **Instrucciones de uso/manipulación:** No se ha descrito. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** FERRING S.A. C/ Saturno, 1. Edificio Saturno 28224-Pozuelo de Alarcón, Madrid - España. **PRESENTACIONES Y PVP:** Envase de 30 comprimidos de 0,2 mg. P.V.P. I.V.A.: 10.312 Ptas. Con receta médica. Aportación reducida. Última actualización: Agosto 2000.

BIBLIOGRAFÍA: 1.- World Health Organisation, International Oenion Against Cancer. Incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, eds. 1st International Consultation Incontinence. Monaco: Health Publications Ltd, 1998. 2.- Hägglöf B. et al Data presented at IERC meeting, Denmark 1996.

FERRING
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS