



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 15

Número 4

Abril de 2004

La crisis de identidad masculina

■ El estudio de la masculinidad ha abierto nuevas interrogantes sobre la forma de entender un conjunto de prácticas sociales, representaciones simbólicas y subjetividades que toman una expresión en un tiempo y en un espacio específicos. La masculinidad y la feminidad se configuran en las prácticas de género, por lo que en el contexto de dichas prácticas es posible intentar una definición sobre la masculinidad. Como en nuestro país hay pocos textos sobre la identidad masculina, aquí se reseñan los libros de dos autores mexicanos: *Resignificar lo masculino*, de David Barrios Martínez, y *Las rutas de la masculinidad*, de Rafael Montesinos. El autor del primero aborda el tema desde su experiencia como sexólogo clínico y psicoterapeuta; el del segundo, como sociólogo e investigador.

Ambos coinciden en el planteamiento del problema y sus aristas: la identidad masculina está en crisis. Los varones viven angustiosamente dicha crisis, la cual les provoca conflictos y sufrimientos personales, por lo que es urgente resignificar lo masculino para construir una identidad masculina acorde con los cambios culturales modernos.

En estos trabajos destaca el interés por desmitificar lo que para Barrios es una noción falsa: que la desigualdad social entre los géneros sólo perjudica a las mujeres. A su vez, Barrios considera una apreciación no válida: sólo el género femenino es afectado por estar excluido del poder, ya que la estructura del poder patriarcal y la violencia que engendra resulta conflictiva, destructiva y degenerativa para los varones mismos, aunque sean ellos quienes la ejercen.

Entre las causas del fenómeno analizado, los autores plantean las siguientes:

1. La exigencia femenina de mayor afectividad en las relaciones amorosas y eróticas, así como la demanda de que los varones sean copartícipes en la crianza de los hijos (Barrios). Montesinos sospecha incluso que la crisis de la identidad masculina comienza con la crisis de la paternidad.

2. Otra crisis permanente, la económica, que cancela el potencial de los varones para cumplir con el rol de proveedores que se les ha impuesto socialmente.
3. La independencia económica y la autonomía lograda por las mujeres, que provoca el resquebrajamiento de la autoridad masculina en la pareja y en la familia.
4. La emergencia de nuevas estructuras ideológicas que cambian la subjetividad colectiva e individual, situación que Lipovetsky (2000) resume de esta manera: “Lo masculino y lo femenino se mezclan, pierden sus características diferenciadas de antes”.
5. La erosión que causan a la estructura simbólica las mujeres que ejercen algún poder. Esta estructura permitía la reproducción de la imagen masculina y la igualaba con el nombre, la ley, la palabra, la autoridad, el jefe y el ejercicio del poder.

Aunque ambos autores ubican su trabajo en la perspectiva de género, Montesinos resalta su importancia al considerar que los estudios sobre el género femenino han resultado una mina de oro, pues las mujeres, en su voluntad de redefinirse, han obligado a los varones a hacer otro tanto. El género, como categoría relacional, explica la identidad femenina a partir de la diferencia con la “otredad”, esto es, la masculinidad, al tiempo que los varones han construido hasta ahora su identidad de género en oposición a las mujeres.

La visión global del trabajo de Barrios toma en cuenta la revisión de la evolución que han experimentado las relaciones entre los géneros como preámbulo para la resignificación de lo masculino y para resolver una

Contenido

La crisis de identidad masculina	19
Manejo del trastorno bipolar durante el embarazo y el período postparto	21
Historia natural de las demencias fronto-temporales y sus diferencias con la enfermedad de Alzheimer	23

paradoja: el sistema patriarcal ha dotado de todo el poder a los hombres, pero cada varón, a título personal, no se siente poderoso. También analiza los aspectos “naturalmente” distintos entre los sexos y concluye que los varones deben ser menos machos y más hombres. El autor desarrolla con mayor extensión e interés los temas de la participación del varón en las relaciones de pareja, el pobre concepto que suelen tener sobre el erotismo, las principales disfunciones eróticas masculinas (eyaculación precoz y disfunción eréctil) y el significado de la aparición del citrato de sildenafil (Viagra), considerado entre el sexo masculino como una revolución sexual. Con sentido del humor, Barrios afirma que el placer erótico es de índole “zapatista”: deseo, excitación y orgasmo son de quien los trabaja. En la parte final propone un ideario práctico destinado a los varones que llama posmodernos, que basa en su experiencia clínica y en el marco de las ideas de Carl Rogers, todo con el fin de lograr la supervivencia emocional de los varones.

Por su lado, Montesinos parte del análisis de las condiciones que han permitido a las mujeres acceder a las estructuras del poder. Considera que la independencia económica y la autonomía logradas por ellas permiten una nueva simbolización del poder que desecha, como referencia exclusiva, al género masculino. Señala entonces que el poder es asexuado y tiende a dejar de ser una expresión cultural del género. Apunta también que ha dejado de existir una relación directa entre la imagen del padre y el jefe. Los varones se van quedando sin elementos tangibles que confirmen su superioridad. Si bien las mujeres crean una representación simbólica nueva (mujeres con poder), ésta se da en el contexto de la sociedad patriarcal que reproduce los símbolos masculinos de poder y evita la emergencia de los femeninos, lo que produce una situación cultural híbrida. Estos cambios sociales y culturales desembocan en la actual crisis de la masculinidad. Montesinos presenta una breve revisión histórica de las distintas crisis por las que han atravesado los varones y repasa las diferentes disciplinas sociales que abordan las masculinidades. Asimismo, pone de manifiesto que la ciencia política es la que menos ha contribuido al estudio de la masculinidad y que hay reticencia de la comunidad académica a conferirle la categoría de objeto de estudio.

Por otra parte, Montesinos explica la importancia de la familia y las relaciones que establecen en la vida cotidiana sus miembros para formar las identidades genéricas. Considera que la feminidad y la masculinidad son construcciones socioculturales y, por tanto, transhistóricas, y destaca la importancia del lenguaje y de lo simbólico en la construcción de las identidades de género. Señala que los varones jóvenes pueden, con cierta mayor facilidad, realizar los cambios que exige la sociedad contemporánea, y coincide con Barrios en que es indispensable un análisis crítico de la forma en que los jóvenes viven la sexualidad y el erotismo para desarrollar una nueva relación simbólica entre los géneros.

Ambos autores destacan la revisión de las características de la *vieja* masculinidad como punto de partida para crear nuevas subjetividades colectivas, y hacen notar la importancia de los estereotipos y mitos alrededor de esa

masculinidad. Barrios opina que se caracteriza por: 1. la fecundación: el varón como semental; 2. la (des)protección: los padres brillan por su ausencia, lo que se circunscribe a una representación social de “el hombre de la casa”; 3. la no provisión (han dejado de ser los proveedores exclusivos), y 4. la competencia social y sexual entre ellos. Si se agregan la exigencia y la conciencia de un número cada vez mayor de mujeres de su derecho al placer y a un erotismo pleno, se llega a la crisis descrita.

Montesinos resalta: 1. la sexualidad como símbolo de virilidad y poder masculino, núcleo de tensión y conflicto entre los géneros y lucha por la liberación de las mujeres; 2. el machismo, donde incluye la virilidad, pero en su acepción general identifica a los varones de las clases sociales subalternas; 3. el fin de la función de proveedor único, que origina un cambio en la distribución del poder intrafamiliar que afecta su autoestima y su situación anímica, lo que a su vez provoca apatía, retraimiento, pérdida de confianza, todo lo cual es el trasfondo de su comportamiento, la mayoría de las veces irresponsable, sobre todo en contextos urbanos; 4) el ejercicio de la paternidad (dedicar más tiempo a los hijos).

La crisis de la masculinidad analizada no significa que las mujeres hayan ganado la batalla de la desigualdad ante los varones, sino que su subordinación se torna más sutil. Para Montesinos, vivimos en una cultura que se debate en una contradicción entre lo viejo y lo nuevo, donde los contrastes entre lo tradicional y lo novedoso aparecen como denominador común.

Frente a este panorama, ¿qué propuestas plantean los autores? Barrios afirma que, ante el temor de los varones a perder privilegios y el “faro” y la “guía” que representaba la vieja masculinidad, se impone una educación no sexista en los principales ambientes sociales: familia, escuela, trabajo y relaciones de pareja. Los varones tendrán que trabajar para lograr un erotismo pleno y practicar conductas anteriormente atribuidas a las mujeres, como expresar sensaciones y sentimientos y comunicarse emocionalmente. Tendrán que abandonar ciertos estereotipos masculinos, como la práctica de la agresión, ya que ésta no está en los genes y se revierte contra quien la comete, y deberán renunciar a las actitudes machistas. Finalmente, tendrán que aprender muchas cosas nuevas, como tratar con dignidad y respeto a todo el mundo (dejar atrás el androcentrismo y la doble moral), aceptar y compartir la independencia femenina, cambiar sus estilos de relación de pareja y participar en actividades que promuevan más cambios, como asistir a psicoterapia individual y de pareja y a cursos y talleres sobre masculinidad. Concluye su trabajo con esta oración: “resignificar la masculinidad no será fácil pero es imprescindible para moverse en el mundo de manera libre, responsable y solidaria con las y los demás y consigo mismo”.

Por su parte, Montesinos considera que para resolver la crisis en la identidad masculina se requiere que ambos géneros se apropien del proceso de cambio cultural a fin de construir, conscientemente, una estructura simbólica que libere a los varones y a las mujeres del impacto cultural de las actuales relaciones de género. Considera que las nuevas

identidades femeninas serán los estereotipos dominantes del mañana: mujeres que construirán relaciones más justas, placenteras y, en ocasiones, más caóticas entre los géneros. Está convencido de que “sin duda los varones también cambian, sólo que lo hacen mucho más lentamente que las mujeres”.

A manera de conclusión, puede decirse que la perspectiva de los autores respecto de la crisis de la masculinidad es complementaria. Para Barrios, la supervivencia emocional de los varones está actualmente en juego; de ahí su recomendación final de un “decálogo” práctico, a manera de “ideario” para lograrla y su interés por mencionar conductas específicas que representan retos concretos para los varones.

Montesinos, en cambio, sitúa su análisis y sus propuestas en el terreno de lo simbólico y de los cambios culturales experimentados por las sociedades contemporáneas. Fiel al concepto de que el género es una categoría relacional, incluye a las mujeres y sus prácticas cotidianas en la solución de la crisis de la masculinidad analizada, la cual, considero, es fundamentalmente de los varones. El mismo Montesinos lo reconoce al afirmar que son ellos los que no consiguen aceptar la transformación de las mujeres. Es a los varones a quienes les corresponde avanzar.

Sin duda, las relaciones de género más equitativas que merecen las nuevas generaciones y que, en palabras de Bobbio (citado por Montesinos), son indispensables para alcanzar la democracia tanto tiempo añorada, exigen el aporte teórico de diferentes posturas como las aquí expuestas y el de los sectores sociales interesados en una convivencia que promueva la salud mental. El reto es que los varones se interesen en conocer los aportes presentados en libros como los aquí reseñados.

(Rosa María Aguilera Guzmán)

Bibliografía

GUTMANN M: *Ser hombres de Verdad en la Ciudad de México. Ni Macho ni Mandilón*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, 2000.

BARRIOS MD: *Resignificar lo Masculino*. Vila Editores, México, 2003.

MONTESINOS R: *Las Rutas de la Masculinidad*. Ed. Gedisa, Barcelona, 2002.

LIPOVETSKY G: *La Era del Vacío. Ensayos sobre el Individualismo Contemporáneo*. Anagrama. Barcelona, 2000.

Manejo del trastorno bipolar durante el embarazo y el período postparto

■ El trastorno bipolar (TBP) afecta de 0.5% a 1.5% de la población. En las mujeres, al instalarse la enfermedad éstas suelen hallarse en la tercer década de la vida, lo que las coloca en riesgo de presentar episodios agudos de dicho trastorno durante sus años reproductivos. El embarazo no

es un factor protector para todas las mujeres bipolares e incluso es preciso considerar el alto riesgo de exacerbación durante el embarazo y más aún en el periodo postparto, razón por la cual las guías generales para el tratamiento del trastorno bipolar de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana requieren una especial consideración al aplicarlas en el tratamiento del TBP durante estas etapas. El artículo escrito recientemente que en esta ocasión reseñamos, tuvo como objetivo revisar los conocimientos hasta ahora logrados en torno al manejo del TBP durante el embarazo y el postparto, para generar una propuesta de tratamiento por consenso. Los autores realizaron una revisión de publicaciones referentes al manejo del TBP, al riesgo de los hijos de madres tratadas con estabilizadores y medicamentos adjuntos durante el embarazo y el postparto, así como a las consideraciones clínicas sobre el uso de estabilizadores en mujeres bipolares embarazadas.

Riesgo durante el embarazo. Litio: el riesgo de malformaciones fetales producidas por el uso materno de tal medicamento durante el embarazo depende del tiempo de exposición del feto a éste. El litio continúa siendo el medicamento de elección en el tratamiento agudo y de mantenimiento en la mayoría de los casos de TBP; sin embargo, una de las preocupaciones principales en relación con su uso durante el embarazo es el riesgo de malformaciones cardíacas, en especial la enfermedad de Ebstein, la cual ocurre en 1-2:1000 nacimientos de los productos de mujeres expuestas a litio durante el embarazo. En estos productos también se ha encontrado peso aumentado al nacimiento, y una toxicidad neonatal documentada como el síndrome de *floppy baby*, hipotiroidismo y diabetes nefrogénica. Conforme el embarazo progresa, aumenta la excreción renal del litio requiriendo un incremento en la dosis. Los niveles de litio en el cordón umbilical son similares a los niveles séricos maternos, mientras que en el líquido amniótico la concentración suele ser mayor. Algunos médicos recomiendan disminuir la dosificación de acuerdo con la etapa gestacional e hidratar adecuadamente a la madre al instalarse el trabajo de parto, ante el riesgo de la toxicidad asociada con la reducción rápida del volumen vascular en el parto. **Anticonvulsivos:** la exposición a carbamazepina y ácido valpróico durante el embarazo se ha asociado con un riesgo dos veces mayor al riesgo de malformaciones en comparación con la población general; se habla incluso de “un rostro anticonvulsivo” caracterizado por hipoplasia mediofacial, nariz corta y con fosas anterovertidas y un labio superior largo. El ácido valpróico se ha asociado con defectos en el cierre del tubo neural (5%-9%) cuando se emplea durante el primer trimestre de embarazo. Hay quien postula que el retraso mental forma parte del “síndrome fetal del ácido valpróico”. Dentro de la toxicidad neonatal se han identificado alteraciones en el ritmo cardíaco, datos de abstinencia (irritabilidad, nerviosismo, dificultad para alimentarse, tono muscular anormal), toxicidad hepática, hipoglicemia y reducciones en el nivel de fibrinógeno fetal. Algunos expertos recomiendan cambiar el ácido valpróico por otro estabilizador antes de la concepción. Sus concentraciones son dos veces mayores en el cordón

EMBARAZO

Fármacos	Riesgos Reportados	Consideraciones	Medida sugerida
Litio	*Riesgo en relación al tiempo de exposición *Malformaciones cardíacas (Enfermedad de Ebstein) (1-2:1000) *Peso aumentado al nacimiento *Toxicidad: <i>Floppy Baby</i> , hipotiroidismo, diabetes nefrogénica	* ↑ progresivo en la excreción renal del litio. * Niveles de litio: en el cordón umbilical y en sangre materna son similares, en líquido amniótico probablemente son mayores.	* ↑ en la dosis total * Ajuste de acuerdo a la etapa de embarazo * ↓ de la dosis de litio e hidratación adecuada durante el trabajo de parto
ANTICONSULSIVOS	* Ácido valproico y carbamazepina: Riesgo dos veces mayor de presentar malformaciones en comparación con la población general * " <i>Rostro anticonvulsivo</i> ": hipoplasia mediofacial, labio superior largo, nariz corta y fosas anterovertidas.		* Administrar 3-4 mg/d de ácido fólico a las madres expuestas a anticonvulsivos
Ácido valproico	* Primer trimestre: defectos en el cierre del tubo neural (5-9%) * Retraso mental y en el crecimiento (" <i>Síndrome fetal del ácido valproico</i> "). * Toxicidad: alteraciones del ritmo cardíaco, abstinencia (irritabilidad, nerviosismo, dificultad para alimentarse, tono muscular anormal), toxicidad hepática, hipoglucemia, ↓ en el nivel de fibrinógeno fetal.	* Concentraciones séricas dos veces mayores en el cordón umbilical que en la sangre materna. * Inducción de glucuronidación, por lo que los niveles séricos maternos tienden a disminuir. * Los niveles séricos en el feto son el 50-80% de los presentes en la madre.	* Cambiar el estabilizador antes de la concepción * Administrar 3-4 mg/d de ácido fólico oral * Administrar 20mg/d de vitamina K oral en el último mes del embarazo.
Carbamazepina	* Primer trimestre: ↓ de vitamina K en el feto relacionada con defectos craneo-faciales (11%) y sangrado. * Hipoplasia ungüea (26%), retraso en el desarrollo (20%), defectos del tubo neural (0.5-1%), bajo peso al nacimiento. * El tratamiento iniciado después de la concepción representa mayor riesgo en la madre de presentar efectos secundarios (agranulocitosis, falla hepática y síndrome de Stevens-Johnson).		
Lamotrigina	* Riesgo de malformaciones mayores similar a la población general * Rash cutáneo en fetos o neonatos expuestos a lamotrigina <i>in utero</i>	* Glucuronidación inmadura en el neonato, lo que retarda la ↓ en los niveles séricos de lamotrigina. * Niveles séricos maternos ↓ por ↑ en el aclaramiento del fármaco.	
ANTIPSICOTICOS DE 1RA. GENERACION	* Clorpromazina: ↑ en el riesgo de malformaciones de 1.6% de la población general a 3.5% con el fármaco (controvertido). * Haloperidol: reporte de caso de exposición en el primer trimestre de embarazo con reducción en las extremidades. Síndrome de abstinencia al nacimiento (irritabilidad, dificultad para alimentarse, postura anormal de las manos, temblor de extremidades).		* La recomendación general es el cambio de litio o anticonvulsivos a antipsicóticos de primera generación ya sea para el primer trimestre o para todo el embarazo.
ANTIPSICOTICOS DE 2DA. GENERACION	* Olanzapina. Madre: se ha asociado a ganancia de peso, resistencia a la insulina, diabetes gestacional y preeclampsia. Feto o neonato: sin reportes de efectos adversos.		* Vigilancia de las alteraciones metabólicas que se pudieran desencadenar en la madre.
BLOQUEADORES DE CALCIO	* Verapamilo: sin datos de alteraciones en el feto o neonato expuesto al fármaco.		
BENZODIACEPINAS	* Lorazepam y clonazepam: al usarlas cerca del término del embarazo se han reportado dificultades en la regulación de la temperatura, calificaciones de APGAR bajas al minuto y a los 5 minutos, hipotonía muscular y dificultad para alimentarse. * Diazepam: se ha reportado riesgo de presentar labio y paladar hendido en 11:10000 nacimientos (controvertido)		
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	* Pocos riesgos. * Riesgo anestésico, de broncoaspiración y de sangrado.		* Posición adecuada * Entubar (riesgo de sangrado) * Uso de citrato de sodio previo
PSICOTERAPIA	* No riesgo		
PUERPERIO Y LACTANCIA			
LITIO		* Los niveles en la leche son de casi la mitad del nivel sérico de la madre	* Precaución con la hidratación del neonato para evitar toxicidad.
ACIDO VALPROICO		* En neonatos con alimentación al seno materno cuyas madres toman el fármaco, el nivel sérico es del 6% en comparación con el de la madre.	* Compatible con la lactancia
CARBAMAZEPINA		* Se detecta en la leche materna a concentraciones bajas	* Compatible con la lactancia
LAMOTRIGINA	* Posible aparición de rash	* Concentración en los lactantes de aproximadamente 30% de la concentración sérica materna.	* Vigilancia
ANTIPSICOTICOS DE 1RA. GENERACION	* No se han observado alteraciones relacionadas con su uso en la lactancia.		
BENZODIACEPINAS	* Diazepam: reporte de caso de sedación en neonatos amamantados por madres bajo este tratamiento.	* Se excretan en gran medida por la leche materna.	

umbilical que en la sangre materna. Dada la glucuronidación inducida en el embarazo, los niveles séricos maternos del medicamento tienden a disminuir. La Academia Norteamericana de Neurología recomienda administrar 3-4 mg/d de ácido fólico a las madres expuestas a anticonvulsivos en el embarazo. La carbamazepina administrada en el primer trimestre del embarazo se ha asociado con una disminución de vitamina K en el feto, y

consecuentemente con defectos craneo-faciales (11%) y sangrados; además con hipoplasia ungüea (26%), retraso en el desarrollo (20%), defectos del tubo neural (0.5-1%) y bajo peso al nacimiento. Los niveles séricos de carbamazepina en el feto son 50-80% de los presentes en la madre. Si la mujer inicia el tratamiento con carbamazepina después de la concepción tiene más riesgos de presentar efectos secundarios (agranulocitosis, falla

hepática y síndrome de Stevens-Johnson) que las pacientes que continúan el tratamiento ya instalado previamente. La mayoría de los expertos recomiendan administrar 20 mg/d de vitamina K oral en el último mes de embarazo. En cuanto a la exposición a **lamotrigina** se han encontrado cifras de riesgo de malformaciones mayores, similares en la población general. El rash cutáneo en fetos o neonatos expuestos a lamotrigina *in utero* se ha considerado que se relaciona con características antigénicas diferentes a las de sus madres. Dado que los procesos de glucuronidación y de depuración renal no están maduros en el neonato, se ve retardado el descenso de los niveles de lamotrigina. En la madre, los niveles de depuración aumentan en el embarazo por lo que disminuyen sus niveles séricos.

Antipsicóticos de primera generación: En torno a la **clorpromazina** se señalan resultados que sugieren un aumento en el riesgo de malformaciones de 1.6% en la población en general contra 3.5% en la que emplea este fármaco. Sin embargo, estudios posteriores no apoyan estos hallazgos. Hay un informe de caso, que menciona reducción en las extremidades por exposición a haloperidol en el primer trimestre; así como síndrome de abstinencia al nacer (irritabilidad, dificultad para alimentarse, postura anormal de las manos, temblor de las extremidades) en un producto expuesto al fármaco durante el embarazo. Muchos médicos optan por cambiar de litio o anticonvulsivos a antipsicóticos de primera generación durante el primer trimestre o en todo el embarazo.

Antipsicóticos de segunda generación: La **olanzapina** se ha asociado con aumento de peso, resistencia a la insulina, diabetes gestacional y preeclampsia, por lo que se debe monitorear a las madres que están recibiendo olanzapina en el embarazo. No se señalan efectos en el feto o neonato.

Bloqueadores de calcio: No se ha encontrado que ciertos medicamentos como el **verapamilo** se relacionen con alteraciones en el producto por su exposición durante el embarazo.

Benzodiacepinas: Las más comúnmente utilizadas son el **lorazepam** y el **clonazepam**, respecto a las cuales no se han detectado alteraciones estructurales producidas por su uso durante el embarazo; cuando se han llegado a utilizar en fecha próxima al término del mismo, se describen dificultades en la regulación de la temperatura, calificaciones de Apgar disminuidas a los minutos 1 y 5, hipotonía muscular y alteraciones al alimentarse. Los resultados controversiales son en torno al diazepam, en cuyo caso se ha documentado un riesgo de labio y paladar hendido de 11:10000 nacimientos.

Terapia electroconvulsiva: se ha documentado que son pocos los pocos riesgos producidos por su uso durante el embarazo. El vaciamiento gástrico retardado en la mujer gestante puede propiciar la aspiración y la neumonitis durante la anestesia, se podría optar por la intubación pero debido al alto riesgo de sangrado se sugiere administrar citrato de sodio previo, para evitar complicaciones.

Psicoterapia: no se ha comprobado el efecto directo o indirecto del manejo no farmacológico, en los episodios agudos de la paciente bipolar durante el embarazo y el

postparto.

Tratamiento durante el puerperio y la lactancia. Litio: los niveles en la leche se encuentran en cerca de la mitad del nivel sérico de la madre. Por la fácil deshidratación del neonato es preciso vigilar los datos de toxicidad. **Valproato:** los niveles en los neonatos alimentados por madres que consumen este medicamento, son de 6% en comparación con los niveles de sus madres. Se le considera compatible con la lactancia. **Carbamazepina:** Las concentraciones en la leche materna son detectables pero bajas. Su uso es compatible con la lactancia. **Lamotrigina:** la concentración en los lactantes es de aproximadamente 30% de la concentración materna; no se han documentado efectos adversos. Se recomienda vigilar la aparición de rash. **Antipsicóticos de primera generación:** no se han observado efectos adversos en su uso durante la lactancia. **Benzodiacepinas:** se excretan en gran medida por la leche y sólo se ha encontrado un informe de caso con sedación en el infante, por lactancia asociada al uso de diazepam.

En el cuadro de la página 22 se resumen los datos presentados:

(Ingrid Vargas Huicochea/ Manuel Muñoz Suárez)

Bibliografía

YONKERS KA, WISNER KL, STOWE Z y cols: Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*, 161: 608-620, 2004.

Historia natural de las demencias fronto-temporales y sus diferencias con la enfermedad de Alzheimer

■ Hay pruebas de que la demencia fronto temporal (DFT) es una entidad más común de lo que se creía anteriormente, sobre todo en individuos adultos no seniles. Distintos estudios epidemiológicos calculan que su prevalencia oscila entre 8 y 12 por 100,000 en poblaciones con rangos de edad entre los 30 y los 64 años y se considera que conforma 12% del total de las demencias preseniles. En la DFT suele haber un mayor periodo de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y la elaboración del diagnóstico. Su duración promedio se calcula en 8 años (rango de 2 a 20 años), pero se sabe poco sobre su historia natural, su evolución y su pronóstico. En forma relativamente reciente han aparecido en la literatura estudios encaminados a evaluar las características de este tipo de demencias, y sobre todo a diferenciarlas de otras como la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Una de estas investigaciones desarrollada en el Centro de Estudios Sobre la Memoria Lille-Bailleul en Francia, consistió en un estudio prospectivo de observación, que

incluyó valoración neurológica, psiquiátrica, neuropsicológica y de imágenes en un grupo de sujetos con diagnóstico de DFT y de EA. Durante el periodo de seguimiento hubo la posibilidad de hacer la reconsideración diagnóstica y además, los pacientes con afasia progresiva o demencia semántica (la denominada variante temporal de la DFT), fueron excluidos. Seis de los pacientes diagnosticados con DFT que fallecieron durante el estudio tuvieron confirmación histopatológica del diagnóstico en la autopsia, mientras que de los pacientes con afasia progresiva a los que se les practicaron estudios *postmortem*, ninguno presentó cambios histopatológicos específicos. Por otra parte, de los 37 pacientes diagnosticados con EA y a los que se les efectuó autopsia, el diagnóstico se confirmó en 36. En total se incluyeron en el estudio 552 pacientes (73 con DFT y 479 con EA), de los cuales 8.9% (6 y 43 de los dos grupos respectivos) se perdieron durante el seguimiento. El Mini-examen del Estado Mental (MMSE) fue el instrumento clinimétrico que se utilizó para determinar las condiciones basales de los sujetos en su funcionamiento cognoscitivo. Además se aplicó en periodos fijos del seguimiento con el fin de tener una medida cuantificable del proceso progresivo de deterioro mental.

Tal y como se esperaba, los pacientes con EA fueron predominantemente femeninos y los de DFT de un rango de edad considerablemente menor. El nivel de educación fue similar en los dos grupos. Los pacientes con DFT tuvieron más antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas; la edad de inicio de la sintomatología en este mismo grupo fue menor cuando contaban con estos antecedentes. El tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera visita médica para su valoración fue mucho mayor en los sujetos con DFT, mientras que en este grupo un número menor de individuos requirió el traslado a alguna institución para su tratamiento. Las calificaciones basales del MMSE fueron similares en los dos grupos de enfermos, pero a lo largo del seguimiento, el grado de deterioro fue más evidente y pronunciado en el grupo con EA. Al final del periodo de seguimiento, las curvas de sobrevida (ajustadas según edad, sexo, edad de inicio de síntomas y nivel de educación), no resultaron ser diferentes entre los grupos. A los 5, 10 y 15 años después del inicio de los padecimientos, 100, 82 y 41% de los sujetos con DFT seguían vivos, mientras que en esos mismos periodos 98, 80 y 31% de los que tenían EA también lo estaban. Un hallazgo importante fue que independientemente del diagnóstico, si los pacientes recibían diagnóstico y tratamiento médico más temprano, la tasa de sobrevida se incrementaba (RR = 0.76, 95%, CI 0.67 – 0.86, p < 0.0001).

Los resultados indican que la DFT es una entidad clínica con un bajo índice de detección (pasa más tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico). Además se encontró que en este tipo de demencia los síntomas iniciales corresponden más a ciertas alteraciones conductuales que a un deterioro cognoscitivo, lo cual dificulta el diagnóstico temprano. El riesgo de muerte fue similar en las dos entidades; sin embargo, en esta muestra el promedio de duración del padecimiento fue dos años mayor en los

sujetos con DFT. En muchos casos las muertes fueron inesperadas y prematuras. Una explicación plausible de ello es que las alteraciones neurológicas llevan a un estado de disautonomía vagal, generando problemas cardiovasculares como hipotensión y bradicardias. No obstante, en la muestra total, 38% de los pacientes fallecieron por causas ajenas a los problemas demenciales. El hallazgo de que la detección y el tratamiento tempranos aumentan la sobrevida, enfatiza el papel benéfico que un tratamiento integral puede tener sobre estas enfermedades. Es claro que las intervenciones multidisciplinarias, la amplia información, así como el tratamiento y apoyo para estos pacientes y sus familiares favorecen un curso más benigno del padecimiento.

Estos datos ponen en evidencia la necesidad de hacer un diagnóstico más específico y más preciso sobre los procesos demenciales. Si bien aún no se conoce lo suficiente respecto a los mecanismos neuropatológicos que promueven el desarrollo de estas entidades clínicas, es claro que en la medida en que se haga una evaluación más adecuada y se establezca un tratamiento más temprano, esto redundará en un posible pronóstico más favorable a largo plazo.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

- PASQUIER F, RICHARD F, LEBERT F: Natural history of frontotemporal dementia: comparison with Alzheimer Disease. *Dement Geriat Cogn Disord*, 17: 263–267, 2004.
 RATNAVAILLI E, BRAYNE C, DAWSON K y cols.: The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology*, 58:1615–1621, 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
 Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
 Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
 Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
 Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
 Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2004

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz
 y Elizabeth Cisneros.

