

 REVISTA CHILENA  
DE **NEURO-PSIQUIATRÍA**

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología,  
Psiquiatría y Neurocirugía. Chile  
Indexada en LILACS y Scielo  
[www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)

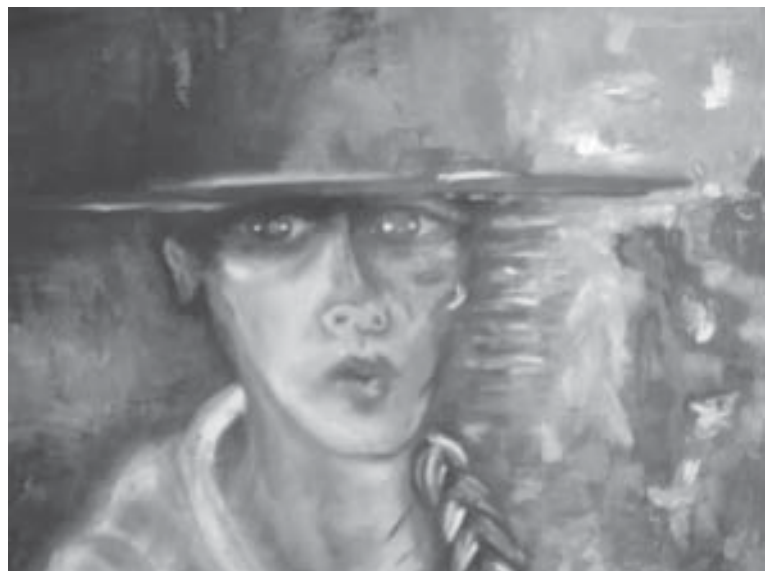
**Año 63, VOL 47, N° 2, ABRIL - JUNIO 2009**

**Vivo**

Autor: Dra. Valentina Capponi

0,70 x 1.00 m.

Está inspirado en la posibilidad que  
tiene el ser humano de vivir la vida  
con un ánimo deprimido o exaltado.



# Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fundada en 1932

## Presidentes

1946-1948	Hugo Lea-Plaza	1971-1972	Mario Poblete	1990-1991	Jaime Lavados
1950	Guillermo Brinck	1973	Mario Sepúlveda	1992-1993	Fernando Lolas
1954-1955	Octavio Peralta	1974-1976	Guido Solari	1994-1995	Jorge Méndez
1957	Héctor Valladares	1977-1978	Sergio Ferrer	1996-1997	César Ojeda
1958	José Horwitz	1979	Jorge Grismali	1998-1999	Fernando Díaz
1962-1963	Ricardo Olea	1980-1981	Guido Solari	2000-2001	Andrés Heerlein
1964	Rodolfo Núñez	1982-1983	Jorge Méndez	2002-2003	Fredy Holzer
1965-1966	Armando Roa	1984-1985	Fernando Vergara	2003-2005	Enrique Jadresic
1967-1968	Jorge González	1986-1987	Max Letelier	2005-2007	Renato Verdugo
1969-1970	Aníbal Varela	1988-1989	Selim Concha	2007-2009	Juan Maass

## Editores de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

1947-1949	Isaac Horwitz	1965-1966	Alfredo Jelic	1998-2002	Hernán Silva
1954	Isaac Horwitz	1967-1980	Rafael Parada	2003-2005	Jorge Nogales-Gaete
1955	Gustavo Mujica	1981-1993	Otto Dörr	2006-2007	Rodrigo Salinas
1957-1958	Gustavo Mujica	1994-1995	César Ojeda	2008-	Luis Cartier
1962-1964	Jacobo Pasmanik	1996-1997	Fredy Holzer		

## Maestros de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

<i>Maestros de la</i>	<i>Maestro de la</i>	2002	Fernando Novoa
<i>Psiquiatría Chilena</i>	<i>Neurooftalmología Chilena</i>	2004	Fernando Vergara
1991 Juan Marconi	1993 Abraham Schweitzer		
1994 Armando Roa			<i>Maestros de la</i>
1997 Mario Sepúlveda	<i>Maestros de la</i>		<i>Neurocirugía Chilena</i>
1999 Fernando Oyarzún	<i>Neurología Chilena</i>	1992	Héctor Valladares
2001 Otto Dörr	1990 Jorge González	2000	Jorge Méndez
2003 Rafael Parada	1995 Jaime Court	2004	Renato Chiorino
2005 Mario Gomberoff	1998 Camilo Arriagada		
2007 Gustavo Figueroa			

# Directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Período octubre 2007 - 2009

<b>Presidente</b>	Juan Maass Vivanco
<b>Vicepresidente</b>	Carlos Navarrete Maldonado
<b>Secretario General</b>	Sergio Castillo Cienfuegos
<b>Tesorero</b>	Jaime Solís González
<b>Director de Publicaciones</b>	Luis Cartier Rovirosa
<b>Presidente Anterior</b>	Renato Verdugo Latorre

## Comisión de Neurología y Neurocirugía

*Secretaria Ejecutiva*

Violeta Díaz

*Directores*

Rómulo Melo

David Rojas

## Comisión de Psiquiatría

*Secretario Ejecutivo*

Luis Risco

*Directores*

Patricia Rubí

Luis Cartier

Daniel Martínez

---

## Coordinadores Grupos de Trabajo

GDT de Psiquiatría Biológica

GDT de Trastornos del Movimiento

GDT de Psicoterapia

GDT de Cerebrovascular

GDT de Cefalea

GDT de Psiquiatría Social

GDT de Demencia

GDT de Historia de la Psiquiatría

GDT de Adicciones

GDT de Psicopatología y Psiquiatría Clínica

GDT de Medicina Psicosomática

GDT de Psiquiatría Forense

GDT de Epilepsia

GDT de Salud Mental de la Mujer

GDT de Neuromuscular

GDT de Neuroinmunología

GDT de Esquizofrenia

GDT de Enfermedades del Ánimo

GDT de Trastornos del Sueño

Comisión de Ética

Comisión de Docencia

Víctor Lermenda

Mireya Balart

Marta del Río

Pablo Lavados

Eugenio Tenham

Rafael Sepúlveda

Lisette Duque

Eduardo Medina

Gonzalo Acuña

Policarpo Rebolledo

Armando Nader

Rodrigo Dresdner

Sergio Castillo

Gloria Gramegna

Ricardo Hughes

Mario Rivera

Alejandra Armijo

Pedro Retamal

Mónica González

Fernando Novoa

Jorge Sánchez-Vega

## Representantes ante Sociedades Internacionales

*Asociación Mundial de Psiquiatría*

*Asociación Psiquiátrica América latina*

*Federación Mundial de Neurología*

*Federación Latinoamericana de Neurocirugía*

*Sociedades Psiquiátricas Francesas*

*World Federation of Skull Base Societies*

*Sociedad Latinoamericana de Cirugía de Base de Cráneo*

*The Movement Disorder Society*

*Director de Medios*

Enrique Jadresic

Juan Maass

Renato Verdugo

Fredy Holzer

Rafael Parada

Jaime Pinto

Armando Ortiz

Pedro Chaná

David Rojas

## Información general

**Origen y gestión.-** La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría fue creada en 1947 y pertenece a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), de la cual es su órgano oficial de expresión científica. La gestión financiera de la Revista la realiza el directorio de SONEPSYN. La gestión editorial esta delegada a un editor y comité editorial, quienes cuentan con plena libertad e independencia en este ámbito.

**Propósito y contenido.-** La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubren aspectos básicos y clínicos de las tres especialidades: Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, educación médica, relación médico paciente, gestión asistencial, salud pública, epidemiología, ejercicio profesional y sociología médica. Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, experiencias clínicas, artículos de revisión, estudios de casos clínicos, comentarios sobre nuevas investigaciones o publicaciones, análisis de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos a la luz de la medicina basada en la evidencia, cartas, investigaciones históricas y reseñas bibliográficas.

**Audiencia.-** Médicos especialistas, otros médicos, profesionales de la salud, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre las materias contenidas.

**Modalidad editorial.-** Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (*peer review*), que cumplan con las instrucciones a los autores, señaladas al final de cada volumen.

**Resúmenes e Indexación.-** La revista está indexada en EMBASE/Excerpta Médica Latinoamericana, LILACS (Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, <http://www.bireme.org/abd/E/ehomepage.htm>), ScIELO (*Scientific Electronic Library Online*, <http://www.scielo.cl/scielo.php>) y Latindex (Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, <http://www.latindex.unam.mx/>).

Forma parte de la Federación de Revistas Neurológicas en Español.

**Acceso libre a artículos completos on-line.-** (*Open and free access journal*). Disponible en:

1.- [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso)

2.- [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)

**Abreviatura.-** Rev Chil Neuro-Psiquiat

EDITORIAL  Iku

Producción: María Cristina Illanes H.  
[mcristina@editorialiku.cl](mailto:mcristina@editorialiku.cl)

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a: Dr. Luis Cartier R., Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Carlos Silva V. 1300, Depto. 22, Providencia, Santiago de Chile, Casilla 251, Correo 35, Santiago, Fono 232 9347, E-mail: [presidencia@sonepsyn.cl](mailto:presidencia@sonepsyn.cl) - Página Web: [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl) - Publicación Trimestral.  
Valor Número: \$ 8.000. Suscripción Anual (franqueo incluido) \$ 24.000. Suscripción extranjero US\$ 45.

Fundada en 1947

**Editor**

Luis Cartier Rovirosa

*Departamento Ciencias Neurológicas, Universidad de Chile*

**Editores Asociados**

Neurología (N)

Patricio Fuentes

*Hospital Geriátrico*

*Universidad de Chile*

Psiquiatría (P)

Hernán Silva

*Clínica Psiquiátrica Universitaria,*

*Universidad de Chile*

Neurocirugía (NC)

David Rojas

*Instituto de Neurocirugía*

**Comité Editorial**

Fernando Araya

*Hospital del Salvador*

Flora De La Barra

*Clínica Las Condes*

Patricio Olivos

*Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile*

David Sáez

*Hospital Barros Luco Trudeau*

---

**Consejo Editorial Internacional**

Renato Alarcón (EE.UU.)

Fernando Barinagarrementeria (México)

Germán Berríos (Inglaterra)

Oscar del Brutto (Ecuador)

Exuperio Díez-Tejedor (España)

Manuel Dujovny (EE.UU.)

Oscar Fernández (España)

Santiago Giménez-Roldán (España)

Gerhard Heinze (México)

Roberto Heros (EE.UU.)

Otto Kernberg (EE.UU.)

Marco T. Medina (Honduras)

Christoph Mundt (Alemania)

Eugene Paykel (Inglaterra)

Gustavo Román (EE.UU.)

Daniel Rosenthal (Alemania)

Norman Sartorius (Suiza)

Roberto Sica (Argentina)

**Consejo Editorial Nacional**

Nelson Barrientos

Selim Concha

Pedro Chaná

Archibaldo Donoso

Otto Dörr

Fredy Holzer

Rodrigo Labarca

Fernando Lolos

Rafael Parada

Rodrigo Paz

Fernando Novoa

César Ojeda

Marcelo Trucco

Renato Verdugo

Alfredo Yáñez

Arturo Zuleta

**Editorial**

*Dr. Juan Maass V.* ..... 103

**Artículos de Investigación**

Bruxómanos presentan un estilo de personalidad distintivo.

Bruxers presents a distinctive style of personality.

*Laura Moncada A., Iris Gallardo R., Lía Aguilar M., Carolina Conejan N., Erik Dreyer A. y Gonzalo*

*Rojas A.* ..... 105

Lenguaje oral en demencias frontotemporales. Experiencia personal y revisión del tema.

Oral language in frontotemporal dementia. Clinical experience and review.

*Archibaldo Donoso S., Paula Arecheta X. y Rafael González V.* ..... 114

Cirugía de los meningiomas intracraneales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domenech”.

Intracranial meningioma surgery at the Neurosurgery service Provincial, Academic Hospital “Manuel Ascunde Domenech”.

*Guillermo Pardo C., Fernando daConceição A., Jorge A. Casares D., Oscarlyns Cardoso N. y Ariel*

*Varela H.* ..... 124

Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral.

Benzodiazepine dependence at a primary care health center: Problem extention and orientations for its global handling.

*Mauricio Olivera V.* ..... 132

**Caso Clínico**

Meningovasculitis luética de la médula espinal: “Spinal vascular syphilis of Singer”.

Luetic meningovasculitis of spinal cord: “Spinal vascular syphilis of Singer”.

*Carolina Núñez D., Renato Verdugo L. y Luis Cartier R.* ..... 138

**Trabajos Especiales**

Maestro de la Psiquiatría Chilena: Entrevista con Fernando Oyarzún

Master of Chilean Psychiatry: An interview with Fernando Oyarzún

*Fernando Oyarzún P. y Jaime R. Silva* ..... 144

El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm.

The Concept of Mental Health in Fromm’s Work.

*Enrique Ubilla* ..... 153

*Con frecuencia se repite que los recursos humanos son el centro de la actividad en salud, no obstante los impactantes avances tecnológicos en los cuales nos vemos involucrados.*

*Por lo mismo, es desafiante saber qué ocurre con el grado de satisfacción de los especialistas en sus respectivas áreas. Lamentablemente, no contamos con esta información en forma sistemática y queda la impresión de que una vez ocurrida la elección vocacional, el profesional estaría siempre volcado con pasión e interés a la actividad que desempeña.*

*Por lo mismo, nos ha interesado el artículo del psiquiatra colombiano Dr. Rodrigo Nel Córdoba y colaboradores, de la Universidad del Rosario, Colombia, que nos permite adentrarnos en un tema del cual no teníamos mucha información: El médico psiquiatra latinoamericano, su perfil y su grado de satisfacción con su especialidad.*

*Este trabajo, publicado en Actas Españolas de Psiquiatría (Vol. 37 año 2009), tiene como objetivo describir el perfil del psiquiatra latinoamericano así como el nivel de satisfacción con el desempeño de su quehacer diario y los factores asociados con el mismo. Se identificaron 8.028 psiquiatras afiliados a las principales sociedades nacionales de 19 países latinoamericanos, diseñando una muestra probabilística y estratificada de 2.465 especialistas a quienes se les solicitó completar un formulario electrónico anónimo, dentro de los cuales en Chile respondió cerca de un 25%.*

*No obstante este sesgo, comentaré algunas características específicas de nuestro país que se observan en esta muestra, la que se caracteriza por psiquiatras preferentemente de sexo masculino con un promedio de edad mayor que el universo y con un alto número de sub-especialización, junto a Argentina, Brasil y Venezuela, en comparación con el resto de Latinoamérica.*

*En cuanto a la formación post especialidad, a diferencia de otros países de la Región, Chile es un país que se caracteriza por un alto porcentaje de formación académica en maestrías y doctorados.*

*Ahora, si hablamos de la jornada laboral, en Chile cada psiquiatra atiende 10,9 pacientes diarios, con una desviación estándar de 6,2 que habla de cierta sobrecarga laboral, que podría dar luces respecto a los resultados que veremos más adelante.*

*Con respecto a las corrientes, la farmacoterapia lidera el 79% de las preferencias, seguida por el 51,6% de psicoterapia cognitiva o comportamental y 46,4% de psicoterapia psicoanalítica.*

*En cuanto a los períodos recreacionales, los psiquiatras chilenos toman 3,5 semanas de vacaciones en promedio al año, dedicando 5,6 horas semanales a actividades lúdicas, siendo Chile junto a Bolivia y México los países de las medias más altas.*

*Quizás uno de los puntos que más llama la atención es que, siendo Chile uno de los países con los ingresos más altos de la Región para la psiquiatría, junto a Brasil y México, su autopercepción de la satisfacción con la profesión es una de las menores. Esto contrasta con la situación de Cuba, Ecuador, Honduras, quienes están satisfechos con el quehacer diario de sus prácticas, a pesar de los bajos recursos.*

*Lo anterior habla de una situación de insatisfacción no relacionada con los ingresos, ya que a pesar del relativo bajo nivel de satisfacción con lo obtenido a través de la práctica psiquiátrica, existe también un bajo nivel de satisfacción con el grado de calidad de vida, no obstante el buen nivel de compromiso profesional.*

*Cabe resaltar que en general, el trabajo del Dr. Rodrigo Nel Córdoba, demuestra que la posición de los psiquiatras latinoamericanos, en relación a la práctica psiquiátrica, es en sí alta y de gran compromiso hacia la profesión.*

*Sería del todo conveniente, que las sociedades latinoamericanas de Neurología y Neurocirugía, pudieran promover también estudios tendientes a conocer el perfil y grado de satisfacción de estas especialidades en el campo de estas tareas. Del mismo modo SONEPSYN, podría motivar nuevas investigaciones que permitan entender esta situación paradójica, en la que los profesionales que obtienen más recursos por su trabajo parecen desesperanzados e insatisfechos con su especialidad. ¿Será el factor tiempo lo que predetermina a los especialistas a estar insatisfechos con su labor? ¿O es un tema más sociológico vinculado al proceso del desarrollo del país el que genera tales tensiones?*

*Dr. Juan Maass V.  
Presidente de SONEPSYN*



## Bruxómanos presentan un estilo de personalidad distintivo

### Bruxers presents a distinctive style of personality

Laura Moncada A.<sup>1</sup>, Iris Gallardo R.<sup>2</sup>, Lía Aguilar M.<sup>3</sup>,  
Carolina Conejan N.<sup>3</sup>, Erik Dreyer A.<sup>4</sup> y Gonzalo Rojas A.<sup>5</sup>

*The purpose of this research protocol was to describe personality characteristics based on Theodore Millon's theoretical model in subjects with and without bruxism. The chosen population was students of the Dental School of University of Chile. The study sample was conformed by 62 subjects, 35 Bruxers and 27 non-bruxers. The study design was a comparative study. MIPS personality test results were compared among both groups. Results show that bruxers do possess distinctive personality characteristics in comparison with non-bruxers especially in the motivational goals and interpersonal area.*

**Key words:** *Bruxism, personality characteristics, millon index.*  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 105-113*

## Introducción

El concepto tanto de salud y enfermedad ha ido evolucionando desde un modelo bio-médico, que centraba el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y patofisiológicos del cuerpo humano<sup>1-3</sup>, hacia un modelo biopsicosocial<sup>4</sup>, en el cual se señala que toda enfermedad es de naturaleza multifactorial enfatizando la participación de factores psicológicos en el proceso de enfermar.

Diversos autores<sup>5-8</sup> sostienen que existen determinadas enfermedades donde los factores psicológicos cumplen un rol esencial y preponderante

tanto en la aparición como en el curso de la enfermedad.

El Modelo Biopsicosocial permite trabajar con las personas desde una perspectiva que incluye a la persona como una unidad. Por lo tanto, las explicaciones, causas y posibilidades de sanación abordan aspectos tanto biológicos como psicosociales, de manera de fomentar la unidad de la persona, apuntando a su comprensión y participación activa en la recuperación<sup>5</sup>.

El bruxismo es una parafunción oral crónica prevalente en la población y que impacta de manera importante en la vida de las personas que la padecen. En relación a la prevalencia, se estima

Recibido: 30 de junio de 2008

Aceptado: 20 de mayo de 2009

<sup>1</sup> Doctora en Psicología, Académica del Departamento de Psicología Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Psicóloga, Magíster © en Psicología Clínica. Académica del Departamento de Psicología Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Psicóloga, Universidad de Chile.

<sup>4</sup> Odontólogo, Académico de la Facultad de Odontología y del Servicio Dento-Máxilo-Facial, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

<sup>5</sup> Odontólogo y Psicólogo, Académico de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

que el bruxismo afectaría entre el 5% y el 20% de la población general<sup>9</sup> mientras que otros autores describen una prevalencia de hasta un 90%<sup>10</sup>.

Existen algunas publicaciones recientes sobre la relación entre factores psicológicos y la presencia de bruxismo, sin embargo, son pocos los estudios sobre la participación de factores de la personalidad en el desarrollo de bruxismo. Algunos estudios han identificado rasgos de personalidad en bruxistas que difieren significativamente de los no bruxistas. Los primeros serían reservados, rígidos, cautelosos, aprensivos y distantes, prefieren las cosas más que las personas, evitan compromisos y son afectados por sentimientos de inferioridad, presentan tendencia a angustiarse y con dificultades en la expresión de emociones, además de ser impulsivos, irritables, pesimistas, críticos y perezosos<sup>11,12</sup>. Otros destacan las dificultades de los pacientes bruxistas en expresar reacciones de agresividad hacia lo externo (extraagresión) dirigiendo la agresividad hacia ellos mismos (intraagresión), lo que implicaría falta de asertividad en situaciones de estrés<sup>13</sup>. Sin embargo, otros investigadores no han identificado diferencias entre características psicológicas de bruxistas comparado con no bruxistas<sup>14</sup>.

En este artículo, presentaremos el resultado del test de Millon en un grupo de universitarios Bruxistas y uno de No Bruxistas\*. El concepto de Estilos de Personalidad del modelo teórico de Theodore Millon es considerado adecuado para evaluar la personalidad de individuos con bruxismo, ya que al incorporar de manera dinámica diferentes perspectivas se constituye como una de las teorías más comprehensivas y explicativas que existen en la actualidad<sup>15,16</sup>.

El objetivo de esta investigación era entonces describir y comparar los estilos de personalidad en sujetos con y sin bruxismo.

## Metodología

### a) *Muestreo y reclutamiento de pacientes*

Se utilizó como muestra a estudiantes de la Universidad de Chile que cursaban la carrera de Odontología en los años 2005-2006. La selección de los participantes, se llevó a cabo por medio de un muestreo de tipo No Probabilístico, de sujetos voluntarios.

### b) *Criterios de inclusión de la muestra*

Sujetos de ambos sexos que cursaban tercero, cuarto o quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, con salud de sus articulaciones temporomandibulares, que tengan conciencia de bruxar y no estén en tratamiento.

### c) *Criterios de exclusión de la muestra*

De la muestra fueron excluidos pacientes que presenten patología en la articulación témporo-mandibular.

### d) *Bruxismo*

El *Bruxismo* se diagnosticó basado en los criterios del “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders” (Dworkin, 2002) versión en español, conocida como escala de Dworkin.

### e) *Estilo de personalidad*

Se diagnosticó basado en el perfil obtenido a través de las 24 escalas del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS).

La muestra quedó conformada por 62 participantes, que fueron distribuidos en Grupo Bruxista y Grupo No Bruxista después de aplicar la escala de Dworkin. El grupo Bruxista quedó conformado por 35 sujetos, 22 mujeres (63%) y 13 hombres (37%), cuyas edades iban desde los

\*Esta muestra corresponde al proyecto de investigación DI 04-28/2, titulado “Impacto de la Psicoterapia en la evolución clínica del Bruxismo y de la Artritis Reumatoidea” desarrollado por un equipo multidisciplinario e Interfacultad en el que participaron odontólogos, psicólogos y médicos, cuyo investigador responsable fue el Dr. Gonzalo Rojas y cuyos co-investigadores principales son Dr. Miguel Cuchacovich y la Dra. Laura Moncada, todos académicos de tres Facultades de la Universidad de Chile.

21 a 29 años (promedio de 23,1, dt = 1,98). El grupo no Bruxista quedó conformado por 27 sujetos 14 mujeres (52%) y 13 hombres (48%), cuyas edades iban desde los 18 a 29 años (promedio 21,6 dt = 3,0).

La variable en estudio corresponde a *Estilo de Personalidad* y la variable de segmentación de la muestra lo constituye la *Presencia/Ausencia de Bruxismo*.

La investigación corresponde a un estudio de tipo *Comparativo* que busca describir el Estilo de Personalidad en Individuos con Bruxismo a través del análisis estadístico, mediante la prueba t, entre los resultados de cada una de las escalas del MIPS en los grupos Bruxista y No Bruxista.

Para el análisis de datos y creación de tablas y gráficos se utilizó el programa Computacional Excel y programa estadístico SPSS versión en español 11.5.

## Resultados

Para efectos de comparación de resultados, en este estudio se utilizó el estadístico t de student, el cual permitió hacer una comparación estadística y conocer cuales son las escalas en que difirieron ambos grupos. Estos resultados se encontrarán en la Tabla 1.

Para comprender mejor el desempeño de los sujetos investigados, a través de los resultados de puntajes t, se destaca que hay 11 escalas con una diferencia estadísticamente significativa (p igual o menor a 0,10). Estas escalas están distribuidas mayormente en el área de Conductas Interpersonales donde se encuentran *Retraimiento*, *Comunicatividad*, *Firmeza*, *Sometimiento* y *Concordancia*. En el área de Metas Motivacionales se encuentra *Apertura*, *Preservación*, *Modificación* e *Individualismo*. Por último, en el área de Modos Cognitivos se encuentra *Sistematización*.

Se extrajo la puntuación de los distintos grupos en cada escala del MIPS lo que permite construir un perfil distintivo (Figura 1). A nivel general se observó que, las distintas áreas (Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas

Interpersonales, las tres dimensiones que Millon destaca) presentan diferencias respecto de sus características. Los resultados indican que estas diferencias, tal como se destaca en la Tabla 1, se ubican principalmente en el área de Conductas Interpersonales, luego en la de Metas Motivacionales y en menor grado en la de Modos Cognitivos.

Las escalas que difieren significativamente en el área de Metas Motivacionales son *Apertura* (t = 1,739; p = 0,087), *Preservación* (t = -1,876; p = 0,066), *Modificación* (t = 2,208; p = 0,031) e *Individualismo* (t = 2,302; p = 0,025). Las escalas de *Apertura* y *Preservación* se relacionan con la forma en que los sujetos se motivan por el deseo de obtener refuerzo positivo o evitar una estimulación negativa respectivamente. La escala de *Modificación*, evalúa en que medida las actividades del sujeto reflejan su disposición a modificar el mundo. Y, la escala de *Individualismo* está referida a la consideración de las necesidades propias en el logro de sus metas personales.

En el área de Modos Cognitivos, sólo se presentó una escala con diferencia significativa, a saber, la escala de *Sistematización* (t = 1,745; p = 0,086). Esto quiere decir, que el estilo de procesamiento de la información, se basa en la consideración de esquemas previos de conocimiento y no en la producción de estructuras de conocimiento nuevas.

Así mismo, en el área de Conductas Interpersonales, las escalas que resultaron significativamente distintas fueron *Retraimiento* (t = -1,835; p = 0,071), *Comunicatividad* (t = 1,940; p = 0,057), *Firmeza* (t = 2,063; p = 0,044), *Sometimiento* (t = -1,721; p = 0,090), *Control* (t = 3,325; p = 0,002) y *Concordancia* (t = -1,981; p = 0,055). Las escalas de *Retraimiento* y *Comunicatividad* plantean cómo el patrón de conducta social se orienta hacia el retraimiento o la sociabilidad. La escala de *Sometimiento* está referida a un modo de conducta sumisa, relacionada a experiencias de sufrimiento y displacer. Por el contrario, la escala de *Control* apunta a una conducta caracterizada por el dominio social y la seguridad en la manera de relacionarse. Por último, la escala de

**Tabla 1. Cuadro resumen de las escalas presentes en grupo Bruxista y no Bruxista derivada de los puntajes brutos y Prueba t**

Área	Escalas MIPS	Pjes. Brutos (PB)				Prueba "t"	
		Grupo Bruxista		Grupo No Bruxista		t	p
		Prom	Ds	Prom	Ds		
Metas motivacionales	Apertura	23	9	27	8	1,739	0,087*
	Preservación	18	12	13	11	-1,876	0,066*
	Modificación	29	9	34	8	2,208	0,031**
	Acomodación	18	10	15	10	-1,178	0,244
	Individualismo	19	6	23	7	2,302	0,025**
	Protección	29	8	30	8	0,36	0,72
Estilos cognitivos	Extroversión	22	11	26	10	1,625	0,109
	Introversión	13	9	10	7	-1,439	0,155
	Sensación	16	8	15	6	-0,242	0,81
	Intuición	22	11	24	9	0,765	0,448
	Reflexión	22	8	22	9	-0,004	0,997
	Afectividad	26	8	27	10	0,547	0,587
	Sistematización	37	12	41	9	1,745	0,086*
	Innovación	25	10	27	8	0,76	0,45
Conductas interpersonales	Retraimiento	22	11	17	9	-1,835	0,071*
	Comunicatividad	30	13	36	10	1,94	0,057*
	Vacilación	19	13	14	11	-1,633	0,108
	Firmeza	35	12	40	8	2,063	0,044**
	Discrepancia	17	7	17	7	0,215	0,831
	Conformismo	40	11	41	7	0,519	0,606
	Sometimiento	15	9	12	7	-1,721	0,09*
	Control	24	8	29	6	3,325	0,002**
	Insatisfacción	22	9	20	9	-0,806	0,423
Concordancia	34	8	30	7	-1,981	0,052*	

\*Significativo al 0,10; \*\*Significativo al 0,05.

*Concordancia* se refiere a la manera en que los sujetos expresan condescendencia y dependencia de los otros en su actuar.

Los hallazgos de este estudio (resumidos en la Tabla 2) nos permiten construir el perfil de personalidad de cada uno de los grupos de este estudio:

- En el área de las metas motivacionales los Bruxistas por un lado tienden a experimentar la vida de modo pesimista mientras los No B buscan obtener refuerzo positivo y tienden a experi-

mentar los sucesos de la vida de modo optimista. A su vez, los no B intentan modificar activamente los acontecimientos del entorno, y toman en cuenta sus propios puntos de vista para sus decisiones.

- Los no B a nivel cognitivo presentan una escala con puntaje significativo que sugiere que tienden a ser más conservadores en esta área y se afirman en los conocimientos previos más que en buscar estilos innovadores.

Tabla 2. Cuadro resumen de los rasgos de personalidad que se destacan en cada uno de los grupos de estudio derivados de los puntajes *t*

Áreas de evaluación	Escala MIPS presentes en cada grupo	
	Bruxista	No Bruxista
Metas motivacionales	Apertura <b>Preservación</b> Modificación Acomodación Individualismo Protección	<b>Apertura</b> Preservación <b>Modificación</b> Acomodación <b>Individualismo</b> <b>Protección</b>
Modos cognitivos	Extroversión Introversión Sensación Intuición Reflexión Afectividad Sistematización Innovación	Extroversión Introversión Sensación Intuición Reflexión Afectividad <b>Sistematización</b> Innovación
Conductas interpersonales	<b>Retraimiento</b> Comunicatividad Vacilación Firmeza Discrepancia Conformismo <b>Sometimiento</b> Control Insatisfacción <b>Concordancia</b>	Retraimiento <b>Comunicatividad</b> Vacilación <b>Firmeza</b> Discrepancia Conformismo Sometimiento <b>Control</b> Insatisfacción Concordancia

Aquellos rasgos que fueron significativos aparecen destacados en negrita.

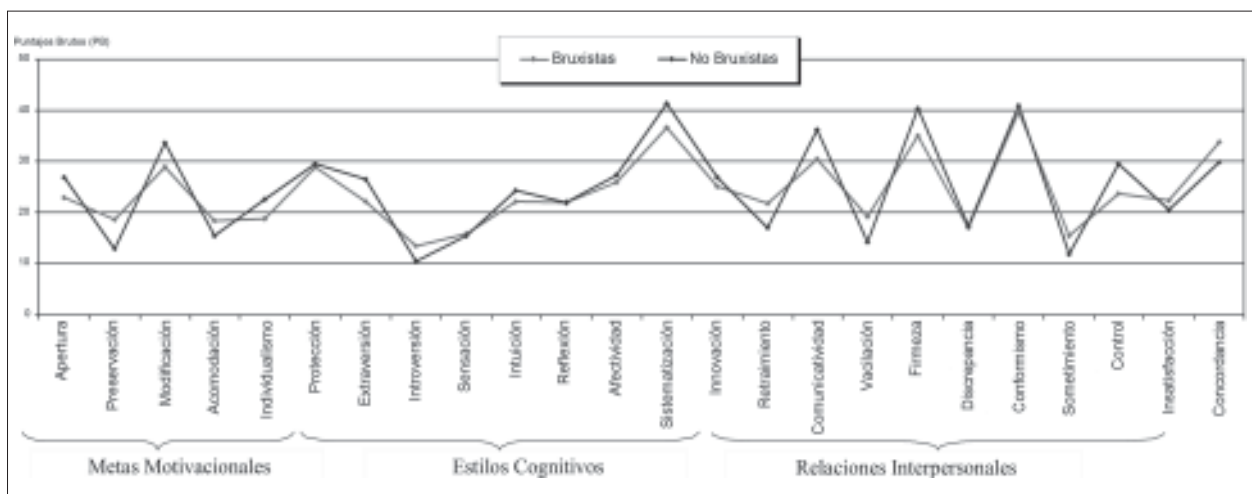


Figura 1. Comparación de escalas entre grupo Bruxista/No Bruxista.

- En el área interpersonal los bruxistas presentan un patrón de conducta basado en la indiferencia y el alejamiento social, como asimismo sería frecuente la falta de emotividad. Además, presentan un patrón de sumisión a los demás, acompañado de sufrimiento y sensaciones displacenteras. En esta área también aparecen como personas receptivas, simpáticas y maleables, estableciendo en aquellas ocasiones que se sientan seguros, buenos vínculos y lealtades fuertes con los demás.

- Por el contrario, los no B presentan una buena comunicatividad, con un patrón de gregarismo social donde buscan estimulación, excitación y atención constantes, acompañado de un patrón autoafirmativo. Suelen ser personas egocéntricas, talentosas y seguras de sí mismas, con conductas obstinadas, ambiciosas e intrépidas en esta área social.

## Discusión

Comparando los estilos de personalidad de ambos grupos es importante destacar el principal hallazgo de este estudio relativo a las diferencias encontradas entre ambos grupos en el área de la Metas Motivacionales y las Conductas Interpersonales.

En cuanto a los Metas Motivacionales el rasgo o característica que se asocia a la conducta Bruxista es la *Preservación* es decir la tendencia a experimentar la vida de modo pesimista.

Por el contrario los No Bruxistas presentan *Apertura, Modificación e Individualismo* lo que construye un perfil opuesto, tanto en la vivencia de sucesos vitales de modo optimista, como también a nivel conductual siendo activos para intentar modificar los acontecimientos del entorno y además considerar prioritariamente su opinión y propias motivaciones para sus decisiones vitales.

En cuanto a las Conductas Interpersonales los Bruxistas presentan *Retraimiento, Sometimiento y Concordancia* lo que construye un perfil en esta área de personas menos sociables, en ocasiones

indiferentes y también con una emotividad más pobre. En la relación hacia otros suelen presentar sometimiento y experimentan sensaciones de sufrimiento y displacer en lo social. En situaciones más protegidas pueden establecer buenos vínculos y lealtades fuertes, pero también debido a que son maleables pueden ser sometidas a los demás y experimentar mucho displacer.

Por el contrario, los No bruxistas en el área interpersonal presentaron *Comunicatividad, Firmeza y Control* destacando el gregarismo social y la tendencia al protagonismo, un patrón autoafirmativo y la presencia de un alto grado de ambición, seguridad en sus talentos y exposición de ellos, al mismo tiempo que son obstinados e intrépidos en esta área.

Estas diferencias en los perfiles parece muy interesante, ya que este estudio indica que los sujetos No Bruxistas presentan algunas características que se han asociado a la conducta asertiva, y por el contrario los Bruxistas carecerían de ella y probablemente se beneficiarían de la posibilidad de desarrollarla. Tal como se señalara en la introducción, este hallazgo es muy consistente con la observación y evaluación clínica de las sesiones psicoterapéuticas a las cuales fueron expuestos los sujetos Bruxistas de este estudio, en la investigación mayor que ya se reseñó. Es así como en la evaluación de las sesiones psicoterapéuticas en las que participaron, estos sujetos reportaron que se habían dado cuenta de sus carencias en el manejo y expresión de emociones, y habían avanzado en estos repertorios conductuales. Así mismo, se refirieron a vivencias de aislamiento y retraimiento donde en ocasiones dejaban de lado las interacciones sociales experimentando sentimientos de displacer, y por otro lado, también refirieron la experiencia de relacionarse en forma congraciata tratando de agradar, dejando de lado sus propios puntos de vista y siendo menos espontáneos. Por el contrario, desde los hallazgos teóricos empíricos los no Bruxistas se orientan a desarrollar un modo más optimista y activo de enfrentar situaciones que los sujetos Bruxistas; además los no Bruxistas poseen la tendencia a tomar sus decisiones basados más en sus

propios juicios personales considerando en menor proporción al resto de las personas para satisfacer sus necesidades. Todos estos aspectos, plantean entonces el desafío del diseño de un cuidadoso entrenamiento asertivo dentro de futuras intervenciones psicoterapéuticas con Bruxistas.

En cuanto a este hallazgo en la dimensión Conducta Interpersonal, existen investigaciones que se acercan a lo evidenciado en este estudio<sup>12</sup>, donde se estudiaron pacientes con bruxismo crónico, y se encontró que estas personas tienen dificultad para expresarse, mostrándose aprehensivos y tendientes a preocuparse en exceso; y por otro lado en un estudio muy reciente<sup>13</sup> donde se trabajó con sujetos con Desorden de los músculos masticatorios (MMD) y Bruxistas nocturnos (SB) los autores coinciden con nuestro hallazgo planteando que los Bruxistas nocturnos tienen una incapacidad de demostrar adecuadamente una conducta asertiva (self-assertiveness).

Existe otra evidencia que se asemeja a esta misma problemática y con resultados obtenidos en la misma dirección del presente estudio<sup>17</sup> cuyo autor sostiene que personas que no podrían afrontar situaciones conflictivas, y las rehúyen, tendrían a desarrollar bruxismo. Este autor además postula que habría factores de personalidad y culturales asociados a eludir el enfrentamiento de los eventos difíciles.

Por otro lado, en la literatura otro autor<sup>18</sup> postula que el hábito de rechinar los dientes estaría asociado al estrés, depresión, tensión y ansiedades emanadas desde la compleja interacción entre la persona y otros sujetos, el ambiente y también con ellas mismas. Precisamente, este autor señala que “los problemas de la vida cotidiana de las personas al no ser enfrentados directamente, por muy diversas razones (subjetivas y objetivas) se pueden convertir en conflictos no resueltos acompañados de comportamientos repetitivos, no siempre conscientes, pero sí inadecuados, que afectan grupos de músculos de manera traumática” (p. 249).

Lo que se observó clínicamente en esta muestra de sujetos Bruxistas, fue la presencia de estrés,

tensión y ansiedad, expresada a través de sus relatos, destacándose que el estrés era el estado más recurrente en estos sujetos, quienes estaban muy demandados por exigencias académicas. Igualmente demandados se encontraban los sujetos no bruxistas, lo que permitiría hipotetizar que la variable de personalidad sería contribuyente para la presentación del cuadro del bruxismo. Esta hipótesis requeriría nuevas evidencias empíricas que la confirmen o la refuten.

Adicionalmente, en la literatura hay una larga discusión donde se asocia la “agresividad” al Bruxismo, siendo un tema recurrente al revisar los estudios realizados en esta línea<sup>14,17,18</sup>. Los sujetos Bruxistas que participaron en los grupos psicoterapéuticos manifestaron en la evaluación final que se daban cuenta que la expresión de emociones y deseos quedaban bloqueados y almacenados en su mundo interno, a la espera de una mejor resolución. Esta problemática apunta al equilibrio entre la sumisión y la agresión, donde el sujeto debe aprender a buscar la mejor forma de expresión de sus necesidades. Esto concuerda con algunos<sup>13</sup> relativo a lo que él llama una conducta “intra-agresión”, donde el sujeto es incapaz de expresar abierta y atingentemente sus molestias o desacuerdos. Entonces, esta característica de funcionamiento inhibido, puede ser nuevamente interpretada como falta de asertividad (ausencia de repertorios conductuales que conduzcan a la expresión de las emociones y deseos por una vía exitosa) lo que resalta la importancia de priorizar un trabajo psicoterapéutico en esta área con bruxistas como se menciona anteriormente.

En este artículo tal como se dijo en la introducción, se presenta principalmente, los resultados de los análisis de los cuestionarios contestados por los alumnos. El objetivo final es comprender esta conducta, intentar prevenirla y poder tratarla desde el ámbito psicológico y odontológico en tratamientos integrales.

Todas las observaciones anteriores plantean el desafío de intentar comprender esta conducta con nuevos diseños metodológicos y en otro tipo de muestra en estudios posteriores.

A partir de los resultados obtenidos resulta evidente entonces, que el desarrollo de conductas asertivas, aprendizaje de una adecuada expresión emocional, un entrenamiento en conductas

interpersonales y el manejo del estrés sería fundamental en un trabajo interdisciplinario e integral entre la psicología y la odontología para un eficaz alivio y tratamiento de este trastorno.

### Resumen

*El objetivo del presente protocolo de investigación fue describir características de personalidad basadas en el modelo teórico de Theodore Millon en sujetos con y sin bruxismo. La población escogida fue la de los estudiantes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Chile. La muestra de estudio fue conformada por 62 sujetos, 35 Bruxómanos y 27 No-bruxómanos. El diseño del estudio fue de carácter comparativo. Las respuestas del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) fueron comparadas entre ambos grupos. Los resultados muestran que los Bruxómanos poseen características de personalidad distintivas en comparación con los No-Bruxómanos sobre todo en las metas motivacionales y el área interpersonal.*

**Palabras clave:** *Bruxismo, características de personalidad, inventario millon.*

### Referencias

1. De Miguel J. Antropología Médica en España. Barcelona, España: Editorial Anagrama, 1980.
2. Dethlefsen T, Dalhke R. La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades. Barcelona, España: Plaza Janés, 10 Edición, 2000.
3. Goic A. El Fin de la Medicina. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile, 2000.
4. Nieto-Munuera J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. Psicología Para Ciencias De La Salud: Estudio Del Comportamiento Humano Ante La Enfermedad. Madrid, España: Mcgraw Hill/ Interamericana, 2004.
5. Schnake A. Los diálogos del cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad (2ª ed.). Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos, 1996.
6. Schnake A. La voz del síntoma. (3ª ed.). Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos, 2004.
7. Middleton J. Yo (no) quiero tener cáncer. (4ª ed.). Santiago, Chile: Editorial Grijalbo, 2004.
8. Simonton y Henson. Sanar es un viaje. Barcelona, España: Urano, 1994.
9. Glaros A G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. J Prosthet Dent 1998; 145: 545-49.
10. Solberg W K, Woo MW, Houston J B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. J Am Dent Assoc 1979; 98: 25-34.
11. Fischer WF, O'toole ET. Personality characteristics of chronic bruxers. Behav Med 1993; 19 (2): 82-6.
12. Jorgic-Srdjak K, Ivezic S, Cekic-Arambasin A, Bosnak A. Bruxism and psychobiological model of personality 1998; 22 (suppl): 205-12.
13. Takemura, Takahashi, Fukuda, Ohnuki, Asunuma, Masuda, *et al.* A psychological study on patients with masticatory muscle disorder and sleep bruxism. Cranio 2006; 24 (3): 191-6.
14. Harness D M, Peitier B. Comparison of MMPI scores with self-report of sleep disturbance and bruxism in the facial pain population. Cranio 1992; 10 (1): 70-4.
15. Casullo M M. Concepciones teóricas de Theodore Millon acerca de los estilos de personalidad. In: Los Estilos de Personalidad: una perspectiva iberoamericana. Madrid, España: Edit. Miño y Dávila, 2000.
16. Sánchez-López M P. El MIPS (Millon Index of



- Personality Styles), como medida de los estilos de personalidad. In: Los Estilos de Personalidad: una perspectiva iberoamericana. Madrid, España: Edit. Miño y Dávila, 2000.
17. Zielinsky L. El Dolor Crónico Orofacial producido por Bruxismo y la utilización de la Terapia Cognitiva y el Counseling. Rev Cubana Ortodoncia 1997; 12 (1): 108-25.
18. Jiménez-Domínguez. El Bruxismo: Un Problema Psicodental. In: Echeverría E. Neurofisiología De La Oclusión. Bs. Aires, Argentina: Editorial Monserrate, 2000.

---

Correspondencia:

Laura Moncada A.

Fono: 9787806

Fax: 9787807

E-mail: lmoncada@uchile.cl

# Lenguaje oral en demencias frontotemporales. Experiencia personal y revisión del tema

## Oral language in frontotemporal dementia. Clinical experience and review

Archibaldo Donoso S.<sup>1</sup>, Paula Arecheta X.<sup>2</sup> y Rafael González V.<sup>2</sup>

*Frontotemporal dementia has 3 variants: frontal or behavioral (VF), progressive non fluent aphasia (APnF) and semantic dementia (DS). This one frequently starts as a progressive fluent aphasia (APF). In a series of 40 patients with clinical and brain imaging we found 31 VF, 6 APF and only 3 APnF cases. The oral language in VF patients was usually abnormal, non fluent and non informative; the number of ideas was reduced and some of them were out of context. Seventeen out of 31 VF had aphasia, and the deficit of oral comprehension was frequent. Their attitude was unusual, with severe dementia, apathy or euphoria. In groups APnF and APF the speech was fairly informative, dementia was less severe and their attitude (anxiety) more understandable than in the group VF. Fluency differentiates these groups. Only 2 subjects in the group APF had a nonverbal semantic defect that led to the diagnosis of SD. We conclude that in the VF, unlike the usual Alzheimer's disease, there is a loss of interest in the communication and in realize the attitude of the other.*

**Key words:** Frontotemporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 114-123*

### Introducción

Las demencias frontotemporales (DFT) son enfermedades neurodegenerativas que comprometen especialmente los lóbulos frontales y temporales y se presentan con alteraciones de la conducta y el lenguaje<sup>1,2</sup>. Son la tercera causa de demencia degenerativa, después de la enfermedad de Alzheimer (EA) y las demencias por cuerpos de Lewy<sup>3,4</sup>. Existen 3 subgrupos principales: a) la

variante frontal (VF), en que destacan las alteraciones de conducta y del afecto; b) la afasia progresiva no fluente (APnF), con anomia, laconismo, disartria y agramatismo; c) la demencia semántica (DS) con un defecto conceptual verbal y no verbal que habitualmente se inicia como afasia progresiva fluente (APF)<sup>5</sup>. Además se han incluido en el grupo de las DFT a la esclerosis lateral amiotrófica asociada a demencia (ELA-D), la parálisis supranuclear progresiva (PSP), la degene-

Recibido: 23 de marzo de 2009

Aceptado: 5 de mayo de 2009

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

<sup>1</sup> Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Fonoaudiólogo. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

ración corticobasal (DCB) y la apraxia del habla progresiva (AHP)<sup>2,6,7</sup>.

Para estudiar la expresión verbal en las DFT debemos recordar que en el lenguaje se distinguen 3 aspectos: contenido, forma y uso<sup>8</sup>. El contenido se refiere a las ideas; la forma a la selección y combinación de fonemas, léxico y elementos gramaticales; y el uso o pragmática, a la adecuación al contexto, a las circunstancias y los interlocutores. En las afasias vasculares se compromete fundamentalmente la forma del lenguaje, se seleccionan mal las palabras o los fonemas, los elementos gramaticales se usan mal; se pueden alterar el contenido o el uso, pero no son lo nuclear. En las DFT, así como en la enfermedad de Alzheimer (EA), pueden existir trastornos en los 3 aspectos del lenguaje<sup>1,9</sup>.

La AHP se asocia a atrofia prefrontal bilateral y generalmente es una taupatía, a semejanza de la PSP y DCB; y a veces se asocia a ellas<sup>6,7</sup>. En cambio, las apraxias del habla vasculares se deberían a lesiones de la corteza insular anterior<sup>10</sup>. Debe diferenciarse de una disartria progresiva, en la cual no existe variabilidad en la producción de los fonemas y que no se facilita con el lenguaje automático<sup>6</sup>. Puede asociarse a afasia en el lenguaje escrito<sup>11</sup>.

Las afasias progresivas pueden ser fluentes y no fluentes\*. En la APnF existe un lenguaje no fluente y agramático, a veces AHP. La atrofia predomina en la circunvolución frontal inferior, corteza premotora e insular anterior izquierdas. La fluidez verbal con clave fonológica está disminuida. Generalmente, presentan anomias y parafasias fonémicas, a veces repiten la sílaba inicial de la palabra; las parafasias verbales y neologismos son menos frecuentes. A pesar de estas dificultades su discurso es más informativo que fluente. En la escritura tienen paragrafias grafémicas y agramatismo<sup>9,12,13</sup>.

En la APF los pacientes presentan un lenguaje fluente con reducción en las palabras de contenido y circunloquios; la gramática está relativamente conservada. No hay parafasias fonológicas y sí múltiples parafasias semánticas<sup>9,13</sup>. En la DS existen APF y un defecto semántico verbal y no verbal, que se expresa en el lenguaje como anomia, parafasias semánticas, fracaso en asociar la descripción con el nombre, para comprender palabras aisladas; en el área no verbal se expresa como dificultad para reconocer o asociar dibujos, para reproducir dibujos de memoria (a pesar de copiarlos bien)<sup>3,9,13,14</sup>. En la DS la atrofia es temporal anterior bilateral; puede predominar a derecha con prosopagnosia, torpeza social, falta de introspección, o a izquierda con anomia, defectos en la comprensión verbal, en lectoescritura<sup>1,5,12,15</sup>. Por otra parte, las áreas de compromiso del hemisferio izquierdo en pacientes con APF y APnF se sobreponen<sup>13</sup>.

Los límites entre DS y APF no son claros; según Mesulam el paciente con APF reconoce el uso y propiedades de los objetos; en la DS el defecto semántico impide hacerlo<sup>16</sup>. Otros autores plantean que el cuadro puede iniciarse como APF y después falla la capacidad semántica<sup>9,13,17</sup>. Un caso que hemos seguido por años presentaba compromiso frontal (apatía y cambio de hábitos alimentarios) y temporal izquierdo (APF) sin defectos semánticos no verbales, acorde con las ideas de Mesulam<sup>16,18</sup>.

En la VF se alteran las funciones ejecutivas; en el lenguaje esto se manifiesta como defectos en su uso y contenido. Se altera la espontaneidad del discurso, su adecuación a las expectativas del interlocutor, la coherencia del relato; les cuesta comprender y usar inferencias, (expresan sus deseos en forma directa, menos cortés), no comprenden los sarcasmos<sup>1,3,9,19</sup>. La pérdida de coherencia se ha asociado a la atrofia frontal dorso-

\*Se ha descrito una tercera forma, la afasia progresiva logopéica, con discurso poco fluente, anomia, parafasias fonémicas y defectos en la repetición, con buena comprensión salvo agramatismo receptivo, similar a una afasia de conducción. Presenta atrofia temporal posterior y parietal inferior izq. Este cuadro se asocia al genotipo ApoE 4 y al depósito de compuesto Pittsburgh en la corteza, lo que sugiere que podría corresponder a una EA más que a DFT<sup>12,13</sup>.

lateral derecha<sup>20</sup>. Además la falla ejecutiva se expresa como dificultad en acceder al léxico y en la memoria de trabajo verbal (fonológica y ortográfica). En los enunciados se pueden encontrar estereotipias, ecolalias, perseveraciones; pueden agregarse afasias progresivas y suelen llegar al mutismo.

El objetivo de este trabajo es mostrar los defectos de algunos aspectos del lenguaje oral expresivo en pacientes con DFT.

## Material y Método

Desde hace más de 30 años aplicamos a nuestros pacientes con defectos cognitivos una pauta de evaluación neuropsicológica clínica que incluye lenguaje (denominación, interpretación de proverbios, discurso descriptivo, repetición, comprensión de órdenes y de estructuras gramaticales, lectoescritura), memoria, razonamiento, cálculo, esquema corporal orientación, estado emocional, atención, etc. Entre 1981 y comienzos de 2008 encontramos 40 casos que cumplían con los requisitos diagnósticos de las DFT que se presentan en la Tabla 1<sup>21</sup>, tenían TC o RNM cerebral y registro de la descripción de la Lámina 1 de la

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de DFT<sup>21</sup>**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambios conductuales o cognitivos que se expresan como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio precoz y progresivo de la personalidad, con dificultad en controlar la conducta, con respuestas o acciones inadecuadas</li> <li>- Cambio precoz y progresivo del lenguaje, con dificultad para expresarse, nominar o acceder al significado de las palabras</li> </ul> </li> <li>2. Estos cambios causan un defecto significativo en la actividad social y/o laboral, y representan una caída significativa con respecto al funcionamiento previo</li> <li>3. El curso se caracteriza por un comienzo insidioso y pérdida progresiva de las capacidades</li> <li>4. Los defectos no se presentan exclusivamente en el curso de un delirium</li> <li>5. El diagnóstico no puede ser atribuido a otras afecciones psiquiátricas (por ejemplo depresión)</li> </ol>
--

prueba de Boston<sup>22</sup>. La naturaleza del registro (fichas de registro sistemático pero no prospectivo) hizo que las fichas debieran ser revisadas más de una vez antes de incluir o excluir los pacientes en alguno de los subgrupos. Por otra parte, el discurso fue transcrito por uno de nosotros (AD) al correr de la pluma, y no como una grabación transcrita por expertos en fonética como habría sido de desear. El grado de demencia se clasificó en dos niveles: moderada y severa. En las demencias severas los pacientes tenían apraxias (ideatoria y constructiva fueron las más frecuentes), afasia sensorial (en el grupo VF), síndrome de Gertsman, gran pérdida de iniciativa y muchas veces no rendían en las tareas propuestas. Cuando se les aplicó un MM o MPC el puntaje fue 50% o menos del máximo.

Los sujetos eran 18 hombres y 22 mujeres con un promedio de edad de 61,35 años; 6 fueron diagnosticados como APF, 3 como APnF, 31 como VF. Los criterios diagnósticos para cada subgrupo se presentan en la Tabla 2<sup>23</sup>; pero la

**Tabla 2. Criterios diagnósticos de las variantes de DFT<sup>23</sup>**

<p>Variante frontal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comienzo insidioso y progresión gradual</li> <li>2. Deterioro precoz de la conducta social</li> <li>3. Deterioro precoz de la regulación de la conducta personal</li> <li>4. Embotamiento emocional precoz</li> <li>5. Pérdida precoz de la introspección</li> </ol> <p>Demencia semántica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comienzo insidioso y progresión gradual</li> <li>2. Defecto del lenguaje con discurso fluente vacío, pérdida del significado de las palabras o parafasias semánticas</li> <li>3. Defectos en el reconocimiento de rostros familiares y objetos</li> <li>4. Respeto del pareo visual y copia de dibujos</li> <li>5. Respeto de la repetición de palabras</li> <li>6. Conservación de la lectura en voz alta y de la escritura al dictado de palabras de ortografía regular</li> </ol> <p>Afasia progresiva no fluente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comienzo insidioso y progresión gradual</li> <li>2. Habla espontánea no fluente con agramatismo y/o parafasias fonémicas y/o anomia</li> </ol>
---

evaluación semántica no verbal se aplicó sólo a algunos casos y por eso nuestros grupos fueron VF, APnF y APF. Sólo en dos casos de APF la asociación con demencia moderada y un defecto semántico no verbal permitió concluir que existía una DS<sup>14</sup>.

## Resultados

Se presentan en las Tablas 3, 4 y 5; se mostrarán sucesivamente los hallazgos en los grupos VF, APF y APnF.

En el grupo VF (31 casos) la mayoría de los casos mostró una demencia severa, alteraciones de la afectividad (apatía, euforia, irritabilidad, escasa ansiedad), dependencia ambiental, afasias, apraxias y elementos del síndrome de Gertsman. La mayoría mostró defectos práxicos, ya sea por apraxia (constructiva, ideatoria o ideomotora) o por no rendir en esas tareas; sólo en 10 casos la función práxica fue normal. El síndrome de Gerstmann completo se encontró en 18 casos, en 3 fue incompleto y en 4 casos el paciente no rindió; sólo 6 casos rindieron normalmente en esas tareas. El síndrome de dependencia ambiental se

exploró en 26/31 casos y en la mayoría estuvo presente, pero muchas veces era transitorio o parcial: al preguntarle por qué imitaban o usaban objetos puestos frente a ellos sin pedírselo, algunos pacientes decían “creí que debía hacerlo” y luego se abstendían de realizar la imitación o uso de objetos.

Los hallazgos del lenguaje se presentan en las Tablas 4 y 5. El discurso fue no fluente y no informativo en la mayoría de los casos VF, y en 2 casos existía un mutismo. Diecisiete sujetos presentaron algún tipo de afasia, y sólo en 3 el lenguaje fue considerado normal; dos tercios tenían un defecto evidente en la comprensión auditiva. En el discurso descriptivo se apreció reducción del número de ideas, que muchas veces eran incompletas y a veces no atingentes. La pobreza del discurso se expresó en la reducción del número de palabras; la relación entre palabras de contenido (sustantivos, verbos, adjetivos) y funcionales (preposiciones, adverbios, conjunciones) fue similar a lo normal. En concordancia con sus afasias, se registraron parafasias de diferentes tipos; también se observaron perseveraciones en palabras, frases e ideas.

En 3/6 casos del grupo APF las demencias fue-

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes con DFT

Diagnóstico y n	Variante frontal n = 31	Afasia fluente n = 6	Afasia no fluente n = 3	Control n = 5
Sexo femenino	15/31	5/6	1/3	3/5
Edad años	59,7	58,7	65,0	> 60
Evolución años	3,3	2,8	2,0	-
Escolaridad años	9,7	8,5	13,3	> 6
% demenc. severa	77,4	50	33	0
% apatía	61,3	16,7	-	0
% euforia y/o pueril	32,3	-	-	0
% irritable	22,6	-	-	0
% ansioso	6,5	66,7	66,7	0
% afasia	61,3	100	100	0
% apraxias y/o no rinde	67,7	66,6	33,3	0
% sd.Gerstmann	58,1	33,3	33,3	0
% dependencia ambiental	65,4	50	33,3	0

**Tabla 4. Discurso descriptivo oral de los pacientes con DFT**

Diagnóstico	V. frontal	AP fluente	AP no fluente	Control
<i>Discurso</i>				
Fluente/no fluente	14/17	6/0	0/3	5/5
Informativo/no inf.	10/21***	2/4	0/3	5/5
<i>Ideas/sujeto</i>				
- Total	2,6	4,5	1,4	8,4
- Completas	0,3	0,2	0	7,8
- Incompletas	2,3	4,3	1,3	0,6
- Atingentes	1,6	1,5	0,7	6,6
- Inatingentes	1,0	3,0	0,7	0,0
<i>Palabras/sujeto</i>				
Total	33,3	50,7	28,3	59,4
- De contenido	16,5	20,8	14,7	23
- Funcionales	16,9	29,8	13,7	26,6
<i>Errores gramaticales/sujeto</i>				
Agramatismo	0,1	0,5	0,3	0,0
Disintaxis	0,3	0,5	0,7	0,0
<i>Parafasias/sujeto</i>				
Fonémicas	0,3	1,0	1,3	0,0
Semánticas	0,3	0,7	0,0	0,4
Verbales	0,2	0,8	0,3	0,0
Neologismos	0,5	0,8	1,3	0,0
Totales	1,3	3,3	2,9	0,4
<i>Perseveración/sujeto</i>				
Palabras	0,7	0,5	0,7	Np
Ideas	0,3	0,2	0,3	Np
<i>Pausas/sujeto</i>				
	7,5	9,0	17,0	4,4

\*\*\*Incluye 2 casos de mutismo.

ron severas (no tanto como para no rendir), en los otros 3 fueron moderadas. Cuatro presentaron apraxias; los signos de dependencia ambiental y el síndrome de Gerstmann fueron menos frecuentes que en el grupo anterior. Su actitud era más adecuada, sólo 1 era apático y 4 mostraron ansiedad. El discurso fue fluente pero poco informativo, lo que es concordante con los tipos de afasia (Wernicke, sensorial transcortical, amnésica). Esto se expresaba en que el número de palabras era cercano a lo normal, pero con menor número de ideas atingentes y completas.

Usaron más palabras funcionales que de contenido (sustantivos, verbos y adjetivos), pero la proporción era próxima a la del grupo control. Existían circunloquios, parafasias verbales, parafasias fonémicas y neologismos. Se detectaron perseveraciones de ideas y de palabras. Finalmente, a pesar de ser afasias fluentes presentaban más pausas que los normales, generalmente por anomia.

Sólo 1 de los 3 sujetos del grupo APnF tuvo una demencia severa, con apraxias, síndrome de Gertsman y dependencia ambiental; los otros

Tabla 5. Otros aspectos del lenguaje oral en los pacientes con DFT

Diagnóstico y n	V. frontal n = 31	AP fluente n = 6	AP no fluente n = 3
Afasia	17	6	3
Wernicke	5	3	-
Sens. transcortical	1	1	-
Amnésica	6	2	-
No fluente mixta	5	-	2
Broca	-	-	1
Defecto discurso (no afásico)	21 (2 mutismo)	-	-
<i>Denominación</i>			
% correcto	54,4	56,2	58,3
Casos con parafasiasfonémicas o neologismos	6	3	2
Casos con parafasias verbales o circunloquios	17	3	1
Casos que comprenden sólo órdenes simples	11	1	1
Casos que repiten bien frases cortas	15	2	0

2, con menor deterioro cognitivo, mostraron ansiedad persistente. Dos de las afasias fueron no fluentes mixtas y la otra de Broca; fallaron en la repetición más que en la comprensión. Su discurso era no fluente y poco informativo, con muchas pausas, con agramatismo o disintaxis; el número de palabras fue menor que en los otros grupos y usaron más palabras de contenido que funcionales. Las perseveraciones fueron similares a los de los otros grupos.

## Discusión

El diagnóstico definitivo de DFT es histológico, comprobación con la cual no contamos en nuestro medio<sup>21,24</sup>. Sin embargo, hemos logrado encontrar todas sus variantes (VF, APF y DS, APnF); además hemos visto AHP, ELA-D, PSP y DCB a las cuales no nos referiremos en este momento. La proporción de estas formas difiere de lo descrito, ya que hay escasa representación de la DS y de la APnF<sup>1,2,4</sup>. En el caso de las DS, atribuimos su escaso número a que en varias ocasiones deberíamos haber evaluado la capacidad de asociación semántica y no lo hicimos<sup>14</sup>. Con respecto a las APnF, se perdió sólo un caso en que

no se había registrado la descripción oral de la lámina 1 del test de Boston.

En la VF existía generalmente una demencia severa, muchas veces acompañada de afasias, apraxias y síndrome de Gertsman; o sea evidencias de un compromiso temporal posterior y parietal. Estos pacientes habitualmente eran anosognósicos y el afecto predominante era la apatía o la euforia pueril. La severidad de estos cuadros contrasta con el espectro de pacientes con EA, ya que hemos visto desde el adulto mayor que consulta por temor a la demencia, el deterioro cognitivo leve amnésico y las demencias de severidad muy diversa<sup>25</sup>. Sólo excepcionalmente hemos encontrado un paciente que tenía una DFT inicial (no incluido en esta serie por ser muy reciente). Esto nos hace suponer que si un adulto mayor presenta fallas de la memoria, él mismo o su familia sospechan una enfermedad cerebral y consultan a un neurólogo; en cambio, si presenta alteraciones conductuales puede ser rechazado por su familia o si consulta a un especialista, sería un psiquiatra. Por otra parte, los pacientes con APF y APnF, que comenzaron con defectos del lenguaje, consultaron antes, con menos tiempo de evolución y menos deterioro cognitivo.

Existiendo en muchos pacientes con VF una

demencia y una afasia, no es raro que el discurso sea generalmente no informativo y pobre, con ideas incompletas o no atingentes, a veces perseverativas, con anomia y parafasias si existía afasia<sup>9</sup>. Si hubiéramos analizado un discurso narrativo extenso, como hizo Ash, probablemente habríamos pesquisado más fácilmente las faltas de coherencia<sup>20</sup>.

En el grupo APF el defecto del lenguaje había precedido y era más importante que la demencia, y su actitud era mayoritariamente de ansiedad y no de apatía. Sin embargo, se ha señalado que su conducta es menos adecuada que la de los pacientes con APnF y cercana a la de los pacientes VF<sup>15</sup>. El discurso era más fluente que en este último pero no era informativo; existía una reducción moderada del número de ideas, pero muchas eran no atingentes o incompletas. Eran frecuentes la anomia y las parafasias, tuvieron mayor proporción de parafasias semánticas y verbales; pero también encontramos parafasias fonémicas (que serían características de las APnF)<sup>9,13</sup>. Además existía una discreta reducción de las palabras de contenido frente a las funcionales. La mayoría tuvo defectos en la comprensión de órdenes de más de 1 ó 2 elementos y en la repetición de frases con más de 3-5 palabras. Estos pacientes generalmente repiten bien sustantivos aislados pero fallan al señalar el referente de la palabra<sup>26</sup>. Nuestros casos repetían y señalaban bien, pero los dibujos correspondían a objetos frecuentes y muy diferentes entre sí, lo que lo hace una tarea poco sensible; en el trabajo de Hodges, debían buscar el referente en una serie de objetos similares, por ejemplo aves con largas patas y pico prominente<sup>2,26</sup>.

En el grupo APnF, de sólo 3 pacientes, encontramos 2 afasias no fluentes mixtas y una afasia de Broca. Fueron los pacientes más lacónicos, emplearon menos del 50% de las palabras usadas por el grupo control; su discurso fue poco fluente y poco informativo, con numerosas pausas y mala repetición. Esta mala repetición se asociaría a una comprensión adecuada de palabras aisladas y contrastaría con la de pacientes con DS, que no comprenden por su defecto semántico

pero repiten ya que la fonología está respetada<sup>9,26</sup>. El mayor compromiso fonológico también se expresa en el predominio de parafasias fonémicas y neologismos<sup>9,13</sup>. Sólo uno de ellos tuvo una demencia severa y otros defectos importantes; los otros 2 mostraban marcada ansiedad por sus limitaciones, lo que nos hizo suponer hace años que la ansiedad, más importante que en pacientes con afasias vasculares, era parte del cuadro clínico<sup>27</sup>.

Con respecto a la comprensión auditiva, sólo 1/3 de los pacientes VF tuvo una comprensión normal o casi normal; 2/3 de ellos fueron incapaces de comprender órdenes simples con 3 ó 4 elementos o estructuras gramaticales pasivas (“el perro es perseguido por el niño”). Los defectos eran especialmente notorios en los pacientes con afasias fluentes y/o demencias severas. Se ha hecho hincapié en que la comprensión de una frase (más allá de las palabras aisladas a las cuales se hizo referencia a propósito de la DS) implica un procesamiento gramatical y recursos ejecutivos, especialmente memoria de trabajo<sup>9,28</sup>. Los sujetos con APnF fallaron con las sentencias gramaticalmente complejas, al tiempo que la activación metabólica en la corteza frontal inferior izquierda ventral (asociada al procesamiento gramatical) era menor que lo normal. En cambio sujetos con VF (sin afasia), con mala comprensión de frases largas, tenían un déficit en la activación metabólica de la corteza frontal inferior izquierda dorsal (asociada con la memoria de trabajo)<sup>28</sup>. Finalmente, a propósito de los pacientes que no rendían al darles instrucciones verbales (o gestuales), podemos plantear que en ello influían el defecto en comprensión lingüística (o de la pantomima), el defecto en la comprensión de la situación y el defecto emocional.

La biología molecular de estas afecciones es un tema de interés. La APnF asociada a AHP, con atrofia premotora, del área motora suplementaria y frontal pósteroinferior, generalmente es una taupatía. En cambio, si no hay AHP y existe atrofia frontal posteroinferior izquierda, es una proteinopatía TDP-43 con ubiquitina, así como la DS con atrofia temporal anterior, la VF



con atrofia frontal medial y temporal anterior y la ELA-D<sup>6,7</sup>. En algunas ocasiones la VF presenta la patología característica de la enfermedad de Pick y corresponde a una taupatía<sup>7</sup>. Por otra parte, se ha comprobado que cuadros con clínica de DFT (APF, APnF, DS y VF) pueden corresponder, aunque sea excepcionalmente, a una EA<sup>29,30</sup>.

Para terminar, podemos comparar nuestras observaciones con lo que hemos visto en los pacientes con EA. A primera vista, los resultados son muy similares: hay afasias, alteraciones del contenido del discurso, pobreza de ideas, a veces aparición de ideas no atingentes<sup>31</sup>. Sin embargo, el comienzo como afasia progresiva es relativamente frecuente en las DFT y excepcional en la EA<sup>29,30</sup>. Existen diferencias en algunas tareas, por ejemplo en fluidez verbal los pacientes con EA rinde menos en fluidez semántica que fonológica y repite ítems (por su falla de memoria episódica); en cambio, en la DFT está peor la fluidez fonológica (por la falla ejecutiva) y no repiten<sup>32</sup>. En la DS la fluidez verbal estaría afectada porque

las lesiones temporales izquierdas interfieren con la capacidad semántica pero existe relativo respeto hipocámpico (memoria episódica).

La diferencia más importante en el diálogo sería la actitud del paciente. Si comparamos pacientes con EA y con VF, sin afasia, en los primeros se aprecia conservación de las convenciones sociales y la cortesía (“fachada social”), y actitudes inadecuadas por apatía y prescindencia o proximidad excesiva en los otros. En la EA tiende a conservarse la intención comunicativa, el deseo de transmitir o recibir la información; en la DFT se altera o se pierde en forma precoz<sup>33</sup>. Si reconocemos que un diálogo es más que un intercambio de información lingüística, podemos señalar que el paciente con EA es más sensible al modo en que se le responde (con afecto o con dureza) que el paciente con DFT. No hemos medido esta actitud, no contamos con instrumentos confiables y válidos para hacerlo; pero creemos el diagnóstico clínico también debe basarse en impresiones.

## Resumen

*Las variantes de las demencias frontotemporales son la variante frontal (VF), la afasia progresiva no fluente (APnF) y la demencia semántica (DS), que se inicia como afasia progresiva fluente (APF). En una serie de 40 pacientes con estudio clínico e imagenológico encontramos 31 casos VF, 6 casos APF y 3 APnF. El lenguaje de los casos VF sólo a veces fue normal; se caracterizaba por ser poco informativo y poco fluente, con reducción de las ideas atingentes y aparición de ideas no atingentes o perseverativas. Diecisiete eran afásicos y 2/3 tenían defectos de comprensión. Su actitud era inadecuada, con demencia severa, apatía o euforia. En los grupos APF y APnF el discurso era relativamente informativo; la demencia era menos severa y la actitud más comprensible (ansiedad) que en el grupo VF. La fluidez diferenciaba esos grupos. Sólo en 2 sujetos del grupo APF se comprobó un defecto semántico no verbal que permitió diagnosticarlos como DS. Se plantea que en la VF, a diferencia de la enfermedad de Alzheimer, existe una pérdida del interés comunicativo y del darse cuenta de la actitud del otro.*

**Palabras clave:** Demencia frontotemporal, afasia progresiva, demencia semántica.

## Referencias

1. Snowden J S, Neary D, Mann D. Frontotemporal lobar degeneration: frontotemporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. Churchill Livingstone, London 1996.
2. Knibb J, Kipps Ch, Hodges J R. Frontotemporal dementia. *Curr Op Neurol* 2006; 19: 565-71.
3. Graham A, Hodges J R. frontotemporal dementia. *Psychiatry* 2008; 7: 24-8.
4. Johnson J, Diehl J, Mendez M, Neuhaus J, Shapira J, Forman M, *et al.* Frontotemporal lobar degeneration. *Arch Neurol* 2005; 62: 925-30.
5. Neary D, Snowden J S, Mann D. Frontotemporal dementia. *Lancet Neurol* 2005; 4: 771-80.
6. Josephs K A, Duffy J R, Strand E A, Whitwell J L, Layton K F, Parisi J E, *et al.* Clinicopathological and imaging correlates of progressive aphasia and apraxia of speech. *Brain* 2006; 129: 1385-98.
7. Josephs K A. Frontotemporal dementia and related disorders: deciphering the enigma. *Ann Neurol* 2008; 64: 4-14.
8. Bloom L, Lahey M. Language development and language disorders, Wiley & Sons eds, New York 1978.
9. Peelle J E, Grossman M. Language processing in frontotemporal dementia: a brief rerview. *Lang Ling Compass* 2008; 2: 18-35.
10. Odar J, Willock S, Baldo J, Wilkins D, Ludy C, Dronkers N. Clinical and anatomical correlates of apraxia of speech. *Brain & Lang* 2006; 97: 343-50.
11. Donoso A, González R, Venegas P. Anartria o apraxia del habla progresiva. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46: 124-8.
12. Gorno-Tempini M L, Brambati S M, Ginex B, Ohar J, Marcone A, Perani D, *et al.* The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia. *Neurology* 2008; 71: 1227-34.
13. Clark D G, Charuvastra A, Miller B L, Shapira JS, Mendez M. Fluent *versus* nonfluent primary progressive aphasia: a comparison of clinical and functional neuroimaging features. *Brain& Lang* 2005; 94: 54-60.
14. Donoso A, González R, González P, Pugin A. Demencia semántica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* (en prensa).
15. Rosen H J, Allison SC, Ogar J M, Amici S, Rose K, Dronkers N, Miller B L, *et al.* Behavioral features in sementic dementia vs other forms of progressive aphasia. *Neurology* 2006; 67: 1752-6.
16. Mesulam M M. Primary progressive aphasia. *Ann Neurol* 2001; 49: 425-32.
17. Grossman M, Ash S. Primary progressive aphasia: a review. *Neurocase* 2004; 10: 3-18.
18. González R, Vásquez C, Venegas P, Behrens M I, Donoso A, Massardo T. Afasia progresiva fluente ¿forma de presentación de demencia semántica? *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45: 53-50.
19. McDonald S. Frontal lobes and language. En: Stemmer B, Whitaker H, eds. *Handbook of the neuroscience of language*, 2008. Academic Press, San Diego.
20. Ash S, Moore P, Antani S, McCawley G, Work M, Grossman M. Trying to tell a tale: discourse impairments in progressive aphasia and frontotemporal dementia. *Neurology* 2006; 66: 1405-13.
21. McKhann G, Albert M, Grossman M, Miller B, Dickson D, Trojanowski J Q. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Neurology* 2001; 58: 1803-9.
22. Goodglass H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y trastornos similares, 2ª. Ed. 1986, Ed. Panamericana, Madrid.
23. Neary D, Snowden J S, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Freedman M, *et al.* Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-54.
24. Kertesz A, McMonagle P, Blair M, Davidson W, Munoz D. The evolution and pathology of frontotemporal dementia. *Brain* 2005; 128: 1996-2005.
25. Donoso A, Venegas P, Villarroel C, Vásquez C. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 231-8.
26. Hodges J R, Martinos M, Woolams A, Patterson K, Adlam A-L. Repeat and point: differentiating semantic dementia from progressive non-fluent aphasia. *Cortex* 2008 doi.10.1016/j.cortex.2007.08.018.
27. Donoso A, Yulis J. Afasia progresiva sin demencia.

- Rev Chil Neuro-Psiquiat 1990; 28: 57-61.
28. Cooke A, DeVita Ch, Gee J, Alsop D, Detre J, Chen W, *et al.* Neural basis for sentence comprehension deficits in frontotemporal dementia. *Brain & Lang* 2003; 83: 211-21.
  29. Alladi S, Xuereb J, Bak T, Nestor P, Knibb J, Patterson K, *et al.* Focal cortical presentations of Alzheimer's disease. *Brain* 2007; 130: 2636-45.
  30. Galton C J, Patterson K, Xuereb J H, Hodges J R. Atypical and typical presentation of Alzheimer's disease, a clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathological study of 13 cases. *Brain* 2000; 123: 484-98.
  31. Donoso A, González R. Lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1995; 33: 51-6.
  32. Marcziński C A, Kertesz A. Category and letter fluency in semantic dementia, primary progressive aphasia and Alzheimer's disease. *Brain Lang* 2006; 97: 258-65.
  33. Kaczmarek B. Regulatory function of the frontal lobes: a neurolinguistic perspective. En: *The frontal lobes revisited*, E Perecman ed. New York, The IBN Press, 1987.

---

Correspondencia:

Archibaldo Donoso S.  
 Las Malvas 539, Las Condes, Santiago  
 Fono: (56-2) 224 2541  
 E-mail: [adonoso@redclinicauchile.cl](mailto:adonoso@redclinicauchile.cl)

# Cirugía de los meningiomas intracraneales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domenech”

## Intracranial meningioma surgery at the Neurosurgery Service of Provincial Academic Hospital “Manuel Ascunce Domenech”

Guillermo Pardo C.<sup>1</sup>, Fernando daConceição A.<sup>2</sup>, Jorge A. Casares D.<sup>2</sup>,

Oscarlyns Cardoso N.<sup>2</sup> y Ariel Varela H.<sup>1</sup>

*A descriptive observational study was run on all patients with intracranial meningiomas diagnosis at the Neurosurgery Department of the Academic Hospital “Manuel Ascunce Domenech”. The result was that intracranial meningiomas are more frequent in women in their forties and fifties, migraine, motor deficit and mental disturbances were the neurological signs and symptoms of main incidence. The most frequent location of the lesion was the frontal convexity and proved to be of the best level of surgical resection. The meningiothelial meningioma followed by the psammomatous were the predominant histological types as well as the respiratory complications. As for complications the CSF fistula and surgical sepsis were on the first place. These results are discussed and compared with national and international literature.*

**Key words:** Meningioma, location, histology.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 124-131*

### Introducción

Los meningiomas son tumores generalmente benignos que se originan de las células meningoteliales de las cubiertas aracnoideas, las cuales son una población única de células morfológicamente similares a las encontradas en la interfase de la aracnoides en desarrollo y la duramadre dentro de las cavidades intracraneal y

espinal<sup>1-3</sup>. Las células meníngeas primitivas se originan a partir de células de las crestas neurales y de células mesodérmicas que migran hacia el área del tubo neural en desarrollo. Aunque este tipo de células puede encontrarse en cualquier lugar de las meninges, tiene predilección en la vecindad de los grandes senos venosos, venas cerebrales importantes, en el área del plexo basilar, alrededor de la crista galli encima de la lámina

Recibido: 25 de mayo de 2009

Aceptado: 22 de junio de 2009

<sup>1</sup> Especialista de Segundo Grado en Neurocirugía

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Neurocirugía.

cribiforme, tubérculo selar, así como en los puntos de emergencia de los nervios craneales.

La mayoría de estas lesiones (95%) crecen de forma esférica, unilateral, con una base dural plana. Inicialmente crecen hacia el espacio aracnoideo y el parénquima cerebral en forma de capas concéntricas (capas de cebolla) y posteriormente hacia la duramadre, espacio epidural e incluso periostio<sup>1,4-7</sup>.

Los meningiomas son responsables de aproximadamente el 30% de las neoplasias incidentales encontradas en autopsias<sup>8</sup>. Generalmente, su incidencia aumenta con la edad, variando desde 0,3/100.000 en la niñez hasta 8,4/100.000 en pacientes de mayor edad<sup>12</sup>. La edad media de presentación es de aproximadamente 43 años en la mujer y 52 en los hombres, no obstante se reportan incluso en la novena década de la vida<sup>1,9</sup>. Aunque se considera que los meningiomas representan del 13,4% al 40% de las neoplasias intracraneales en dependencia de la serie analizada, la media se encuentra alrededor del 19%. Este tipo de neoplasia es dos veces más frecuente en mujeres que hombres, no comportándose de esta manera en la niñez<sup>1,10,11</sup>.

El sitio de localización más frecuente de los meningiomas intracraneales es la convexidad de los lóbulos cerebrales<sup>1,5,6,8</sup> y menos frecuente la base craneal<sup>1,4,12</sup>, siendo estos últimos mediales (surco olfatorio, tubérculo selar, dorso selar, clivales y del agujero magno), paramediales (techo orbitario, porción medial del ala del esfenoides, intracavernosos, cavum de Meckel y del ángulo pontocerebeloso) y laterales (porción lateral del ala menor del esfenoides).

Las manifestaciones clínicas de este tipo de lesión varían según la localización específica, pero de forma general ocasionan cefalea, crisis convulsivas en su mayoría focales, hemiparesia, trastornos oculares, alteraciones de las funciones psíquicas superiores e hipertensión endocraneana.

El tratamiento quirúrgico de los meningiomas debe estar encaminado a lograr la resección completa de la lesión sin ocasionar daños neurológicos adicionales<sup>1,13</sup>, lo que en ocasiones no puede lograrse por la localización de la lesión, la ve-

acidad de estructuras importantes o el tamaño considerable, por lo que se hacen necesarios otras modalidades de tratamiento tales como radioterapia y radiocirugía<sup>1,13-15</sup>.

La cirugía de los meningiomas intracraneales constituye un desafío para la Neurocirugía más que ninguna otra lesión. El hecho de que se originen en los más diversos sitios y puedan alcanzar un tamaño considerable antes que el paciente recurra a asistencia médica y comprometan no sólo las meninges, sino estructuras vecinas tales como vasos sanguíneos, senos venosos, senos aéreos, nervios craneales y parénquima cerebral; nos crea un reto constante en busca de mejores técnicas quirúrgicas y abordajes más anatómicos<sup>1</sup>.

## Sujetos y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y observacional de todos los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de meningioma intracraneal atendidos en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Doménech" de la provincia de Camagüey, desde enero de 2002 hasta diciembre de 2007.

La muestra estuvo formado por 48 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de meningioma intracraneal a los cuales se les aplicó una encuesta confeccionada según la bibliografía revisada, criterios e interés del servicio de neurocirugía que después de llenada por el autor se convirtió en la fuente primaria de información, utilizándose parámetros computarizables.

Las variables incluidas en el estudio fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas más frecuentes, localización y grado de resección quirúrgica, tipo histológico de la lesión y complicaciones. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de meningioma intracraneal atendidos por el servicio de neurocirugía desde enero de 2000 hasta diciembre 2005. Los criterios de exclusión fueron los pacientes a los que no se les pudo aplicar la encuesta por no estar disponible la historia clínica.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupos etáreos (años)	Femeninos		Masculinos		Total	
	n	%	n	%	n	%
26 - 35	2	4,2	1	2,1	3	6,3
36 - 45	11	22,9	1	2,1	12	25,0
46 - 55	12	25,0	3	6,3	15	31,3
56 - 65	6	12,5	4	8,3	10	20,8
66 - 75	5	10,4	3	6,3	8	16,7
Total	36	75,0	12	25,0	48	100,0

### Técnicas y Procedimientos

Se realizó una revisión de todos los casos con diagnóstico anatomopatológico de meningioma intracraneal que cumplieron los criterios de inclusión a los cuales se les aplicó la encuesta.

Los casos que se encuestaron llegaron al servicio de Neurocirugía a través de las consultas externas o de cuerpo de guardia, interconsultas con otras especialidades o casos detectados con exámenes imagenológicos. Estos fueron evaluados mediante la escala de Karnofsky, al diagnóstico y seis meses después del tratamiento quirúrgico; el grado de resección de la lesión se obtuvo aplicando la escala de Simpson.

### Resultados

De los 48 pacientes que formaban la serie, 36 fueron mujeres (75%) y 12 hombres (25%) con una proporción de 3:1. El grupo etáreo más afectado resultó ser el de 46-55 años.

Los síntomas y signos que propiciaron el diagnóstico fueron expuestos en la Tabla 2. La cefalea estuvo presente en casi el 98% de los casos, 32 pacientes presentaron déficit motor, y el 50% trastornos de conciencia. En 19 pacientes se presentaron trastornos en la esfera psíquica, de ellos 4 con diagnóstico de esquizofrenia. Las convulsiones estuvieron presentes en 21 casos: 9 con crisis focales, 6 con crisis generalizadas e igual número con crisis focales secundariamente generalizadas. A pesar de la baja frecuencia de menin-

Tabla 2. Manifestaciones clínicas

Manifestaciones	n	%
Cefalea	47	97,9
Déficit motor	32	66,7
Trastornos de conciencia	24	50,0
Trastornos de funciones psíquicas	19	39,6
Papiledema	11	22,9
Crisis cerebrales focales	9	18,8
Crisis generalizadas	6	12,5
Crisis secundariamente generalizadas	6	12,5
Trastornos de la olfacción	4	8,3
Ataxia	4	8,3
Abultamiento o depresión de bóveda	4	8,3
Disartria	3	6,3
Foster -Kennedy	2	4,2
Paresia de VI nervio craneal	2	4,2
Paresia de III nervio craneal	1	2,1

giomas en fosa posterior el papiledema estuvo presente en el 22,9% de la muestra. Y se apreció el síndrome de Foster-Kennedy en dos casos con lesiones a nivel del surco olfatorio.

La localización y el grado de resección quirúrgica se muestran en la Tabla 3. El 93,7% de los casos tenían lesión supratentorial y el resto la presentaba en el compartimiento infratentorial.

En 22 pacientes la lesión se localizó en la convexidad y 12 de estas a nivel frontal ( $p < 0,05$ ), 11 lesiones se hallaron en la localización parasagital: de ellas 5 a nivel anterior, 4 medio y 2

Tabla 3. Localización y grado de resección quirúrgica

Localización	Grado de resección					n	Total %
	No operado	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV		
Convexidad frontal		11	1			12	25,0
Convexidad parietal	1	2				3	6,3
Convexidad fronto-					1	1	2,1
Convexidad occipital		2			1	3	6,3
Convexidad temporal		2			1	3	6,3
P anterior		3	1		1	5	10,4
P medio			1		3	4	8,3
P posterior					2	2	4,2
Ala menor del esfenoides					3	3	6,3
Surco olfatorio			3	1		4	8,3
Diafragma selar		1		1	1	3	6,3
Tubérculo selar					1	1	2,1
Petroclival					1	1	2,1
Convexidad cerebelosa		1				1	2,1
Ángulo pontocerebeloso					1	1	2,1
Intraventricular					1	1	2,1
Total	1	22	6	2	17	48	100,0

posteriores. La base craneal estuvo afectada en 14 casos, siendo la base media la más afectada con 7 pacientes que representa el 50% de los casos con afectación de la base craneal: 3 a nivel del ala menor del esfenoides, 2 en el tuberculum selar y 2 en el diafragma selar. A nivel del surco olfatorio se hallaron lesiones en 4 pacientes para un 8,3% del total de casos. Sólo un caso presentó lesión intraventricular y no se observaron lesiones múltiples.

La Tabla 4 muestra los tipos histológicos encontrados al realizar el estudio patológico, el que se encontró con mayor frecuencia fue el meningotelial en 27 pacientes (56,3%), seguido de 10 casos con meningiomas psamomatosos, 4 con fibrosos, 3 transicionales, 3 angiomasos y 1 secretor.

Las complicaciones postoperatorias se muestran en la Tabla 5, las que se encontraron con más frecuencia fueron: infecciones respiratorias, fístula de líquido cefalorraquídeo, sepsis de la herida quirúrgica y áreas adyacentes epicraneales cada una de ellas con 6 casos (12,5%). La osteomielitis se observó en 3 casos (6,3%). En uno de

Tabla 4. Distribución según tipo histológico

Tipo histológico	n	%
Meningotelial	27	56,3
Psamomatoso	10	20,8
Fibroso	4	8,3
Transicional	3	6,3
Angiomaso	3	6,3
Secretor	1	2,1
Total	48	100,0

Tabla 5. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	n	%
Infecciones respiratorias	6	12,5
Fístula de LCR	6	12,5
Sepsis de la herida	6	12,5
Osteomielitis	3	6,3
Sangramiento digestivo	2	4,2
Meningoencefalitis	1	2,1
Tromboembolismo	1	2,1
Sepsis generalizada	1	2,1
Fallo multiorgánico	1	2,1
Muerte	5	10,4

nuestros pacientes el tromboembolismo pulmonar ocurrió 15 días después de la cirugía y afortunadamente la paciente egresó con evolución favorable.

En 5 pacientes (10,4%) ocurrió la muerte y las causas estuvieron dadas por: edema cerebral en tres de ellos, 1 por sangrado digestivo alto y otro por fallo multiorgánico secundario a sepsis generalizada. Uno de los fallecidos reportados en este estudio no fue intervenido quirúrgicamente y la causa directa de su muerte fue el edema cerebral severo determinando durante la necropsia y discreta hemorragia adyacente al tumor, lo cual reduce la mortalidad de los casos operados al 8,3%.

## Discusión

En el presente estudio se han analizado las características de la cirugía de los meningiomas intracraniales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce D."

En cuanto a la distribución según edad y sexo encontramos resultado similar al expuesto por Gedlie que encontró un predominio de un 74% del sexo femenino<sup>16</sup>. Otros sin embargo, obtuvieron resultados con una proporción de 2:1 como los trabajos de Claus, Drake y Germano<sup>3,17,18</sup>. Algunos autores plantean que esta predominancia es válida sobre todo en la etapa reproductiva y que la menopausia o la ooforectomía doble son factores que invierten esta proporción. En la infancia y en el caso de los meningiomas atípicos y malignos existe un comportamiento similar<sup>1,3</sup>. La mayor incidencia de este tipo de tumores en las mujeres, la presencia de receptores estrogénicos, progestrogénicos y androgenitos, una asociación entre cáncer de mamas y meningiomas, y cambios de tamaño del tumor durante la fase lútea del ciclo menstrual y el embarazo sugieren una asociación de las hormonas y el riesgo de meningioma<sup>35,46</sup>.

Los resultados de la distribución según grupos coinciden con el estudio de 61 casos realizado por Gedlie, que mostró predominio en las

edades comprendidas entre 40 y 60 años con 49%, seguidos por el grupo de 20 a 40 años con 18 casos para un 30%. Otros autores plantean que a medida que aumenta la esperanza de vida por encima de los 70 años la incidencia de los meningiomas es 3 veces mayor<sup>19</sup>. Christensen y Helseth, comentan que la posible razón es que además del empleo de los métodos de estudios de avanzada así como su diseminación, está el hecho de un incremento en el número de exámenes realizados en los individuos de edad avanzada en relación con los menores de 70 años<sup>20</sup>.

En cuanto a las manifestaciones clínicas nuestro estudio coincide con los informes de Zarrabeitia, donde la cefalea estuvo presente en el 80,9% de los casos<sup>21</sup>; También Gedlie reportó 24 pacientes con este síntoma, mientras que las convulsiones las encontró en 10 casos e igual número con déficit motor<sup>16</sup>.

Con respecto a la localización y grado de resección quirúrgica, Zarrabeitia en un total de 110 casos observó 47 pacientes con lesiones a nivel de la convexidad y de ellos 24 con localización parasagital; describió 44 lesiones en la base: predominando los esfenoideas con 14 casos y reportó 4 pacientes con lesiones múltiples<sup>21</sup>. Gedlie en su reporte de 61 pacientes observó 21 casos con lesiones en la convexidad predominando las lesiones de convexidad propiamente dicha con 12 casos sobre los parasagitales con 9<sup>16</sup>. Cushing y Jääskeläinen reportaron de un 8 a un 18% de los casos de localización a nivel del surco olfatorio<sup>1,22,23</sup>.

Aproximadamente, el 90% de los meningiomas intracraniales se localizan en el compartimiento supratentorial a nivel de los desdoblamiento duros y alrededor de los senos venosos donde se encuentran las granulaciones aracnoideas. Otras localizaciones frecuentes son: ala menor del esfenoideas, surco olfatorio y tubérculo selar<sup>1,24-26</sup>. Todo lo anteriormente descrito está dado por el origen de estas lesiones a nivel de células meningoteliales en la membrana aracnoidea; hecho que permite la similitud de resultados reportados por los autores, incluyendo nuestra investigación. En los niños la incidencia



de los meningiomas infratentoriales es mayor oscilando entre 14 y 20%<sup>17,18</sup>.

Existe relación significativa entre la localización y grado de resección de la lesión, demostrando que en el mayor número de pacientes: 45,8% se logró un Simpson I y de ellos más del 50% tenían la lesión localizada en la convexidad, el resto se distribuyó equitativamente en las otras localizaciones. Le continuó en frecuencia la resección parcial, la misma fue realizada en el 35,4% de los casos, varios de ellos aún pendientes de cirugía para completar la resección. En los grados II y III se encontraron 6 y 2 casos respectivamente.

El objetivo principal de la cirugía en los meningiomas consiste en la exéresis total de la zona de implantación y del tejido óseo anormal o seno involucrado, siempre que no inflija daño adicional o no comprometa la vida del paciente<sup>1,26,27</sup>.

En el reporte de Gedlie se logró una exéresis total en 27 casos que representó el 44,3%, en 30 pacientes (49,2%) la exéresis fue parcial y en 4 pacientes no se realizó la operación<sup>17</sup>. En la literatura reciente no hallamos referencia que especifique el grado de resección de acuerdo a la gradación de Simpson en meningiomas intracraniales, puesto que existe una tendencia a referir exéresis total a los grados I, II y III, y en algunos casos se hace mención al grado 0; además la mayor parte de dichos reportes se basan en lesiones de localizaciones específicas. De cualquier forma en el presente estudio, al igual que en los reportes internacionales el tratamiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia fue la resección total. Al tener en cuenta este aspecto en la presente investigación se constató en 30 pacientes (62,5%) una exéresis total, en uno de ellos de localización parasagital frontal, esta se logró en tres tiempos. Muchos factores influyen en este aspecto; localización del tumor en relación a estructu-

ras neurales y vasculares, tamaño y consistencia del mismo, estado clínico del paciente así como condiciones institucionales y experiencia del cirujano<sup>1,28-30</sup>.

Analizando el tipo histológico es posible observar en la serie de Gedlie, de un total de 61 pacientes, 23 casos con meningiomas meningo-teliales (37,7%) seguido de psamomatosos y fibrosos con 14 y 10 casos respectivamente, 4 casos de cada una de las variedades anaplásicas y mixtas y 1 caso de tipo papilar, en su serie se incluyeron 2 casos con la categoría de hemangioblásticos y hemangiopericitomas, de manera tal que al excluir dichos pacientes, según las clasificaciones actuales, el porcentaje de los meningo-teliales es superior<sup>16</sup>. Estos resultados coinciden con nuestro estudio.

Basado en los reportes de la Organización Mundial de la Salud, más del 94% de los meningiomas son benignos, 4,7% son atípicos y el 1% anaplásicos<sup>31,32</sup>, en nuestro estudio todos los casos fueron benignos.

La mortalidad en los meningiomas está relacionado con la predisposición de estos pacientes a la hipercoagulabilidad y el tromboembolismo venoso; así como la hemorragia ocurrida por la gran vascularización muy frecuente en estas lesiones<sup>1</sup>.

Djindjian en una serie de 30 pacientes reporto una mortalidad del 16% en menores de 70 años y de un 23% en los mayores de 70. En la universidad de Cleveland en un reporte de 75 pacientes la mortalidad fue de 8%<sup>32</sup>. Black reporta una mortalidad de 14,3% en su serie quirúrgica<sup>33</sup>.

La importancia de la cirugía de los meningiomas en el contexto de la neuro-oncología es ya más que evidente, cabe esperar que las investigaciones sucesivas acerca de los procesos involucrados en este tipo de patologías puedan abrir nuevas puertas para su diagnóstico y tratamiento.

**Resumen**

*Se realizó un estudio descriptivo observacional de todos los pacientes diagnosticados de meningiomas Intracraneales en el Servicio de Neurocirugía del Hospital provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech". Se determinó que los meningiomas Intracraneales resultaron más frecuentes en mujeres de la cuarta y quinta décadas de la vida, la cefalea, el déficit motor y las alteraciones mentales fueron los signos y síntomas neurológicos de mayor incidencia. La localización más frecuente de la lesión fue la de la convexidad frontal y resultó ser la de mejor grado de resección quirúrgica. El meningioma meningotelial, seguido del psamomatoso fueron los tipos histológicos predominante y las complicaciones respiratorias, la fistula de LCR y la sepsis quirúrgica ocuparon el primer lugar en cuanto a complicaciones. Se discuten y comparan estos resultados con la literatura nacional e internacional.*

**Palabras clave:** Meningiomas, localización, histología.

**Referencias**

1. Mc Dermott W, Wilson C B. Meningiomas en Youmans JR, Neurological Surgery 4ta ed Saunders 2006.
2. Giuffrè R. Successful radical removal of an intracranial meningioma in 1835 by Professor Pecchioli of Siena. J Neurosurg 2004; 60: 47-51.
3. Claus E B, Bondy M L, Schildkraut J M, Wiemels J L, Wrensch M, Black P M. Epidemiology of intracranial meningioma. Neurosurgery 2006; 57(6): 1088-95.
4. George B, Anastasia C, Blanquet A, Kolb F. Cavernous Sinus Exenteration for Invasive Cranial Base Tumors. J Neurosurg 2006; 52: 772.
5. Ciric I, Roseblatt S. Suprasellar Meningiomas. J Neurosurg 2005; 49: 1372.
6. Bejjani G K, Cockerham K P, Kennerdell J S. Visual Field Deficit Caused by Vascular Compression from Suprasellar Meningioma: Case Report. J Neurosurg 2006; 50: 1129.
7. Rodríguez L, Rodríguez C, Cardosi-Durán J, Peña J A. The classic clinical and neuroimaging features of meningiomas are mimicked by other intracranial, supratentorial, expansive lesions. Rev Neurol 2005; 30: 907.
8. Nakamura M, Roser F, Michel J. The Natural History of Incidental Meningiomas. J Neurosurg 2006; 53: 62.
9. Mastronardi L, Ferrante L, Raed Q, Ferrari V. Intracranial Meningiomas in the 9th Decade of Life: A Retrospective Study of 17 Surgical Cases. J Neurosurg 2005; 36: 270.
10. Chan R C, Thompson G B. Morbidity, mortality and quality of life following surgery for intracranial meningiomas: a retrospective study in 257 cases. J Neurosurg 2004; 60: 52-84.
11. Modha A, Gutin P H. Diagnosis and treatment of atypical and anaplastic meningiomas: A review. Neurosurg 2006; 57: 538-50.
12. Pieper D R, Al-Mefty O. Management of Intracranial Meningiomas Secondarily Involving the Infratemporal Fossa: Radiographic Characteristics, Pattern of Tumor Invasion, and Surgical Implications. J Neurosurg 2004; 45: 231-4.
13. Kanat A, Sekhar L N, Akgami R. Patient-evaluated outcome after Surgery for Basal Meningiomas. J Neurosurg 2005; 51: 1530-35.
14. Sttaford S L, Pollock B E, Foote R L. Meningioma Radiosurgery: Tumor Control, Outcomes, and Complications among 190 Consecutive Patients. J Neurosurg 2005; 49: 1050-3.
15. Iwai Y, Yamanaka K. Gamma Knife Radiosurgery for the Treatment of Cavernous Sinus Meningiomas. J Neurosurg 2006; 52: 517-19.

16. Gedlie D Z. Meningiomas intracraneales: estudio topográfico-patológico 1977-1986. Tesis de grado. La Habana: INN; 1989.
17. Drake J M, Hoffman H J. Meningiomas in childhood. In Al Mefty, O., ed: Meningiomas. New York, Raven Press 2004; pp 145-52.
18. Germano I J, Edwards M S B, Davis R L. Intracranial Meningiomas in the first two decades of life. *J Neurosurg* 2004; 80: 447.
19. Bateman B T, Pile-Spellman J, Gutin P H, Berman M F. Meningioma resection in the Elderly: Nationwide Inpatient Sample, 1998-2002. *Neurosurg* 2006; 57: 866-72.
20. Christensen H C, kosteljanetz M, Johansen C. Incidences of Gliomas and Meningiomas in Denmark, 1943 to 1997. *Neurosurgery* 2005; 52 (6): 1327.
21. Zarrabetia Oviedo L E. Meningiomas intracraneales: aspectos clínicos y radiológicos que pueden favorecer su diagnóstico 1962-1976 .Tesis de grado. La Habana: INN; 1976.
22. Jääskeläinen J. Seemingly complete removal of histologically benign intracranial meningioma: Late recurrence rate and factors predicting recurrence in 657 patients. A multivariate analysis. *Surg Neurol* 2006; 26: 461.
23. Cushing H, Eisenhardt L. Meningiomas: Their Classification, Regional Behaviour, Life History and Surgical End Results. Springfield, Charles C. Thomas, 1938.
24. Taveras J M, Wood E H. Diagnóstico Neuroradiológico. Ed Revolucionaria; p 167-204. Primera edición. 2005
25. Grossman R G. Principles of Neurosurgery. Raven Press. New York. 1999.
26. Loven D, Hardoff R, Sever Z B, Steinmetz A P, Gornish M, Rappaport Z H, *et al.* Non-resectable slow growing meningiomas treated by hydroxyurea. *J Neurooncol* 2006; 67: 221-6.
27. Levine Z T, Buchanan R I, Sekhar L N, Rosen C L, Wright D C. Proposed Grading System to predict the extent of resection and outcomes for cranial base Meningiomas. *Neurosurgery* 2004; 45(2): 221.
28. Al-Mefty O. Meningiomas. New York. Raven Press, 2001, p. 382-8.
29. Aziz K M A, Froelich S C, Dagnew E, Jean W, Breneman J C, Zuccarello M, *et al.* Large sphenoid wing meningiomas involving the cavernous sinus: Conservative surgical strategies for better outcomes. *Neurosurg* 2005; 54: 1375-84.
30. Chan R C, Thompson G B. Morbidity, mortality, and quality of life following surgery for intracranial meningiomas. A retrospective study in 257 cases. *J Neurosurg* 2004; 60: 52.
31. Scheithauer B W. Tumors of the meninges: proposed modifications of the World Health Organization Classification. *Acta Neuropathol* 2003; 80: 343-54.
32. Djindjian A S. Meningiomas: Predictive Parameters. *Neurosurg* 2005; 47 (1): 149-62.
33. Black P McL. Meningiomas. *Neurosurgery* 2003; 32 (4): 643-57.

# Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral

## Benzodiazepine dependence at a primary care health center: Problem extension and orientations for its global handling

Mauricio Olivera V.<sup>1</sup>

*Addiction to benzodiazepines is a relatively unknown public health problem so as an extremely complex one between Primary Care Health (PCH) teams. Their usefulness for treatment of anxiety and other disorders, so as their abuse potential, are well known. In several reports, the use between PCH patients is to 30-40%, with 30% of self-prescription and 4% of addiction. 30% of prescriptions come from PCH physicians and they are frequently not justified. In a primary care center from the southeastern area of Santiago, 1081 Mental Health Program outpatients asked for attention over a six-months seeking period; addiction to benzodiazepines was diagnosed in 111 (10,3%), according to the DSM-IV criteria. Average age was 60 ys with female-to-male ratio of 3,3:1. 66,6% of them had at least one comorbidity, 20% of which was a mood disorder, 12,6% an anxiety disorder, 7% panic disorder, 9% sleep disorder, 4,5% dementia, 16% anxious-depressive disorder and 11% a personality disorder. Some directions for optimus managemente are proposed: determine the severity of addiction; gradual retirement of the drug when possible; careful prescription of BZD and developing and maintaining a solid and stable therapeutic relationship.*

**Key words:** Benzodiazepines; addiction to; Primary Care.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 132-137*

### Introducción

Desde la aparición del clordiazepóxido en 1959, más de 3.000 benzodiazepinas (BZD) han sido sintetizadas, 50 de las cuales están actualmente en el mercado. Su utilidad para el control de la ansiedad y como coadyuvante en otros

trastornos, tanto en psiquiatría como en la práctica médica general, es ampliamente reconocida, tal como su potencial de abuso y dependencia<sup>13,19</sup>.

La teoría más difundida en relación al mecanismo de acción hipnótico y/o sedante de estas drogas se centra en el GABA como el más conocido depresor endógeno del sistema nervioso cen-

Recibido: 6 de enero de 2009

Aceptado: 18 de marzo de 2009

<sup>1</sup> Médico-cirujano general, jefe de la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Carlos de Ancud (Chile).

tral. Se cree que el uso crónico de BZD resulta en una regulación negativa del receptor GABA-inhibidor y cambios configuracionales del complejo receptor-agonista, disminuyendo la sensibilidad al agonista. Estos cambios explicarían los fenómenos de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia asociados al consumo prolongado de BZD<sup>11</sup>.

## Epidemiología

En Brasil, la tasa semanal de consumo de tranquilizantes en la población general es de 8%, la gran mayoría por prescripción de médicos generales<sup>16</sup>. En Chile, un estudio poblacional en Santiago encontró una prevalencia anual en el uso de psicofármacos de 31,4% siendo mayor en mujeres que en hombres (38,9% vs 22,8%). Un 42,9% de la población había consumido alguna vez en su vida BZD y un 4,1% podía considerarse como dependiente a las BZD, un porcentaje tres veces más alto que el promedio mundial. Además, se encontró que un 28,9% de los psicofármacos consumidos eran automedicados<sup>6</sup>. En 1988 en Concepción, se reportó que un 58% de las BZD se expendían sin prescripción médica y que de la automedicación en mujeres, un 85% correspondía a ansiolíticos<sup>18</sup>.

El uso de psicofármacos en la atención primaria (APS) en todo el mundo está bien documentado. Una proporción importante de las BZD son indicadas por médicos de APS<sup>2,4,6,18</sup>. En un estudio de la OMS (1995), la mitad de los casos de pacientes con trastornos mentales comunes (TMC) estaba tomando psicofármacos, 26% BZD y 15% antidepresivos. En un alto porcentaje, el "tratamiento" no guardaba ninguna relación con el diagnóstico específico del paciente; por ejemplo, sólo uno de cada cinco casos de depresión estaba recibiendo antidepresivos, mientras que la mayoría tomaba tranquilizantes<sup>3</sup>.

En otro estudio en consultorios del área norte de Santiago, la prevalencia anual del uso de psicofármacos fue de 29,4%, 19,4% correspondiendo a BZD. De éstas, un 38,8% eran consumidas sin

prescripción médica<sup>12</sup>. Otras experiencias en APS han demostrado un consumo de tranquilizantes cercano al 30%<sup>2</sup>.

Un estudio más reciente en consultorios urbanos y rurales encontró un 47,6% de consumo de tranquilizantes entre mujeres consultantes y un 25% eran consumidoras crónicas<sup>3</sup>.

Según datos del CONACE, el consumo de tranquilizantes es siempre mayor en mujeres y aumenta persistentemente con la edad: 1 de cada 4 mujeres usa tranquilizantes entre los 45 y 64 años<sup>7,8</sup>; en población escolar, el consumo de tranquilizantes se triplica entre 8º básico y 4º medio<sup>9</sup>.

En nuestra experiencia, el abuso y dependencia a BZD constituye un problema de primer orden entre los pacientes ingresados al Programa de Salud Mental, especialmente en aquellos que están en tratamiento psicofarmacológico regular. La magnitud de este fenómeno no se ve reflejada en las estadísticas que se entregan periódicamente al nivel central. En otros centros de salud, este diagnóstico ni siquiera es registrado sistemáticamente.

## Material y Métodos

Para el presente estudio descriptivo, la muestra está constituida por la población total adscrita a un consultorio de la zona suroriente de Santiago (n = 60.644). La población adulta (20 años y más) es de 41.527 lo que representa el 68,5% del total. Los datos han sido extraídos del censo semestral del Programa de Salud Mental de junio del 2005 y representan la actividad realizada entre el 1º de enero y el 30 de junio del mismo año.

Durante ese período, 1081 pacientes fueron atendidos en el Programa de Salud Mental (1,8% de la población total).

Utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV, que considera básicamente la presencia de fenómenos de tolerancia y abstinencia<sup>1</sup>, 111 pacientes fueron diagnosticados como dependientes a BZD (10,3% de la submuestra, 0,18% de la población total y 0,26% de población adulta). A su

vez, esta cifra corresponde a un tercio de los pacientes que retiran BZD mensualmente y éstos, aproximadamente el 50% de aquellos tratados con psicofármacos.

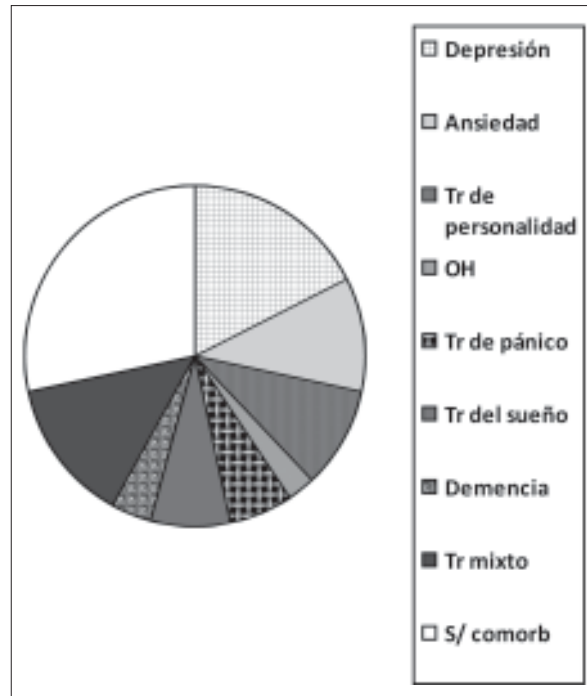
Un análisis de las características demográficas de este grupo demostró que la edad promedio era de 60,5 años (rango: 26-82). 26 pacientes eran hombres (23,4%) y el 76,6% restante, mujeres, con una razón de 3,3:1 mayor que el 2:1 reportado en series internacionales<sup>16</sup>.

El estudio de la comorbilidad en estos pacientes demuestra que 74 de ellos (66,6%) tenían al menos un diagnóstico asociado en la esfera psiquiátrica. Cinco (4,5%) eran portadores de una demencia, 10 (9,0%) un trastorno del sueño, 3 (2,7%) presentaban además una dependencia al alcohol, 8 (7,2%) un trastorno de pánico y 14 (12,6%) un trastorno de ansiedad generalizada; 23 (20,7%) tenían un trastorno del ánimo, de los cuales 14 (12,6%) correspondían a una depresión crónica, uno (0,9%) a un episodio depresivo severo y uno a un trastorno afectivo bipolar. 18 pacientes (16,2%) reunían criterios para un trastorno mixto ansioso-depresivo y 13 (11,7%) para un trastorno de la personalidad.

## Discusión

Resulta preocupante el hecho de que en un grupo poblacional comparable al grueso de la población beneficiaria de la APS en todo el país, un 10% de los pacientes atendidos por problemas de salud mental sean portadores de una patología que no está incluida en las estadísticas solicitadas por el nivel central. Tal como se mencionó, es presumible que este diagnóstico no está siendo pesquisado, registrado ni mucho menos tratado en la mayoría de los centros de APS, lo que determina que el problema esté siendo ignorado casi por completo por las autoridades de salud.

La dependencia a las BZD no es un fenómeno inocuo. Existen razones para sospechar que el consumo crónico de altas dosis de estos fármacos se asocia con un mayor riesgo de demencia en



**Figura 1.** Trastornos comórbidos en pacientes con dependencia a BZD (n = 111).

pacientes de la tercera edad, con las repercusiones obvias para la salud mental, la calidad de vida y el grado de independencia de este grupo etéreo.

Un porcentaje mayoritario de los pacientes dependientes a BZD en la muestra estudiada inician el consumo por prescripción médica, lo que confiere a la inadecuada indicación y/o deficiente control sobre dichos medicamentos un carácter iatrogénico<sup>2-4,6,12,15</sup>. El bajísimo costo de la mayoría de las BZD en el comercio regular favorece la continuidad indefinida del consumo.

Puede apreciarse, en general, que los trastornos que con mayor frecuencia se asociaron al fenómeno de dependencia a BZD en esta muestra fueron de tipo depresivo y ansioso y los trastornos de personalidad. Con respecto a éste último diagnóstico, cabe destacar que un trabajo descriptivo anterior sobre la misma muestra y en el mismo período de tiempo reveló que entre los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, hasta un 20% presentaban una dependencia a las BZD<sup>17</sup>.

También es notorio el hecho de que en un tercio de los pacientes no se identificó ningún otro trastorno mental que justifique el uso prolongado de psicofármacos.

Un adecuado enfrentamiento del fenómeno descrito debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Es importante determinar el grado de dependencia de cada paciente, delimitando subgrupos de mayor y menor severidad; como criterios de severidad pueden identificarse: dosis elevadas (tres o más comprimidos diarios), mayor duración del consumo (hasta treinta años en algunos casos), BZD de mayor potencia (alprazolam) o de vida media prolongada (clordiazepóxido, diazepam) y coexistencia de trastornos mentales (depresión crónica, trastornos de ansiedad severos y trastornos de la personalidad). En general, los pacientes de edad avanzada que consumen altas dosis de BZD durante décadas tienen mal pronóstico al plantearse un tratamiento de desintoxicación gradual, en especial si se sospecha u objetiva algún grado de deterioro cognitivo. En estos pacientes, una dosis de mantención estable lo más baja posible pareciera ser el objetivo principal del seguimiento. No debe desconocerse que en el mercado negro, estas mismas drogas son comercializadas a un valor diez veces superior al normal. En todos los demás, debiera ofrecerse la posibilidad de un tratamiento adecuado.
- La desintoxicación debe hacerse en forma gradual, cautelosa y controlada pero decidida, reemplazando la BZD por algún otro psicofármaco para atenuar los síntomas de abstinencia. La recomendación internacional es la disminución de un 10-15% de la dosis diaria o el equivalente a 2 mg de diazepam cada dos semanas, lo que puede tomar hasta seis meses en algunos pacientes. Entre los medicamentos recomendados, los antidepresivos de uso más difundido (fluoxetina y tricíclicos) constituyen el arma de primera línea; también han demostrado utilidad los antihistamínicos, los antipsicóticos, principalmente las fenotiazinas, los sedantes e hipnóticos no benzodiazepínicos, el fenobarbital y los ansiolíticos naturales<sup>19</sup>.
- El predictor más importante de éxito en un proceso de desintoxicación de BZD, así como para cualquier sustancia de abuso, es el establecimiento de una sólida alianza terapéutica basada en la educación sobre la dependencia y sus potenciales consecuencias, la continuidad del tratante y su coherencia en el tiempo, la acogida y el acompañamiento continuo durante todo el proceso, en especial durante la aparición de síntomas de abstinencia<sup>5,10,14</sup>.
- Por último, es indiscutible que la estrategia más valiosa para el enfrentamiento del problema es la prescripción rigurosamente controlada de estos fármacos. La indicación de una BZD por el médico no especialista no debiera superar en ningún caso los 6 meses y en lo posible las 3 semanas. Además, a todo paciente con esta indicación debe explicársele claramente el riesgo de abuso y dependencia, así como sus consecuencias a largo plazo. Debe preferirse siempre un medicamento desprovisto de dichos riesgos para el tratamiento del insomnio o ansiedad como primera línea, así como los antidepresivos para el manejo inicial de los trastornos del ánimo<sup>4,15</sup>.

## Resumen

*La dependencia a las benzodiazepinas constituye un problema de salud pública relativamente desconocido y de abordaje complejo para los equipos de Atención Primaria (APS). Son ampliamente conocidos su utilidad en el manejo de distintos trastornos como su potencial de abuso. En diversos estudios, el consumo entre pacientes consultantes en APS alcanza entre 30-40%, con un 30% de automedicación y 4% de dependencia en nuestro país. En un 30% la indicación proviene de un médico de APS y ésta con frecuencia no es pertinente. En un centro de salud de la zona suroriente de Santiago, 1081 pacientes fueron atendidos en el Programa de Salud Mental en un período de seis meses; 111 de ellos (10,3%) fueron diagnosticados como portadores de dependencia a las benzodiazepinas según los criterios del DSM-IV. La edad promedio fue de 60 años, con una proporción por sexos de 3,3 mujeres por 1 hombre. Un 66,6% de este grupo tenía al menos una patología mental asociada (20% trastorno del ánimo, 12,6% trastorno de ansiedad generalizada, 7% trastorno de pánico, 9% trastorno del sueño, 4,5% demencia, 16% trastorno mixto ansioso-depresivo y 11% trastorno de la personalidad). Se ofrecen algunas recomendaciones para el adecuado enfrentamiento del problema: determinar la severidad de la dependencia; realizar una desintoxicación gradual en los casos de mejor pronóstico; indicar las BZD con precaución; desarrollar y mantener un vínculo terapéutico sólido y estable.*

**Palabras clave:** Benzodiazepinas; dependencia; Atención Primaria.

## Referencias

1. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Anderson K, Araya R. Benzodiazepines use in Primary HealthCare in Chile. Social Science and Medicine. Submitted.
3. Araya R. Trastornos mentales en la práctica médica general. Biblioteca SAVAL.
4. Beardsley R, Gardocki G, Larson D, Hidalgo J. Prescribing of psychotropic medications by Primary Care physicians and psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 1988; 45 (2): 1117-1119.
5. Bernstein J: Handbook of Drug Treatment in Psychiatry. 3rd ed. 1995. Freidman L, Flemming N F: Source book of Substance Abuse and Addiction. 1996.
6. Busto MA. Benzodiazepinas: La tranquila adicción de Santiago. Santiago: CORSAPS, 1991.
7. Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2001). Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2000. Santiago de Chile.
8. Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2003). Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2002. Santiago de Chile.
9. Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2004). Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, de 8° básico a 4° medio, 2003. Santiago de Chile
10. Galanter M, Kleber HD, eds: Textbook of Substance Abuse Treatment. 3rd ed. American Psychiatric Publishing; 2004.
11. Gilman, Ruddon, Limgird: Goodman & Gilman: Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th ed. 1996.
12. Gonzalez M I, Rojas M G, Díaz B. Uso de psicofármacos por consultantes a nivel primario (comunicación personal). 1993.



13. Kaplan, Sadock: Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. 6th ed. 1995.
14. Karch Steven B, ed: Drug Abuse Handbook. CRC Press: 1997.
15. King M. Is there still a role for benzodiazepines in general practice? British Journal of General Practice 1992; 42: 202-205.
16. Mari J J, Almeida-Filho N, Coutinho E, Baxter Andreoli S, Torres de Miranda C, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. Psychological Medicine 1993; 23: 467-479.
17. Olivera M, Galleguillos I, Espinoza M: Protocolo de diagnóstico y tratamiento del trastorno de personalidad límite en Atención Primaria. VIII Congreso de Atención Primaria 2006 Sept.
18. Ruiz I, Offermans J, Lanctot K, Busto U. Comparative study of Benzodiazepine use in Canada and Chile. J Clin Pharmacol 1993; 33: 124-129.
19. Suzuki J: Sedative, Hypnotic, Anxiolytic Use Disorders. eMedicine library. Updated Jun 8 2006.

---

Correspondencia:  
Mauricio Olivera V.  
E-mail: hancudsalumental@hotmail.com

# Meningovascularitis luética de la médula espinal: “Spinal vascular syphilis of Singer”

## Luetic meningovascularitis of spinal cord: “Spinal vascular syphilis of Singer”

Carolina Núñez D.<sup>1</sup>, Renato Verdugo L.<sup>2</sup> y Luis Cartier R.<sup>2</sup>

*Meningovascular syphilis is the most prevalent form of neurosyphilis. The meningeal compromise begins during the secondary period of the disease and the CSF usually shows inflammatory signs with presence of lymphocytes and increase of gammaglobulins. The VDRL in CSF is highly specific. The inflammatory phenomenon compromises the cerebral and spinal arteries. We analyzed a very singular case of meningovascular syphilis of the spinal cord in 63 year-old men that expressed a left crural monoplegia associated to urinary retention and contralateral sensitive level, preceded of left flank pain (spinal cord angina) that fulfilled the diagnosis criteria of meningovascular syphilis. The MRI of the spinal cord showed enhanced antero-lateral segmental lesion at D7-D8 and cerebral MRI corroborated the presence of asymptomatic syphilitic arteritis with injuries of both thalamus. The patient was treated with endovenous penicillin G and metilprednisolona that showed significant improvement. We conclude that these manifestations of the neurosyphilis, although rare, are still a reality especially in non treated patients.*

**Key words:** Neurosyphilis, Meningovascular syphilis, spinal cord infarction.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 138-143*

### Introducción

La lúes meningovascular es la forma de neurosífilis más prevalente. El compromiso precoz de las meninges durante el periodo secundario de la enfermedad hace que la espiroqueta se consolide en esas estructuras, combinando la inflamación meníngea con el daño de los vasos<sup>1</sup>. El compromiso se inicia a las pocas semanas de apa-

recer el chancro primario y puede continuar hasta 12 años después de la primoinfección. Se estima que la incidencia de neurosífilis en casos no tratados fluctúa entre 5 y 10%<sup>2</sup>.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) suele ser el principal testigo del fenómeno inflamatorio, mostrando pleocitosis de predominio mononuclear y aumento de las proteínas, en particular de las gammaglobulinas. Las alteraciones licuorales se

Recibido: 15 de mayo de 2009

Aceptado: 1 de junio de 2009

<sup>1</sup> Residente de Neurología. Servicio de Neurología Hospital Salvador, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Servicio de Neurología Hospital Salvador. Departamento de Ciencias Neurológicas Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

encuentran en 30 a 50% de los pacientes sífilíticos sin sintomatología neurológica<sup>3</sup>. En este contexto las pruebas serológicas también son positivas. El VDRL en LCR es el test más utilizado, porque tiene un 99,8% de especificidad para confirmar el diagnóstico de neurosífilis, aunque conlleva una baja sensibilidad (30-50%)<sup>4</sup>.

La sífilis meningovascular se expresa histopatológicamente por infiltrados linfoplasmocitarios de la leptomeninge y cambios arteríticos. En los vasos pequeños toma la forma de la endarteritis de Nissl-Alzheimer; y en los vaso mediano se manifiesta como arteritis de Heubner, que consiste en una progresiva destrucción de las fibras elásticas y musculares de la capa media, que secundariamente generan una reacción fibroblástica subendotelial. Estos cambios arteriales dan origen a lesiones isquémicas o directamente a infartos del cerebro o de la médula espinal<sup>5</sup>.

En el cerebro las áreas preferenciales del daño vascular, se encuentran en el territorio distal de las arterias lenticuloestriadas. Resultando características las lesiones de los ganglios basales que afectan también la capsula interna. Sin embargo, muchas de estas lesiones son asintomáticas. También se lesiona el centro semioval en áreas paraventriculares que se manifiesta por pequeñas y múltiples lesiones no contiguas<sup>6</sup>.

En 1882 Bastian, en el *Quain's dictionary of medicine*, fue quien primero sugirió que el compromiso sífilítico de la médula espinal se debía a trombosis de los vasos espinales. En 1894 Williamson reportó un caso estudiado con anatomía patológica, que le permitió remarcar la importancia de los accidentes vasculares en estos pacientes. El trabajo de Singer publicado en 1902, con la revisión de 15 pacientes sífilíticos con daño medular y estudio necrópsico, demostró que las lesiones de la médula espinal se debían a trombosis de los vasos espinales por arteritis específica. El título de la publicación: "Pathology of so-called acute myelitis", hace referencia al error conceptual que se tenía de la sífilis de la médula espinal<sup>7</sup>.

Adams y Merritt en 1944, estudiaron 32 casos de sífilis con compromiso medular, surgidos de entre 2.231 pacientes sífilíticos. En ese trabajo

ellos intentaron clasificar las patologías sífilíticas de la médula definiendo cuatro grupos: A) *Meningomyelitis sífilítica* que incluye entre otros la paraplejía de Erb y la meningomyelitis amiotrófica de Martin; B) *Sífilis vascular espinal* de Singer; C) *Goma sífilítica y Paquimenigitis sífilítica* (Joffroy y Charcot) y D) *Poliomyelitis sífilítica* de Gowers. Diez pacientes de esta serie desarrollaron una paraplejía aguda, con nivel sensitivo dorsal y pérdida del control esfinteriano, que concordaban con el concepto de sífilis vascular espinal descrita por Singer. Dentro de la serie representaron el 0,44% de los casos de sífilis y sólo 1/3 de la sífilis medular<sup>8</sup>.

Queremos comunicar un caso muy singular de sífilis meningovascular de la médula espinal.

## Caso Clínico

Hombre de 63 años, con el antecedente de contactos sexuales sin protección y de haber presentado lesiones genitales autolimitadas. Consultó por un cuadro que se inició con intenso dolor del flanco izquierdo, distensión abdominal y sensación nauseosa que cedió al tercer día, coincidiendo con la aparición de debilidad de la pierna izquierda, que rápidamente llegó a una monoplejía crural, acompañada de vejiga neurogénica.

A su ingreso al Servicio de Neurología del Hospital del Salvador. El examen mental y de pares craneales era normal. Presentaba una plejía de la pierna izquierda, sólo persistía leve contracción del cuádriceps y del adductor, con hipotonía. Tenía hiperreflexia en ambas extremidades inferiores, con reflejo plantar extensor a izquierda y flexor a derecha. Mostraba a derecha una hipostesia termo-algésica crural, con nivel sensitivo que llegaba a T10. La sensibilidad profunda se encontraba conservada en ambos lados. En el examen físico general llamaba la atención la presencia de múltiples lesiones de aspecto purpúrico en tórax, abdomen y dorso de ambos pies. La tomografía axial computada (TAC) de cerebro no mostró lesiones. El LCR era claro con 102 células a predominio linfocitario, glucosa y proteínas

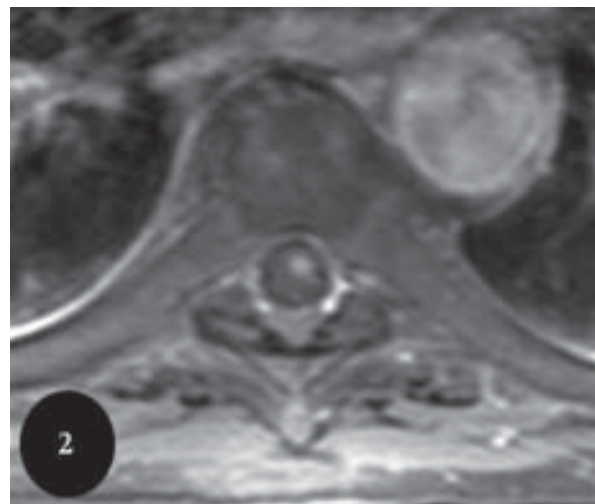


**Figura 1.** RM de columna dorsolumbar: (a) Sección sagital potenciada en T2 que muestra aumento de señal de la médula espinal desde D1 hasta D11. (b) Sección sagital potenciada en T1 gadolinio con captación de contraste a nivel D7-D8.

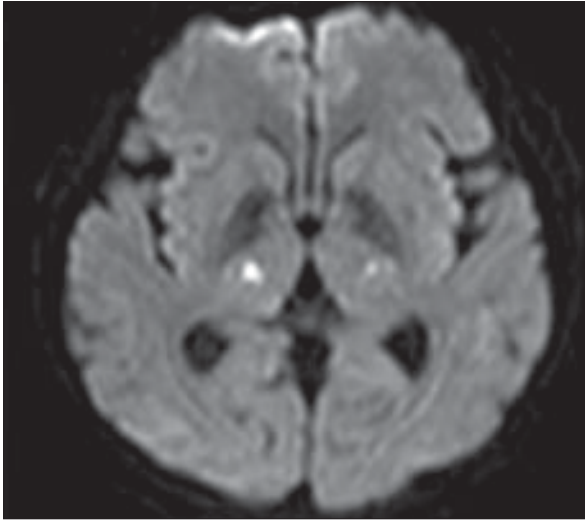
normales. IgG elevada y bandas oligoclonales positivas. El estudio serológico de VDRL fue reactivo 1/8 y en el LCR reactivo 1/4. Fueron negativos el HIV y HTLV-1. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos 1/80 (patrón homogéneo). Estaban negativos el anti-DNA, anti-cardiolipinas, anti-antígenos nucleares extractables (ENA) y el factor reumatoide. El hemograma y el complemento fueron normales, también el test de Schirmer. La resonancia magnética (RM) de la médula mostró un aumento tenue de la señal en la región centro medular desde D1 hasta D11 (Figura 1a, 1b) y una lesión con captación de contraste a nivel D7-D8 en la hemimédula izquierda (Figura 2). En la RM del cerebro se encontraron focos con incremento de la señal en la sustancia blanca protuberancial y subcorticales bifrontales, además focos de hiperintensidad en ambos tálamos, que mostraban restricción en la difusión sin realce con la administración de contraste (Figura 3).

Se inició tratamiento con metilprednisolona 1 g endovenoso diario por cuatro días, asociado a penicilina G sódica endovenosa en dosis de 20 millones de unidades diarias por 14 días, seguido

por penicilina-benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular semanal por tres semanas. Las lesiones cutáneas desaparecieron precozmente durante el tratamiento, logrando bipedestación y marcha con apoyo al finalizar la terapia.



**Figura 2.** RM de columna dorsolumbar: Sección axial potenciada en T1 gadolinio que muestra captación anterolateral izquierda, concordante con la clínica.

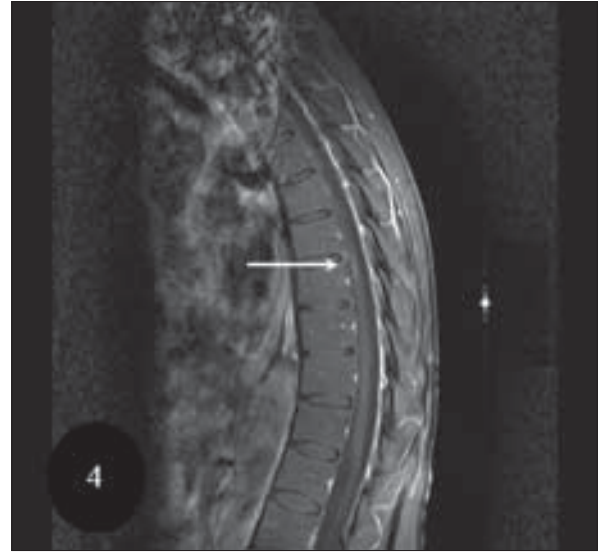


**Figura 3.** RM de cerebro difusión: Hiperintensidad focal de ambos tálamos que presentan restricción de la difusión. .

La RM de control practicada dos meses después de iniciado el episodio vascular, mostraron una mejoría significativa. Aunque en D7 y D8 persistía menor hiperintensidad en el área lesionada (Figura 4).

## Discusión

Hemos analizado un paciente de 63 años, portador de una monoplejía crural causada por una sífilis meningovascular. Las lesiones de la médula espinal son infrecuentes, y lo son más las de origen sifilítico, incluso lo eran antes de la penicilina<sup>4</sup>. Además este caso resulta excepcional, porque la lesión compromete el territorio de una arteriola penetrante de la médula y en la RM del encéfalo presenta lesiones arteriolares múltiples sin expresión clínica, que demostrarían un compromiso de los pequeños vasos, que hacen revivir la “endarteritis de Nissl-Alzheimer”. Además en este paciente se confirma el concepto de Adams de la inexistencia de formas de sífilis espinal aisladas, especialmente cuando se afectan los pequeños vasos<sup>5</sup>.



**Figura 4.** RM a los dos meses de evolución: Sección sagital potenciada en T1 gadolinio con pequeño foco de captación en el nivel D7-D8 posterior al tratamiento.

Como se sabe la arteria espinal anterior solventa la irrigación de los dos tercios anteriores de la médula, el tercio posterior es tributario de las arterias espinales posteriores. Cada segmento antero-central esta irrigado por las arterias penetrantes sulcales que se originan en la arteria espinal anterior. Surgen a derecha e izquierda alternadamente y en distinto nivel, irrigando la mitad del segmento medular correspondiente<sup>10</sup>. Una de esas pequeñas arterias fue la comprometida en nuestro paciente, lesionando sólo los dos tercios anteriores del lado izquierdo del segmento D7-D8, como muestra la Figura 2.

Clásicamente la isquemia de la arteria espinal anterior produce una lesión bilateral de las astas anteriores, del haz espinotalámico anterior y lateral y del tracto corticoespinal bilateral. Generando una para o tetraparesia, vejiga neurogénica y compromiso sensitivo disociado, con anestesia termoalgésica por debajo de la lesión<sup>11</sup>, que no fue el caso de nuestro especial paciente

En 1986 Napolitano N. y cols, estudiaron 8 casos de infarto de la médula espinal de etiología primaria vascular, la lesión del segmento dorso-lumbar estuvo presente en 6 pacientes, como en

la mayoría de las series. El dolor superficial y profundo del territorio segmentario afectado y/o dolor lumbar, fue el síntoma premonitorio más destacado en la isquemia medular y que precedió en horas o días la paraplejía en 7 de ellos. Nuestro enfermo también presentó dolor intenso en el flanco izquierdo como síntoma precoz de su monoplejía. En la serie de Napolitano el estudio de LCR fue anormal en 5/8 pacientes, que mostraban hiperproteíorraquia. La TAC de médula realizada en 6 de los pacientes fue normal<sup>10</sup>. Demostrando la poca utilidad de este examen, como en nuestro caso.

Weidauer S. y cols, en el año 2002 estudiaron con RM 16 casos de accidente vascular de la médula. Quince presentaban compromiso de la arteria espinal anterior. En todos se observó que la lesión tenía hiperintensidad en cortes sagitales en secuencia T2 y se asociaba a edema medular. En dos pacientes que la RM fue negativa en las primeras 3 horas de iniciados los síntomas, se confirmó el infarto al 5to y 8vo día respectivamente. También encontraron imágenes de "snake eyes" (ojos de serpiente) o "owl's eyes" (ojos de búho) por hiperintensidad bilateral de las astas anteriores de la médula en secuencia T2, como típicos de una lesión isquémica<sup>11</sup>. Por su parte, Chilver y col, 2009, reconocieron como infrecuente la arteritis sífilítica de la medula y señalaron signos en la RM que permitirían separarlos de otras causas. En cortes sagitales en secuencia T2 observan una prolongación hiperintensa en punta de lápiz en la parte central de la médula, parecida a la imagen observada en nuestro pa-

ciente (Figura 1). También observaron captaciones anormales en áreas superficiales de la médula, semejantes al escurrimiento de gotas de cera de una vela, que se hacen más evidentes con el uso de gadolinio<sup>9,11</sup>.

Se ha postulado también como elemento diferenciador de otros procesos medulares, que los infartos tienen un territorio vascular que las inflamaciones (mielitis) no respetan comprometiendo más de dos tercios de la médula en sentido transversal<sup>13</sup>. Sin embargo, concluyen que las imágenes hiperintensas descritas en T2 podrían observarse también en enfermedades inflamatorias<sup>11,13</sup>.

Un elemento clínico diferencial puede ser el antecedente de síntomas deficitarios de inicio agudo que apoyarían la etiología isquémica. Eventualmente la repetición de imágenes en lesiones vasculares puede mostrar transformación hemorrágica en algunos pacientes. Existen pocos casos de infartos medulares diagnosticados con técnica de difusión. Este método puede incrementar la sensibilidad del diagnóstico y ayudar en el diagnóstico diferencial de cuadros inflamatorios<sup>8</sup>.

La confirmación del diagnóstico de meningovascularitis luética debe basarse en los criterios recomendados por el US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) que incluye sintomatología neurológica, LCR con pleocitosis y VDRL en LCR y suero reactivos<sup>4</sup>.

Nuestro paciente presentó la clínica de un infarto medular que cumple con los requisitos de neurolúes.

## Resumen

*La sífilis meningovascular es la forma de neurosífilis más prevalente. El compromiso meníngeo se inicia durante el período secundario de la enfermedad y el LCR suele mostrar signos inflamatorios con presencia de linfocitos y aumento de gammaglobulinas. El VDRL es altamente específico en LCR. El fenómeno inflamatorio compromete las arterias cerebro-espinales causantes del daño en el SNC. Se analiza un caso de sífilis de la médula espinal, en un hombre de 63 años, que se inicia con dolor del flanco izquierdo (angina medular), que continuó con una monoplejía crural izquierda, asociada a vejiga neurogénica y nivel sensitivo contralateral.*

*Cumplía con los criterios diagnósticos de sífilis meningovascular. La RM de la médula espinal mostró una lesión segmentaria en la zona antero-lateral izquierda en D7-D8 y la RM cerebral corroboró la presencia de una arteritis sífilítica con lesiones asintomática en ambos tálamos. Fue tratado con penicilina G endovenosa y metilprednisolona que lo mejoraron significativamente. Se concluye que estas manifestaciones de neurosífilis en la médula espinal, aunque raras, siguen vigentes especialmente en paciente no tratados.*

**Palabras clave:** Neurosífilis, Sífilis meningovascular, Infarto de la médula espinal.

## Referencias

1. Conde-Sendin M A, Hernández-Fleta J L, Cárdenas-Santana M A, Amela-Peris R. Neurosífilis: formas de presentación y manejo clínico. *Rev Neurol* 2002; 35 (4): 380-386.
2. Tsui E Y K, Ng S H, Chow L, Lai K F, Fong D, Chan J H M. Syphilitic myelitis with diffuse spinal cord abnormality on MR imaging. *Eur Radiol* 2002; 12: 2973-2976.
3. Marra C, Maxwell C, Smith S, Lukehart S, Rompalo A, Eaton M, et al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: Association with clinical and laboratory features. *The Journal of Infectious Diseases* 2004; 189: 369-376.
4. O'Donnell J, Emery C. Neurosyphilis: A Current Review. *Current Infectious Disease Reports* 2005; 7: 277-284.
5. Adams R D, Merrit H. Meningeal and vascular syphilis of the spinal cord. *Medicine (Baltimore)* 1944; 23: 181-121.
6. Adams R D, Victor M, Ropper A. Infecciones del sistema nervioso. en: *Principios de neurología*. Edit. Adams R.D, Victor M, Ropper. México: Mc Graw-Hill 1999; 32: 627-632.
7. Lowenstein D, Mills C, Simon R. Acute syphilitic transverse myelitis: unusual presentation of meningovascular syphilis. *Genitorum Med* 1987; 63: 333-338.
8. Silber M H. Syphilitic myelopathy. *Genirotum Med* 1989; 65: 338-341.
9. Chilver L, Fisher U, Hauf M, Fux C A, Sturzenegger M. Syphilitic Myelitis: Rare, non-specific, but treatable. *Neurology* 2009; 72: 673-675.
10. Napolitano E, Cartier L, Ferrer S. Accidente vascular isquémico de la medula espinal. Presentación clínica de ocho casos, dos con estudio anatomopatológico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1986; 24: 119-126
11. Weidauer S, Nichtweiss M, Lanfermann H, Zanella F. Spinal cord infarction: MR imaging and clinical features in 16 cases. *Neuroradiology* 2002; 44: 851-857.
12. Ho Choi K, Soo Lee K, Ok Chung S, Mee Park J, Joo Kim Y, Sook Kim H. Idiopathic Transverse Myelitis: MR Characteristics. *AJNR Am J Neuro-radiol* 1996; 17: 1151-1160.
13. Zhang J, Huan Y, Qian Y, Sun L, Ge Y, MB. Multi-shot diffusion-weighted imaging features in spinal cord infarction. *Spinal Disord Tech* 2005; 18 (3): 277-282.

Correspondencia:

Luis Cartier R.

E-mail: lcartier@uchile.cl

# Maestro de la Psiquiatría Chilena: Entrevista con Fernando Oyarzún

## Master of Chilean Psychiatry: An interview with Fernando Oyarzún

Fernando Oyarzún P.<sup>1</sup> y Jaime R. Silva<sup>2</sup>

*Dr. Fernando Oyarzún is a Master of Chilean Psychiatry, who has devoted his academic career to the development of a clinical-anthropologic approach in psychiatry. From this perspective, he elaborated a “medical idea of the person”, which promote the personalization of medical act in psychiatry and medicine. Method: In a personal interview, this paper describe Dr. Oyarzún’s professional achievements and his clinical-anthropologic conceptions. Conclusion: Dr. Oyarzún’s intellectual legacy goes beyond the medicine field, conforming an original perspective of human relationships.*

*Key words: Clinical-anthropologic approach, interpersonal relationships, interview.  
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 144-152*

### 1. Acerca del Autor

***Dr. Oyarzún, para comenzar esta primera instancia en la serie de entrevistas “Maestros de la Psiquiatría”, podría Ud. comentar a grosso modo su pasar académico y sus principales influencias en él\*.***

Llevó más de 40 años en la Universidad Austral de Chile, en la cual escribí la mayoría de mis trabajos y libros<sup>1-6</sup>. Llegué a la facultad de Medi-

cina de la Universidad cuando se inauguraba la Escuela de Medicina. Recuerdo que me pidieron junto a otros colegas de Santiago, que colaborara en su fundación. Es así como llegué a Valdivia el año 1967.

Mi carrera académica la realicé en la Universidad de Chile, en la cual me recibí de médico cirujano. Una vez concluidos mis estudios, ingresé a la Clínica Psiquiátrica de dicha universidad que dirigía en ese entonces el profesor Ignacio Matte, quién además había inaugurado su período de profesor titular poco tiempo atrás. El Dr. Armando Roa era en ese entonces profesor extraordinario en el

\*La lista de designaciones y honores recibidos por el Dr. Oyarzún se presentan en la Tabla 1.

Recibido: 25 de febrero de 2009

Aceptado: 7 de abril de 2009

La elaboración de este artículo y la Serie Maestros de la Psiquiatría es financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de La Frontera (DIUFRO).

<sup>1</sup> Profesor Emérito, Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile.

<sup>2</sup> Psicólogo, PhD en Psicobiología. Jefe de Investigación, Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Universidad de La Frontera.



**Tabla 1. Designaciones y honores del autor.**

- En 1967 fue designado Director Fundador del Instituto de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile y Profesor de distintas disciplinas, funciones que cumplió hasta el año 2000
- En 1978 fue nombrado Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile
- En 1984 realizó en España su Año Sabático, obteniendo en Madrid la beca para Profesores “Sabáticos”
- En 1986 fue nombrado miembro honorario de la Sociedad de Psiquiatría del Sur
- En 1993 fue nombrado Profesor Catedrático de la Universidad Austral de Chile
- En 1999 fue nombrado Maestro de la Psiquiatría Chilena otorgado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
- En 2001 obtuvo el premio “Jorge Millas” otorgado por la Universidad Austral de Chile
- En 2008 fue nombrado Profesor Emérito por la Universidad Austral de Chile

Hospital Psiquiátrico. Ignacio Matte, por su parte, era director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Yo opté por ingresar a esta última.

***Estar con dichos profesores en ese período era trabajar “en los polos de desarrollo” más importantes de la psiquiatría chilena.***

Sí, fueron dos grandes polos de desarrollo. Creo que son grandes figuras de la psiquiatría. Los maestros más connotados de Chile son, a mi juicio, Armando Roa e Ignacio Matte. Tuve la suerte que, después de 14 años o casi 15 años de mi carrera académica, llegué a ocupar el cargo de profesor extraordinario de psiquiatría en la cátedra titular de Ignacio Matte. Ello me permitió rescatar su perspectiva de orientación psicoanalítica, donde la comprensión psicológica y psicoterapéutica desempeña un papel fundamental. Esto influyó no sólo en lo profesional sino también en lo personal. Tengo el orgullo de decir que fuimos grandes amigos prácticamente hasta su muerte.

Simultáneamente tuve contacto con el Dr. Armando Roa, en ese entonces presidente de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Neurocirugía. Sucedió que el Dr. Roa solicitó que fuera el secretario general de dicha sociedad, lo cual me permitió dialogar in extenso con él durante varios años, incorporando poco a poco su orientación clínico-fenomenológica. De algún modo fui integrando estas dos visiones, la de Roa y la de Matte que, a mi juicio, más que contraponerse, se complementan.

***Mientras el Dr. Roa desarrollaba una orientación clínico-fenomenológica y el Dr. Matte una orientación psicoanalítica, me imagino que usted debió desarrollar una actitud crítica frente a ambas, ya que hay consideraciones epistémicas incompatibles ¿o no es así?***

Claro, en primer lugar para formarnos con Matte, en una orientación psicoanalítica, debíamos ingresar al Instituto de Psicoanálisis que el mismo dirigía. Así también teníamos nuestro psicoanálisis individual. Reconozco los valiosos aportes de la escuela Freudiana y de la escuela de Matte, quien tenía una visión bastante modificada y ampliada del psicoanálisis. Sin embargo, como usted dice, fui un tanto crítico, nunca me sentí a gusto con la teoría psicoanalítica más bien siempre tuve una actitud dubitativa y en cierto modo discrepante. Matte, lejos de criticarme por esta actitud, me estimuló en cierto modo, lo cual agradezco hasta hoy día.

A su vez, yo estimaba que Roa había incorporado una posición fenomenológica al nivel de Jaspers y no a un nivel fenomenológico post-jaspersiano la que se caracteriza por ser más dinámica, hermenéutica y comprensiva. Roa era más bien tradicional en este punto. Cogí la orientación de Roa y la influencia de Ignacio Matte. En ambos casos la clínica psiquiátrica estaba vinculada a la docencia, de hecho desde un principio junto con mi formación clínica desarrollaba mi formación como docente. Siempre he sentido importante la interacción entre la asistencia clínica y actividad académica. En definitiva y en relación a lo que usted me pregunta, logré dinamizar la orien-

tación de Roa e incorporar elementos de mi formación con Matte, dando lugar a una comprensión de la persona normal y anormal.

## 2. Orientación médico antropológica

***Usted ha sido el impulsor de una visión médico-antropológica no sólo en el ámbito psiquiátrico sino en la medicina entera, lo cual lo ha llevado a proponer el concepto de “persona” y abandonar la noción antigua de “paciente”, ¿cómo comienza su reflexión en torno a estas temáticas?***

Dicho proceso comienza cuando, al llegar a la Universidad Austral de Chile, me solicitan que me responsabilizara de organizar el Instituto de Psiquiatría. De este modo al momento de comenzar la enseñanza a los alumnos e internos el equipo ya estaría el instituto funcionando, y es lo que ocurre hoy en día, donde éste marcha de una forma bastante satisfactoria. En el aspecto teórico me pidieron que me encargara de una orientación “humanista” o “antropológica” no sólo en psiquiatría, sino también en la medicina en general. Paralelamente a esta orientación humanista, se consideró la orientación biológica y biográfica-psicológica, configurando un equipo multidisciplinario donde trabajaban psicólogos e incluso sociólogos, encargados de las temáticas de salud pública.

Ahora bien, aquí ya se comienza a conformar un equipo de trabajo orientado por una visión antropológica-humanista de la medicina, en la cual surge la idea que usted me pregunta. Debo reconocer también la importante influencia que ejerció el haber trabajado con Ignacio Matte en una orientación clínica dinámica y el haber participado en la organización de un laboratorio de biotipología con él. Importante también fue el hecho de haber colaborado, antes de llegar a Valdivia, con la Universidad de Chile y con la Pontificia Universidad Católica como profesor de la cátedra “Psicología de la Personalidad y Caracterología” en las escuelas de psicología de ambas universidades, lo cual me familiarizó con una visión de totalidad del sujeto y con el hecho

de que las diferencias individuales son un factor importante a considerar en la práctica clínica.

Es así como llegué a Valdivia meditando cuál debería ser el núcleo fundamental en que yo me fundara. Nació entonces la idea de configurar un modelo en el cual tuviera como eje a la persona humana en el contexto médico. Esta fue la idea inicial y desde ese momento empecé a cultivarlo con un mayor interés. Es decir, un nivel de integración por sobre lo biológico y lo psicológico tradicional y, en cierto modo, también sobre el tipo de personalidad. Es una síntesis en un nivel integrativo más amplio, en que el sujeto está vinculado a su mundo; sujeto y mundo constituyendo una unidad. Esto me fue entusiasmando en crear un modelo de intervención clínica enfocado en la persona normal y anormal.

***Esta visión antropológica de la psiquiatría, en particular, y de la medicina, en general, tiene repercusiones, a mi manera de ver, en la concepción tradicional de enfermedad.***

Uno de los resultados más gratificantes fue la influencia que ha ejercido este modelo en percibir al enfermo como “persona”, que puede ser o no víctima de una enfermedad. En caso que lo sea, siempre lo será, en mayor o menor medida, en una dimensión somática; pero también, en una dimensión anímica y mental. Ahora bien, dicha dimensión dualista es sólo teórica; el núcleo central es el todo de la persona que muestra una forma de ser afectada y/o alterada. Esto tiene una expresión clínica fenoménica que se evidencia en actos expresivos, los cuales poseen una significación corporal y psíquica. Las significaciones psico-corporales de este fenómeno siempre tienen una intención comunicativa, se vinculan con la polaridad del mundo y con los demás. Es así como la persona no sólo influye expresiva y comunicativamente en el otro sino que también se configura una mutua influencia.

Por otra parte, todo esto se presenta con una doble cara: una cara objetiva hacia afuera y una cara subjetiva que representa al ámbito de la conciencia –o concienciación– de todo este claro-oscuro que tiene la intimidad. En este espacio de

intimidad hay un juego en el que muchas actitudes con respecto al mundo se hacen concientes pero también otras quedan grabadas como formas, en una zona pre-conciente o no conciente.

### 3. La idea médica de la persona

***Probablemente no todos los médicos psiquiatras ni los profesionales de la salud mental están familiarizados con la noción que usted está sosteniendo. Le propongo discutir esta idea médica de “la persona” en detalle.***

La idea médica de la persona surgió de meditaciones y reflexiones a partir de la estructura significativa del acto médico, de los aspectos comprensivos y psicoterapéuticos, asumiendo como condición indispensable que no es una aproximación a la entidad en abstracto, fría y despersonalizadamente genérica. Me di cuenta que lo esencial y primero era tener, frente a la persona que consulta y solicita ayuda médica, una actitud respetuosa de la diferencia y singularidad concreta del otro. Ello implica, desde el punto de vista epistemológico, una personalización del otro, lo cual actualiza un componente ético, es decir, al estar tratando éticamente al otro comienzo a personalizarlo de manera concreta. Al mismo tiempo es un acto de cordialidad receptiva, de generosidad y por tanto, ético. Y también yo me constituyo al ir realizando este acto en una persona ética. Lo estupendo es que este acto, para quien lo realiza, es al mismo tiempo un acto que es estéticamente adecuado; esto significa adecuar la forma misma, la parte artesanal y artística del quehacer médico, respetando esa presencia expresiva, ese rostro ajeno, esa tonalidad de voz y actitud corporal que tiene y que es el otro como persona.

Por otro lado, esto implica el ejercicio de un acto responsable y libre; ejercito mi libertad de acción pero con una responsabilidad al respetar al otro y no desplegar un acto impulsivo sino configurando por esa responsabilidad, lo cual es un auténtico acto de libertad.

Por último, todo esto es creativo, ya que contribuyo a enriquecer a la persona del otro, la cual

está alterada de una forma u otra psicopatológicamente. Esto implica como resultado final un “trascenderse”, es decir, un ir más allá de sí mismo, no sólo dando conocimientos, informaciones, recetas operativas y prácticas eficientes, sino que dándose el médico como una persona-profesional. El médico no sólo enriquece su experiencia profesional práctica y técnica, sino que también se fortalece creativamente como persona.

***Esto muestra que la preocupación por la dimensión de “la persona” no va en desmedro con la formación teórico-práctico.***

No hay incompatibilidad, al contrario, se benefician. Quisiera comentar que en el período de la intervención de las universidades –en el tiempo de la dictadura– me tocó tener mucho contacto con personas que fueron torturadas, abusadas, pseudo-fusiladas, etc. Me tocó incluso ver gente de la universidad que me consultaba y me llamaba desde la misma cárcel. Esto me enseñó que las vinculaciones y relaciones humanas tienen un fundamento ético junto a otros valores fundamentales. De ahí esta idea de la persona como un todo en la medicina. Me refiero a una ética concreta, encarnada, que se traduzca en actos y formas de vinculación, de convivir con los demás e incluso consigo mismo. Todo esto me ha conducido actualmente a contribuir con una postura clínica integral antropológica, más humanizada que vincula a cada sujeto con su ambiente. He pretendido desarrollar esta orientación en la formación médica y psiquiátrica en un marco de diálogo entre teoría y práctica con fundamentos científicos y fenomenológicos.

***Mi pregunta anterior iba dirigida al hecho que el modelo de la persona que usted propone no debe ser fácil de transmitir a sus alumnos; el estudiante tradicional espera conocer y aprender entidades despersonalizadas que les entregue una seguridad en su labor profesional, pero lo que usted plantea es completamente distinto a esto. Desde esta perspectiva ¿cómo conciliar teoría y práctica?***

Lo primero es señalar que este no ha sido un trabajo en solitario. Esta actitud fue impregnando

do a todos los miembros del equipo que poco a poco se iba constituyendo; todos compartimos esta actitud clínico-fenomenológica de comenzar a comprender al paciente como un “todo”, que puede o no estar alterado en una forma o en otra; que puede ser víctima de unos “qué” y de algunos “por qué”, lo que a su vez es nuestra tarea averiguar. O bien, que su vida no sólo está influida por los “por qué” que vienen de trasfondo, sino por el proyecto que comprende su existir, ya que gran parte de nuestra vida es “para algo”, la desarrollamos en función de un fin futuro.

En relación a lo que usted pregunta, yo diría que los alumnos vienen impregnados de una formación que reciben de otros campos de la medicina, además de la formación cultural previa que cada uno posee. En definitiva, por una actitud que pudiera denominarse epistemológicamente como racionalista, operativa y reduccionista, dirigida al operar en función de obtener resultados. En este sentido, y en relación con su pregunta anterior, la dimensión práctica es clave para desarrollar este nuevo modelo; es más, es justamente donde mayores complicaciones tenemos, no así en el plano conceptual, donde al parecer las cosas se han ido desarrollando con bastante coherencia.

En definitiva, lo que se busca es mirar el todo del fenómeno y evitar caer en mayor o menor medida en un abstraccionismo, es un mirar el “todo de la persona” que es la realidad más concreta. Esta nueva idea de hacer una aproximación médica y psiquiátrica partiendo del todo contrasta con la actitud tradicional de los estudiantes acostumbrados a buscar el “qué” y el “por qué” de la enfermedad, y a su vez tener un esquema tradicionalmente válido en vez de desarrollar una real entrevista inicial. Los estudiantes hacen una especie de interrogatorio con todos los riesgos que implica esto; por ejemplo, de enfrentarse a un paciente desconfiado que va a cerrarse plenamente a sus preguntas, o con un paciente paranoídeo que pueda incluso tener respuestas agresivas. La psiquiatría tradicional ha debilitado este aspecto, que en definitiva es descuidar el aspecto más humano de la clínica. Y en este debi-

litamiento tienen especial responsabilidad toda una tradición de pensamiento que se traduce en la implementación de medios de laboratorio, medios de diagnóstico, resonancias magnéticas, electrocardiogramas, etc., cuyo valor como medios es indudable, pero que no deben sustituir la relación con el todo personal humano.

***Siguiendo en esta línea y cerrando este punto para dar paso a la pregunta por la psicopatología, me gustaría hacerle la misma pregunta de manera negativa ¿cómo describiría la antítesis del modelo centrado en el concepto de “persona” que usted postula?***

La antítesis es un trabajo clínico rutinario y mecanizado, que consiste en hacer rápidamente un diagnóstico con la premura del tiempo y la presión asistencial. La aplicación mecánica de la psiquiatría tradicional es más bien una relación en que poco se mira, poco se oye. Desde esta perspectiva el psiquiatra da una receta y señala un control el mes siguiente. Los que siguen exageradamente una orientación biológica, han caído mucho en lo anterior, es el caso por ejemplo del paciente; *“mire, usted tiene una depresión y como la depresión es un desorden biológico, tómese este antidepresivo y vuelva en un mes más... pero doctor yo le quiero confesar que esto comenzó a raíz de un momento particular... eso ya no tiene mayor importancia...”*.

La idea de la persona ética sale de este tipo de ejemplos, es un acto que parte “desde y para el otro”, la mejor forma de *ser para el otro* es la persona ética concreta y viva. Esto sirve mucho como principio para la enseñanza de los internos y becarios. Esa es la idea de fondo de la persona ética, que requiere que se lleve y se viva en la práctica.

Quisiera comentar que el Profesor Sr. Nolberto Espinosa<sup>7-8</sup>, filósofo argentino que ha trabajado mucho tiempo en epistemología vinculado a ambientes psiquiátricos, escribió un libro sobre la personalidad ideológica de nuestro tiempo y la vuelta al principio de la conciencia, la cual poco a poco se irá enriqueciendo, sustituyendo y evitando los reduccionismos del empleo exclusivo del principio de razón-causa. Es decir, los diag-

nósticos nosológicos y nosográficos están en un plano de concepción genérica, que es propio de la ciencia y, por supuesto, tienen su propio mérito, pero tienen el riesgo de constituirse en el todo.

#### 4. Aplicación clínica

*Para comenzar las preguntas en lo referente a la psicopatología, quisiera comentarle que, como es sabido, en Estados Unidos existe gran preocupación hace bastantes años sobre cómo construir el DSM-V. En este contexto, uno de los grandes cuestionamientos se refiere al dilema de la "entidad versus el agente". Allí se ha puesto en duda la viabilidad de los criterios diagnósticos basados fundamentalmente en entidades abstractas que entienden la psicopatología como la manifestación uniforme de un fenómeno y al sujeto como un mero vehículo de los síndromes. Así la perspectiva que considera al agente y la individualidad del paciente, la cual sí fue considerada en la construcción del DSM-I y luego abandonada, adquiere un renovado interés en estos días<sup>9</sup>. Su idea médica de la persona y toda su obra intelectual apunta justamente en esa dirección.*

Claro, se cuenta con esa dificultad hace un tiempo. Es en este sentido que promuevo con mis alumnos un cambio de actitud, una actitud más clínica, personalizadora y humanizadora y eso tal vez sea uno de los aportes más concretos e inmediatos de mi modelo. Ahora bien, esto mismo se proyecta no solamente a la psiquiatría misma, sino también al paciente que consulta, al consultante de la medicina general y a las relaciones de convivencia en sentido amplio. Si la relación ha sido poco empática, poco personalizada, el paciente muchas veces piensa: "esta debe ser una de las tantas recetas dadas, ni me miró ni me escuchó, no me explicó; yo quería saber a qué se debe todo esto".

**Quiero leerle algo que usted mismo escribió aludiendo a la psicopatología: "desde el punto de vista de lo que sucede subjetiva, íntimamente**

**a la persona, es decir, a su conciencia personal o de estimación valorativa, considero que lo normal satisfactorio radica en la armónica integración de las polaridades y lo anormal en su ruptura, produciéndose extrapolaciones significativas, negativas, totalizadoras, con todo lo desfavorable que ello involucra"**<sup>6</sup>.

Lo que de manera primaria coge y capta el ser humano son significaciones encarnadas en la realidad, pero no debemos olvidar que en primera instancia son significaciones. Por ejemplo, cuando veo unas galletas lo primero que digo es "se comen", es decir, capto la significación en el objeto. Es lo mismo que la significación en el rostro del otro, siendo este último nunca neutro. Es por esto que la conciencia arranca de la relación concreta, primaria y respetuosa de lo real, un fundamento ético que lleva implicado otras estimaciones valorativas.

Un aspecto relevante en sus escritos es que usted, pudiendo centrarse en el paciente psiquiátrico, se ha detenido en el paciente somático y ha realizado reflexiones en torno a ello. Hay una frase reveladora que quisiera leerle; "lo corporal deja de constituir una unidad silenciosa en el paciente somático, es una reorientación del hecho biológico al acontecimiento biográfico"<sup>6</sup>.

Todo suceso de vida, incluso el de la enfermedad del cuerpo, una fractura o lo que fuere, es a la vez un acontecimiento personal; es decir, al mismo tiempo que tiene una repercusión físico-biológica, tiene una significación como hecho experiencial y esto también es fuente de significación. No respetar esta singularidad nos hace caer en fallas; una es en el sentido educativo o psicoeducativo de no explicar razones o motivos médicos de una enfermedad; por ejemplo, no explicar por qué el paciente se pone de color amarillo en la hepatitis, etc. Un acto médico que omita esa información, en que se dé un trato inadecuado con el paciente, puede tener graves repercusiones, tanto en la dimensión corporal como psíquica.

Si el paciente se hace conciente de su situación vivida, del aspecto biográfico de su experiencia, se producirá un aumento de la conciencia en un

aspecto más positivo, tanto en lo referente a la enfermedad como a su vida entera. Es decir, se amplía la situación y las cosas negativas van tornándose positivas, se va asumiendo una actitud realista. En definitiva, lo que se busca es robustecer la vinculación concreta con el otro, que en este caso es el paciente. Conectarme con la expresividad del otro a través de la inmediatez de la conversación. El situarme en el lugar ajeno derivará en que me haga cargo de la posición del mal llamado “paciente”, lo cual tiene evidentes efectos psicoterapéuticos.

### **a. El paciente neurótico**

**¿Cómo entiende usted al paciente neurótico considerando este elemento “biográfico” que configura a la persona?**

El paciente neurótico, el cual está relacionado en más cercanía con la normalidad, ya que los así llamados “normales” tenemos algo de inseguridades neuróticas también, desempeña un papel importante en el conjunto de pacientes psiquiátricos. Este se caracteriza por tener una biografía desfavorable en la cual ha sido víctima, donde hay una falta de experiencias positivas y un exceso de negativas. Hay zonas de hipersensibilidad a experiencias del pasado que no han sido resueltas, es una especie de contaminación del significado estimativo-valorativo. Principalmente lo que ocurre es una actitud imaginativa en el sentido negativo, sobre un fondo de inseguridad y desvalorización básica de sí mismo; es decir, un sentimiento negativo de la auto-imagen estimativo-valorativa. Es por esto que un suceso de la vida puede desencadenar con facilidad una actitud imaginativa que desfigura la significación.

### **b. El paciente depresivo**

**Cuando se refiere al paciente depresivo hace un comentario respecto del ánimo, aludiendo que este**

***no debería comprenderse como un ánimo a secas, sino que emplear la idea de ánimo personal. Pone una cita del poeta y pensador alemán Novalis\*: “el ánimo personal es el punto en que se teje la puntada de lo psíquico y de lo corporal”. A raíz de lo anterior ¿cómo es visto el paciente depresivo desde este modelo de la persona? ¿Adopta ribetes distintos a la noción tradicional que hoy prevalece?***

En este nivel de análisis cobra importancia la significación y dentro de ella las estimaciones y valoraciones. El paciente depresivo comete un error en su actitud: sentir que el apoyo y la ayuda ajena no tendrán repercusión alguna y por tanto prescinde de ella ya que la considera “tiempo perdido”. Esto va ligado a una actitud extremadamente negativa respecto de sí, un sentido de auto-desvalorización y una tendencia a sentirse culpable. Muchas veces se presenta una radical desvalorización del propio cuerpo, una sensación de extrema desvitalización.

El ánimo tiene una cara expuesta a las aferencias de las experiencias del mundo y por otro lado, se conecta con el polo de lo físico-biológico. En el depresivo mayor endógeno habría mucho de esto último, sin perjuicio de la influencia secundaria de lo biográfico. En el depresivo reactivo en cambio, se invierte la situación; hay más influencia de las experiencias de vida, de las situaciones de pérdida, de los duelos, las que caen en un cierto terreno proclive, no tan contundente como los primeros.

***Me sorprende la sistematización que usted ha alcanzado en este tema, y además valoro la dedicación que Ud. ha tenido en el desarrollo de esta noción; una vida entera.***

Así es, es un largo proceso experiencial también. Quisiera comentarle que acaba de aparecer un libro muy interesante del filósofo chileno Humberto Giannini titulado “La metafísica eres tú”<sup>10</sup>, donde se identifica la metafísica con lo espiritual del ser humano. Una vez que leí el libro

\*Seudónimo del poeta alemán Friedrich Leopold Freiherr von Hardenberg (1772-1801).

me di cuenta que mis ideas médico-antropológicas parecían estar corroboradas por la reflexión filosófica desarrollada en esa obra, por ejemplo; el hecho de profundizar en la importancia psico-antropológica del otro siguiendo también la orientación del filósofo Emmanuel Levinas, el cual ha sido de gran importancia en el desarrollo de mi pensamiento.

### ***Por último, ¿cómo visualiza usted el desarrollo de esta idea médica de la persona en el futuro?***

Estoy convencido de la validez y la utilidad de esta orientación antropológica para una convivencia humana más satisfactoria. Hay hoy en día una crisis de convivencia; desconsideraciones, atropellos, individualismos, materialismos y un tan débil espíritu solidario. Pienso que esta manera de ver a la persona debería contribuir no

sólo a mejorar el trato a los consultantes de la medicina, sino a toda relación interpersonal. También es importante integrar grupos interdisciplinarios en tareas educativas en aras de ir fortaleciendo un nuevo humanismo que permita crear actitudes más realistas, una mejor conciencia personal o de estimación-valoración.

### **Agradecimientos**

Los autores agradecen a Ps. Gabriel Reyes por su colaboración en la edición, organización, revisión del manuscrito, así como en la elaboración de notas. Así mismo los autores agradecen a los Dres. Jacqueline Jobet y Tomas Baater y a Ps. Carmen Rojas quienes amablemente facilitaron la realización de este proyecto.

### **Resumen**

*El Dr. Fernando Oyarzún es Maestro de la Psiquiatría Chilena y ha dedicado su carrera académica al desarrollo de un enfoque clínico-antropológico en psiquiatría. Desde su perspectiva elaboró una "idea médica de la persona", la que promueve la personalización del acto médico en psiquiatría y medicina. Método: En una entrevista personal este trabajo describe los logros profesionales del Dr. Oyarzún y sus concepciones clínicas-antropológicas. Conclusión: El legado intelectual del Dr. Oyarzún va más allá del campo de la medicina, conformando una perspectiva original de las relaciones humanas.*

*Palabras clave: Enfoque clínico-antropológico, relaciones interpersonales, entrevista.*

### **Referencias**

1. Oyarzún F. La neurosis del estudiante. Santiago-Chile: Ediciones de la Universidad de Chile; 1961.
2. Oyarzún F. Una concepción médica de la Persona. Santiago de Chile: Paulinas; 1977.
3. Oyarzún F. La Persona Humana y la Antropología Médica. Santiago-Chile: Editorial Universitaria; 1982.
4. Oyarzún F. La Persona, la Psicopatología y Psicoterapia Antropológicas. Santiago-Chile: Editorial Universitaria; 1992.
5. Oyarzún F. La Persona Normal y Anormal y la Antropología de la Convivencia. Valdivia-Chile: Uniprint; 1998.
6. Oyarzún F. Idea Médica de la Persona. La persona ética como fundamento de las antropologías médicas y de la convivencia humana. Santiago-Chile: LOM; 2005.
7. Espinosa N. La personalidad Ideológica Mendoza-

- Argentina: Idearium; 1989.
8. Espinosa N. La concepción de la conciencia. Buenos Aires-Argentina: San Pablo; 1994.
  9. Zachar P, Kendler K S. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. Am J Psychiatry 2007; 164(4): 557-65.
  10. Giannini H. La metafísica eres tú. Santiago-Chile: Catalonia; 2007.

---

Correspondencia:

Jaime R. Silva  
Universidad de La Frontera. Manuel Montt 112,  
Temuco, Región de la Araucanía.  
Fono-Fax: (45) 325 723  
E-mail: [jaimesilva@ufro.cl](mailto:jaimesilva@ufro.cl)



## El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm

### The concept of mental health in Fromm's work

Enrique Ubilla<sup>1</sup>

*Erich Fromm's work is unique due to his holistic vision of man. His main interest was to overcome the traditional dualism between individual vs. society and to develop a fundamental concept that integrates the dialectical relationship of both. As a result, this was his characterological concept of social character on the one side, and the concept of mental health on the other side. In his clinical work he focused his interests identifying the foundations which determines man's mental health and the ensuing pathology when man is unable to develop it. His bio-psycho-social vision of man, therefore, led to an integrative concept of mental health which exceeded traditional medical definitions of his time. Fromm's fundamental view is his comprehension of the particular human situation in the world, what he called human condition.*

**Key words:** Mental Health, holistic concept, human condition.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (2): 153-162*

#### Introducción

Fromm fue uno de los precursores de una visión que hoy día se denominaría holística e integradora del Hombre y de su salud. Fromm buscó en particular una síntesis de la sociología y el psicoanálisis. Aplicado esto a la salud mental significó, entre otras cosas, que Fromm nunca perdió de vista la sociedad detrás de cada individuo y su psicoanálisis del paciente individual siempre fue al mismo tiempo análisis de la sociedad en la cual este vive.

Erich Fromm formula en su libro póstumo "La patología de la normalidad"<sup>1</sup>, interrogantes básicas que serán el tema de este trabajo. ¿Cuáles

son estas preguntas? Primero: ¿Es la salud mental un fenómeno relativo y que depende de la definición que da la sociedad correspondiente? Segundo: ¿Es el criterio de *normalidad*, es decir del estado mental colectivo o general el canon por el cual se define la salud mental? Tercero: ¿Son ciertas manifestaciones mentales necesariamente signos de enfermedad? Cuarto: ¿Es la adaptación a las circunstancias reinantes en una sociedad un signo obligatorio de salud mental? Quinto: Si la salud mental fuera un fenómeno que sólo puede ser definido en el marco de una sociedad y época específica a analizar, esto llevaría al conocido relativismo sociológico. Si por el contrario el Hombre estuviera determinado biológicamente y su

Recibido: 19 de diciembre de 2008

Aceptado: 19 de mayo de 2009

<sup>1</sup> Consulta privada en Hamburgo. Miembro de la Sociedad Internacional Erich Fromm desde su fundación en 1985 en Tübingen, Alemania.

desarrollo sólo fuera mostrando lo que ya está programado de antemano en él nos encontraríamos con un determinismo biologista absoluto. ¿Qué posición asume Fromm entre estos dos extremos? Sexto: ¿Es posible llegar a una definición general y válida para diferentes sociedades y épocas? Esto último significaría de que sería posible hablar de una psicología objetiva o como lo diría Erich Fromm, una Ciencia del Hombre.

### **La base humanista del concepto de salud mental en Fromm**

Su concepto presupone un fundamento básico que se contrapone a la idea relativista-sociológica<sup>2</sup>. Fromm desarrolla al contrario la idea del Hombre universal. Él estaba profundamente convencido que el Hombre es básicamente idéntico en todos lados y épocas en cuanto a sus necesidades básicas. Ésta es una convicción que Fromm cree poder deducir de su experiencia clínica. A partir del supuesto anterior Fromm llega a otro más, según el cual: “Existen en la realidad juicios de valor objetivamente válidos y que no se supeditan a cuestiones de gusto o creencia”<sup>3</sup>. La base de ambos postulados está dada por la perspectiva desde la cual Fromm ve al Hombre y ésta no es otra que la situación en la cual el Hombre llega al mundo por un lado y por otro lado las necesidades básicas que se derivan de su condición físico-mental y social. Por lo tanto Fromm entiende al Hombre desde una perspectiva materialista y define la salud mental desde una visión primariamente ética, es decir, se pregunta que es lo que hace bien al Hombre y que lo daña.

Erich Fromm fue un pensador que no dejó de lado el aspecto biológico de la vida humana, como se le ha criticado a veces. Su crítica a la teoría de la libido, por ejemplo, como modelo para la explicación de la motivación y del comportamiento, se basa –al contrario de la teoría freudiana–, en su concepto más amplio y menos mecanicista, que le otorga un espacio relativamente importante a la teoría de la libido, pero que no se queda en ella y la excede. El *homo*

*eroticus* de Freud, es parte del hombre universal, de la naturaleza humana, pero no alcanza a explicarlo en toda su dimensión.

Fromm se remonta a dos cuestiones biológicas primarias de mucha importancia respecto del transcurso del desarrollo tanto filogenético como ontogenético. La primera de estas cuestiones es el debilitamiento del instinto, cuya posición está en relación inversa al desarrollo de la complejidad del sistema nervioso central. Cuanto más alto se posiciona un animal en la escala taxonómica, tanto más débil es su instinto afirma Fromm. Este hecho tiene por lo menos dos caras: una, que los automatismos instintivos en los seres vivos superiores no se dan según un modelo rígido de estímulo-reacción, sino que aquí existe una cierta flexibilidad. Esto podría ser en el peor de los casos peligroso, pero, y esta es la otra cara, esta situación posibilita al mismo tiempo un proceso de importancia decisiva: El aprendizaje, el cual se caracteriza por un amplio espectro de posibilidades, que pueden surgir durante el desarrollo del mismo. El debilitamiento del instinto por sí solo sería fatal, si no se hubiese desarrollado al mismo tiempo otra dimensión en la filogénesis, lo cual es para Fromm la segunda cuestión biológica básica: El desarrollo del cerebro. Éste alcanza su desarrollo máximo en los seres humanos, por lo cual el hombre es capaz de compensar los mecanismos instintivos menos desarrollados y desplegar a partir de ahí según Fromm dos fenómenos específicamente humanos: Cultura e historia.

El otro aspecto es la ontogénesis. Fromm afirma que no hay en todo el reino animal ninguna forma de vida tan desamparada e incapaz de sobrevivir –visto desde un punto de vista fisiológico– como el bebé humano. La inmadurez en todos los aspectos que un recién nacido manifiesta, es extrema. Un recién nacido librado a su suerte podría sobrevivir apenas un par de días. Esta falta de madurez no dura un corto lapso de tiempo, como en los animales, sino años. El humano recién nacido es extremadamente sensible a las temperaturas, no puede si quiera coordinar sus movimientos, ni reconocer un peligro determi-

nado. El niño humano es más dependiente en comparación que cualquiera de sus escasos coetáneos –salvando todas las distancias dentro del reino animal–, ya que le falta el armamento instintivo indispensable y la madurez neuroanatómica.

A pesar del gran tamaño del cerebro de un recién nacido, éste no le sirve de mucho a causa de su inmadurez. Es necesario crear determinadas condiciones para el desarrollo del cerebro.

El niño es al nacer el ser más débil de todos. Esta debilidad representa a la vez su fortaleza. Ningún otro ser viviente posee una capacidad semejante de aprendizaje, ningún otro puede desplegar tantas posibilidades y alternativas en el transcurso de su desarrollo, ningún otro puede alcanzar tan alto grado de libertad. Que todos estos potenciales puedan ser desarrollados o no, esto depende de una serie de condiciones del entorno que lo rodea. De manera crítica habría aquí que mencionar la abundante bibliografía existente en las últimas décadas de la investigación del lactante y de la primera infancia que muestran de manera contundente las habilidades comunicativas y emocionales (en especial la teoría del vínculo de John Bowlby y las investigaciones de Daniel Stern), que permiten al infante crear lazos afectivos fuertes que lo protegen del desamparo y del abandono. Sin embargo, estos estudios no ponen en cuestión la observación básica de Fromm de la inmadurez psico-motora y la dependencia frente al entorno físico-emocional del niño.

### **La situación humana específica**

El hombre se encuentra en una situación particular, que lo define específicamente. Fromm la llama *la Situación Humana* y con eso quiere decir lo siguiente: Como el Hombre puede pensar gracias a la capacidad de su cerebro, ocurre con él algo que va a determinar gran parte su vida: Él trasciende la naturaleza. Él es parte de la naturaleza, pero a la vez puede reflexionar sobre ella y es consciente de sí mismo y de su situación de

separación de la naturaleza. El viene de la naturaleza y no obstante, no forma con ella una unidad. El nacimiento corporal representa así el paradigma de su separación de ella. Fromm entendió precisamente de esta manera el mito bíblico del paraíso. Dice: “El hombre, que vive en el jardín del edén en absoluta armonía con la naturaleza, pero sin consciencia de sí mismo, inicia su historia con el primer acto de libertad, con la desobediencia de un mandamiento. Al mismo tiempo se transforma en él mismo, consciente de su particularidad y de su desamparo, es expulsado del paraíso y dos ángeles con espadas de fuego le impiden su regreso”<sup>4</sup>.

El Hombre es parte de la naturaleza, no obstante está separado de ella, porque la trasciende. Podría intentar recrear la armonía perdida, que tanto anhela. Pero esto resulta imposible. El puede, sin embargo, intentar crear una nueva armonía. De esto resultan según Fromm dos tendencias básicas: El hombre tiende como ser bio-psicológico al crecimiento, pero a causa de su origen tiende a regresar al seno materno. Progresión y regresión representan los polos a los que el hombre se inclinará, según el tejido personal y social. Ésta contradicción no puede quedar sin resolver. El Hombre intenta resolverla. Las soluciones estarán condicionadas nuevamente por el contexto socio-histórico y natural. Asimismo son limitadas, ya que el hombre no es ilimitadamente moldeable y sus necesidades tienen que ser resueltas de alguna manera.

El hombre tiene que, al igual que los animales, sobrevivir físicamente y luchar por eso. Sin embargo, según Erich Fromm, existe para el hombre un peligro específico. Fromm escribe: “Él (el Hombre) no solamente tiene que luchar contra el peligro por sobrevivir, no luchar por no morir de hambre y ser herido, sino también contra lo específicamente humano: El peligro de volverse loco. No sólo tiene que protegerse del peligro de perder la vida, sino también del peligro de perder la razón”<sup>5</sup>. Fromm es de la opinión, que el hombre está obligado a crear una nueva armonía con la naturaleza, ya que no podría soportar su separación ni un segundo, o bien po-

dría enloquecer a causa de lo insoportable de este estado.

La consciencia de estar separado es una de aquellas contradicciones a las que Fromm denomina existenciales. A ella se le suma otra, la muerte. Fromm escribe: “El hombre es consciente de ella (de la muerte), y esta consciencia influye decisivamente en su vida [...] Le es algo sumamente extraño, que no puede asociar con ninguna experiencia de la vida”<sup>6</sup>. También esta contradicción existencial tiene consecuencias significativas. Otros dos hechos se encargan de que el hombre se diferencie de los animales y que a través de eso se vuelva específicamente humano: la razón y la capacidad de abstracción.

Todos estos factores, que determinan definitivamente la *conditio humana*, llevan a que el Hombre tenga ciertas necesidades, que si bien no pueden percibirse directamente, pueden ser explicadas a partir de sus actos. Esta es la consecuencia más importante que saca Fromm de su análisis y que fundamenta finalmente su concepto de salud mental: *Producto de su situación específicamente humana con la cual el Hombre llega al mundo, esta determina en él ciertas necesidades que son insoslayables, pues deben ser satisfechas. De que manera estas necesidades son satisfechas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el Hombre pueda desarrollar.* Lo interesante de este concepto es que puede entenderse como un *concepto evolutivo abierto*, puesto que no sabemos si el Hombre en su evolución desarrollará nuevo tipo de necesidades básicas y si las formuladas por Fromm siempre han estado presentes. Fromm tampoco dice en sus escritos que las necesidades básicas por él mencionadas sean las únicas y eternas.

### **Las necesidades básicas resultantes de la condición humana**

Fromm define estas como las siguientes: La necesidad de vínculo, de un marco de orientación,

de poder entregarse a algo, de arraigo, de identidad y de trascendencia.

#### ***La necesidad de vínculo***

Como ya hemos visto, el hombre ha perdido para siempre la unidad original. Ahora es libre, pero se encuentra solo y ese estado lo angustia. Una completa y eterna separación no solamente lo torturaría, sino que lo llevaría también a la locura. Necesita crear nuevos lazos, nuevos vínculos con el mundo. La manera, en la que busca relacionarse depende de muchos factores históricos, culturales, familiares, socio-económicos y políticos. Si el modo específico de relacionarse que él desarrolla le permite crecer o coarta su libertad es en principio secundario. No es que la libertad no tenga importancia, pero libertad y vínculo pueden contraponerse dentro de un marco social determinado, lo que es demostrado por la historia y nuestro presente.

#### ***La necesidad de un marco de orientación y de un objeto de entrega***

Fromm ve al Hombre en su situación primaria como ser desorientado. Lo que otorga a los animales un marco de orientación son sus automatismos de origen biológico, algo que el hombre no posee de manera tan desarrollada. El Hombre tiene que decidir continuamente para poder alimentarse, protegerse, procrearse etc, pero la brújula instintiva no le fue concedida al nacer y tiene que intentar orientarse de otra manera. El hombre dispone de razón y capacidad de abstracción e imaginación. Estas capacidades “lo llevan a orientarse en el mundo, no sólo de manera física, sino también espiritual y sensorial”<sup>7</sup>. La razón es el instrumento que le sirve para comprender la realidad objetivamente y llegar así a la verdad.

En relación a las necesidades de orientación y de entrega Fromm distingue dos planos. El primero y más importante es el existencial, el segundo define la calidad de vida. El existencial tiene que ver con la necesidad de algún tipo de marco de referencia. Si este es correcto o no, no es de importancia primaria. Y justamente, porque la

necesidad es tan grande, la sociedad puede darle al hombre un marco de referencia inadecuado a sus necesidades básicas. Éste será, sin embargo, siempre mejor a que no pueda darle ninguno. Este primer plano determina, según Fromm, la salud o la enfermedad mental.

El segundo plano define la felicidad o la desgracia, es decir la calidad de vida. Aquí se trata de la cuestión del contacto con la realidad a través de la razón. Cuanto más desarrollada sea la razón, tanto más objetivo será el contacto con la realidad y tanto menos tenderá el hombre a enajenarse. La orientación se volverá por tanto más amplia. Fromm es de la opinión, que no basta únicamente el marco de referencia para ser capaz de actuar. Él escribe: “El hombre necesita también una meta, que le indique hacia donde tiene que ir”<sup>8</sup>. Aquí se trata de la entrega, de su fervor o pasión por algo. El entregarse de lleno a algo hace al hombre capaz de actuar, porque integra y canaliza la energía humana en una dirección determinada. A partir de ahí el hombre supera su existencia aislada, con todas sus dudas e inseguridades y le otorga sentido a su vida. “Cuando se entrega fuera de su yo aislado, se trasciende a sí mismo y abandona el encierro de su relación absoluta con sí mismo”<sup>9</sup>.

### ***La necesidad de arraigo***

Si continuamos con la metáfora del paraíso, llegaríamos a una nueva afirmación: Cuando el hombre es expulsado del paraíso, pierde su patria, sus raíces naturales. No puede volver, sólo le queda buscar y encontrar una nueva tierra, echar nuevas raíces. Exactamente así es la situación fisio-anatómica del ser humano. El niño abandona el seno materno contra su voluntad, pierde su tierra madre, es separado de su madre y pierde sus raíces. “Únicamente puede prescindir de sus raíces naturales, al encontrar nuevas raíces, y sólo después de haber encontrado ese nuevo arraigamiento, puede volver a sentirse en el mundo como en casa”<sup>10</sup>. Así explica Fromm dos fenómenos a la vez. El primero es el fuerte vínculo del niño con su madre y el segundo es el complejo de Edipo, el cual Fromm somete a una

relativización considerable. Sin renegar de los elementos sexuales en el complejo de Edipo, Fromm cree que la tendencia incestuosa del niño hacia a su madre es la expresión de una necesidad profunda: De la necesidad de seguridad y arraigo primordialmente, que alguna vez le fueran otorgadas al niño a través de su madre y no una necesidad sexual primaria hacia la madre.

Tan importante como el vínculo hacia la madre es la creación de nuevos vínculos. La fijación del vínculo con la madre bloquea el desarrollo del individuo. No lo deja crecer. La psicopatología nos muestra cantidades de ejemplos acerca de las consecuencias de tal fijación.

El hombre tiene una sola posibilidad, si quiere ser sano, poder desarrollarse y sentirse como en casa postula Fromm: Encontrar una nueva tierra, crearla y echar nuevas raíces. Esto se logra relacionándose con otros.

### ***La necesidad de identidad***

Esta necesidad tiene su origen en las bases de la propia naturaleza humana: El Hombre experimenta un proceso de individualización, es decir, se torna consciente de sí mismo y de su separatividad, porque ya no conforma una unidad con la naturaleza y posee razón y también capacidad de abstracción. Puede decir “yo” y puede también diferenciarse de otros hombres. El animal, al no trascender la naturaleza, no tiene necesidad de identidad. Según Fromm: “El animal es vivenciado, el Hombre, por el contrario, se vivencia a sí mismo”<sup>11</sup>. Justamente por ese motivo necesita “sentirse el sujeto de sus propios actos”<sup>12</sup>.

El término identidad describe un proceso complejo. En las distintas sociedades que conocemos hasta hoy, el Hombre ha encontrado o descubierto diferentes caminos para satisfacer su necesidad de identidad. El proceso de identidad está condicionado históricamente. Para ilustrar esto, Fromm da un ejemplo: “En el mundo medieval cada individuo era identificado a través de su rol social dentro de la jerarquía feudal. El campesino no era un hombre, que casualmente se hubiese vuelto campesino; el señor feudal no era un

hombre que por casualidad hubiese llegado a señor feudal. Eran campesinos o señores feudales, y ese sentimiento de estado constante era parte esencial de su sentimiento de identidad. Luego, con el derrumbe del sistema feudal, ocurre una conmoción en el sentimiento de identidad y se suscita la profunda cuestión: ¿Quién soy?<sup>13</sup>.

El segundo plano del sentimiento de identidad abarca otra dimensión, la de la relación. Tan pronto como el niño pueda decir “yo”, se volverá consciente de su separatividad. Este estado no está libre de angustia. El Hombre dispone en este plano sólo de algunas alternativas. En condiciones ideales puede desarrollar el sentimiento de identidad a través de la afirmación de la propia individualidad. En condiciones algo más desfavorables el Hombre creará un sentimiento de identidad a través de la identificación con su raza, nacionalidad, religión, etc. Abandonará su individualidad y dirá “yo soy nosotros”<sup>14</sup>.

Si el hombre no puede superar el estado preindividual, porque por ejemplo, su madre no estimula y permite su tendencia a la autonomía, entonces ese hombre no podrá decir “yo”. Su sentimiento de identidad existe únicamente en comunión con la madre y en el fondo no se podrá hablar de individualidad, ya que ese hombre no se percibe como un ser distinto. Se sentirá protegido y seguro en presencia de su madre, pero será incapaz de desarrollar las capacidades que lo definen como Hombre. El precio de la simbiosis es la falta de desarrollo de su unicidad y de la humanidad que lo habita.

En nuestra sociedad muchos hombres exteriorizan un tipo de identidad, que, según Fromm, está constituida sobre el conformismo de masas. Esta percepción de identidad le otorga al hombre también seguridad y una cierta protección. El precio a pagar es en la mayoría de los casos, la limitación de la propia libertad y del desarrollo, y con esto también de la salud mental y la felicidad.

### ***La necesidad de trascendencia***

El Hombre trasciende la naturaleza a través del simple hecho de ser Hombre. Es una forma

fáctica, pero también pasiva de trascender. Fromm es de la opinión, que el hombre tiene, como criatura, la necesidad de trascender la naturaleza también de manera activa. “El Hombre”, escribe, “es introducido en el mundo sin saberlo, sin su consentimiento, sin su deseo, y es vuelto a sacar de ahí, sin haberlo consentido ni deseado” y continúa “no puede darse por satisfecho con el papel pasivo de criatura; con el papel de dado, que fuera arrojado del cubilete. El papel de ser creado lo oprime tanto, así también como el azar y la pasividad de su existencia como criatura que trata de superar este estado de cosas convirtiéndose en su propio creador”<sup>15</sup>.

Fromm reconoce en esta necesidad una de las raíces humanas del fenómeno creativo: el arte, la religión y la producción material. También el amor, entre otras cosas, tiene aquí su fundamento. Lo creativo no es considerado aquí un mecanismo de defensa en el sentido psicoanalítico (llamado sublimación), sino más bien una necesidad humana específica, que es entonces despatologizada.

La necesidad de trascender puede aparecer como un aspecto creativo-productivo. En cambio el hombre que por algún motivo no puede ser creativo-productivo, necesitará satisfacer esa necesidad de otro modo. Se le ofrece entonces otra posibilidad: Si no puede producir vida, ni arte, ni ninguna otra cosa, entonces puede alcanzar la satisfacción de la necesidad de trascender a través de la destrucción de la vida y de lo vivo.

### ***Individuo versus Sociedad***

A diferencia de Sigmund Freud, Erich Fromm no parte de un conflicto o de un antagonismo inmanente entre individuo y sociedad. Freud era de la idea, de que el Hombre es naturalmente un ser asocial, que debe ser domado, para que la vida social le sea posible. El Hombre freudiano libra una batalla contra la sociedad, quien lo imposibilita de satisfacer sus impulsos y sus pasiones sin demora alguna y sin tomar en consideración a los otros. La cultura es, por lo tanto, el

resultado de un proceso represivo que afecta especialmente a la vida sexual. Fromm no reconoce a ningún hombre no socializado y la cultura no es necesariamente la consecuencia de una represión de las pulsiones según él.

El Hombre establece desde muy temprano un vínculo con otros. La investigación de las últimas décadas sobre la primera infancia ha hecho valiosos aportes al respecto. Remitámonos a los trabajos de René Spitz, John Bowlby, Margaret Mahler, Daniel Stern y otros quienes han revolucionado nuestra percepción de la vida durante la primera infancia.

El Hombre llega a una sociedad determinada, que lo moldea en gran parte. El niño incorpora no sólo de una forma pasiva las costumbres y valores de su sociedad. También necesita adaptarse activamente a las condiciones socio-económicas y culturales, si quiere tener alguna chance en su sociedad de satisfacer sus necesidades. El resultado de este proceso es la formación del carácter de un individuo, que según Fromm, puede entenderse como una suplantación de lo instintivo y así de un instrumento para su vida en sociedad.

Fromm formuló el concepto del carácter social, derivándolo del concepto freudiano del carácter individual, partiendo de la hipótesis, que la sociedad moldea a sus integrantes de un modo específico para esa sociedad, de manera tal que se puede hablar de una matriz común, la cual por su parte tiene su origen en las exigencias socio-económicas propias de esa sociedad. A diferencia de Freud el concepto del carácter social permite precisamente establecer la interacción entre el individuo y su sociedad y como esta última plasma la personalidad individual. De ahí se deduce la idea de que una separación tajante entre individuo y sociedad no sólo sea sostenible.

## La salud mental

“Nuestro concepto de salud mental depende de nuestro concepto de la naturaleza del Hombre”<sup>16</sup>, dice Fromm. Esta frase parece haber sido

copiada por los autores del libro antes citado (Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie), en el cual se lee que ha de tenerse presente: “La visión del Hombre y la teoría de la personalidad...de los fundadores de teorías y escuelas psicoterapéuticas”<sup>17</sup>. Hemos visto, que la vida psíquica –así como la fisiológica– están sujetas a ciertas leyes determinadas. También hemos establecido que la adaptación a los requerimientos de una sociedad determinada no son siempre sinónimo de salud mental. El mero hecho de funcionar en la sociedad nada nos dice respecto del estado mental de sus miembros. Si los integrantes de una sociedad funcionan bien y se adaptan, pero al mismo tiempo se aburren, beben demasiado, pasan largas horas frente a la televisión y no pueden gestar su vida de manera creativa y espontánea, entonces la conclusión es que ocurre algo poco saludable. En analogía al concepto de carácter social versus carácter individual Fromm formuló un concepto, que posibilita hacer una distinción entre neurosis individual y aquellos fenómenos colectivos, que no son considerados en principio neuróticos. Algunas escuelas psicoterapéuticas distinguen en este sentido entre “patología clínica” y “patología de la normalidad”.

En el caso de una sociedad, en la que los Hombres manifiestan ciertos síntomas colectivos, pero que no se manifiestan por ejemplo como neurosis, Fromm habla de un *defecto socialmente predestinado*. Si todos o la mayoría de los miembros de una sociedad manifiestan ese tipo de defecto, entonces ocurre lo siguiente: “él (el individuo) no lo percibe como un defecto, y su seguridad no peligra por tener la sensación de sentirse diferente, un marginal. Lo que puede perder en cuanto a su riqueza interior y a su verdadero sentimiento de felicidad será compensado por la seguridad que le da el sentimiento de pertenecer al resto de la humanidad *“así como él la conoce”*”<sup>18</sup>. Toda sociedad crea, en todo caso, determinados antídotos, que le permiten al hombre *“vivir con un defecto sin enfermarse”*<sup>19</sup>. Fromm emplea aquí la palabra enfermo en un sentido corriente. Si sacáramos de circulación por un tiempo estos an-

tídotos en nuestra cultura, la televisión o el fútbol, entre otros, entonces presenciáramos la manifestación de muchos problemas que entonces calificaríamos de neuróticos. Esta hipótesis fue confirmada empíricamente. En el marco de una investigación sobre el papel de la televisión en la comunicación dentro de la familia, se les pidió a diferentes familias sencillas, que pasaran una semana sin la televisión. El resultado fue sorprendente: No sólo se manifestaron cantidades de problemas de comunicación en las familias, sino también, paralelamente a eso, se dio una serie de fenómenos psicosomáticos, que llegaron inclusive hasta ataques de nervios. Luego de una semana, al ser devuelto, el aparato fue recibido como un hijo perdido.

Este ejemplo abre una interesante dimensión, que fácilmente es pasada por alto. El Hombre puede adaptarse a muchas situaciones incómodas, pero si sus necesidades básicas no están siendo satisfechas, reacciona. El reacciona a través de manifestaciones funcionales o psicosomáticas, reacciona a través de la apatía o del mal humor. Su reacción muestra, que posee un núcleo, que no es infinitamente moldeable. La televisión es un antídoto, cuya presencia pone en claro, lo que ocurre bajo la superficie del conformismo y de la adaptación. Si alguien es sometido a insomnio, probablemente manifestará irritabilidad, una conducta agresiva, impulsos descontrolados. Si alguien manifiesta esas mismas reacciones, porque el televisor se ha descompuesto, entonces esto significa algo bien diferente.

¿Y qué es lo que ocurre con la neurosis? ¿Con la psicosis? Si la adaptación y el funcionar de un individuo fallan en el marco de una sociedad determinada, se está frente a una de estas dos enfermedades. Fromm hace aquí la siguiente distinción: neurosis es una falla parcial, psicosis una total en la adaptación y en el funcionar.

Cuando un hombre —en un sentido corriente— enferma de neurosis, cabe preguntarse, ¿qué factores lo llevaron a manifestar esta problemática? Aquí surgen también otras cuestiones:

1. ¿Cómo se expresa una patología determinada en este hombre?

2. ¿Cómo debe entenderse, que justamente éste y no otro hombre se enferme, si bien la sociedad ejerce su influencia en igual medida sobre todos sus integrantes?

3. ¿Es la manifestación de una sicopatología un signo de un desarrollo individual defectuoso, de una sensibilidad patológica o será que aquellos hombres, que manifiestan una enfermedad, son más sanos que los normales, porque reaccionan a través de síntomas psíquicos ante una sociedad, una familia o una empresa insana?

La manifestación de síntomas neuróticos hace evidente, según Fromm, en primer lugar la falla de aquellos mecanismos que impiden que un defecto socialmente predeterminado se manifieste, demuestra que el antídoto no ha hecho efecto. ¿Por qué el antídoto no haría efecto en todos los miembros de una sociedad? En una conferencia en Septiembre de 1964 en NET Cork Fromm diría lo siguiente: “Durante el transcurso de mi trabajo psicoanalítico y a través de mi propia experiencia llegué [...] a estar cada vez más convencido, de que la simple idea, de que el peso de la neurosis es proporcional al peso de las circunstancias traumáticas y contextuales, no es cierta. Cuando uno descubre que sus pacientes homosexuales vivieron con una madre exigente y un padre débil, entonces se puede formular con esto una teoría que explique la homosexualidad. Ciertamente uno tiene también unos diez pacientes más, que tuvieron un padre igualmente débil y una madre tan exigente como los otros, pero no fueron homosexuales”<sup>20</sup>. Se trata aquí de la cuestión de la constitución. Fromm concibe a la constitución de una manera más amplia que Freud. Curiosamente en los últimos años han aparecido una cantidad importante de estudios que demuestran que con gran probabilidad la homosexualidad es un fenómeno bastante repandido y que es determinado durante el tiempo de gestación del embrión humano, es decir que es primariamente un fenómeno ontogenético y no uno determinado psicogenéticamente.

Llegamos aquí a una etiología multifactorial de enfermedades mentales. Tres factores, por lo menos, juegan aquí un papel significativo. El primer



factor es la constitución fisio-anatómica derivada de la genética. El segundo factor es la condición humana con sus necesidades básicas. El tercer factor es el contexto representado fundamentalmente por la sociedad y la familia. Ya que no es posible modificar los factores constitucionales lo determinante para la salud mental ocurre entonces “entre la naturaleza humana y la sociedad”<sup>21</sup>.

Estas consideraciones tienen a su vez consecuencias terapéuticas importantes. Una de ellas es: La terapia ya no es, según esta idea, el lugar, donde se repara a los hombres –como en un taller mecánico–, para que vuelvan a ser capaces de adaptarse y funcionar; sino que es un lugar, en el que el Hombre ocupa el centro y en el que el tema es su interacción con su entorno, con su sociedad. Otra consecuencia es que se llega a una comprensión diferente de la enfermedad y salud mental. Será necesario ampliar en análisis. Este deberá incluir el contexto en el cual se manifiestan ciertos signos mentales. La perspectiva unilateral del Hombre separado de su contexto puede llevar a la cronificación de los síntomas y al desgaste de recursos humanos y materiales sin llegar a solución alguna.

Erich Fromm se dedicó también al tema de cómo se logra un estado de salud mental en la sociedad en la cual él vivió. Sobre esto escribió: “La salud mental tiene que ver para mí con la superación del narcisismo y con esto, para formularlo de un modo positivo, alcanzar la meta del amor y la objetividad; con la superación de la enajenación y así alcanzar identidad e independencia; con la superación de la enemistad y con ello la capacidad de vivir pacíficamente y finalmente lograr ser productivo, que significa la superación de la fase arcaica de canibalismo y de dependencia”<sup>22</sup>.

La salud mental es así también entendida desde una perspectiva ética. Fromm parte de la base que así como hay cosas buenas y malas o la fisiología del Hombre, también las hay para la vida mental. Ciertas cosas estimulan el desarrollo del hombre y otras lo impiden. Como el hombre y la sociedad forman una unidad y ya que la sociedad ejerce una gran influencia sobre el Hombre, es imposible separar la salud mental de la sociedad en cuestión. Así reformuló Fromm la conocida frase latina en: “Mens sana in societate sana”<sup>23</sup>.

### **Resumen**

*La obra de Erich Fromm se destaca por una visión holística del Hombre. Una preocupación permanente en su obra fue superar el dualismo clásico individuo vs sociedad y desarrollar una visión integradora fundamentada en la relación dialéctica de ambos. El resultado de esto fue su teoría caracterológica con su concepto de carácter social por un lado; y por otro lado su concepto de salud mental. En su labor clínica enfocó su atención a los fundamentos primarios que determinan la salud mental del Hombre y la consiguiente patología cuando estos son entrabados en su desarrollo. Su visión bio-psico-social conduce por lo tanto a un concepto de salud mental integrativo que excede las definiciones médicas tradicionales de su época. Lo fundamental de la visión de Fromm es su comprensión de la situación particular del Hombre en el mundo que él llamó conditio humana.*

*Palabras clave: Salud mental, concepto holístico, condición humana.*

## Referencias

1. Buchinger K. *Zur Geschichte des Krankheitsbegriffes: Über das Verhältnis von Krankheit und Schuld*. In *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Alfred Pritz, Hilarion Petzold (Hrsg.). Junfermann-Verlag, Paderborn, Alemania. 1992. [1].
2. Fromm E. *Die Pathologie der Normalität*. Schriften aus dem Nachlass. Band 6. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [1, 3, 4, 22, 23].
3. Fromm E. *Wege aus einer kranken Gesellschaft*. Gesamtausgabe. Band 4. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21].
4. Fromm E. *Die Revolution der Hoffnung*. Gesamtausgabe. Band 4. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [5].
5. Fromm E. *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. Gesamtausgabe. Band 7. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [8, 9].
6. Fromm E. *Psychoanalyse und Ethik*. Band 4. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [6].
7. Fromm E. *Von der Kunst des Zuhörens*. Schriften aus dem Nachlass. Band 6. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [20].
8. Pritz A, Petzold H (Hrsg.). *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Junfermann-Verlag. Paderborn, Alemania. 1992. [17].
9. Ubilla E. *Fromms Verständnis von seelischer Gesundheit*. In *Der Mensch ist kein Ding*. Jürgen Meier und Fritz Bremer (Hg.) Paranus-Verlag. Neumünster. Alemania. 1996. [2].

---

### Correspondencia:

Enrique Ubilla

Godeffroystrasse 6, 22587

Hamburgo, Alemania.

E-mail.: enriqueubilla@web.de

## Instrucciones para los Autores

1. Formato general.- Los trabajos deben ser originales e inéditos, estar escritos en español y ajustarse a las normas de publicación de la revista. Todo trabajo deberá ajustarse a las indicaciones de los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors*, de octubre de 2001, disponibles en su versión en español 2003 en: <http://www.wame.org/urmreferenciasinter.pdf>). Información editorial adicional, se encuentra en la página Web de la World Association of Medical Editors, [www.wame.org](http://www.wame.org). Todo el material debe ser enviado al Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, incluyendo el material para suplementos.
2. Arbitraje por expertos pares.- **Sólo los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje** por dos expertos pares (peer review) que no son parte interesada del comité editorial. Las opiniones de los expertos serán transmitidas al editor asociado o al editor y luego serán informadas al autor en forma anónima. Si la opinión de los árbitros, sobre la pertinencia de publicar el trabajo en evaluación fuese dispar y uno aprobara y el otro rechazara, el comité editorial tomará la decisión final al respecto. Cuando existan sugerencias de los expertos sobre la necesidad de realizar algunas modificaciones en la presentación de un trabajo para su publicación, el comité editorial revisará las versiones para evaluar el cumplimiento de los cambios solicitados. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original. Si ello fuera pertinente. La nómina de revisores árbitros consultados se publica en el último número de la revista de cada año.
3. Forma de envío del material.- Deben remitirse dos copias idénticas del trabajo en su versión definitiva en forma impresa (incluyendo tres originales de tablas y figuras), además de una copia electrónica en CD o vía correo electrónico, usando programa Microsoft Word. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. La forma impresa deberá tener el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), hojas numeradas ángulo superior derecho, empezando por la página del título, sin membretes, escrito sólo por un lado, márgenes de 3 cm en todos sus bordes, doble espacio, letra de 12 puntos Times New Roman y justificada a la izquierda.

La extensión del texto y elementos de apoyo considera límites máximos según el tipo del trabajo: **artículos de revisión** hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 Tablas o Figuras, **trabajos de investigación** hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 Tablas o Figuras, **casos clínicos** hasta 2.500 palabras, 20 referencias y 4 Tablas o Figuras, **club del artículo** hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 Tablas o Figuras), **cartas al Editor** hasta 1.500 palabras, incluyendo hasta 6 referencias y 1 Tabla o Figura.

4. Página inicial.- Se escribirá el título del trabajo en forma breve pero informativa, **en español e inglés**. Se debe señalar a los **autores con nombre de pila, apellido paterno, inicial del apellido materno**. Quienes deseen usar su apellido materno en forma completa podrán poner un guión entre ambos apellidos. Señale el nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció cada autor durante la ejecución del trabajo; fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos.

Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó *tuvo* o *no tuvo* influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Señale con letras minúsculas en “superíndices” a los autores que no sean médicos y use dichos superíndices para identificar su título profesional o su calidad de alumno de una determinada escuela universitaria. Omita cargos administrativos como: jefe, director, presidente, coordinador etc. Si desea que se mencione un grado académico como magíster o doctor (PhD), adjunte una fotocopia autorizada del documento oficial que establece la condición y la mención.

En forma separada se explicitará el nombre, **dirección postal, dirección electrónica y teléfono del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito** y del contacto con el comité editorial. Al pie de esta página debe mostrarse un recuento computacional de palabras, contadas desde el comienzo de la Introducción hasta el término de la Discusión (se excluyen para el recuento, la página inicial, el Resumen, los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras).

5. Segunda página.- Debe incluir un resumen en inglés de no más de 250 palabras. El formato debe ser “estructurado” incluyendo explícitamente: introducción, método, resultados y conclusiones. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Los autores deben proponer 3 palabras clave o *key words* (en español e inglés), que deben ser elegidas en la lista del Index Medicus (*Medical Subjects Headings*).
6. Formato ético.- Cuando se incluyan experimentos en seres humanos, explicitar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), actualizadas en el 2000 y adjuntar la aprobación del *comité de ética* de la institución en que se efectuó el estudio. Cuando se informe de experimentos en animales, los autores deben indicar explícitamente si se siguieron las guías institucionales y nacionales para el cuidado y uso de los animales de laboratorio.
7. Referencias.- Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto, numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto y limitarse en número a lo establecido en el punto 3.

En el texto, en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

Los resúmenes de presentaciones a Congresos pueden ser citados como referencias sólo cuando fueron publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en “Libros de Resúmenes”, pueden citarse en el texto (entre paréntesis), al final del párrafo pertinente. Se puede incluir como referencias a trabajos que ya están aceptados por una revista para su publicación; en este caso, se debe anotar la referencia completa, agregando a continuación del nombre abreviado de la revista la expresión “en prensa”. Los trabajos en proceso de evaluación editorial pero todavía no aceptados oficialmente, pueden ser citados en el texto (entre paréntesis) como “observaciones no publicadas” o “sometidas a publicación”, pero no deben listarse en las referencias.

## I. Revistas

### a. Artículo standard

Formato general: Autor(es) con letra mayúscula. Título del trabajo. Nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus. Seguido del año; volumen: páginas inicial - final con números completos. Se listan sólo los seis primeros autores, si el número de estos es superior a seis, deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

## **Guía de autoevaluación de exigencias para los manuscritos**

Revise antes de enviar el trabajo. En caso de que no se cumplan algunos de los puntos, se devolverá el artículo al autor para que haga las modificaciones pertinentes.

1. Este trabajo es original e inédito (salvo resúmenes de congresos) y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión del Comité Editorial de esta Revista.
2. El texto está escrito a doble espacio, en tamaño carta, letra Times New Roman de 12 puntos.
3. Se respeta el límite máximo de extensión según tipo de artículo.
4. Tiene título en español y en inglés.
5. Tiene un resumen en inglés, de no más de 250 palabras con palabras clave y key words.
6. Las citas bibliográficas no sobrepasan lo estipulado según el tipo de artículo y están de acuerdo al formato exigido por la revista. Se cita por orden de aparición en el texto.
7. Las tablas y figuras están en hojas aparte, las figuras tienen identificación y marca de orientación al dorso y lecturas en hojas ad hoc, la calidad es buena y permiten la necesaria reducción en la imprenta. Se adjuntan 3 ejemplares de c/u.
8. Si se reproducen tablas o figuras de otras publicaciones, se acompañan de la autorización escrita de los autores para su reproducción.
9. Se indican números telefónicos, fax y correo electrónico del autor.
10. Están completas las declaraciones de autoría, de transferencia de derechos de autor y de declaración de conflicto de intereses.

## Declaración de la responsabilidad de autoría y transferencia de derechos de autor

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, pueden agregar fotocopias de esta página.

TÍTULO DEL MANUSCRITO .....

DECLARACIÓN: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columna «Códigos de Participación» anote personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la Tabla siguiente:

Códigos de Participación

- |  |  |
|--|--|
| <b>A</b> Concepción y diseño del trabajo     | <b>G</b> Aporte de pacientes o material de estudio |
| <b>B</b> Recolección/obtención de resultados | <b>H</b> Obtención de financiamiento               |
| <b>C</b> Análisis e interpretación de datos  | <b>I</b> Asesoría estadística                      |
| <b>D</b> Redacción del manuscrito            | <b>J</b> Asesoría técnica o administrativa         |
| <b>E</b> Revisión crítica del manuscrito     | <b>K</b> Otras contribuciones (definir)            |
| <b>F</b> Aprobación de su versión final      |  |

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, los derechos de autor serán transferidos a esta última. Asimismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que el Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, considere convenientes.

NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR, CÓDIGOS DE PARTICIPACIÓN

Nombre y Apellidos	Profesión	Código participación	Firma
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Fecha:

## DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

### Esta declaración debe ser completada por separado, por el autor principal

Existe un conflicto de intereses toda vez que un interés *primario* (tales como el bienestar de los pacientes, o la validez de una investigación científica) puede verse afectado por un interés *secundario* (tales como una ganancia o rivalidades personales).

El Comité Editorial de la Revista de Neuro-Psiquiatría ha estimado necesario solicitar a los autores que presenten trabajos para su publicación, que informen mediante una declaración sobre los denominados conflictos de intereses. El objetivo es entregar al equipo editor, revisor árbitro y lector, los antecedentes necesarios para juzgar apropiadamente un artículo presentado para su consideración.

Para informarse sobre el concepto de conflicto de intereses y el sentido de la declaración solicitada, se sugiere consultar Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2004; 42: 7-36. Si existiera conflicto de intereses deberá ser declarado en este documento y/o explicado en la página del título, al identificar las fuentes de financiamiento.

### Por favor responda las siguientes preguntas

1. ¿Ha aceptado usted a título personal algunos de los siguientes beneficios, de instituciones que pudiesen de algún modo verse afectadas monetariamente por las conclusiones de su artículo?

- Apoyo económico para asistir a un congreso o actividad educativa.
- Honorarios por dictar una charla.
- Fondos para investigación
- Fondos para contratar alguno de sus colaboradores
- Honorarios por consultoría

2. ¿Ha tenido usted alguna relación laboral con alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

3. ¿Posee usted acciones u otros intereses económicos en alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta)?

- Sí
- No

4. ¿Ha actuado usted como parte en algún conflicto legal, en el tema al cual se refiere su publicación?

- Sí
- No

5. ¿Tiene usted algún otro conflicto de intereses que estime debe ser declarado?

- Sí
- No

En caso afirmativo, por favor especifíquelo a continuación:

Si Usted ha contestado afirmativamente alguna de las cinco preguntas precedentes, por favor escriba una breve declaración, la que será publicada junto con su artículo, al final del texto y antes de las referencias (espacio de agradecimientos). Un modelo de declaración se entrega a continuación:

*Conflicto de intereses: R X ha recibido ayuda económica de parte del Laboratorio XX para asistir a congresos de la especialidad. Ha recibido, además, honorarios por su participación en actividades de educación y promoción organizadas por la misma empresa.*

Si ninguna de sus respuestas fue afirmativa, se publicará el siguiente párrafo junto a su artículo:

*El autor no declaro posibles conflictos de intereses  
Los autores no declararon posibles conflictos de intereses*

Si bien este formulario se centra a conflictos de intereses de carácter económico, usted puede declarar conflictos de cualquier otra naturaleza, que puede juzgar necesario informar a los lectores.

**Elija una de las dos alternativas siguientes:**

1. Por favor inserte “ningún conflicto por declarar” en la declaración de conflictos de intereses.
2. Por favor inserte la siguiente declaración de conflictos de intereses:

Título del Artículo:

Nombre del autor:

Firma:

Fecha:

Adaptado del formulario de declaración de conflictos de intereses adoptado por el *British Medical Journal*.  
Disponibile en URL: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>