

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"ESTUDIO SOBRE LA INVERSION DE
FIGURAS EN LA PRUEBA DE BENDER
EN CASOS DE LESION DE LOBULO
PARIETAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SICOLOGIA
P R E S E N T A

JUAN GUERERO Y COIFFIER

DIRIGIO DR. ARMANDO DEL CAMPO V.

MEXICO, D.F.

1968



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES.

(180
psi)

CONTENIDO:

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS DE TRABAJO

EXPOSICION DE 25 CASOS CLINICOS

RESULTADOS (en la prueba de BENDER)

EXPOSICION DE SEGUNDO GRUPO (25 casos)

RESULTADOS (en la prueba de BENDER)

RESUMEN DE RESULTADOS OBTENIDOS

DISCUSION Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

-

INTRODUCCION

La forma en que llevamos a cabo esta investigación, podría calificarse de organicista y un poco alejada de la psicología. Desde luego que lo anterior tendría cabida si no existiera la aceptación de utilizar métodos, técnicas y ciencias en ayuda, en el avance de otra ciencia que, en este caso, es la psicología, la que a su vez por definición, es una ciencia que en la mayoría de los casos, no se le aprecia ni se le estudia como tal.

Se elaboran una serie de proposiciones y se les toma como posibles sin llegar a la comprobación de la misma por medio de la experimentación. Así pues, por observación del desarrollo y curso que han tomado las distintas ramas del saber, nos encontramos con una fenomenología, hipótesis y teorías que deben ser comprobadas por la vía de la experimentación, con propósitos de deducir leyes que rigen a determinados fenómenos puestos a estudio por las diversas ciencias, ya que de lo contrario no tendrían validez las proposiciones dadas sobre los fenómenos si no fuesen comprobados los mismos y estructurados en lineamientos generales que los rigen.

En el caso particular que nos ocupa, dentro del terreno de la psicología, nos tropezamos con infinidad de hipótesis, teorías, escuelas que tratan de dar una serie de explicaciones acerca de la fenomenología psicológica del hombre, teniendo en cuenta las estructuras y mecanismos mentales, la explicación de la conducta del propio individuo, sus motivaciones y patologías psíquicas.

Sin embargo, a pesar de que la psicología es una de las ciencias más antiguas que se conocen, en cambio es una de las más atrasadas con respecto al resto de las ramas del saber estudiadas por el hombre, dado que en toda la serie de proposiciones presentadas a través del curso e historia de la psicología, quedan innumerables lagunas que no ha sido posible esclarecer debidamente por los investigadores de esta rama del conocimiento humano.

A manera de ejemplo y clarificación de lo anterior, podemos recordar a los antiguos cartógrafos, cuando no se conocían otros continentes que no fuesen el europeo, el asiático y parte del africano. Los cartógrafos, en sus reproducciones, incluían en partes desconocidas una serie de figuras alusivas a monstruos, etc. Tal parece que el fenómeno anteriormente mencionado tiene cabida en un sin número de teorías, escuelas, etc. dentro del campo de la psicología.

Así, se conoce un hecho o un fenómeno psicológico y se le da una notación; para Freud, el "Yo", "Super Yo" y el "ello", etc., se trata de explicar en forma lógica a un caudal de fenomenología psicológica, a través de la elaboración del posible funcionamiento estructural y dinámico de la mente del hombre.

Tal como lo señalamos, la estructura creada por Freud para pretender explicar esta fenomenología y a pesar de — que estas teorías e hipótesis se encuentran en un plano subjetivo, no por eso deben desecharse. Para darle forma a lo anterior, incluiremos una referencia que explica Igor A. Caruso, en su libro "El psicoanálisis, lenguaje ambiguo", en el cual habla de Freud — en la siguiente forma: "Pensamos que con él murió un revolucionario radical que puso en tela de juicio todo el legado de la cultura; y continuando en forma consecuente la tarea de su vida, él mismo debe ser puesto en tela de juicio. Como nos legó un amplio método crítico de duda, poner a Freud en tela de juicio quiere decir aceptarlo, esperar de él aún nuevas respuestas (y más — que respuestas nuevas preguntas)". La cita que antecede la podremos extender a todo ese vasto campo de hipótesis, teorías, etc. que abundan dentro de la psicología.

No debemos olvidar que la psicología es una ciencia que no se encuentra sola, sino que con ella hallamos una serie de técnicas y ciencias auxiliares de la misma. Así es como se le han incorporado técnicas de investigación, como es la estadística, la acústica, etc. Nos encontramos también con otra ciencia de suma importancia para la psicología, que es la neurofisiología y la fisiología misma, que tratan de dar o encontrar la explicación de multiplicidad de fenómenos y estructuras mentales.

Es sabido por los estudiosos de la psicología, que las funciones psíquicas y mentales están estrechamente relacionadas con la estructura o estructuras neurológicas del cerebro y — que una alteración ya sea de orden funcional o traumática en las estructuras cerebrales, nos conducen a precisar una patología — mental o física en el paciente.

La neurofisiología nos ha explicado muchos fenómenos mentales y físicos, pero aún quedan infinidad de ellos en la — obscuridad, que a la fecha no ha sido posible se aclaren suficientemente. En este proceso, nuevas y tenaces investigaciones van a — biendo caminos y rumbos más amplios a la ciencia de la psicología, en el humano esfuerzo de despejar lo que hasta ahora parece obscuro.

Trasladando lo explicado al terreno de la psiquiatría y de la psicopatología, nos encontramos con una serie de padecimientos mentales que, por lo que sabemos, se deben a factores de orden neurofisiológico y a posibles pérdidas de equilibrio en los sistemas hormonales y microquímicos, que rigen el funcionamiento mental. Tal es el caso de la esquizofrenia y en las distintas manifestaciones de ésta. Lo anteriormente expresado atañe directamente a la psicología y, específicamente, a la psicopatología.

Por la breve glosa que antecede, lo que nos inclinó a la preparación de esta tesis, fue la observación de un fenómeno (frecuentemente pasado por alto) que se refiere a la inversión de figuras o rotación total de figuras, presentado por pacientes psiquiátricos, con dolencias de orden esquizofrénico en la ejecución del conocido Test Gestáltico Visomotor de Loretta Bender; observaciones que nos hicieron suponer en una posible alteración en el funcionamiento de los lóbulos parietales.

Comparando la fenomenología presentada por pacientes neurológicos con padecimientos en lóbulos parietales por causas diversas, como epilepsias, traumatismos, tumoraciones, etc.; descrita esta fenomenología por el Dr. Mc Donald Critchley en su libro "The Parietal Lobes" y, apoyados en sus observaciones, elegimos, de 50 pacientes con padecimientos esquizofrénicos, a 25, de los cuales la mayoría presentó inversión total y, en algunos casos, inversión casi total de figuras. Como referencia, se buscó un grupo similar al anterior, con la variante de que estos pacientes presentaron una patología netamente neurológica, con alteraciones funcionales en lóbulos parietales.

El primer grupo lo presentamos en forma resumida, indicamos únicamente el orden de su padecimiento, los resultados arrojados en la prueba de Bender y el resumen de la exploración electroencefalográfica, adjuntando a cada grupo sus respectivos protocolos de la prueba Bender.

El segundo grupo mencionado, lo presentamos en la siguiente forma: la historia clínica de cada paciente (sintetizada); el resultado obtenido en el examen electroencefalográfico y anexo cada uno de los protocolos realizados por cada paciente (Bender).

Nos resta expresar nuestra especial gratitud a todas aquellas personas que nos facilitaron la realización de la pre

sente tesis y, en forma muy particular, al Sr. Dr. Gabriel Guerrero, Jefe del Departamento de Investigaciones Médicas del Hospital General; al Sr. Dr. Manuel Irigoyen, del Departamento de Neurología del mismo Hospital, incluyendo en nuestro reconocimiento al señor Director.

Sería irreparable olvido si no hiciéramos patente también nuestro reconocimiento al Sr. Dr. Humberto Mateos y a todo el personal del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y, finalmente, con gran afecto, a la Dra. y compañera - Eva Saldaña, inspiradora y guía, además de ejemplo vivo de este modesto trabajo y esfuerzo de nuestra parte, conducido y hecho realidad por mi maestro, amigo y director de tesis, el Sr. Dr. Armando del Campo.

Simbólicamente dejo testimonio de agradecimiento, a los propios pacientes que aportaron valioso material de estudio, anónimos héroes de la ciencia, que mi incapacidad no hizo posible aprovechar en todo su valimiento, para haber podido darle forma y mejor contenido a este modesto trabajo.

MATERIAL Y METODOS DE TRABAJO

EL ESTUDIO FUE REALIZADO EN DOS GRANDES GRUPOS. CADA GRUPO CONSTA DE VEINTICINCO CASOS, OBTENIDOS DEL ESTUDIO DE 50 PACIENTES Y ESCOGIENDO SOLAMENTE 25 PARA SU EXPOSICION.

EN LA PRIMERA AGRUPACION SE PRESENTARAN TODOS LOS CASOS RELACIONADOS CON DAÑOS ORGANICOS, LOCALIZADOS TALES CASOS COMO DIFERENTES TIPOS DE EPILUPSIA, ETC.

EN LA SEGUNDA SECCION SE PRESENTARAN EN FORMA RESUMIDA 25 CASOS DE ESQUIZOFRENICOS, QUE PRESENTARON ALTERACIONES EN LA PRUEBA BENDER, CON SU RESPECTIVO RESUMEN SOBRE EL REPORTE ELECTRO-ENCEFALOGRAFICO.

TANTO EN UNO COMO EN OTRO GRUPO, SE BUSCARON PACIENTES QUE PRESENTARAN ROTACIONES O INVERSIONES DE FIGURA, TANTO PARCIALES COMO TOTALES, EN LA PRUEBA DE BENDER.

NI LA EDAD NI EL SEXO SE TOMARON MUY EN CUENTA; LA EDAD DE LOS PACIENTES OSCILA ENTRE LOS 15 Y LOS 60 AÑOS.

LA PRESENTACION DE LOS PRIMEROS 25 CASOS -- CONSTA DE UNA BREVE HISTORIA CLINICA Y DE LA APLICACION Y PRESENTACION DE LA PRUEBA VISOMOTRIZ DE L. BENDER; -- CADA UNO DE LOS CASOS CUENTA CON SUS RESPECTIVOS PROTOCOLOS, QUE SE ADJUNTAN AL FINAL DE CADA GRUPO, DEBIDAMENTE NUMERADOS.

EN TODOS LOS CASOS FUERON UTILIZADOS LOS -- TRAZOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS, PARA UNA COMPROBACION DEL TIPO DE LESION O DAÑO, SI ES QUE LO HAY.

PRIMER GRUPO DE CASOS
CLINICOS

NOMBRE: CASO NUM. 1
SEXO: MASCULINO
EDAD: 26 AÑOS
ESCOLARIDAD: 6o. AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: CAMPESINO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: VALLE DE BRAVO, EDO. DE MEXICO
RESIDE EN: EL DISTRITO FEDERAL.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Los datos siguientes fueron proporcionados por un hermano menor del paciente.

Los refiere que a la edad de 17 años, después de la muerte de su padre, encontrándose el paciente con el hermano mayor en su rancho, salió corriendo rumbo al pueblo de Valle diciendo palabras sin sentido; lo detuvieron en un pueblo cercano y de ahí lo trajeron a la ciudad de México y lo internaron en la clínica del Dr. Ramírez Moreno, -- donde permaneció durante cuatro meses. Salió recuperado. Después de un mes de haber abandonado la clínica, lo llevaron al cine por primera vez. Al regreso a su casa comenzó a repetir canciones y comentarios -- de la película, sin dejar de hablar; por tal motivo, fue internado en la clínica Dr. Manuel Falcón, donde permaneció tres meses, donde fue electrochocado" cada tercer día. Al salir, comenzó a trabajar en una fábrica de anodizado durante dos años; al mismo tiempo comenzó la escuela primaria. Poco después redujeron personal en la fábrica y el paciente quedó sin trabajo. A principios de 1967 clausuraron una abarrotería -- que tenía a su cargo (por falta de pagos y por quiebra). Después de esta pérdida, le dio por hacer penitencias: permanecía una hora diaria de rodillas en la iglesia; posteriormente las hacía en la casa por más tiempo. Pensaba que su situación era la causa de su enfermedad. Así comenzó a recaer: no quería salir, no se interesaba por nada; no quería que lo molestaran. Más tarde, tuvo intentos de agresión hacia su cuñada. Fue internado nuevamente en la clínica Falcón; estuvo de febrero a junio de 1967 y, en octubre, se presentó a este hospital solo, diciendo estar mal de los nervios, de los brazos y de la cabeza y con dificultades para respirar.

HISTORIA PERSONAL:

El hermano nos manifiesta no saber nada acerca del nacimiento del paciente; sólo recuerda que desde pequeño era muy torpe, hablaba poco; a la edad de cuatro años se intoxicó probablemente con pastillas que eran medicinas de su madre y perdió el conocimiento. --

Padeció enfermedades propias de la infancia. Se dedicaba a labores - propias del campo.

ESCOLARIDAD:

Ingresó a la escuela primaria a la edad de 19 años (después de la segunda recaída), en una primaria nocturna. Nos refiere su hermano que el paciente se esforzaba mucho por aprender y asimilaba poco. Al terminar la primaria dejó de estudiar un año y, posteriormente, ingresó a la escuela secundaria, sin poder continuar a causa de su enfermedad.

HISTORIA SEXUAL:

Las primeras informaciones las obtuvo por muchachos de su misma edad. Ha practicado la masturbación desde los 15 años - de edad hasta la fecha. No ha tenido relaciones sexuales. Uno de sus - grandes problemas ha sido el de relacionarse con el sexo femenino. - Siempre ha buscado la compañía de personas mayores. No ha tenido - novia, pero se enamoró muy intensamente de una muchacha. Ultima-- mente se encuentra ansioso y ha tenido pesadillas con respecto a la ne cesidad de relaciones sexuales.

INTERESES RECREACIONALES :

Siempre le ha gustado el futbol y ha practicado este deporte.

HABITOS:

No tiene.

HISTORIA FAMILIAR:

El paciente es el sexto de un matrimonio de origen campesino que procreó ocho hijos: siete hombres y una mujer. Los padres son originarios de Valle de Bravo. La madre murió cuando el paciente contaba con cinco años de edad y el padre, 10 años después. El padre sufrió un brote psicótico dos años antes de su muerte. El paciente fue cuidado por una tía, en un principio y, poco después, el paciente vivió con su hermano, trabajando ambos como mocitos en Valle. Posteriormente el hermano se vino a México y es cuando el paciente tuvo su pri mera reacción psicótica a los 17 años de edad.

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

Paciente cuya edad cronológica está en relación con su-

edad aparente; complexión robusta, mediana estatura. Se encuentra en regulares condiciones de aliño. Presenta amaneramientos. Está muy inquieto y manifiesta un cuadro de angustia; realiza grandes esfuerzos para articular palabras y constantemente se disculpa por no poder expresarse bien.

EXAMEN MENTAL:

Funciones psíquicas.- No hay alteración en la sensor-percepción; su lenguaje no es claro; su atención está disminuida. — Se encuentra orientado en tiempo y persona y lugar. Hay al parecer simulación de la memoria, tanto anterógrada como retrógrada; su comprensión está disminuida. Su discurso es lógico, congruente, simplista y concreto. Presenta lentificación y disgregación de ideas.

EXPLORACION NEUROLOGICA:

- 1).-Disminución de la fuerza en el músculo esternocleidomastoideo-derecho.
- 2).-Disminución de la fuerza en el miembro superior derecho.
- 3).-Hipertonía de miembro inferior izquierdo.
- 4).-Hiperreflexia rotuliana y radial bilateral.
- 5).-Dislexia.
- 6).-Disartria.
- 7).-Apraxis.

WASSERMAN: Negativo.

PRUEBAS APLICADAS:

Wechsler.
Machover.
Bender.
M.M.P.I.

WECHSLER.- Resultados:

Escala verbal-----	C.I.-----72
Escala ejecutiva-----	C.I.-----51
Puntaje total-----	C.I.-----61

Lo que corresponde a deficiencia mental.

BENDER:

Encontramos: en la totalidad de los Gestalten marcada incoordinación motora, así como rotación parcial, índice esta última de desorientación espacial. En la fig. A fragmentación y reversión, — que están indicando falta de capacidad integrativa. Figs. 1, 2 y 3, —

marcada perseveración de rayas y puntos. Fig. 5, círculos por puntos. Fig. 3, que indica regresión a formas primitivas. Figs. 3 y 8 - indican que hay rompimiento y elaboración de diseño; esto nos hace considerar que existen inseguridad y posibles disturbios sexuales. - Sobreposición en Figs. 4 y 5, característicos de lesiones orgánicas. Disminución de la curvatura (fig. 6) y falta de ángulos en las dos últimas, que revelan disturbios emocionales. Estas pruebas nos demuestran una posible lesión orgánica.

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION:

- 1.-Depresión.
- 2.-Esquizofrenia catatónica.
- 3.-Síndrome fronto-parietal-izquierdo.
- 4.-Síndrome cerebeloso.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

I, D. LESION FRONTO-PARIETAL-IZQUIERDO.

ESTUDIO NEUMO-ENCEFALOGRAFICO:

SE OBSERVA ATROFIA FRONTO-PARIETAL, CON PREDOMINIO -- DEL LADO IZQUIERDO.

ESTUDIO ELECTRO-ENCEFALOGRAFICO.

Presenta alteraciones en el ritmo en la región parietal y frontal. Ondas lentas, fuera de lo normal, predominancia del hemisferio izquierdo.

NOTA:- Véanse las pruebas y los resultados al final de los veinticinco casos estudiados.

NOMBRE: CASO NUM. 2
SEXO: MASCULINO
EDAD: 22 AÑOS
ESCOLARIDAD: 5o. AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: OBRERO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: JEREZ, ZAC.
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

MOTIVO DE CONSULTA:

El médico que lo atiende particularmente lo envió a este hospital.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Hace año y medio empezó a quejarse de que no podía hacer las cosas porque sentía que lo veían; cuando le ordenaban algo de su trabajo, pensaba que no estaba bien y que le iban a reclamar por ello. - A pesar de esto, siguió trabajando hasta que clausuraron el taller, en donde principió a tener dificultades para desempeñar sus labores, porque la dueña era muy exigente y él se suponía nervioso, al grado de no poder hacer nada, teniendo que dejar el trabajo. Desde hace un año está inactivo en su casa, con los siguientes trastornos de conducta: si entra al baño, tarda mucho en salir; cuando se le pregunta la causa, aduce que no se atreve a salir porque siente "que se va a llevar la puerta y se le va a astillar". Al sentarse a la mesa le cuesta mucho trabajo levantarse; dice que siente que no salió de la mesa sino que se quedó allí. En su recámara hay una cortina y no es capaz de moverla para salir, pues dice que "siente que se enreda en ella", quedándose parado, inmóvil, hasta que alguien le levanta la cortina. Para ponerse los zapatos lo piensa "horas y horas", hasta que al fin no logra hacerlo. También se niega a utilizar utensilios de vidrio porque siente "que se le va a estrellar y los vidrios se le van a encajar". Hace seis meses empezó a orinar constantemente llegando a hacerlo cada cinco minutos y se niega también a salir a la calle (hace cinco meses que no salía a la calle). Cuando está un poco mejor y se logra entablar con él una conversación, "se le van las ideas". Dice que siente que la lengua se le trababa. Se pasa el tiempo acostado sin hablar con nadie y ha descuidado totalmente su aseo personal; refiere que no se baña "porque al estarse tallando siente que las manos se le quedan pegadas".

ANTECEDENTES:

Al año de edad, por una intoxicación alimenticia (ex-

ceso de guayabas), le dio una fiebre muy alta y, posteriormente, un ataque por la tarde, volviendo a repetir éste en la noche (tuvo convulsiones, se quedó torcido y se mordió la lengua). Sarampión, tos ferina. No hay antecedentes de traumatismo. El padre, alcohólico; a consecuencia de esto presentó un cuadro psicótico. La abuela paterna murió de accidente cerebro-vascular. Niega antecedentes transfusionales, diabetes T.B. y cáncer.

EVOLUCION SICO-BIOLOGICA.

Empezó a hablar hasta los dos años de edad; dio los primeros pasos a la misma edad. Producto de un embarazo gemelar, nació a los ocho meses; el gemelo murió. Parto eutócico. Desde niño, "era muy distraído, muy pacífico".

VIDA ESCOLAR:

Asistió a la escuela hasta el tercer año; no terminó pre-textando que lo sentaban muy retirado del pizarrón y no alcanzaba a --ver. No repitió años. Le gustaba la escuela pero dejó de concurrir por lo anteriormente dicho.

VIDA LABORAL:

Trabajó menos de un año en un taller de bicicletas. Antes de esto ayudaba a vender periódico a un señor, pero duró menos de un año. Antes de la muerte de su padre vivió con un tío que tenía una tienda y a quien le ayudaba en la misma.

VIDA SEXUAL:

La informante asegura que no ha tenido novias e ignora lo referente al sexo; pero dice casi estar segura de que el paciente no ha tenido relaciones sexuales. El paciente informa haber tenido una novia a la edad de diecisiete años y terminaron porque se disgustaron. El paciente refiere haber tenido varias relaciones sexuales con mujeres ---prostitutas.

RELACIONES INTERPERSONALES:

Siempre fue retraído, de pocos amigos; no andaba con chicas ni asistía a fiestas. Su distracción principal era la de ir al cine; generalmente iba solo.

EXAMEN MENTAL:

Paciente limpio; entra al consultorio espontáneamente; -

lúcido, en conciencia de enfermedad nerviosa; dice tener "muchas mañas" y las explica manifestando no poder vestirse, porque "le abruma la cabeza". Si se toca una oreja o la nariz, tiene la impresión de que la mano se le queda allí. Al abrir la puerta, no puede entrar al momento, pues aún la siente cerrada y, si entra al instante, siente que se le va a estrellar; al hacer un movimiento, "no está seguro de haberlo hecho y lo tiene que repetir"; cuando bebe agua en un vaso de vidrio, siente que se le va a estrellar y se corta los labios; no puede tomar una navaja en las manos porque le causa horror. Tiene que repetir hasta cuatro veces ciertos actos "para quedar a gusto". No hay alucinaciones, Memoria conservada, Inteligencia media, Coherente y congruente en su discurso. Perfectamente consciente de su sicopatología.

I.D. NEUROSIS OBSESIVA Y/O SICOSIS A DETERMINAR:

PRUEBAS APLICADAS:

Wechsler,
Machover,
Bender,
Rorschach,
M.M.P.I.

WECHSLER.- Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Escala verbal:	C.I.	=	99
Escala ejecutiva:	C.I.	=	78
Puntaje total:	C.I.	=	90, que corresponde a UNA INTELIGENCIA TERMINO MEDIO.

La conducta del paciente durante la realización de esta prueba, fue de cooperación. Aunque pedía permiso para ir al baño constantemente.

De la escala verbal, el puntaje se encontró más alto en el subtest de comprensión, índice de una buena capacidad de juicio. El más bajo lo obtuvo en aritmética y retención de dígitos, significativo de una disminución tanto en su atención como en su concentración.

Hubo una discrepancia muy significativa entre la escala verbal y la ejecutiva, lo que revela una falla en su capacidad de organización y coordinación visomotriz.

MACHOVER.- Marcados rasgos obsesivos en los trazos de líneas --suaves y fuertes, que revelan falla en su control motor.

PRUEBA DE BENDER.- Hay simplificación de la tarea. Rotación de algunas figuras. Dificultad en algunos cierres. Sobreposición y fragmentación; adherencia en la presión de algunos trazos y suavidad en otros. Falla en su control motor.

PRUEBA DE RORSCHACH.- La prueba fue totalmente negativa.

PRUEBA M.M.P.I.- En el perfil de esta prueba, el acto más significativo se encuentra en la escala de depresión, que resultó exageradamente alto. Otras escalas elevadas, pero en menor proporción, fueron: psicastemia, hipocondría y esquizofrenia. Se le da validez a esta prueba, ya que fue manejada por el paciente en forma adecuada.

CONCLUSIONES:

I.D. Caso en el cual encontramos datos suficientes para suponer una lesión orgánica cerebral y otros que manifiestan una neurosis obsesiva compulsiva.

Es difícil deslindar si el daño cerebral ha contribuido a su siconeurosis o bien se trata de dos síndromes diferentes.

NEUMOENCEFALOGRAFIA.- I.D. LESION FRONTOPARIETAL BILATERAL.

WASSERMAN.- Negativo.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- I.D. EPILEPSIA TEMPOROPARIETAL.

NOMBRE: CASO NUM. 3
SEXO: MASCULINO
EDAD: 19 AÑOS
ESCOLARIDAD: 1 AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: NINGUNA
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: MEXICO, D.F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

MOTIVO DE INGRESO:

Se interna con un oficio de Salud Mental, donde se solicita sea aceptado el paciente durante la fase aguda de su padecimiento. Además, por agresividad, fugas constantes, actos temerarios (escalamiento de azoteas), trastornos que le hacen imposibles la convivencia en el medio familiar.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se inició a los seis años de edad, con trastornos de conducta, mitomanía, piromanía (quemaba cosas en la estufa), -- mal rendimiento escolar y riñas con sus compañeros. Cursó sólo el primer año en una escuela "para débiles mentales"; su conducta motivó continuos cambios de escuela, sin mejoría alguna. El año de -- 1967 se presenta agresividad, continuos pleitos callejeros, fugas de su casa, vagancia. Por estos trastornos fue internado en la granja -- de "Salud", de donde se fugaba continuamente, agredía al personal de enfermería, se salía al pueblo vecino para beber. Esta conducta y su difícil manejo motivaron su actual internamiento.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres vivos, aparentemente sanos; niega antecedentes mentales hereditarios, epilépticos y suicidios.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Nacimiento a término; parto normal, alimentado a -- seno materno hasta los siete meses y medio.

INFANCIA:

Primer diente a los tres meses; se sentó a los cinco meses; caminó al año y medio; habló a los dos años. Desarrollo psicomotor dentro de límites normales. Habitación en malas condiciones de higiene y ventilación. Alimentación regular en cantidad -- y calidad. Alcoholismo positivo desde hace aproximadamente un año,

hasta la forma de ebriedad esporádica. Tabaquismo positivo desde hace un año y medio (una cajetilla diaria). Niega adicciones e intentos de suicidio.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Padeció de sarampión a la edad de siete meses, presentando una meningo-encefalitis diagnosticada y tratada médicamente. No existen antecedentes de epilepsia, traumatismos quirúrgicos, alérgicos, etc.

VIDA ESCOLAR:

Inicia ésta a la edad de seis años cursando únicamente el primer año de la primaria, en trece años, con una dificultad e incapacidad ostensible en los procesos de aprendizaje, no mostrando interés o responsabilidad por sus actividades escolares. La madre, con mucha frecuencia, fue llamada por problemas en cuanto a su conducta, que hacían sumamente difícil su manejo en el medio escolar, ya que constantemente reñía con sus amigos y compañeros y, al llamársele la atención, reía en forma cínica y tratando de vengarse posteriormente. Refiere la madre que siempre fue a escuelas de lento aprendizaje, sin mostrar ninguna mejoría.

VIDA LABORAL:

Nunca ha trabajado en nada. Es totalmente dependiente en el aspecto económico familiar.

VIDA SEXUAL:

Recibe sus primeras informaciones de amigos y compañeros a la edad de 14 años. Experimentó sus primeras relaciones heterosexuales con una mujer 20 años mayor que él; refiere que le fue placentera y satisfactoria, sin sentimientos de culpa o vergüenza. Ha practicado cunnilingus y dice que la señora practicaba el fellatio. Niega homosexualidad y masturbación.

RELACIONES INTERPERSONALES:

El núcleo de la familia se encuentra constituido por seis personas: cuatro hijos y dos padres, del cual el padre constituye la base económica. La madre se ocupa de labores propias del hogar al igual que una hija, en tanto que el hermano mayor cursa el tercer año de educación secundaria. Tanto en el medio familiar,

escolar y social, su adaptación ha sido totalmente inadecuada por sus mismos trastornos caracteriológicos y son conductuales.

EXAMEN MENTAL:

Paciente del sexo masculino, con edad aparente que concuerda con la cronológica; íntegro, conformado, ambulante, — con marcha de caracteres normales y sin movimientos anormales. Se presenta a la entrevista en regulares condiciones de aliño personal y nutricionales; su actitud libremente escogida con — expresión facial no característica; coopera en forma adecuada en el curso de la misma. En cuanto a sus funciones cerebrales generales, tenemos: conciencia clara, atención y concentración adecuadas. Su lenguaje es enunciado en tono de voz normal, pobre, fluido; con escasa modulación afectiva ante las variantes temáticas. Sigue la directriz de su pensamiento; sus asociaciones y — conceptos son coherentes y congruentes, resultando su discurso lógico. No externa alteraciones en el contenido del pensamiento ni en la senso-percepción. Memorias anterógradas y retrógradas, conservadas. Orientado psíquicamente en lugar y persona, no en tiempo. "Hoy es 28 de enero, no me acuerdo del año". No existe conciencia de enfermedad mental actual. Su capacidad de síntesis y abstracción se encuentran muy disminuidas, ya que únicamente es capaz de establecer semejanzas simples en cuanto a función. En cuanto a sus procesos afectivos, encontramos un aplanamiento. Su actividad general es adecuada en el momento actual.

EXPLORACION FISICA:

En la exploración física y neurológica inicial no se encuentran datos de patología evidente. T.A. 120/80 pulso: - - - 86/min. Resp.- 20/min.

I.D. DEBILIDAD MENTAL SUPERFICIAL Y POST-ENCEFALITIS.
DESCARTAR SINDROME TEMPORAL.

DATOS MEDICOS:

Con el antecedente encefalítico a los 10 meses de edad, de probable origen viral y sin ningún otro antecedente patológico personal. Se supone que existe una lesión del sistema nervioso central desde los primeros años de la vida; este dato se puede fundamentar en la regresión motriz desde la edad de 10 meses (dejó de pararse) y, posteriormente, un notable retardo en la función motriz. Actualmente las manifestaciones neurológicas son más patentes a nivel de las funciones cerebrales superiores,

en donde es notable el déficit funcional de los siguientes lóbulos: parietal (principalmente a Calculins), el lóbulo temporal (trastornos de la memoria, agresividad física y sexual); del lóbulo frontal (tendencia al chiste y a la falta de autocrítica.

DIAGNOSTICO PROBABLE:

Encefalopatía, probablemente de origen viral que dejó secuelas patológicas, principalmente en los lóbulos anteriormente mencionados. Se sugieren estudios electro-encefalográficos, de tipo longitudinal y con pruebas farmacológicas de estudios tipo-genético.

DATOS PSICOLOGICOS.

PRUEBAS APLICADAS:

Escalas de Stanfor-Binet, Terman Merryll, agosto de 1967. 16 años 11 meses, E.M. 10 años F.I. 63.

WAIS, año de 1965.

Escala verbal: C.I 61

Escala ejecutiva: C.I 70

Escala total: C.I 73

Raven percentil 5. Rango 5 deficiente; primero de julio de 1965.

Resumen: todos los subtest de Wais se encuentran bajos; sin embargo, están más conservados los de ejecución que los verbales.- De la escala verbal está por debajo de los demás subtest. La concentración y el juicio están por arriba de la atención y la forma-verbal de concepto. Por otra parte, lo más elevado es la capacidad motriz y de anticipación.

En lo que respecta a la prueba de Rochach, se encontró: cuadro de impulsividad y falta de control de afecto. Sujeto con problemas de conducta debido a la pobre estructuración del Yo; es capaz de adaptarse a una situación nueva, pero en forma defensiva. La figura paterna la ve fría y pasiva; la madre, como agresiva y sólo se relaciona con ella en forma intelectual.

BENDER.- Falta de relaciones interpersonales, inseguridad, abulia, agresión muy marcada. Con conflictos con la autoridad. RASGOS ORGANICOS: sujeto débil mental, con personalidad psicopática. Rotación de figuras.

DATOS PEDAGOGICOS: 1957. El proceso de aprendizaje es muy difícil al comenzar el año; no tiene ningún conocimiento; su coor-

dinación motriz no es muy deficiente. Es un niño inestable, inquieto, nervioso, platicador y peleonero; atención muy dispersa y memoria difícil. Al finalizar el año se logró que mejorara un poco.

1958.- Conoce las vocales aisladas pero no las escribe. Conoce hasta el número 5. Atención muy dispersa, memoria nula. Todas las senso-percepciones muy deficientes. Carece de iniciativa; inquieto, ocioso, mentiroso; tiene tendencia hacia la riña; muy perezoso. Mejoraron muy poco sus facultades. Mejoró su conducta. (Datos proporcionados por la profesora García de Oviedo).

1965.-Aprendió a leer y a escribir en un nivel de primer grado;- el alumno presenta un trastorno de la personalidad, el cual provoca a su vez trastorno de la conducta. Debe buscarse un fuerte incentivo para hacerlo trabajar. (Datos proporcionados por el profesor Hilario Torres Escobar).

SUGERENCIAS:

Realizar un estudio integral del paciente y canalizar a otro centro, posiblemente a un hospital psiquiátrico, donde se le pueda impartir la atención que necesita.

En el año de 1966 el alumno fue llevado por los padres a la escuela del "Padre Piccinelli", institución privada donde pareció que iba a adaptarse, pero desgraciadamente no pudo continuar.

WASSERMAN.- Negativa.

ESTUDIO RADIOLOGICO.- Secuela de mingo-encefalitis; sólo se aprecian impresiones vitales poco acentuadas en el lóbulo parietal y frontal, sin datos anormales en el resto de los elementos óseos de la bóveda de la base.

ESTUDIO ELECTRO-ENCEFALOGRAFICO.- Alteración del ritmo - en región fronto-parietal (hemisferio 1Z9), aparición de ondas de tipo epilépticas.

NOMBRE: CASO NUM. 4
SEXO: MASCULINO
EDAD: 22 AÑOS
ESCOLARIDAD: NINGUNA
OCUPACION: NINGUNA
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: NO TIENE
ORIGINARIO DE: MEXICO, D.F.
RESIDEN EN: DISTRITO FEDERAL.

PRUEBAS APLICADAS:

WAIS,
ROCHACH,
BENDER,
FRASES INCOMPLETAS,
MACHOVER.

WAIS.- Resultados:

Coficiente escala verbal	115 C.I
Coficiente escala ejecutiva	104 C.I
Coficiente total	111

DIAGNOSTICO DE NORMAL BRILLANTE.

En el análisis de sus funciones encontramos que los resultados de la escala verbal son mayores que los de la escala ejecutiva. Al analizar la escala verbal encontramos que las capacidades de comprensión y de memorización, se encuentran muy elevadas, al igual que la capacidad de concentración; en relación a la escala de estos puntajes, se aprecia que la atención se encuentra disminuida. El hecho de que uno de los puntajes correspondan al subtest de vocabulario, nos habla de que este paciente se ha desenvuelto en un ambiente que ha sido favorable para el desarrollo de sus facultades intelectuales, estableciendo un marco de referencia lo suficientemente sólido para que esta función no se encuentre alterada en la actualidad.

Al analizar la escala ejecutiva nos encontramos con datos significativos de la disminución de las capacidades de anticipación, coordinación y velocidad visomotora, en relación a los resultados de la escala verbal.

Su pensamiento funciona a nivel concreto, siendo de las personas que sólo se fijan en los aspectos prácticos de la vida. Esto lo usa como compensación a la inseguridad que presenta.

La agudeza de percepción está bien desarrollada; encontramos que usa sus procesos de imaginación para el control de su an-

siedad que trata de controlar por medios introspectivos y la intelectualización. Pone mucha atención a los aspectos minúsculos de su experiencia, lo que nos indica que es una persona muy suspicaz. Presenta angustia al no poder realizar buenas relaciones interpersonales.

AFECTOS Y EMOCIONES:

Tiene una gran necesidad de afecto, el cual es vivido en forma infantil y con necesidad de manifestaciones físicas de amistad o cariño, lo que es debido a su estructura de carácter. Su angustia deriva de sus necesidades de afecto; ésta es manejada a través de la intelectualización. Es capaz de responder a los estímulos ambientales en general; comunmente lo hace en forma controlada, pero en un momento dado puede perder el control y presentar descargas agresivas hacia el medio.

Algunas de las respuestas que el paciente da a la estimulación ambiental, han sido interferidas por experiencias traumáticas, lo cual indica claras tendencias depresivas.

ROLES Y ACTITUDES:

Presenta sentimientos de inadecuación y de impotencia, que manifiesta por medio de agresividad; es incapaz de afrontar una situación, para no verse envuelto en ella y así evitarse problemas.

FENOMENOS ESPECIALES:

En la prueba de Rochach encontramos que se trata de una persona muy suspicaz, que da respuestas muy agresivas; presenta cierta tendencia a la depresión; tiende a elaborar excesivamente la realidad, lo cual lo conduce a realizar elucubraciones bizarras, que crean un proceso de pensamiento patológico y constituye el único síntoma claro de naturaleza disociativa.

BENDER.

Se encuentra disminuida la capacidad de aprendizaje. Se encontró rotación en una figura. Aumento del tamaño del modelo. Lo anterior nos hace sospechar de daño cerebral orgánico.

CONCLUSIONES:

- 1.- En su prueba de inteligencia encontramos los siguientes resultados: un coeficiente intelectual verbal de 115; ejecutivo, de 104; total de 111, lo que corresponde a un diagnóstico de normal brillante.
- 2.- En sus procesos de pensamiento usa mucho el mecanismo de intelectualización, como medio de defensa.

3.- Presenta un tipo de carácter obsesivo; tiene una excesiva demanda de afectos, la cual es vivida infantilmente.

4.- Prueba de Bender: se encontraron datos suficientes para pensar en daño cerebral orgánico.

NEUMOENCEFALOGRAMA:

Presenta alteraciones en el lóbulo temporal y parietal del lado izquierdo.

ELECTROENCEFALOGRAMA:

Ondas de espiga en región temporal y acentuación en el ritmo de ondas lentas anormales en lóbulo parietal.

I.D. Epilepsia fronto-parietal.

TRASTORNOS DE CONDUCTA DE POSIBLE ORIGEN EPILEPTICO.

NOMBRE: CASO NUM. 5
SEXO: MASCULINO
EDAD: 32 AÑOS
ESCOLARIDAD: 2 AÑOS DE SECUNDARIA
OCUPACION: OBRERO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: MEXICO, D.F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

HISTORIA GENERAL:

Trátase de un paciente del sexo masculino, con una edad aparente que concuerda con la cronológica; de complexión robusta; íntegro, bien conformado.

SINTOMATOLOGIA:

Presenta dificultades para la marcha y para la expresión oral. En el transcurso de la entrevista observamos que se encuentra orientado en tiempo y persona, pero no en lugar. Su discurso es coherente y congruente. Memorias: la anterógrada y la retrógrada se encuentran bien conservadas.

Posteriormente, en el examen aislado practicado al paciente, encontramos que se trata de un sujeto de inteligencia media baja (I.Q. de 89) y con tendencias agresivas, inmaduras e infantiles. Esto condiciona que el paciente tenga un pobre criterio de la realidad; se muestra inseguro, ansioso, tímido y no responde adecuadamente a las exigencias del medio ambiente. En ocasiones presenta un franca falta de confianza en sí mismo, por lo que intenta eludir el impacto de los estímulos del medio ambiente, mediante la evasión. Sus escasas facultades críticas determinan que sus juicios sean superficiales y tenga excusas fáciles para la justificación de sus errores de conducta. Esto explica que sea dado a entusiasmos fugaces y sea fácilmente influenciado por nuevas impresiones.

BENDER:

Pudimos observar: a) Fragmentación por perturbación motora. b) Falta de precisión en los cortes. c) Falta de ajuste en los trazos al modelo. d) Simplificación de los modelos. e) Líneas esbozadas tenues. f) Curvas de ángulos redondeados. g) Micropsia. h) Trastornos de rotación de figuras.

OBSERVACIONES:

Que nos ponen a consideración de daño cerebral a nivel

les subcorticales.

Por los antecedentes conductuales del paciente, así como por los resultados obtenidos en el estudio psicológico, podemos decir que se trata de un sujeto con una personalidad matizada con fuertes rasgos sicopáticos y de carácter introvertido. Los principales trastornos que imposibilitan al paciente actualmente, son meramente neurológicos.

WASSERMAN: NEGATIVO.

REPORTE ELECTRO-ENCEFALOGRAFICO.

Signos principales: marcha parkinsónica, temblor de lengua y orbicular de los párpados y labios. BABINSKI en ambos lados. Atrofia emilengua izquierda, sin posibilidad de hablar en voz alta. Reflejos exaltados. Atrofia muscular en piernas y brazos y fibrilación en los brazos. Síndrome de esclerosis amiotrófica. Los registros bipolares observaron un trazo de muy bajo voltaje, sin poder definir su frecuencia en las regiones precentrales; el trazo es-sindrónico y simétrico. En hiperventilación, no se modificó el trazo; el electroencefalograma es normal.

SEGUNDO REPORTE ELECTRO-ENCEFALOGRAFICO.

Se aprecian alteraciones del lado izquierdo, hacia las regiones ocupadas por los lóbulos fronto-temporo-parietal, sin lograr la localización exacta de la región más afectada.

NOMBRE: CASO NUM. 6
SEXO: MASCULINO
EDAD: 45 AÑOS
ESCOLARIDAD: 5o. AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: MECANICO
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: FRONTERA, TAB.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

HISTORIA BIOGRAFICA:

Motivos de ingreso: delirios de persecución y delirios de grandeza. Antecedentes familiares: un hermano del paciente se suicidó a la edad de 12 años, probablemente sicópata; el resto de los hermanos son muy violentos y agresivos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Se ignoran las condiciones del parto y del desarrollo - psicobiológico. Ambiente familiar: hostil y duro. Desde muy pequeño tuvo que trabajar de chiclero; nunca se ha llevado bien con los hermanos. El paciente ha sido descrito como de carácter influenciable.

HISTORIA ESCOLAR:

Estudió hasta el quinto año de primaria, con buen rendimiento escolar; posteriormente, mecánica e inglés.

HISTORIA MEDICA:

No hay antecedentes de importancia.

HISTORIA PSICOSEXUAL:

No presentó alteraciones y se desarrolló en forma normal.

HISTORIA MARITAL:

Se ha casado en dos ocasiones; de la primera esposa - se separó de mutuo acuerdo y se expresa muy bien de ella. La segunda esposa desapareció en Cuba con su hijo. Las relaciones parecían perfectas y se veían completamente adaptados a la vida matrimonial; tuvieron un hijo.

HISTORIA OCUPACIONAL:

Empieza a trabajar a la edad de nueve años como mozo;

después como obrero, vendedor, mecánico; administración de negocios pero su trabajo principal ha sido como mecánico. Muy buen rendimiento laboral; es previsor y ahorrativo.

PERSONALIDAD PREVIA:

Muy influenciable, principalmente por un hermano asaltante; nunca provocó problemas de conducta, excepto en un asalto influenciado por su hermano; en general, es calmado y tranquilo.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Lo inicia en el año de 1961, cuando su esposa, en Chicago, fue a visitar a algunos familiares y ella desapareció en aquel año. El paciente regresó a México para arreglar su viaje a Cuba y localizar a su mujer; permaneció en la capital una semana, durante la cual su comportamiento fue normal, excepto en una ocasión en que se clavó un alfiler en el antebrazo y en la pierna, haciendo esto en forma sonriente. Se ignora exactamente lo acontecido durante su estancia en Cuba. Posteriormente estuvo en Ciudad del Carmen con una hermana. Poco tiempo después estableció un negocio de telas para ropa en Coatzacoalcos, en el cual quebró al año. Aquí en México se dedicó a vender lámparas. En una visita que hizo a uno de sus sobrinos, les dio un papel que decía: "tu papá no ha muerto". En casa de otro sobrino empezó a criticar al matrimonio, causando graves problemas. Fue llevado a Pachuca, en donde principió a hablar de la homosexualidad, de política, de la democracia. Afirmaba que el Che Guevara era homosexual. Fue llevado posteriormente al hospital "Lavista", en donde fue electro-chocado saliendo aparentemente bien. Se trasladó a Miami, en donde trabajó en una máquina sembradora. Regresó a México diciendo que uno de sus hermanos le debía 54 mil pesos; empezó a rondar la casa y amenazó a uno de sus sobrinos; a uno de ellos con un cuchillo. Lo llevaron con engaño a un café, en donde endulzó su café con siete cucharadas de azúcar, cosa que venía haciendo últimamente. Lo llevaron nuevamente al hospital "Lavista" donde permaneció sólo unos días, siendo trasladado a este nosocomio.

A la entrevista, el paciente se presentó correctamente vestido y aliñado. Relata su vida en Cuba en forma coherente y congruente; no tiene conciencia de patología psiquiátrica y, al recordarle alguno de sus hechos, los ignora. Conserva su estado delirante aunque apaciguado. Le ha modificado cualitativamente el cuadro psicopático.

EXAMEN FISICO:

Sujeto de edad cronológica igual a la aparente, sin facie característica y sin movimientos anormales; marcha normal; no se encontraron datos evidentes de patología en algún aparato o sistema.

WASSERMAN.- Negativo.

ESTUDIO ENCEFALOGRAFICO.-

Disminución de los potenciales en región fronto-parietal izquierdo y aparición esporádica de ondas de tipo epiléptico.

BENDER.- Dificultad en los cierres. Rotación de figuras. Trazos tenues. Sobreposición de figuras.

NOMBRE: CASO NUM. 7
SEXO: MASCULINO
EDAD: 22 AÑOS
ESCOLARIDAD: 3er. AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: CAMPESINO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: NAUTLA, VER.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

Fecha de internamiento: 14 de agosto de 1967.

Fecha de estudio: 14 de febrero de 1968.

PADECIMIENTO:

Paciente con cinco años de evolución, con tendencias al vagabundeo y a la agresividad. Estuvo internado en un hospital de Oaxaca el año pasado, durante seis meses; ha tenido períodos de remisión. En una ocasión presentó crisis aparentemente convulsiva, al ser interrogado. Al ser interrogado en este hospital, reporta alucinaciones auditivas y visuales. Agresividad en forma paroxística, soliloquios, risas inmotivadas etc. Se le tomaron dos E.E.G. con resultados negativos. Este paciente ha sido ampliamente estudiado, por lo que nos reduciremos a añadir nuevas observaciones y los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas.

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

Su edad cronológica coincide con su edad aparente; íntegro, bien conformado; bien aliñado, tipo atlético. Su actitud fue accesible, marcadamente lento; risas inmotivadas, soliloquios; tararea constantemente una melodía y con frecuencia lleva sus manos a los genitales sin ninguna inhibición.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia, desorientado en tiempo y lugar; no tiene ninguna capacidad de discernimiento.

CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Lenguaje incoherente e incongruente; contenido confuso, dislático, sin sentido aparente. Conación: lentitud en la acción; afectividad: autivo y marcado aplanamiento afectivo; por momentos grita y tararea una melodía y siempre la misma. No se pudo establecer relación con el paciente por estar totalmente desconectado de la realidad.

1. N saight: no tiene conciencia de enfermedad. No es posible por el momento la aplicación de pruebas de inteligencia.

BENDER. -

Inbrincación de las gestalten; perseveración, simplificación de la tarea. Indica un proceso regresivo; rotación total de algunos modelos y parciales de otros. Adherencia marcada en el trazo; factor que está indicando daño cerebral orgánico. Además, encontramos otras características que nos muestran rasgos esquizofrénicos. Todos los elementos encontrados en las figuras muestran una desorganización de la personalidad de este paciente y pérdida de contacto con la realidad.

CONCLUSIONES:

Los antecedentes clínicos del paciente indican la presentación de crisis convulsivas que, a pesar de los dos E.E.G. aplicados, indican lesión cerebral (epilepsia).

2.- El Bender nos muestra signos característicos de daño cerebral orgánico, confirmando el diagnóstico de epilepsia. Además, nos proporciona datos para pensar en un proceso de tipo esquizofrénico. Rotación de figura.

ELECTROENCEFALOGRAMA:

Epilepsia fronto-parietal (aunque no son muy exactas - las localizaciones, por movimientos del paciente).

I. D. - EPILEPSIA CON UN PROCESO ESQUIZOFRENICO.

Probablemente de un cuadro esquizofrénico indiferenciado, con delirios de grandeza pobremente sistematizados y delirios de expansividad. Este diagnóstico está en relación a los estudios posteriores del Departamento de Psicología.

NOMBRE: CASO NUM. 8
SEXO: MASCULINO
EDAD: 30 AÑOS
ESCOLARIDAD: ANALFABETO
OCUPACION: NINGUNA
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: HUIMILPAN, QRO.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL .

ESTADO DEL PACIENTE:

Sujeto del sexo masculino; edad aparente igual a la cronológica; de constitución media, medio líneo; íntegro, armónico sin movimientos anormales; tranquilo. Se relaciona en forma espontánea; su discurso es pobre, coherente, congruente, simplista. Su comprensión y atención son pobres; su afectividad es roma. Contenido del pensamiento: su juicio es pobre, orientado en persona, desorientado en tiempo, lugar y espacio. Conciencia de enfermedad "desde que estaba de brazos me dan ataques"; "se me quitaron y me repitieron -- cuando tenía ocho años;" casi todo el tiempo me dan, día y noche; me dan cada efecto de la luna". "Cuando me va a dar el ataque siento que se me forma una rueda de colores" (señala ojo derecho); "luego se -- forman tres brincos y me caigo"; "otras veces me siento un brinco -- con todo el cuerpo y me pierdo"; "antes del ataque miro mecer el -- mundo; a veces siento un revolvimiento" (señala epigastrio). Es analfabeto; reconoce los colores con dificultad.

EVOLUCION:

Comenzó a los cuatro meses de edad con episodios convulsivos y duró quince días; no volvió a presentar crisis convulsivas hasta los ocho años de edad. Desde entonces no se han retirado, siendo la frecuencia muy elevada (no se cuantifica). Estas crisis se caracterizan por gritos, pérdida súbita de la conciencia. Convulsiones tónico-clónicas, quedando inconsciente por unos minutos. Refiere -- que al terminar estos episodios se torna agresivo: agrede animales, rompe objetos.

ANTECEDENTES:

La madre estuvo muy enferma durante el embarazo; -- no se puede precisar más. Del parto: producto a término eutócico. -- De la primera infancia: evolución psicobiológica se ignora. Escolaridad: analfabeto. Labores: nunca ha trabajado debido a su enferme-- dad. Sexuales: se ignoran. Familiares: no patológicos; vivía con sus

padres. Su padre murió hace poco tiempo; su madre está muy anciana y no puede cuidarlo. Interpersonales: en su pueblo le tienen miedo; ha estado en la cárcel por escándalos. Antecedentes familiares: se ignoran. Primeras crisis: a los cuatro meses de edad (epilépticas). No hay antecedentes de traumatismo, infección o intoxicación. S.N.C.

DIAGNOSTICO.

Síndrome cerebral crónico asociado: 1o, a epilepsia - temporo-parieto-occipital, con crisis generalizadas G.M. Deficiencia mental media.

ELECTROENCEFALOGRAMA.-

Focos epilépticos generalizados en regiones temporo-parieto-occipital izquierdo.

NEUMOENCEFALOGRAFIA.

No se le realizó, por el estado del paciente.

BENDER.-

Impresión en el trazo, Rotación de figura; puntos por círculos. Dificultad de coordinación visomotriz.

NOMBRE: CASO NUM, 9
SEXO: FEMENINO
EDAD: 20 AÑOS
ESCOLARIDAD: 5o, AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: OBRERA
ESTADO CIVIL: SOLTERA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIA DE: MEXICO, D.F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

Internada por intento de suicidio a través de medicamentos.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Hace cuatro años que empezó a sentirse enferma; entonces trabajaba en un restaurant, de mesera. Notaba que cuando le servía la comida a los hombres, éstos la rechazaban porque ella se las servía y porque ella se les acercaba. Dejó de laborar por este motivo y abandonó el trabajo. Cuando ve muchachas jóvenes que se le aproximan, siente horror. Los cambios de su conducta fueron ostensibles para su familia, hace dos años, cuando se rehusaba a comer. Se aislaba, se iba de la casa por varios días sin avisar a dónde; poco después regresaba y ayudaba a las labores de la casa, pero reaccionaba en forma agresiva con los miembros de la casa. Ha sido tratada en varios centros médicos, en uno de los cuales tuvo una medicación a base de -- "marplan" y, una noche, se tomó diez pastillas juntas. Externa que se quiere quitar la vida y que en otras ocasiones lo ha intentado tomando gran cantidad de pastillas de las cuales no recuerda el nombre. Da como motivo que desde chica le dicen en su casa que es igual a una tía -- "loca" que se murió en La Castañeda; dice que ella no se quiere volver loca; llora inconsolablemente haciendo movimientos con el maxilar inferior (no se le da importancia a esta manifestación e inmediatamente se calma). Luego dice: "cuando salga de aquí voy a comprar una pistola y sí me voy a matar".

HISTORIA PERSONAL:

La madre de la paciente sufrió fuertes disgustos y golpes del marido. La niña nació muy delgadita y amarilla. Siempre ha sido enfermiza, inapetente y llora. Sufrió las enfermedades propias de la infancia. El sarampión le duró quince días con fiebres muy altas. A los quince años de edad, informa que padeció tuberculosis.

ESCOLARIDAD:

Ingresó a la escuela a los siete años de edad, estudiando hasta el quinto año de primaria; posteriormente estudió comercio. Fue-

expulsada de la escuela porque reñía con sus compañeros y, en lugar de concurrir a clases, se iba de "pinta".

OCUPACIONES:

Ha trabajado de obrera, sirvienta y de mesera.

RASGOS DE CARACTER:

Introvertida, rebelde; dificultad para relacionarse.

HABITOS:

Ha abusado de los medicamentos. Refiere que no toma bebidas alcohólicas con frecuencia, pero cuando lo hace, ingiere hasta una botella de tequila.

HISTORIA SEXUAL:

Menarca a la edad de 12 años, sin trastornos, a un ritmo de 30 días. A la edad de 15 años comenzó a tener muchos pretendientes; dice que ha sido coqueta; que a los muchachos que la enamoran sólo los veía una vez después que la besaban, pero nunca ha querido a ninguno. Ha ido cuatro veces a hoteles de paso, pero afirma que no ha tenido relaciones sexuales con los diferentes hombres. Goza viendo al hombre excitado y que la vean desnuda, pero cuando lo observa más excitado lo rechaza.

HISTORIA FAMILIAR:

Sus padres, viven. Su padre tiene 80 años; su ocupación es vendedor ambulante de legumbres; alcohólico, agresivo; con frecuencia golpea a la madre y la amenaza de muerte con un cuchillo o con una carabina; corpolático; con toda la familia es muy celoso. Hace catorse años que se separaron sus padres; ahora vive cerca, en un cuarto. La situación de la familia era desastrosa, tanto en el aspecto económico como en el de las relaciones familiares; todo debido al vicio del padre. A la madre la describe como bondadosa y buena. Hay una gran diferencia de edades entre los padres: su madre contaba con 16 años cuando se casó con su padre, que tenía 50. Procrearon seis hijos: tres hombres y tres mujeres. La paciente ocupa el tercer lugar entre los hermanos; el hermano menor cuenta con 16 años. La madre tuvo cuatro abortos a consecuencia de los malos tratos del marido. La madre está constantemente diciéndoles a las hijas: "los hombres sólo quieren a las mujeres para burlarse de ellas; no hay u no que merezca la pena" (vuelve a llorar teniendo la misma reacción).

La relación de la paciente con sus hermanos es de agresividad. Externa: "les tengo miedo a las muchachas y a los hombres sólo a la hora de la comida"; "cuando paso por un restaurant y veo hombres, siento que el techo se me viene encima"; dicen que así era mi tía y a mí me va a suceder lo mismo".

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

La edad aparente que concuerda con la cronológica. Integra, delgada; desaliñada, pelo castaño. Su actitud fue de llanto; se queja de que le duele el cerebro; se tira al suelo deslizándose lentamente; se le observa rígida, con desviación conjunta de los ojos hacia arriba y a la derecha; externa: "no veo nada"; permanece en postura de "arc-en-ciel" durante diez minutos; se incorpora y se vuelve a deslizar, permaneciendo en la misma postura durante quince minutos; -- posteriormente se echa a llorar; se incorpora y dice que ya se siente bien.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia orientada en las tres esferas. Curso del pensamiento: normal; en el contenido se observan ideas depresivas y obsesivas, de que se va a volver loca; ideas de referencia no sistematizadas.

PERCEPCION:

Alucinaciones auditivas. Juicio: sin alteraciones. Hay contacto con la realidad.

Insaigh: no hay comprensión de su enfermedad.

PRUEBAS APLICADAS: WAIS, MACHOVER, M.M.P.I., BENDER, T A. T.

WECHSLER.	Escala verbal	43 I.Q.
	Escala ejecutiva	27 I.Q.
	Escala total	76 I.Q., que corresponde a una inteligencia de border line".

Escala verbal; los puntajes más bajos se obtuvieron en aritmética, 6 y retención de dígitos, 4; puntaje que nos está señalando que las capacidades de atención y concentración están encontradas disminuidas. En la escala de ejecución el "subtest" de ensamblaje de objetos fue el más bajo (2); símbolos en dígitos, "3"; puntajes que nos están señalando trastornos en la memoria anterógrada y en la capacidad de organización y planeación. En la actualidad se nota que la inteligencia de la paciente está muy por encima de su nivel de deficiencia.

BENDER.-

Demuestra capacidad de organización; no se encontraron trastornos perceptuales. No hay destrucción de las gestalten. Capacidad reproductora normal exceptuando las rotaciones que realizó la paciente, lo cual nos hace sospechar de un daño cerebral aunque éste no esté manifiesto en el cuadro que presenta la paciente. Lo anterior debe de corroborarse con el estudio electroencefalográfico.

CONCLUSIONES:

Paciente cuya vida anterior está caracterizada por rasgos esquizoides. A partir de la época en que entra a la pubertad, empieza a manejar los problemas en forma histérica y, como los más ostensibles, el comportamiento sexual. Hay contacto precario con la realidad.

Datos obtenidos por la entrevista y las pruebas aplicadas: podemos decir que se trata de un "border line"; objetivamente observamos durante la entrevista, un cuadro de histeria de conversión con una ceguera pasajera, aparte de características de rigidez muscular. Posición de "arc-en-ciel" durante 25 minutos, sin pérdida del conocimiento.

Las pruebas aplicadas indican que el cuadro está desembocando a una esquizofrenia paranoide.

REPORTE ELECTROENCEFALOGRAFICO.-

Epilepsia del lóbulo temporo-parietal.

NEUMOGRAFIA.-

No se practicó.

NOMBRE: E. CASO NUM. 10
SEXO: FEMENINO
EDAD: 29 AÑOS
ESCOLARIDAD: MAESTRA RURAL
OCUPACION: MODISTA
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE Y SEPARADA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIA DE: IRAPUATO, GTO.
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

FECHA DE INTERNAMIENTO: 27 de diciembre de 1967. Internada por sus sobrinos, debido a trastornos de conducta consistentes en agresividad, principalmente.

PADECIMIENTO ACTUAL:

La paciente ha estado internada en los hospitales y no contesta las preguntas, dando como razón que ya les ha dicho todo a los doctores. No se logra establecer una buena relación con ella debido a su negativismo. Refiere que ha sido traída por sus familiares sin su consentimiento, habiendo tomado atributos que no les corresponden y, debido a esta situación, el interrogatorio deberá ser con éstos.

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

Su edad cronológica no corresponde con su edad aparente: representa más de la que tiene. Integra, bien conformada; medianamente aliñada, presenta asimetría facial muy notoria; su marcha es lenta; al sentarse adopta una actitud de rigidez exagerada; muestra torpeza en sus movimientos. Le causa hilaridad cada una de las pruebas aplicadas; lo más notable es su negativismo, racionalizando en todas sus respuestas.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia clara, orientada en las tres esferas.

JUICIO IDEOLOGICO:

Contenido del pensamiento: lenguaje coherente y congruente. Percepción: niega todo tipo de alucinaciones. CONACION. — Lentitud en la acción.
Insight. — No hay conciencia de enfermedad.

PRUEBAS APLICADAS:

WAIS, BENDER, MACHOVER Y ZUM.

Weschler.-	Escala verbal:	88 I.Q.
	Escala ejecutiva:	79 I.Q.
	Escala total:	80 I.Q. Lo que corresponde

a una inteligencia normal baja.

BENDER.-

Esta prueba nos reporta que la paciente tiene una falta total de la capacidad de planeación y organización, inestabilidad emocional y aplamiento afectivo; agresividad y hostilidad frente al ambiente. Rotación de figura que, con lo ya mencionado, nos hace suponer daño cerebral.

OTROS DATOS:

Pérdidas del diseño, dificultad para reproducir curvaturas; condensación de los modelos y una marcada adherencia en el trazo. Su capacidad de percepción está dentro de los límites normales; en cambio, encontramos un franco trastorno en su capacidad motriz, lo cual está indicando un daño cerebral orgánico. Rotación de figuras A, 3 y 4.

MACHOVER.-

Lo más notable fue su negatividad para la realización de los dibujos - obtenidos, logrando al fin un esbozo de un perfil masculino, lo cual nos hace inferir una mala identificación con su sexo. La buena proporción de la figura nos indica que su capacidad perceptual no está alterada, lo que sugiere que no hay una desorganización ostensible de su personalidad. Lo dentado del trazo y demasiado suave del mismo, revela su incapacidad para la realización de movimientos finos.

ZUM.-

Prueba que tiene por objeto detectar el índice de represión; revela una leve depresión debido a una nueva situación de ajustes transitorios (reacción de ajuste).

CONCLUSIONES:

El coeficiente intelectual bajo; por este dato podemos decir que la paciente ha sufrido deterioro de sus facultades intelectuales. Esto se puede asegurar, debido a los antecedentes escolares de la paciente, que indican que su coeficiente intelectual era normal.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD:

Agresiva, ideas de prejuicio, lo que provoca que actúe en forma desconfiada y suspicaz; oposicionismo marcado, haciendo que utilice mecanismos de defensa, tales como la racionalización

la proyección y negación. Por otra parte, encontramos datos suficientes que revelan daño cerebral orgánico, lo que ha sido confirmado por el examen neurológico.

ESTUDIO NEUMOENCEFALOGRAFICO.-

Síndrome Parry Romberg y síndrome de esclerosis lateral amiotrófica.

I.D. Atrofia fronto-parietal bilateral, de predominancia del lado derecho.

WASSERMAN.- Negativo.

REPORTE ELECTROENCEFALOGRAFICO.-

Síndrome de esclerosis lateral amiotrófica.

NOMBRE: CASO NUM. 11
SEXO: FEMENINO
EDAD: 32 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMEROS AÑOS DE PRIMARIA
OCUPACION: LABORES DEL HOGAR
ESTADO CIVIL: SOLTERA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIA DE: MEXICO, D.F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

PRUEBAS APLICADAS:

ROSCHACH, WAIS, BENDER, MACHOVER. FRASES INCOMPLETAS.

ACTITUD DE LA PACIENTE:

Se mostró cooperativa, aunque en ocasiones no comprendía las instrucciones que se le daban para la ejecución de la prueba.

INTELIGENCIA Y ORGANIZACION DEL PENSAMIENTO:

Se encontraron los siguientes resultados:

Escala verbal	I.Q.	46
Escala ejecutiva	I.Q.	38
Total	I.Q.	40, lo que correspon-

de a un diagnóstico de: "debilidad mental".

En el análisis de sus funciones mentales encontramos una completa disminución de la escala ejecutiva, la cual investiga las funciones de coordinación visomotriz, capacidad de análisis, planeación, anticipación. Los puntajes de la escala verbal superan ligeramente a los resultados de la escala ejecutiva; la capacidad para hacer conceptualizaciones adecuadas es muy baja. Su memoria está disminuida, al igual que su atención. Las funciones que no se encuentran tan alteradas son las de comprensión y concentración. En base que el subtest de vocabulario presenta un puntaje de cero, podemos decir que los sistemas de comunicación con la realidad, son muy pobres. Su pensamiento funciona a un nivel primitivo, no siempre capaz de realizar asociaciones organizadas y adecuadas. Sólo se fija en los aspectos superficiales de una situación, lo que indica que sólo pone atención en aspectos obvios, sin esperar encontrar las relaciones entre los diversos aspectos de su experiencia y en obtener una visión organizada del mundo. Las asociaciones que establece entre las cosas son a un nivel infantil, lo que nos confirma lo paralógico de su pensamiento. El contenido del pensamiento es muy estrecho y lo encontramos estereotipa

do. Presenta sentimiento de inadecuación y de impotencia, que trata de compensar mediante la aceptación de la gente.

CONCLUSIONES:

Se trata de una debilidad mental adquirida en la infancia, a temprana edad.

AFECTOS Y EMOCIONES:

Niega sus capacidades de afecto, las cuales no se logran desarrollar durante la infancia, por lo que están poco integradas dentro de la organización de la personalidad; es capaz de dar respuestas emocionales ante los estímulos externos ambientales. Se encuentra abrumada por la influencia de un fuerte impacto emocional; no maneja sus emociones en forma organizada y no es capaz de retener sus respuestas emotivas. Sus emociones tienen características infantiles y mágicas.

ROLES Y ACTITUDES:

Presenta tendencias oposicionistas muy marcadas; su identificación sexual no es adecuada, ya que forman un rol infantil, - que presenta una gran inseguridad y miedo ante la figura masculina.

FENOMENOS ESPECIALES:

En la prueba de Roschach encontramos que está abrumada por un fuerte impacto ambiental; no controla sus respuestas emocionales, las cuales se encuentran caracterizadas por matices infantiles y mágicos. Presenta mucha ansiedad de naturaleza difusa - que no logra controlar.

EN LA PRUEBA DE BENDER:

Datos significativos de la destrucción de la gestalten. Rotación tanto de las tarjetas como de las figuras; fragmentación, -perseveración; regresión y dificultad del cruce y cierre; dificultades en la angulación, lo que indica la existencia de daño orgánico.

CONCLUSIONES:

Primero.- En su prueba de inteligencia encontramos los siguientes resultados: debilidad mental I.Q. 40.

Sus procedimientos y contactos con la realidad son - muy pobres; en su necesidad de afecto se encuentra muy pobremente integrada en la organización de su personalidad; no controla sus emociones en forma adecuada, presentando características mágicas. - Se aprecian tendencias oposicionistas muy marcadas. En la prueba de Bender, se encuentran características de daño orgánico cerebral.

ELECTROENCEFALOGRAMA.-

Se encuentra una marcada alteración en el hemisferio derecho, con alteraciones principalmente en el lóbulo temporo-parietal.

NEUMOENCEFALOGRAFIAS.-

Se observa atrofia temporo-parietal, con predominancia del lado derecho.

NOMBRE: CASO NUM. 12
SEXO: MASCULINO
EDAD: 56 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMER AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: HERRERO DE PROFESION
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: ESTADO DE MEXICO
RESIDE EN: ESTADO DE MEXICO.

Paciente de edad avanzada; su edad aparente concuerda con su edad - cronológica.

CAUSAS DE INTERNAMIENTO:

El paciente presente un cuadro de agnosia. El curso de la enfermedad se desarrolló, como síntoma principal, una "pérdida repentina del conocimiento". Estaba viendo el agua del río y levantó la mano derecha, pegó un grito y cayó a plomo en el suelo. Poco después el paciente fue trasladado a su casa, en donde volvió en sí pero en un estado confusional. A las dos horas de ocurrido lo anterior, el paciente volvió a tener otro ataque con pérdida del conocimiento, repitiendo el ataque por la noche. El paciente fue trasladado a esta ciudad, siendo internado en el Hospital General (Neurología).

ANTECEDENTES:

El paciente ha sufrido ataques de tipo epiléptico desde hace varios años, con una frecuencia indeterminada (aproximadamente - una vez cada año); de esto hace cinco años. Últimamente el paciente ha empezado a beber con bastante frecuencia; de unos tres años a la fecha. No ha habido traumatismo en el cráneo; su nacimiento fue normal, hijo de padres normales y con una vida normal.

TRASTORNOS DEL PACIENTE.-

Presenta una gran dificultad en la pronunciación de las palabras; no reconoce a sus familiares, presentando un estado confusional. Está desorientado en tiempo, lugar y persona (esto es el resumen de una serie de observaciones y entrevistas con el paciente en el transcurso de cuatro semanas). Presenta una agnosis visual, auditiva y del esquema corporal. Se le presentan al sujeto unas llaves y dice: "es una para... (abrir, indicándolo con mímica)". Una marcada dificultad para nominar los objetos; sólo los define por su uso. Se le pide al paciente que levante su brazo izquierdo y levanta el derecho; se le pide que levante el contrario y levanta el izquierdo. Se le dan órdenes escritas, sencillas, a realizar y no puede; es obvio que existe un problema de comprensión.

PRUEBAS APLICADAS.-

BENDER.- El paciente presenta dificultad en la coordinación viso-motriz; adhesiones en el trazo; giro a rotación parcial y casi total de las figuras. Dificultad sumamente marcada en el trazo; el paciente tiene que recurrir a referencias de situación, como la orilla del papel, en comparación con la orilla de la tarjeta presentada. Cambios de puntos por círculos.

REPORTE ELECTROENCEFALOGRAFICO.-

El paciente presenta una lesión en los lóbulos parietal y occipital, con acentuación en este último.

REPORTE NEUMOENCEFALOGRAFICO.-

Presenta lesión clara en el hemisferio izquierdo, en lóbulos parietal y occipital.

NOMBRE: CASO NUM. 13
SEXO: FEMENINO
EDAD: 44 AÑOS
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA
OCUPACION: ENFERMERA
ESTADO CIVIL: CASADA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: ARANDAS, JAL.
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

La paciente fue traída a este hospital por presentar difasia e hipomnesia.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Refiere que ha sufrido mucho; primero con su esposo y ahora con una cuñada con la cual vive, la que la maltrata de palabra - constantemente. Esta situación le ha provocado que cuando le gritan - ya no puede hacer nada; se le olvida lo que está haciendo; dice "que - no puede estar en un lugar donde haya mucha gente, ni que se acerquen cuando estoy haciendo el quehacer; necesito estar sola para poder hacer bien las cosas".

REPORTE DE SU HISTORIA DE INGRESO:

Datos proporcionados por una hija de la paciente:

El padecimiento se inició aproximadamente hace tres años, con trastornos de la memoria; olvidaba lo que estaba haciendo. Posteriormente presentó trastornos en el lenguaje: "al tratar de expresar una idea no encontraba las palabras"; dificultad en la pronunciación. Observaban que no podía escribir bien; dificultad para coser, tejer, etc. Tiene torpeza para abctonar su ropa.

HISTORIA PERSONAL:

Es producto de un embarazo y partos eutócicos. Su desarrollo psicosexual fue normal. Padeció enfermedades propias de la infancia, sin secuelas. Ha sido una persona bastante sana, que no ha sufrido traumatismos en el cráneo. En una época tuvo fuertes dolores de cabeza (cefaleas). Tres embarazos y partos normales; fue operada de una hernia umbilical; no recuerda la fecha de esto último.

ESCOLARIDAD:

Estudió hasta secundaria e inició la carrera de enfermería, obteniendo siempre buenas calificaciones. Sus relaciones, - tanto con maestros como con compañeros, siempre fueron buenas.

OCUPACION:

Antes de casarse, trabajó tres años con un médico como enfermera recepcionista; posteriormente, en las labores propias de su sexo.

RASGOS DE CARACTER:

Alegre, extrovertida; dificultad para establecer relaciones interpersonales.

HABITOS:

Tabaquismo y alcoholismo, negativos.

RELIGION:

Católica; sólo cree en un Dios y en una Virgen, pero no en los santos. Presenta una marcada aversión hacia los sacerdotes, - debido a su madre; ésta le platicó que cuando vivía en Arandas, uno de los padres le propuso tener relaciones sexuales, lo cual provocó que - élla no volviera a la iglesia. La paciente asiste a misa todos los do- - mingos.

HISTORIA SEXUAL:

La menarca se presentó a los 12 años de edad, sin -- trastornos; actualmente sigue reglando; fue informada de los aspec- - tos sexuales por su madre. Tuvo seis novios y, con último, se casó. Antes de esto, el médico con el cual trabajó le propuso ser su aman- - te y élla se vio obligada a abandonar el trabajo. Se casó a la edad de 20 años. Ha tenido relaciones sexuales adecuadas en su vida conyu- - gal.

HISTORIA FAMILIAR:

Procede de una familia y de un hogar bien constituido. Su padre vive, tiene aproximadamente 57 años y maneja un cajón de ropa en un mercado. Es de carácter irritable, pero bondadoso; ac- - tualmente vive con sus dos hermanos; no volvió a casar; su madre -- murió a los 46 años a consecuencia de una embolia que la dejó parali- - zada, sin poder hablar. A la madre la describe como una persona -- muy bondadosa; sus padres se llevaban bien; procrearon 12 hijos, de los cuales sólo viven cinco: tres mujeres y dos hombres; élla es la -- mayor de la familia. Las relaciones familiares son buenas. La pa- - ciente nació en Arandas pero al poco tiempo la familia emigró a los Estados Unidos, donde vivieron durante cuatro años y regresaron a --

México, donde han vivido desde entonces. Respecto a sus cuatro hijos, se expresa que todos se portan bien con ella, sobre todo la segunda, que es la que la sostiene económicamente. Cuando su hija se casó, la paciente no pudo firmar el acta por incapacidad de coordinación. Eso pasó hace dos años.

APARIENCIA Y PORTE:

Su apariencia no está de acuerdo con su edad, ya que representa más años. Integra, bien conformada, bien aliñada; de -- constitución guesa; hace veinte años usa lentes. Se muestra amable y trata de relacionarse con la tarea que se le encomienda.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: está orientada en tiempo y espacio; orientada en persona. Atención: normal. Concentración: alterada. Curso y contenido del pensamiento: lenguaje coherente y congruente; su ritmo es normal; al tratar de expresar una idea no encuentra las palabras adecuadas. En el contenido se encuentran anomalías. Memorias: de fijación conservada. Tanto sus memorias anterógradas como retrógradas presenta dificultades. Hay lagunas mentales muy marcadas. -- Juicio: no está alterado. Conación: Incapacidad para realizar cualquier tarea que exija movimientos finos. No sabe cómo actuar. Afectividad: indiferencia afectiva. Moderada actividad emocional.

PRUEBAS APLICADAS.

BENDER

MACHOVER

PRUEBA DEL LOBULO PARIETAL

(No se le pudieron aplicar pruebas de inteligencia, debido al estado de la paciente). Al tratar de ejecutarlas, la paciente presentó agnosia y afasia; sobre todo, trastornos en el vocabulario y la memoria.

BENDER:

Trató de hacerlo pero sólo logró unos garabatos. Segunda aplicación: presentó rotación en la primera figura, pero muy -- mal lograda. Notamos en la paciente un trastorno tanto en la percepción como de ejecución; una marcada apraxia e inversión de la figura.

MACHOVER:

No se pudo adjudicar calificación en esta prueba.

PRUEBA DEL LOBULO PARIETAL:

A la observación se notó que cuenta las líneas, pero que no hay capacidad para reproducirlas; persevera varias veces sobre la misma figura, a pesar de indicársele que la repita.

CONCLUSIONES:

Con los datos obtenidos por la entrevista y los adquiridos en las pruebas psicológicas, podemos concluir que la paciente presenta los siguientes trastornos: amnesia, agnosia, apraxis y afasia bastante marcados; trastornos que empezaron a presentarse hace cuatro años aproximadamente y que han ido en progresión ascendente, lo cual hace pensar en la posibilidad de la enfermedad de Alzheimer. Es probable que en esta paciente se presente una lesión cortical difusa, lo que se debe corroborar con el electroencefalograma.

ELECTROENCEFALOGRAMA.-

Se aprecian alteraciones de importancia en el hemisferio izquierdo, con tendencia a focalización en los lóbulos temporo-parieto-occipital. No se pudo determinar un foco específico. (Aparición de ondas epilépticas).

NOMBRE: CASO NUM. 14
SEXO: FEMENINO
EDAD: 29 AÑOS
ESCOLARIDAD: NIVEL PROFESIONAL
OCUPACION: MAESTRA DE HISTORIA
ESTADO CIVIL: SOLTERA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIA DE: MEXICO, D.F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

Paciente del sexo femenino; delgada; estatura baja, bien aliñada. Con movimientos libremente escogidos. Se encuentra bien orientada en las tres esferas; atención, percepción, memoria y juicio bien conservadas. Su discurso es congruente, en algunas ocasiones incoherente. A lo largo del estudio, por momentos se mostraba angustiada y desconfiada; en otros, irritada y cortante. Expresa constantemente quejas de tipo hipocondríaco; frecuentemente insistía en su alta y se quejaba de la deficiencia del hospital, del tratamiento y del personal; también se lamentaba constantemente de la decisión de su madre de traerla a un lugar como éste. Relata la paciente que es la segunda ocasión que la internan en un hospital como éste. La primera ocasión fue internada en el pabellón central del antiguo Manicomio de esta ciudad, por presentar ideas de referencia, perjuicio y daño, con alucinaciones auditivas y visuales. Dos meses después fue dada de alta con tratamiento externo. A finales del año pasado (diciembre) presentó el mismo cuadro, motivo por el cual fue internada en este hospital. Los primeros días de internamiento presentó un cuadro semi-catatónico con 48 horas de duración aproximadamente. En la actualidad la paciente se encuentra mejor integrada; niega todo tipo de alucinaciones; sin embargo, se muestra angustiada e irritada.

ESFERA FAMILIAR:

Familia integrada por 15 miembros: los padres y 13 hijos. Se expresa de su padre como una persona de patrones de conducta rígidos y autoritario, generalmente se muestra preocupado e irritable. La paciente recuerda que todos los fines de semana, el padre llegaba ebrio, con un bajo rendimiento económico para el hogar. A su madre la describe como una mujer sumisa, apagada, afectivamente inhibida. A sus hermanas y a los demás hermanos los percibe a distancia, indiferente; no presenta ninguna liga afectiva fuerte con alguno de ellos.

HISTORIA PERSONAL:

Producto de un parto con complicaciones; ocupa el tercer lugar entre sus hermanos. Desarrollo psicomotris normal, sufriendo en la infancia enfermedades propias de ésta, sin mayores problemas.

HISTORIA ESCOLAR:

Inició la primaria a los seis años de edad; hizo su bachillerato e ingresó a la Facultad de Filosofía y Letras de la U.N.A.M., donde obtuvo el título de maestra a los 21 años de edad. Siempre ocupó un lugar destacado en los estudios. En su vida social siempre fue muy reservada; su principal mecanismo de adaptación fueron la racionalización y la intelectualización. Solamente tuvo una amiga en la facultad, con rasgos similares a los de la paciente. Cuando iba a terminar la carrera, su amiga murió a consecuencia de un cáncer, lo cual afectó profundamente a la paciente.

HISTORIA SEXUAL:

Menarca a la edad de 15 años. Confiesa la paciente que desde pequeña se masturbaba con frecuencia, infringiéndole fuertes sentimientos de culpa. Desde los 18 años de edad ha tenido pretendientes que le habían ofrecido matrimonio, pero siempre les notaba algo que le molestaba y terminaba por rechazarlos, sin que ella encontrara una explicación lógica para su determinación. Ahora dice: "me arrepiento". Su hermana mayor se casó en México con un joven canadiense. Ella y su hermana menor fueron a visitarla a Canadá y ésta, su hermana menor, contrajo matrimonio con otro muchacho canadiense. La paciente tuvo que regresar a México sintiéndose frustrada y con envidia, lo cual provocó que se considerara fracasada, compensando su fracaso con trabajo, lo que realiza en forma compulsiva. -- Un tiempo después, un maestro le ofrece casarse con ella, pero le parece muy insignificante y, además, se exasperó con él y le propuso que ambos trabajaran para tener una situación económica mejor, pero luego lo rechazó definitivamente. Poco después se fue a trabajar a Jalapa, Ver., donde estuvo a gusto. Un día un alumno la invitó a enseñarle la ciudad en su coche, pero en el camino el muchacho trató de abrazarla y besarla, lo que ella rechazó, aunque la paciente relata -- que tenía deseos de que la besaran, pero no le pareció bien que el -- muchacho fuera su alumno.

HISTORIA OCUPACIONAL:

En el último año de su carrera se dedicó a trabajar como vendedora de libros de tipo científico. Al recibirse se dedicó a dar clases en escuelas de gobierno y particulares, renunciando sin motivo que lo ameritara. Trabajó en Canadá como secretaria y como archivera. Su último trabajo que realizó fue como maestra en Jalapa, el cual abandonó por una serie de incidentes, entre los que se encuentra el anteriormente señalado.

RASGOS DE CARACTER:

Introversión, sentimientos de inadecuación y de minusvalía.

HABITOS:

Nada de tipo anormal, excepto su tendencia a masturbarse.

PRUEBAS APLICADAS:

WECHLER
RAVEN
BENDER.

Wechler:- Resultados escala verbal	I.Q.	89	
escala ejecutiva	I.Q.	82	
total	I.Q.	87	Cociente intelectual, perteneciente a normal baja.

Es de hacer notar que los resultados de esta prueba no son confiables debido a la condición por la cual atraviesa la paciente.

Los subtest, que detecta juicio, atención y concentración y de contactos con la realidad, se encuentran sumamente disminuidos.

RAVEN:- Los resultados obtenidos fueron similares a la prueba anterior.

BENDER:- Disminución en la capacidad de organización y planeación; refleja incertidumbre y busca seguridad. Agresión y hostilidad; hay inhibición de la espontaneidad. Superficialidad afectiva, inestabilidad emocional y ansiedad. En cuanto a la estructura para la reproducción, encontramos: a) micropsia; b) rotación completa del diseño (a): rotación parcial y total de los diseños 2 y "ocho"; c) conservación parcial de los puntos, círculos y diseño; d) imbricación y dificultad en las curvas del diseño; e) distorsión en las curvas del diseño y falta de curvas en la figura 7.

Todo lo anterior no señala un daño cerebral a niveles del lóbulo parietal.

RESUMEN:

La paciente presenta un trastorno de personalidad, sin

descartar la probable lesión o daño cerebral; se recomienda terapia de apoyo psicoanalítica.

REPORTE ENCEFALOGRAFICO.-

Se observa que durante el trazo aparecen alteraciones de los potenciales en la región del hemisferio izquierdo, con focalización más activa en el lóbulo t́mporo-parietal, con acentuada disminución en los ritmos y aplanamiento del potencial en los mismos.

NOMBRE: CASO NUM. 15
SEXO: MASCULINO
EDAD: 23 AÑOS
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA
OCUPACION: VENDEDOR
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: MEXICO, D. F.
RESIDE EN: DISTRITO FEDERAL.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Refiere la informante (madre del paciente) que desde hace unos dos años el paciente ha sufrido una serie de cefaleas; al principio fueron leves, pero se repetían varias veces en un mes. Fue atendido por un médico particular, el cual le dio sedantes y los dolores de cabeza disminuyeron considerablemente. El paciente estuvo tomando la medicación repetidamente durante ocho meses; después de este tiempo, el paciente tuvo una serie de ataques, al parecer de tipo epiléptico, en los cuales perdía el conocimiento y se convulsionaba. Por este motivo fue internado por conducto de unos tíos, en el Seguro Social, donde se le dio tratamiento antiepiléptico. El tratamiento duró unos cinco meses. Los ataques no se repitieron pero las cefaleas se hacían más frecuentes y más agudas; el paciente comenzó a perder fuerza en el miembro superior derecho y a tener problemas con el lenguaje (no podía pronunciar bien las palabras y en ocasiones se le olvidaba el nombre de las cosas). Poco después se repitieron los ataques epilépticos y fue internado en el Hospital General (Neurología).

HISTORIA PERSONAL:

La informante nos proporciona los datos acerca del nacimiento, el cual fue normal. Sufrió las enfermedades propias de la infancia. La informante recuerda que a la edad de catorce años el paciente sufrió una caída de un camión, accidente en el cual el paciente perdió el conocimiento por más de 24 horas, siendo tratado en la Cruz Roja. El paciente sufrió un traumatismo craneal del lado izquierdo, en la región temporo-parieto-occipital (hay una gran cicatriz en las áreas anteriormente mencionadas). Al parecer el accidente no provocó consecuencias inmediatas, pues el paciente fue dado de alta en cuestión de tres semanas. No ha tenido fiebres altas ni traumatismos de otra o de la misma especie.

ESCOLARIDAD:

Ingresó a la primaria a la edad de seis años; fue un alumno destacado en sus estudios; al concluir la secundaria el padre del pa-

ciente murió y, por falta de recursos económicos, no continuó sus estudios y se tuvo que dedicar a trabajar, cosa que realiza hasta la fecha.

HISTORIA SEXUAL:

La informante sabe poco acerca del paciente, pero ella cree que han sido normales. Ignora si ha padecido enfermedades venéreas.

HABITOS:

Tabaquismo desde los catorce años de edad hasta la fecha (moderado).

ALCOHOLISMO:

Toma ocasionalmente; a veces hasta perder el conocimiento (en dos o tres ocasiones que la informante sepa).

DROGADICCION:

Nunca que se sepa ha ingerido drogas.

INTERESES RECREACIONALES:

Le gustan el box y el futbol.

EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE:

Funciones psíquicas. -Hay alteraciones en la sensopercepción; últimamente el paciente ha dejado de sentir el brazo derecho. Su lenguaje no es claro; en ocasiones, incoherente; habla en voz baja. Su atención está muy disminuida. No se encuentra orientado en las tres esferas. Alteraciones de la memoria anterógrada y retrógrada. Su capacidad de comprensión está disminuida. En el paciente encontramos agnosis visual, auditiva y del esquema corporal.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER. - Se observa una disminución muy marcada de la coordinación visomotriz. Inversión casi total de las figuras (rotación). Adhesiones en los trazos y pérdida de dimensiones reales de las figuras, así como incapacidad para detectar las posiciones izquierda-derecha.

ELECTROENCEFALOGRAMA. - Se encuentran ondas lentas polimorfas, a nivel de los lóbulos temporo-parieto-occipital (hemisferio izquierdo). -- Probable tumoración.

I.D. Epilepsia.

NEUMOENCEFALOGRAMA.- Se observa un tumor en el hemisferio iz
quierdo, abarcando los lóbulos temporal, parietal y occipital.

NOMBRE: CASO NUM. 16
SEXO: MASCULINO
EDAD: 41 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMARIA
OCUPACION: PINTOR
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: TELOLOAPAN, GRO.
RESIDE EN: TELOLOAPAN, GRO.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre muerto de probable padecimiento cardiovascular. Madre viva, con una hernia inginal. Una hermana aparentemente sana. Sin antecedentes de padecimiento convulsivo o consanguinidad.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo y parto normales. Control del enderezamiento a los seis meses. Habló al año, caminó a los dos años. En la infancia padeció rubiola, tosferina, amigdalitis, paludismo; a los tres años de edad, probablemente parasitosis intestinal; niega otros antecedentes. Alimentación regular en aporte calórico y proteínico.

ALCOHOLISMO:

Ocasional.

TABAQUISMO:

Intenso desde los ocho años de edad.

HISTORIA ESCOLAR:

Estudió la primaria con buen aprovechamiento y un año de secundaria, actividad que dejó por la pintura. Dicha actividad la practicaba antes de su enfermedad, siendo considerado como el mejor pintor de Iguala. El paciente es descrito como buena gente, trabajador, respetuoso.

HISTORIA SEXUAL:

Se desconocen los detalles de ésta.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Comienza su padecimiento hacia el año de 1945, después

de sufrir un cuadro febril intenso, que fue diagnosticado como fiebre de Malta. Al remitir el cuadro febril, presentó sintomatología psiquiátrica, sin especificación, por lo que sus familiares lo internaron en el antiguo Hospital Psiquiátrico donde permaneció un mes, saliendo a solitud de sus propios familiares sin haber remitido el cuadro. En su pueblo de origen fue tratado por un médico practicante, que le administraba medicamentos (se ignora cuáles fueron) y remitió su sintomatología, permaneciendo asintomático durante dos años. Hace un año empezó a presentar trastornos de conducta, como soliloquios, alucinaciones, ideas delirantes de persecución, risas sin condicionantes externas, insomnio e inquietud psicomotriz. Fue tratado por un médico general en Iguala, el cual lo atendió a base de Largactil, Cardiazol e insulina, una vez a la semana. El cuadro clínico no se remitió y debido a que el paciente deambulaba sin rumbo fijo, se le trasladó a México. Presentando una gran inquietud psicomotriz y desequilibrio en el andar, fue sometido a tratamiento por otro médico general, lo cual merizó la economía familiar por el tratamiento previo a este Hospital.

EXAMEN MENTAL:

Paciente ambulante del sexo masculino, con edad aparente que concuerda con la que dice tener. Aparentemente íntegro, en regulares condiciones de aliño; fases de somnolencia y con marcha normal; coopera al interrogatorio. Su conciencia es poco clara debido al uso de neurolépticos, que le fueron aplicados antes de su ingreso al servicio. Su atención está conservada; comprensión igualmente conservada; discurso lento, parco y emitido en voz baja sin modulación afectiva. Sigue la directriz de su pensamiento pero en ocasiones se disgrega para hacerse incongruente. Niega alteraciones en el pensamiento y en la sensopercepción. Está orientado globalmente. Memoria alterada; actividad general, normal. Aplanamiento afectivo.

EXPLORACION FISICA:

Paciente del sexo masculino, con edad aparente con la que dice tener; íntegro, bien conformado; marcha normal; coopera al interrogatorio.

EXPLORACION NEUROLOGICA:

Se encuentran los siguientes datos: anisoria por midriasis, respuesta a la luz disminuida. Paresis central facial izquierda; R.O.T. aumentados; PENJAIMER, izquierdo; BABINSKI, izquierdo. Apraxia, torpeza y temblor; trastornos de simetría, descritos. Perseverancia, temblor distal. Prueba dedo nariz del lado izquierdo, alterada. Tosis del lado derecho.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- Se aprecian alteraciones en la capacidad de copia y coordinación visomotriz. Rotación parcial y total de algunas figuras. Disminución en la capacidad de análisis y síntesis. Lo anterior nos hace suponer evidente daño cerebral.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- El paciente presenta alteraciones en los ritmos del lóbulo temporo-parietal, aunque no aparecen ondas características de epilepsia en ninguno de los hemisferios.

I.D.- Síndrome cerebral crónico postinfeccioso; posteriormente de un cuadro de psicosis maníaco-depresiva.

NOMBRE: CASO NUM. 17
SEXO: MASCULINO
EDAD: 36 AÑOS
ESCOLARIDAD: 2o. DE SECUNDARIA
OCUPACION: REMACHADOR
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: PARRAS, COAH.
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

El expediente de este paciente tuvo principio en el Hospital de Neorología; posteriormente en La Castañeda y, por último, en este Hospital. Los principales síntomas apreciables son la pérdida de la capacidad espacial, alteraciones en las funciones táctiles y un problema de tipo emocional.

El sujeto sufrió un serio accidente en el que perdió el conocimiento por un lapso de 48 horas, debido a una fuerte contusión en la región fronto-parietal, produciéndole hundimiento en la parte de la región anteriormente mencionada. El paciente fue operado y al parecer quedó en buen estado.

Poco tiempo después de la intervención quirúrgica, el paciente comenzó a tener una serie de trastornos en lo que se refiere al tacto; "sentía cosas que no tenía en la mano" o bien tomaba un objeto en la mano izquierda y no sabía en cuál la tenía y, en muchas ocasiones, creía tener algo en la mano y no tenía nada. Debido a lo ya señalado, el sujeto entró en crisis emocional y pensaba que lo habían envenenado o que lo estaban "embrujaando" y, por este motivo, se encerraba en sus habitaciones y no quería ver a nadie y mucho menos a un médico. Por este motivo fue internado en La Castañeda, lugar en el cual permaneció por espacio de un mes y fue dado de alta. Sin embargo, los síntomas no desaparecieron. De La Castañeda fue enviado al Hospital General, en donde se encuentra actualmente.

HISTORIA PERSONAL:

El nacimiento del paciente fue normal. Padeció de enfermedades propias de la infancia. En una ocasión tuvo temperaturas muy elevadas debido a una pulmonía; esto ocurrió a la edad de seis años. Durante la adolescencia (relata la informante), el paciente se extravió en dos ocasiones de su casa por espacio de uno o dos días y, poco después, volvía; se le interrogaba por qué se había ido y el paciente decía que no recordaba nada y que de pronto se veía en el cen-

tro de la ciudad, o bien en un camión con rumbo desconocido. Lo anterior sólo ocurrió en dos ocasiones y no se volvió a repetir.

ESCOLARIDAD:

Realizó su primaria sin ningún problema; pero en la secundaria no se podía concentrar y por incapacidad económica tuvo que abandonar los estudios, dedicándose al comercio. Posteriormente se trasladó a los Estados Unidos donde trabajó como aprendiz de remachador en las construcciones, pero por falta de papeles migratorios fue - - retornado a México después de seis años de permanencia en aquel - - país. El oficio de remachador es el que tiene hasta la fecha.

HISTORIA FAMILIAR:

Lo que se pudo averiguar es que el padre era alcohólico y que murió a consecuencia de lo mismo; el paciente es el primero de tres hijos.

HISTORIA CONYUGAL:

El paciente, desde la edad de quince años, ha vivido con diferentes amantes. En la actualidad convive en unión libre con una mujer de mayor edad que él; han procreado dos hijos, los cuales dice que son normales.

TABAQUISMO:

Moderado, desde los 14 años de edad a la fecha.

ALCOHOLISMO:

Rara vez bebe, pues teme terminar como su padre.

DROGADICCION:

El paciente relata que cuando tenía 20 años, en los Estados Unidos, fumó unas cuantas veces marihuana, pero que desde que - regresó a México, no lo ha vuelto a hacer.

EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE:

Obvia alteración de la sensopercepción. Estado confusional; desorientado en tiempo pero no en lugar. Se observa un gran estado de excitación nerviosa del paciente; receloso y temeroso.

Las alteraciones del tacto, anteriormente mencionadas, persisten en una forma marcada. Se le pidió al sujeto que tomara un objeto determinado con la mano derecha y le es difícil hacerlo con precisión o lo toma con la mano contraria. Luego, con los ojos cerrados del paciente, se le da un objeto en una de las manos y se le pide nos diga en qué mano lo tiene y no lo sabe. Alteración del esquema corporal.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- Gran dificultad en el trazo y en la coordinación visomotriz. Rotación de figuras. Falta de cierres en las figuras. Alteración en la gestalt.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- Alteración del ritmo base en la región parietal; aparición de ondas epilépticas en región frontal y parietal. - Zonas mudas en la región fronto parietal izquierdas.

NEUMOENCEFALOGRAMA.- Se aprecian dos áreas de aproximadamente de tres centímetros de tejidos cicatriciales, así como una posible tumoración o formación de tejido cicatricial a la altura de los lóbulos fronto-parietal izquierdo.

NOMBRE: CASO NUM. 18
SEXO: MASCULINO
EDAD: 56 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMARIA
OCUPACION: COMERCIANTE
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: IXTAPAN DE LA SAL, MEX.
RESIDE EN: ESTADO DE MEXICO.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Seis meses antes del internamiento en este Hospital, el paciente comenzó con pérdida en la sensibilidad en los miembros superiores e inferiores del lado izquierdo. "No sentía los objetos calientes"; en varias ocasiones sufrió serias quemaduras en la mano izquierda y contusiones en el pie izquierdo, sin que el paciente se pudiera percatar de estos accidentes.

Consultó a un "brujo", el cual le dio unas hierbas y el paciente no mejoró. Comenzaron a aparecer síntomas de déficit motor en el lado izquierdo. Perdió casi por completo la sensibilidad en ese lado, así como en la pierna del mismo; comenzaron a aparecer trastornos del mismo tipo y lado en la cara del paciente. Este acudió al médico de su pueblo, el cual lo empezó a tratar con una serie de medicamentos, los que se ignoran cuáles fueron. Como no presentaba mejoría, el paciente fue internado en este Hospital por indicación del médico que lo atendió.

HISTORIA PERSONAL:

Al parecer el nacimiento fue normal; sufrió las enfermedades propias de la infancia. Nunca ha tenido crisis de tipo epiléptico, que se sepa. No han habido traumatismos craneales. Ha padecido de úlcera durante los últimos seis años. No ha padecido enfermedades serias, con excepción de reumatismos por probable artritis; ha perdido un poco la facultad auditiva.

ESCOLARIDAD:

Estudió únicamente la primaria. Posteriormente se dedicó al comercio con su padre, actividad que ha venido realizando hasta la fecha.

HISTORIA CONYUGAL:

Se casó a la edad de 19 años; ha procreado nueve hijos,

de los cuales cinco son hombres y cuatro mujeres. Uno de los hijos -padece de crisis epilépticas; los demás son aparentemente normales.

TABAQUISMO:

Moderado, desde los 25 años de edad a la fecha.

ALCOHOLISMO:

El paciente comenzó a beber con intensidad desde los 18 años de edad, hasta los 40; poco después continuó bebiendo con menor intensidad, hasta la fecha, con una frecuencia de una a dos veces por semana. Dice la informante que nunca ha tenido problemas por el alcohol hasta recientemente tuvo que suspender la bebida cuando le resultó la úlcera.

DROGADICCIÓN:

Negativa.

INTERESES RECREACIONALES:

Le agradan las peleas de gallos y el juego de baraja.

EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE:

Alteración de la senso-percepción del lado izquierdo; -desorientación temporo-espacial; dificultad con la pronunciación; alteración en el lenguaje; su discurso no es claro en ocasiones. Atención: está muy disminuida. Alteración en la memoria tanto anterógrada como retrógrada. Capacidad de comprensión disminuida. Encontramos anestesia de la cara, brazo, tórax y pierna del lado izquierda. Agnosia del esquema corporal.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER, - Nos presentó en esta prueba: dificultad en el trazo; rotación total en la fig. 1 y rotaciones parciales en los demás dibujos. Adhesión en el trazo.

ELECTROENCEFALOGRAMA, - Aparición de ondas delta polimorfas y depresión de las mismas en el hemisferio lateral izquierdo, con predominancia en regiones temporo-parietales. Areas mudas.

GAMNAENCEFALOGRAMA.— Muestra dos localizaciones; hiperactividad tumoral importante para-sagital derecha, rolandoparietal; región temporal izquierda muy sospechosa.

Autopsia: dos tumores que invadían las astas occipitales derecha e izquierda de los ventrículos laterales (el paciente falleció tres meses después del internamiento).

NOMBRE: CASO NUM. 19
SEXO: FEMENINO
EDAD: 53 AÑOS
ESCOLARIDAD: NINGUNA
OCUPACION: LABORES DEL HOGAR
RELIGION: CATOLICA
ESTADO CIVIL: VIUDA
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Este se inició cuando la paciente contaba con catorce años de edad; fue cuando se presentó su primera crisis de tipo epiléptico, crisis en las cuales caía y perdía el conocimiento, así como agitación muscular, etc. La trató un médico particular y a la edad de treinta años fue operada de una tumoración al parecer benigna, en el cerebro, en la región fronto-parieto-temporal. La paciente mejoró notablemente, aunque persistieron problemas de lenguaje. A la edad de 49 años la paciente comenzó con nuevos trastornos; se presentaron crisis epilépticas, incluso hasta cuatro por día; el problema del lenguaje se acentuó más y mostró pérdida de la capacidad de orientación. Fue internada en este Hospital el día 25 de marzo de 1968.

HISTORIA PERSONAL:

Al parecer el nacimiento de la paciente fue normal, sin complicación alguna. Nació a término. Padeció enfermedades propias de la infancia. A la edad de cinco años tuvo varias caídas con contusiones en el cráneo; no se sabe en realidad si cayó o son meras suposiciones de justificación del padecimiento, al parecer con las consecuencias anteriormente anotadas.

ESCOLARIDAD:

Carece de historia escolar pues nunca concurrió a la escuela. Aprendió a leer por medio de una tía suya, que le ayudaba mucho. Se trata de una mujer bastante inculta, pero inteligente.

HISTORIA CONYUGAL:

Se caso a la edad de 27 años; no procrearon hijos por temor de la transferencia de la enfermedad de la madre, por lo cual decidieron adoptar a dos sobrinos pequeños de su marido, cuando éstos quedaron huérfanos.

INTERESES RECREACIONALES:

Lo único que le distrae a la paciente es la lucha libre.

HISTORIA FAMILIAR:

La paciente ocupa el cuarto lugar en una familia compuesta por siete miembros: cuatro hermanas y tres hermanos. El padre y la madre fueron originarios de Oaxaca. Tanto el padre como la madre, más el primero que el segundo "tomaban mucho". Nos relata la paciente que generalmente su padre y a veces su madre, llegaban ebrios a la casa y que los golpeaban o los dejaban a la intemperie durante la noche. El padre era afecto a las bebidas embriagantes antes que contrajera matrimonio con la madre de la paciente. El padre murió a consecuencia de un accidente de tránsito cuando la paciente contaba con 27 años de edad y la madre falleció hace nueve años, de un padecimiento cardíaco. Tres de los hermanos de la paciente no son normales; dos de sus hermanos son alcohólicos y otra de sus hermanas es retrasada mental.

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

La edad cronológica de la paciente corresponde a la edad aparente de la misma. La paciente es de compleción delgada, — longilínea. Presenta gran dificultad en la pronunciación de las palabras, así como el en el empleo adecuado de las mismas.

EXAMEN MENTAL:

La paciente se encuentra confundida; hay alteración en la senso-percepción, así como problemas de expresión y formación de ideas. Presenta alteraciones en el esquema corporal; pérdida de la referencia izquierda-derecha.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- Presenta rotación parcial de algunas figuras. Dificultad en los cierres. Disminución en las funciones de la gestalten. Fragmentación de algunas figuras, indicando disminución en la capacidad integrativa. Todo lo anterior nos habla de una lesión o daño cerebral.

I.D. Epilepsia fronto-parietal, por tumoración maligna.

ESTUDIO NEUMOENCEFALOGRAFICO.- Se observa cuerpo opaco en la región fronto-parietal izquierda, con invasión del lóbulo temporal - (tumoración ramificada).

ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRAFICO.- Se encontraron marcadas áreas mudas, delimitadas en lóbulos fronto-parieto-temporal, del lado izquierdo, con aumento de potencial en la periferia del área muda - con ondas de tipo epiléptico.

NOMBRE: CASO NUM. 20.
SEXO: MASCULINO
EDAD: 20 AÑOS
ESCOLARIDAD: 3o. SECUNDARIA
OCUPACION: ESTUDIANTE
ESTADO CIVIL: SOLTERO
RELIGION: CATOLICA
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Datos proporcionados, parte por la madre y parte por el paciente.

Ingresó a este Hospital por crisis epilépticas de gran intensidad. Relata el paciente que a la edad de 16 años empezó a tener -- eyaculaciones involuntarias, sin estar excitado física ni mentalmente. Fue enviado por su madre con un psiquiatra, el cual, tras una serie -- de estudios no logró resolver este problema, pues el paciente seguía-- empeorando cada vez más. Las eyaculaciones fueron siendo más fre-- cuentes, acompañadas siempre de un estado de malestar previo, como si estuviera muy cansado. Con este motivo, ocurrió nuevamente a ver a un especialista en neurología, el cual dictaminó una epilepsia. Le -- prescribió un tratamiento antiepiléptico, mejorando en forma notable. El paciente estuvo bajo tratamiento durante tres años; al término de -- este tiempo, el paciente decidió no continuarlo suspendiendo la medi-- cación y, al transcurso de corto lapso, tuvo nuevo ataque epiléptico -- de gran mal: caída súbita, convulsiones y pérdida de conocimiento. Re-- currió nuevamente al neurólogo quien le volvió a dar el anterior trata-- miento, con buenos resultados. Al año siguiente, el paciente comenzó a tener trastornos con el tacto (sensopercepción); no podía reconocer los objetos con los ojos cerrados y en muchas ocasiones no sabía si aún lo tenía en su mano. Por tal motivo y por la repetición de los ataques e-- pilépticos, fue enviado a este Hospital.

HISTORIA PERSONAL:

El nacimiento del paciente fue normal. No se presenta-- ron complicaciones. A la edad de cinco años se cayó de un primer piso y estuvo conmocionado durante varias horas; se le tomaron radiogra-- fías pero no se le encontró nada (según la madre lo relata). Padeció -- las enfermedades propias de la infancia. Tiene dos tíos que padecen -- de ataques epilépticos, por parte de su madre; por parte del padre se-- ignora si los hay.

ESCOLARIDAD:

Ingresó a la primaria a la edad de siete años; cursó tu--

da su primaria, pero por mala situación económica tuvo que abandonar los estudios y dedicarse a trabajar. Como estudiante no ha destacado. Poco después reanudó sus estudios de secundaria, donde ha obtenido - buenas calificaciones.

HISTORIA SEXUAL:

Tuvo las primeras informaciones de los aspectos sexuales, por medio de un hermano mayor. Se empezó a masturbar a la edad de 14 años; a los 15 tuvo su primera relación sexual con una amiga; dice el paciente que fue normal, pero que con posterioridad tuvo problemas con las subsiguientes relaciones sexuales, pues empezó por no tener buena erección a pesar de estar bastante excitado, hasta degenerar en la impotencia para realizar el acto sexual. Esto último ocurrió uno o dos meses antes de que aparecieran las eyaculaciones involuntarias. Desde esa fecha, el paciente pensó que la impotencia era un castigo de Dios y que las eyaculaciones espontáneas también lo eran. - Cuando vio al psiquiatra pensó que se estaba volviendo "joto" al no poder ejecutar el acto sexual, pero el médico lo convenció de que se trataba de "nervios", pero aun así no podía tener relaciones sexuales. - Posteriormente suspendió estos intentos por recomendaciones del segundo médico. Lo anterior lo ha llevado a cabo hasta la fecha.

INTERESES RECREACIONALES:

Le divierte mucho el fútbol; le agrada verlo y practicar lo.

HABITOS:

Tabaquismo moderado desde los 15 años a la fecha. Solamente una vez se ha embriagado y dice el paciente que "se puso como loco" y que jamás ha reincidido en tomar una copa de alcohol y - que además no le gusta.

DROGADICCION:

Fumó una vez marihuana y "se puso muy mal de su enfermedad".

HISTORIA FAMILIAR:

El paciente ocupa el tercer lugar dentro de una familia compuesta por cuatro miembros, aparte de los padres. Son tres hermanos mayores que él y una hermana mayor de todos. El padre murió

cuando el paciente tenía diez años de edad, a consecuencia de un paro cardíaco; según la madre, el padre era una buena persona, sin vicios.

APARIENCIA, PORTE Y ACTITUD:

La edad cronológica del paciente corresponde con la edad aparente. Es un sujeto bien conformado, de cuerpo más bien atlético; mediana estatura. Se encuentra bien aliñado.

EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE:

Alteración en la sensopercepción; lenguaje claro; está ordenado en todas las esferas: espacio, tiempo-lugar. Memorias bien conservadas.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- El paciente nos presenta una serie de rotaciones parciales en las figuras, así como falta de cierres en algunas de ellas; trazo firme. Lo anterior nos aporta datos para suponer un daño cerebral.

WASSERMAN: negativo.

ESTUDIO NEUMOENCEFALOGRAFICO.- El paciente revela tener una pequeña tumoración en el hemisferio izquierdo, con ramificaciones hacia los lóbulos.

ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRAFICO.- Alteración del ritmo base en el lóbulo parietal, exceptuando un área muda, con potenciales periféricos de onda espiga, así como aparición de espigas en los lóbulos frontal y temporal, limitando dentro de ellos un área muda. - Probablemente un tumor. En el hemisferio derecho encontramos alteración de los potenciales en todo el hemisferio, así como ligeras alteraciones del ritmo base en lóbulo fronto-parietal.

NOMBRE: CASO NUM. 21
SEXO: MASCULINO
EDAD: 35 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMARIA
OCUPACION: VENDEDOR
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: TOLUCA, MEX.
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Se inicia con una serie de crisis de tipo epiléptico, a la edad de 34 años. No había antecedentes de otros ataques. Fue internado en este Hospital por orden de un médico particular.

Durante los ataques, el paciente tiene convulsiones generalizadas y pérdida del conocimiento; antes del ataque -dice el paciente-, que empieza por ver las cosas "como de color violeta"; luego pasan a rojo y comienza el ataque", sucediendo siempre igual. Las crisis dieron principio con una cada semana y poco a poco se fue reduciendo el tiempo de repetición de las mismas.

El paciente relata que después del ataque se siente muy confundido y que después de unas horas se le olvida todo y, al día siguiente, no sabe qué mano usar para rasurarse, poniéndose muy nervioso. Transcurridos algunos días, desaparece esa sensación, aunque últimamente la tiene en forma constante.

HISTORIA PERSONAL:

El nacimiento del paciente no fue normal; se utilizó -- forceps y tardó bastante en respirar (informes tomados del registro -- del Hospital). Padeció las enfermedades propias de la infancia. No -- tuvo mayores complicaciones.

ESCOLARIDAD:

Realizó sus estudios de la primaria, con varios años reprobados; dice que él "no es muy listo para los estudios" y que "por -- eso su padre lo inició como vendedor de libros a los 14 años y es a lo que se dedica desde entonces".

HISTORIA FAMILIAR:

Es el paciente el segundo hijo de una familia de tres her

manos y los padres. Los hermanos del paciente son normales e incluso más inteligentes que el propio paciente, pues éste muestra un retraso mental superficial. Por parte de la línea materna no han habido antecedentes de epilepsia ni alcoholismo y, por la línea paterna, el a buelo fue alcohólico y murió a consecuencia de lo mismo.

HISTORIA MARITAL:

El paciente se casó a la edad de 27 años, con una mujer de mejor preparación cultural que él, asegurando que eso lo ha ayudado mucho. Han procreado en el matrimonio dos niños que, aparentemente, son normales. El paciente relata que su vida conyugal ha sido satisfactoria y sin problemas.

TABAQUISMO:

Moderado, desde los 16 años de edad.

ALCOHOLISMO:

Toma de vez en cuando una que otra copa pero nunca se ha embriagado.

DROGADICCION:

Al parecer no existe.

EXAMEN MENTAL DEL PACIENTE:

Alteración marcada en la sensopercepción, así como un estado confusional. Desorientado en cuanto a tiempo y espacio, no así en lugar. Alteración del esquema corporal.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- Presenta una gran alteración en cuanto a la percepción de las gestalten. Fallas muy notorias en los cierres de las figuras. Imprecisión en el trazo. Incoordinación visomotora. Rotación de figuras.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- Paciente que presenta ondas lentas - poliformas en la región ocupada por los lóbulos occipito-parietal y otro foco de onda punta en lóbulo frontal (área hemisferio izquierdo). - I.D. Posible neofórmación en lóbulos frontal, parietal y occipital.

NEUMOENCEFALOGRAMA.- Registros de neoformaciones en las -
áreas de lóbulo parieto-occipital. Se aprecia una pequeña mancha -
en lóbulo frontal (hemisferio izquierdo).

NOMBRE: CASO NUM. 22
SEXO: MASCULINO
EDAD: 56 AÑOS
ESCOLARIDAD: TECNICO AUTOMOTRIZ
OCUPACION: MECANICO
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: ESTADO DE MEXICO
RESIDE EN: ESTADO DE MEXICO,

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Datos obtenidos del registro clínico del paciente.

El padecimiento se inició hace diez años con una serie de crisis de tipo epiléptico, con caída súbita, etc. Todo el cuadro de gran mal. El paciente fue sometido a tratamiento antiepiléptico con -- buenos resultados, exceptuando los dos últimos años durante los cuales las crisis se presentaron con mayor frecuencia a pesar de la medicación. Le fue prescrito otro tratamiento antiepiléptico con notoria mejoría del paciente; sin embargo, en los últimos seis meses, las -- crisis han vuelto. El paciente presenta un estado de apraxis de los -- miembros, tanto inferior como superior derechos.

HISTORIA PERSONAL:

Al parecer el nacimiento del paciente no fue normal; se trató de un parto prematuro, padeciendo asfixia, según recuerda el -- paciente que le decía su madre. (La anterior afirmación fue confirma da por una hermana mayor del paciente). Presentó las enfermedades -- propias de la infancia. A la edad de seis años padeció varios ataques -- en los cuales perdía el conocimiento y comenzaba a arrojar espuma -- por la boca (no es seguro que fuesen ataques epilépticos, pues al pa -- recer el sujeto padeció en esa época de parásitos intestinales). Jamás el paciente sufrió un traumatismo de consideración en el cráneo. El -- primer ataque más o menos formal se presentó a la edad de 16 años, -- sin mayores consecuencias; sólo se repitieron estas crisis epilépti -- cas durante el término de la adolescencia; el paciente recibió trata -- miento. Los ataques epilépticos se volvieron a presentar cuando el -- paciente contaba con 46 años de edad, hasta la fecha.

ESCOLARIDAD:

El paciente estudió, con buenas calificaciones, todos -- los años correspondientes a la primaria y secundaria; era más bien --

inteligente en la escuela; nunca tuvo problemas de índole escolar ni social. Poco después de terminar la secundaria decidió estudiar una carrera corta (técnica) en la especialidad de mecánico automotriz, logrando un diploma. Los mencionados estudios los realizó en una escuela por correspondencia.

HISTORIA SEXUAL:

En resumen, se puede decir que la vida sexual del paciente ha sido del todo normal. El paciente es casado; procreó dos varones y una mujer. Uno de los varones es alcohólico; los demás son normales.

HABITOS:

Al paciente siempre le ha gustado el alcohol, a pesar de tenerlo prohibido desde los 17 años de edad, cuando empezó a beber. Toma por lo general una o dos veces al mes, hasta llegar a un estado completo de embriaguez; dice que esto lo hace olvidar su enfermedad. En la actualidad ya no bebe.

TABAQUISMO:

Desde la edad de 25 años; moderado en este aspecto. Otro hábito que posee el paciente es el de tomar café en cantidades excesivas; aunque se le ha prohibido, lo sigue haciendo (desde que está interno, no se le ha permitido).

DROGADICCION:

Negativa: nunca ha probado ninguna droga.

HISTORIA FAMILIAR:

Ocupa el quinto lugar en la familia, que consta de dos hermanas y cuatro varones. El padre fue alcohólico al igual que la madre (ambos fallecidos). Dos de los hermanos del paciente (una hermana y un hermano) han estado internados en diversas casas de salud por presentar notorios trastornos de conducta (esquizofrenia?) - Los restantes miembros de la familia son normales. En lo que respecta a epilépticos, en la familia del paciente ha habido una serie de parientes con este trastorno.

EXAMEN MENTAL:

El paciente se encuentra en un estado de confusión men

tal. Presenta una afasia sensorial no muy marcada (quizás por el tipo de medicamento); sin embargo, no presenta dificultades en el habla y sí dificultad para la comprensión.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Presenta alteraciones, probablemente de tipo vascular, en regiones fronto-parieto-occipital, izquierdas.

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER.- El paciente realizó la prueba con mucha dificultad de -- coordinación visomotriz. Presenta esencialmente rotación parcial de figuras y falta de cierres a las mismas, así como el cambio de círcu los por puntos.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- En los trazos realizados por el pa-- ciente, en vigila y dormido, presenta disfunciones en los ritmos del hemisferio izquierdo con respecto al derecho, así como la aparición de zonas mudas que nos hacen pensar en una seria lesión en el área-temporo-parieto-occipital, con aparición de ondas de espiga en lóbu lo temporal-parietal y muy disminuidas, o con menor frecuencia, - en el occipital, lo que nos hace suponer que la lesión se extiende del lóbulo temporal hacia la parte posterior externa del hemisferio iz-- quierdo, interesando los anteriormente mencionados.

NOMBRE: CASO 23
SEXO: MASCULINO
EDAD: 36 AÑOS
ESCOLARIDAD: 6o. AÑO DE PRIMARIA
OCUPACION: ALBAÑIL
ESTADO CIVIL: CASADO
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIO DE: MICHOACAN
RESIDE EN: MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Este se inició cuando contaba el paciente con 26 años de edad, presentando síntomas generales de crisis epilépticas (gran mal), con las características de aura, caída, convulsiones tónico-clónicas y pérdida de conciencia y un posterior estado confusional. El paciente fue tratado desde entonces con medicamentos antiépilépticos. Las crisis se repetían en un principio, dos o tres veces por día; después del tratamiento prolongado, se logró reducir la sintomatología en una forma notable, retirándose las crisis hasta llegar a presentarse una o dos cada seis meses. Así, el paciente se mantuvo todo este tiempo en un estado que se podría calificar de excelente; sin embargo, de tres años a la fecha las crisis se han repetido con mayor frecuencia perdiendo lo obtenido, llegándose a presentar una y hasta dos crisis diarias.

Adjunto a este cuadro de tipo epiléptico, se presentan síntomas de dificultad en el habla, imposibilidad de realizar movimientos finos e imposibilidad también de reconocimiento de utensilios de uso común (peines, cepillos, etc.).

HISTORIA PERSONAL:

Fue producto de un parto difícil (utilización de forceps) y dificultades de retardo en la respiración (datos proporcionados por el padre del paciente). Lo describe el padre como un sujeto más bien "tonto" desde pequeño. Dice: "no era normal", "era raro". A la edad de 14 años el padre se vio obligado a meter a trabajar por la fuerza a su hijo, pues éste se dedicaba únicamente a la vagancia y a realizar una serie de robos; "fue de una conducta muy difícil". Se embriagaba con frecuencia y consumía drogas: ignora si aún lo sigue haciendo.

VIDA ESCOLAR:

Cursó solamente hasta el sexto año de primaria, repitiendo varios años de sus estudios. Nunca fue un estudiante destacado sino más bien se le calificó de mediocre.

VIDA LABORAL:

Esta se inició a la edad de 15 años; el paciente fue obligado por su padre a trabajar en construcciones. Empezó como aprendiz de albañil, pero debido a su enfermedad, fue despedido de varios trabajos, ya que además era muy desobligado y bebía mucho. Por fin se estableció como aprendiz de carpintería en obras negras, trabajo que ejecutó en forma regular hasta la edad de 26 años, cuando aparecieron las crisis epilépticas. Desde ese entonces ha sido despedido de todos los trabajos que consigue, pues con los ataques que padece se le ha considerado que representa un peligro. En dos ocasiones se cayó de las obras donde trabajaba, sufriendo diversas fracturas (pierna derecha y brazo izquierdo), por lo que dejó de laborar siendo sostenido por su familia. Cuando mejoró, se dedicó a la fabricación de muebles en su casa, trabajo que realiza hasta la fecha.

Hace dos años empezó a tener problemas con el uso de herramientas, pues se le olvidaba cómo se debían de tomar y no las podía manejar adecuadamente.

VIDA SEXUAL:

Las primeras informaciones las obtuvo por medio de un primero hermano, mayor que él; esto sucedió cuando el paciente contaba con 13 años de edad; se empezó a masturbar a la edad de 14 años (masturbación colectiva con primos y amigos). Posteriormente tuvo relaciones homosexuales con sus primos y amigos, pues cuando se reunían se empezaban a masturbar y, en seguida, se rolaban los papeles en activos y pasivos en el acto sexual; esta práctica la suspendió cuando tuvo su primera relación sexual con una prima en segundo grado, la cual quedó embarazada; fue castigado severamente por su familia y la de su tío; lo tuvieron encerrado durante una semana y lo golpeaban diariamente hasta que lo hacían sangrar.

A la edad de 20 años se casó sin avisar a su familia; el matrimonio sólo duró cerca de un año; la esposa lo abandonó por borracho. De ese matrimonio nació una niña que físicamente acusó defectos físicos (microcefalia); la criatura murió cuando contaba con dos años de edad.

INTERESES RECREACIONALES:

Le gusta el fútbol pero no lo practica.

HABITOS:

Tabaquismo desde los 14 años (moderado). Ha fumado marihuana. Alcoholismo con frecuencia desde los 18 años.

HISTORIA FAMILIAR:

Ocupa el tercer lugar en su familia, constando ésta de cinco miembros: tres hombres y dos mujeres. Sus padres, al parecer, son normales; por parte de la madre existen antecedentes epilépticos en el padre de ésta (abuelo del paciente), quien fue una persona bondadosa pero bebía mucho y tenía "ataques" y, a consecuencia de una crisis epiléptica, murió atropellado. Por parte del padre del mismo paciente, no hay antecedentes epilépticos ni alcohólicos. Una de las hermanas del paciente es oligofrénica (presenta microcefalia). Los restantes miembros de la familia son aparentemente normales.

RELACIONES INTERPERSONALES:

Lo describen los padres como un sujeto "difícil" de tratar. Tiene pocas amistades, pues es "muy peleonero" y le gusta estar molestando a la gente continuamente hasta hacerla enojar. No se puede decir que sea un individuo retraído.

PRUEBAS PSICOLOGICAS:

BENDER.- El paciente presenta dificultad en los trazos. Círculos por puntos. Importante giro de figuras y rotación parcial de las mismas. - Ausencia de cierres en algunas figuras.

ELECTROENCEFALOGRAMA.-

El paciente fue remitido a estudio y presenta alteraciones en el hemisferio izquierdo, con aparición constante de figuras punta-onda (generalizadas). Desplazamiento de focos epilépticos de región anterior y posterior; lentificación de los ritmos base en lóbulos occipito-parietal.

NEUMOENCEFALOGRAMA.-

La única alteración que presenta el paciente es la relación de volumen entre el hemisferio izquierdo y derecho, siendo el primero más reducido, aunque la diferencia no es de consideración. No se encontraron datos para afirmar la existencia de una tumoración en hemisferio izquierdo.

I.D. Epilepsia generalizada en hemisferio izquierdo.-Epilepsia occipito-parietal.

NOMBRE: CASO NUM. 24
SEXO: FEMENINO
EDAD: 40 AÑOS
ESCOLARIDAD: ESTUDIOS SECRETARIALES
OCUPACION: SECRETARIA
ESTADO CIVIL: CASADA
RELIGION: PROTESTANTE (EVANGELISTA)
ORIGINARIA DE: MANAGUA, NICARAGUA
RESIDE EN: POR EL MOMENTO EN MEXICO, D.F.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

La sintomatología principal aparece con crisis de tipo epiléptico (Jacksoniana), que aparecen en la paciente a la edad de 15 - años, correspondiendo o coincidiendo con la aparición de la menarca. Las crisis se caracterizan por la pérdida del conocimiento con espasmos localizados en la pierna y brazo derecho. La paciente refiere que desde comenzaron las crisis, ha sido tratada por diversos médicos, - pero que "no la han podido curar". Nos dice que ha estado relativa- mente bien a pesar de las crisis, pero que a últimas fechas éstas han empezado a ser diferentes, ya que ahora las convulsiones son genera- lizadas y no como antes, que sólo eran en su pierna y brazo derecho. Estuvo bajo tratamiento antiepiléptico durante más de 20 años; des- pués de este período fue sometida a una intervención neuroquirúrgica y que a partir de ésta se ha puesto muy mala. La paciente se queja de pérdida de la memoria, estado depresivo e irascible.

HISTORIA PERSONAL:

Fue producto de un parto que no llegó a término nor- mal, pues nació por cesárea; presentó asfixia durante el nacimiento; - fue tratada en incubadora por espacio de seis meses; se encontraba - muy débil (datos proporcionados por la paciente; se ignora si son rea- les). Por lo demás, la paciente nos relata que fue normal y no tuvo - problemas hasta los mencionados, que aparecieron a la edad de 15 a- ños.

VIDA ESCOLAR:

Cursó con bajas calificaciones hasta el sexto año de - primaria; posteriormente tomó un curso de secretaria. La costaba mu- cho trabajo aprender, pero nunca reprobó un año de sus estudios.

VIDA LABORAL:

Empezó a trabajar en una tienda propiedad de un tío- suyo, labor que realiza hasta la fecha. Su empleo es fácil, pues no - se puede concentrar en hacer operaciones más complicadas que es- cribir cartas y copiar documentos, trabajo que a últimas fechas le -

ha sido imposible ejecutar porque se le ha olvidado escribir a máquina; tarda mucho y se tiene que concentrar, ya que piensa en una letra y toca otra y, en ocasiones, tiene la sensación de no sentir el teclado e incluso de muchos objetos que toca o toma en sus manos; en otros casos no percibe su brazo derecho, "como si no lo hubiese tenido nunca".

VIDA SEXUAL:

Le menarca se presentó en la paciente a la edad de 15 años, con gran espanto para ella, pues sus padres no le habían advertido nada sobre el particular. A los tres días de la aparición de la menarca, se produce la crisis epiléptica. La paciente se masturbaba desde los 13 años de edad sin saber exactamente lo que hacía, pues se lo había enseñado una amiga suya. A la misma edad fue enterada por una tía, de los aspectos sexuales; tuvo su primera relación sexual a los 16 años con un joven menor que ella; al realizar el acto tuvo una fuerte hemorragia debido a la inexperiencia de ambos, ya que el muchacho casi la forzó. Posteriormente tuvo sólo tres relaciones sexuales, en las que no ha experimentado mucho placer; además, nos dice que "se da cuenta que no debió de casarse, pues teme tener un hijo anormal". Contrajo matrimonio a la edad de 25 años pero no ha deseado tener familia y el esposo está de acuerdo en este punto (así nos relata la paciente). Mantiene relaciones sexuales con regularidad y a ella no le agrada suficientemente, ya que así se acostumbró, agrega.

INTERESES RECREACIONALES:

Su único pasatiempo es la lectura de novelas policíacas.

HABITOS:

Ninguno.

TOXICOMANIAS:

Ninguna.

HISTORIA FAMILIAR:

Unica hija del matrimonio. Por parte de la madre no existen antecedentes de tipo epiléptico. Por parte del padre sí los hay: la madre de éste era epiléptica y murió en una crisis debido a un accidente cerebro-vascular.



PRUEBAS PSICOLOGICAS:

BENDER.- La paciente nos presenta en la elaboración de esta prueba, rotación parcial de figuras, dificultad en el trazo y mezcla de figuras; al parecer existe un estado de perseverancia de la figura inicial y las restantes.

EXPEDIENTE REALIZADO EN MANAGUA:

Paciente con crisis epilépticas de tipo Jacksoniana, con una evolución lenta de gravedad. En el año de 1963, se le intentó practicar una intervención quirúrgica en lóbulo frontal, por sospechas de una tumoración en la región mencionada, lo que se confirmó durante la operación; pero es imposible la extracción de este tumor, pues se encuentra comprometiendo casi todo el hemisferio izquierdo, con ramificaciones en lóbulos temporo-parietales. Además, el estudio del mismo arrojó datos suficientes para tener la certeza de que se trata de una tumoración maligna de lenta evolución. - Se ha tratado a la paciente con radioterapia, logrando detener el avance del mal por el momento.

ELECTROENCEFALOGRAMA.

Alteraciones de los ritmos base en el hemisferio izquierdo, con aparición de onda-punta generalizada. Disminución del potencial en lóbulos temporo-parietales, presentando áreas mudas en porciones de la región temporal-parietal y occipital del hemisferio izquierdo.

O.I.D.- Epilepsia Jacksoniana con un proceso de tumoración evolutiva.

NOMBRE: CASO NUM. 25
SEXO: FEMENINO
EDAD: 36 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRIMARIA
OCUPACION: LABORES DEL HOGAR
ESTADO CIVIL: SOLTERA
RELIGION: CATOLICA
ORIGINARIA DE: CUERNAVACA, MOR.
RESIDE EN: CUERNAVACA, MOR.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO:

Paciente con crisis epilépticas (de tipo inicial) desde los cinco años de edad. Fue tratada con bastante éxito con anticonvulsivos, desapareciendo totalmente las crisis durante más de 15 años. En los registros electroencefalográficos realizados en la paciente, — con intervalos de seis meses durante 10 años, se manifiesta la maduración cerebral normal y desaparición de ritmos lentos; posteriormente los exámenes se le practicaron cada año durante cuatro años, — acusando patología aparente. A la edad de 26 años presenta la paciente una crisis epiléptica con características de gran mal; éstas se han venido repitiendo de esa fecha a la actualidad con una frecuencia de — dos a tres crisis por año. Cuando la paciente contaba con 33 años de edad, los intervalos se fueron acortando hasta llegar a tener de una — a cuatro crisis diarias, a pesar del tratamiento. La paciente se ha venido quejando desde entonces de caídas agudas constantes, con alteraciones en la vista (micropsia); "ve los objetos chiquitos"; este fenómeno no es continuo pues preséntase como auras a las crisis epilépticas; aparecieron trastornos afásicos (afasia motora y sensorial).

HISTORIA PERSONAL:

Producto de un parto normal, sin complicaciones. Tuvo un desarrollo igualmente normal hasta la edad de cinco años, cuando apareció la primera manifestación de tipo epiléptico, durando las crisis aproximadamente tres meses, siendo sometida a tratamiento. — Debido a lo anterior, la paciente presentó un retardo motor y psíquico; posteriormente se recuperó. Ha padecido enfermedades propias — de la infancia, sin gravedad ni secuela. Menarca a la edad de 12 años, con ritmo normal hasta los 26, que se alteró con la aparición de nuevas crisis epilépticas.

VIDA ESCOLAR:

Realizó estudios concernientes a la primaria, con buen

éxito. Posteriormente los tuvo que abandonar por cuestiones económicas. Se puede decir que es una mujer inteligente, correspondiendo a un término medio.

VIDA LABORAL:

Se ha dedicado al cuidado de su casa y también puede decirse que es normal. Es metódica y aseada tanto en su persona como en su trabajo.

VIDA SEXUAL:

Las primeras informaciones las obtuvo de sus amigas; posteriormente de su madre. Se presentó la menarca a los 12 años de edad. La paciente se empezó a masturbar a la edad de 15 años. Sus primeros contactos con el sexo opuesto se realizaron a la edad de 16 años, con su primer novio, con el cual tuvo juguetes sexuales en los que era masturbada por él, pero nunca llegó a tener relaciones sexuales. A la edad de 17 años se enamoró de un joven norteamericano, con el que mantuvo relaciones sexuales durante un período de seis meses. La paciente relata que le eran muy satisfactorios pero no quedaba completamente satisfecha y, por este motivo, el norteamericano la abandonó. Después tuvo relaciones sexuales con diversos hombres, pero asegura la paciente que todos la han abandonado por sus exagerados deseos sexuales (ninfomanía). Por último, casó con un veracruzano. Dice la paciente que ha tenido problemas sexuales con él, pues ella siempre quiere "estar acostada"; es como un impulso irresistible cuando no ha realizado el acto sexual dos o tres veces al día; me siento incómoda, molesta, me duele mucho la cabeza". Ha procreado dos hijos (normales).

INTERESES RECREACIONALES:

Le gusta ver mucho las comedias que presentan en la televisión.

HISTORIA FAMILIAR:

La paciente ocupa el primer lugar en una familia compuesta por los padres y dos hermanos más. El padre es alcohólico y el padre de éste también lo era; además, con antecedentes epilépticos.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS.- M.M.P.I. y BENDER.

M.M.P.I.- La paciente presenta rasgos histerioides, pero en general -

está adaptada; - presenta patología psíquica. Está angustiada y manifiesta gran inseguridad.

BENDER.- Dificultad en los trazos; perseverancia. En algunas — figuras presenta micropsia. Rotación total en una figura. Desorganización psicomotriz. Puntos por círculos.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- Positivas alteraciones en hemisferios izquierdo y derecho. Lentificación de los ritmos así como aparición — generalizada de onda-punta en ambos hemisferios, con una predomi— nancia patológica en hemisferio izquierdo. Reducción de potenciales — en región rolando-parietal, con áreas mudas en la misma; igual fenó— meno presenta en el lóbulo occipital.

NEUMOENCEFALOGRAMA.- Presenta menigiomas en región rolando parietal y lóbulo occipital.

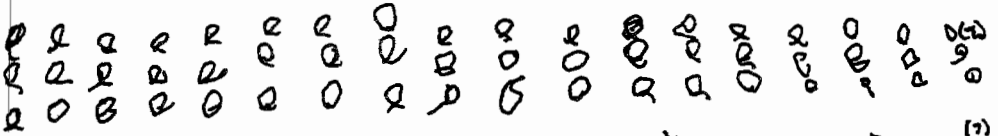
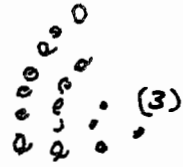
I.D.- Epilepsia parieto-occipital en hemisferio izquierdo.

Epilepsia fronto-parieto-occipital generalizada en ambos hemisferios.

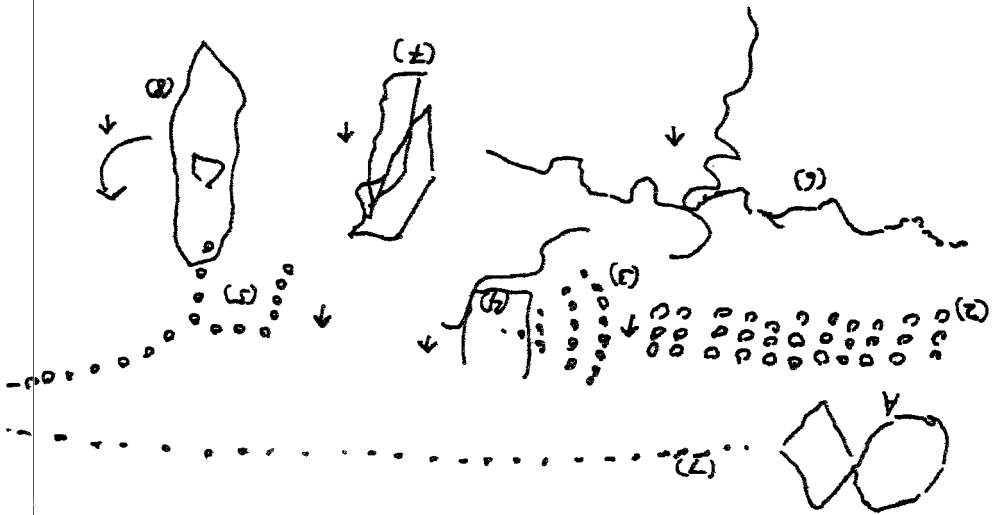
Epilepsia de Gran Mal en hemisferio izquierdo con un proceso a— gregado de menigioma, abarcando lóbulos temporo-parieto-occi— pital.

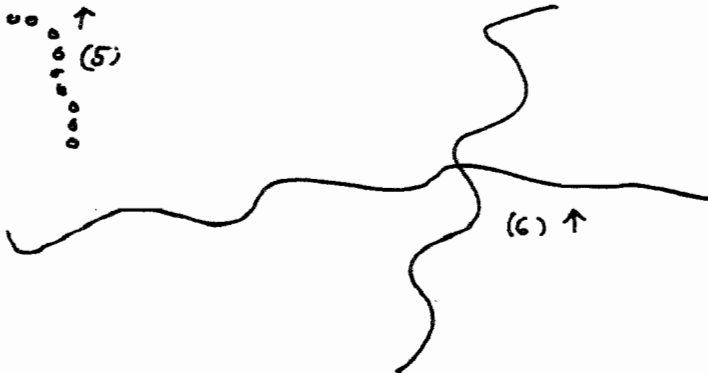
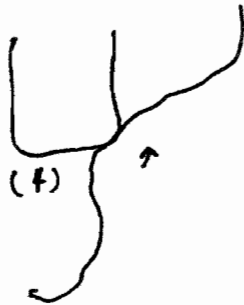
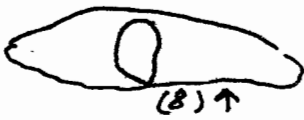
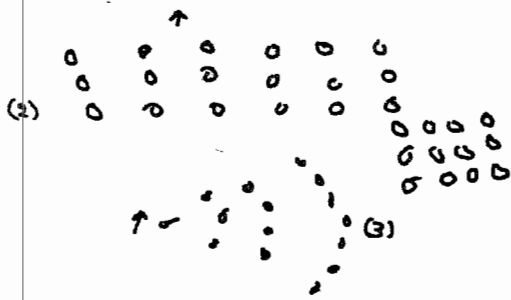
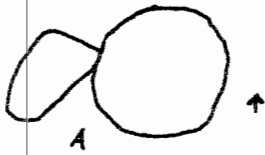
PRIMERA SECCION

CASO # 1

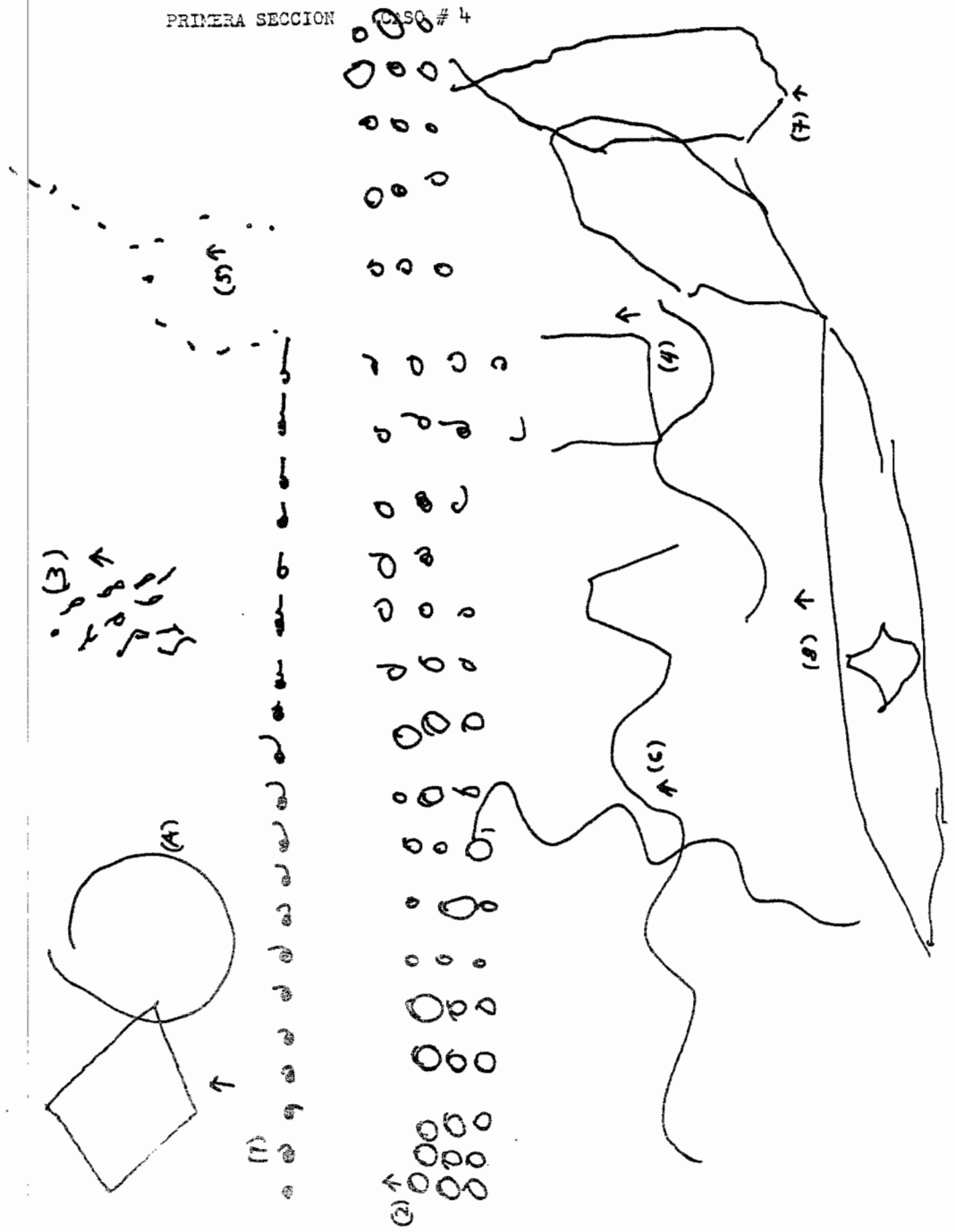


PRIMERA SECCION CASO #2

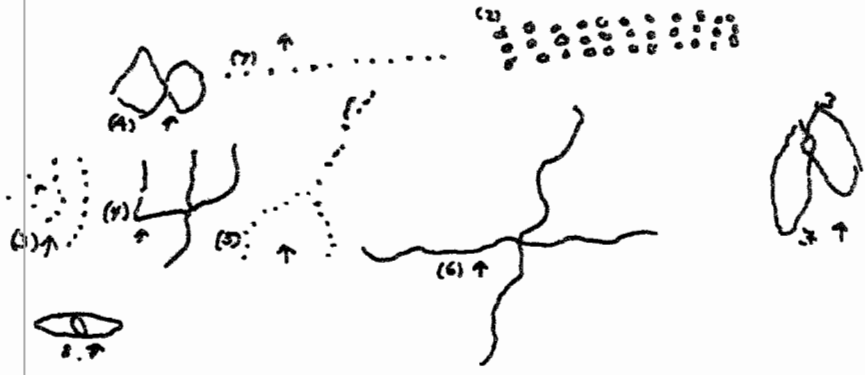




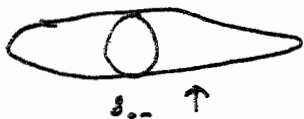
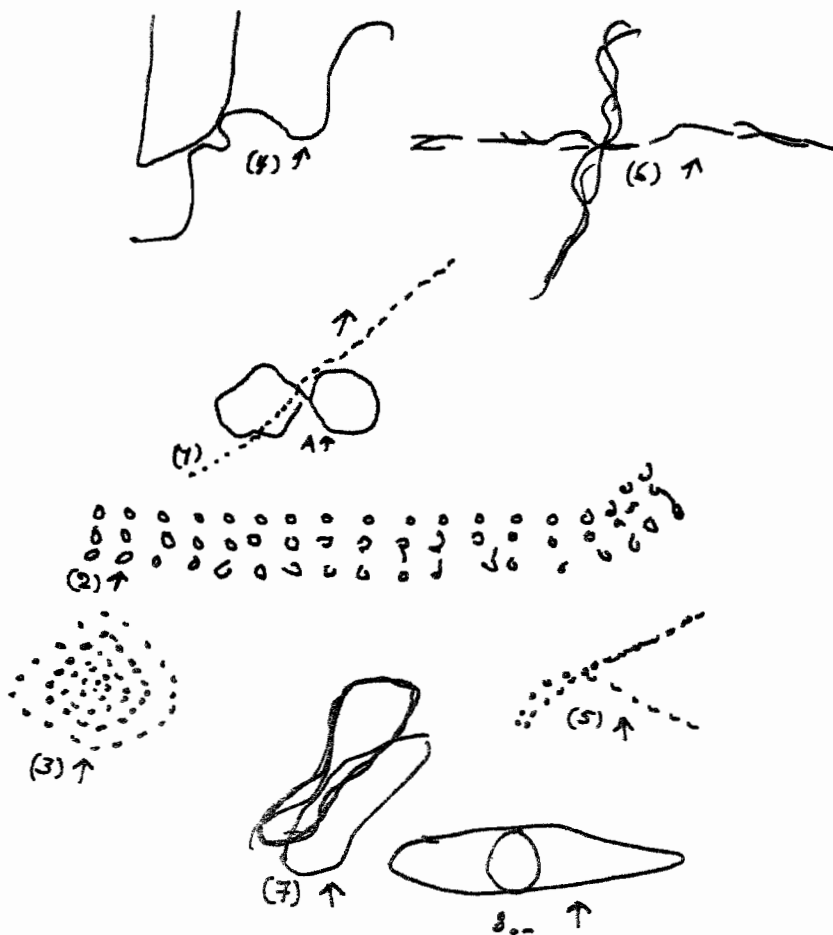
PRIMERA SECCION CASO # 4



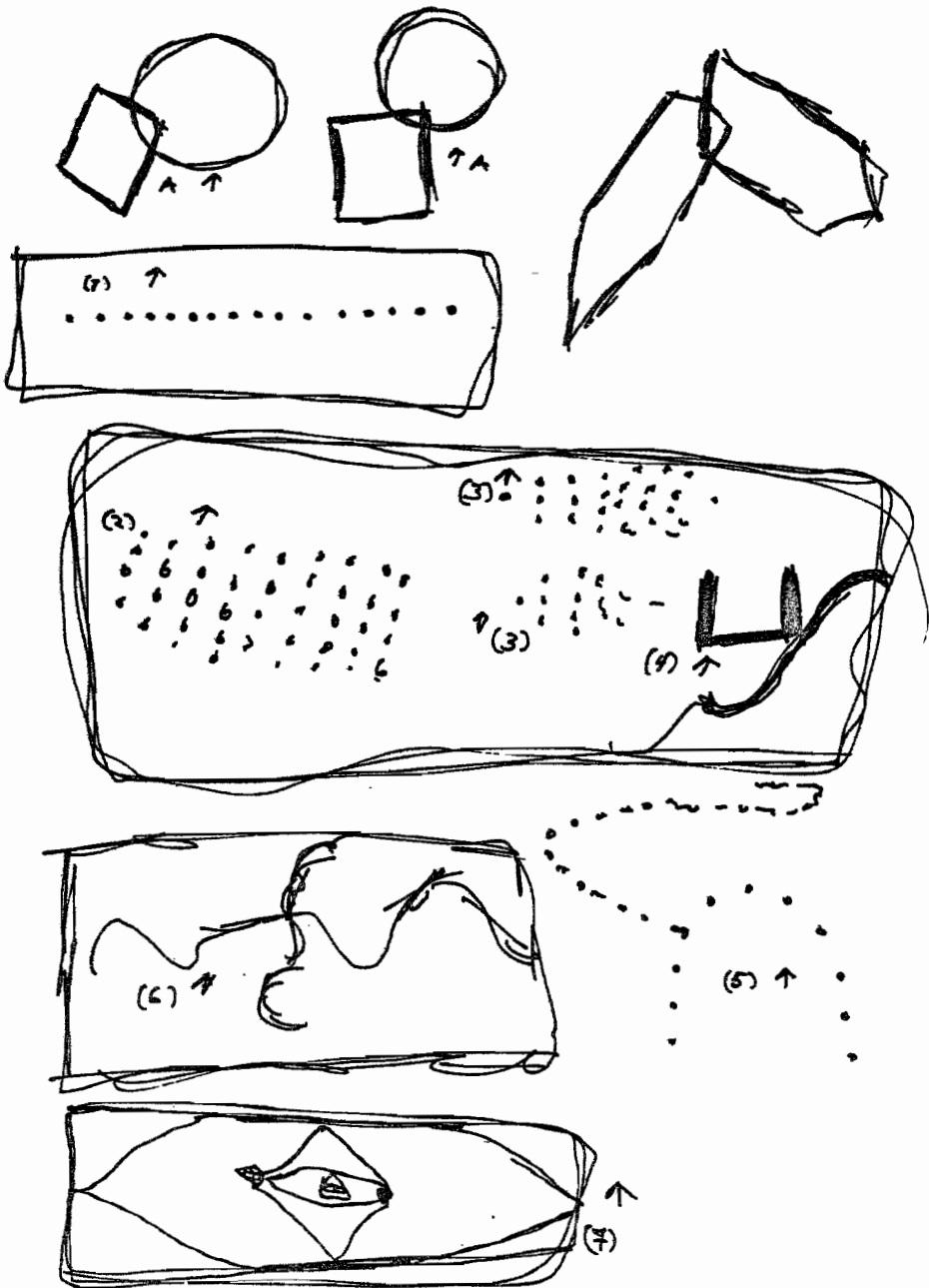
PRIMERA SECCION CASO # 5



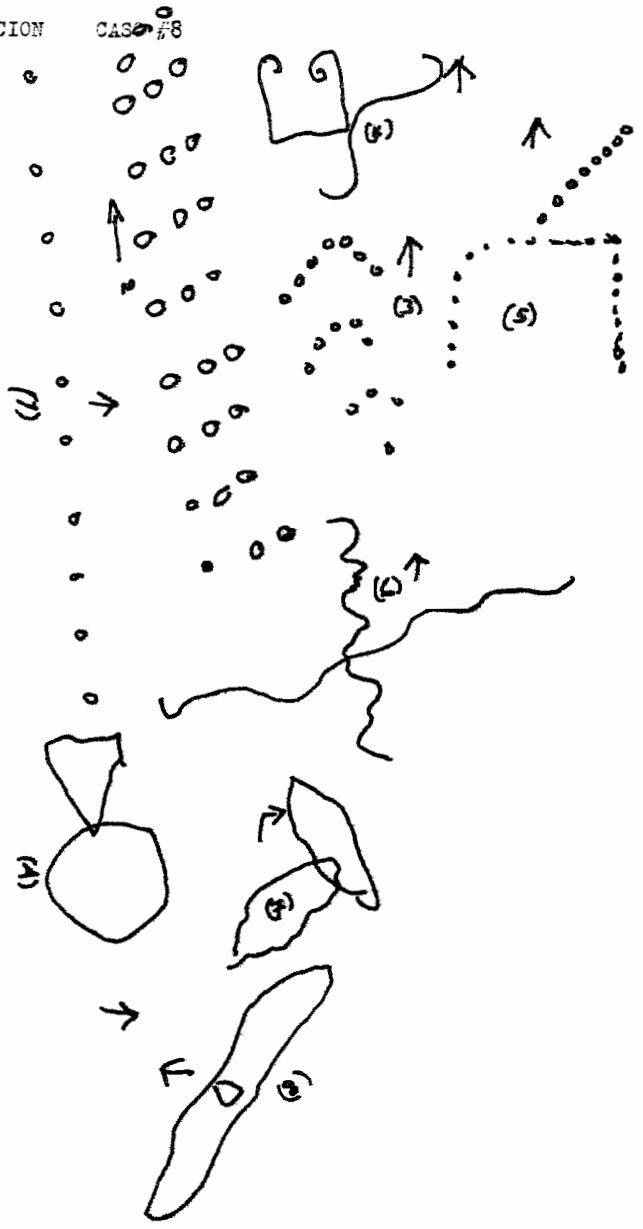
PRIMERA SECCION CASO # 6



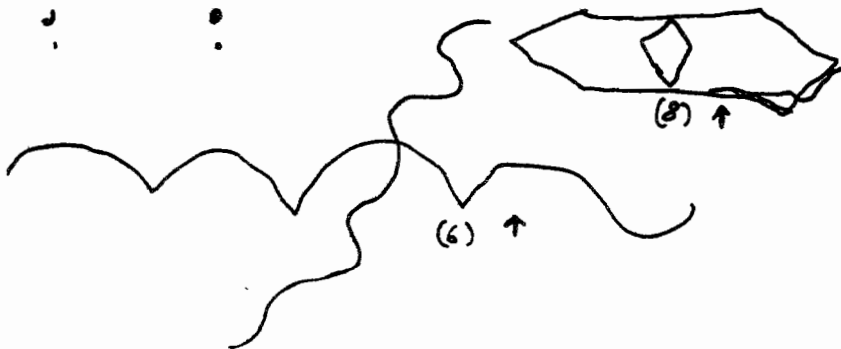
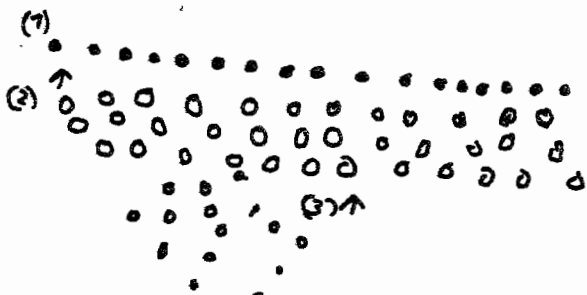
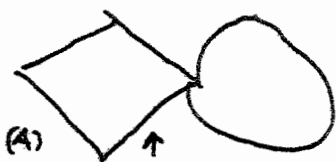
PRIMERA SECCION CASO # 7



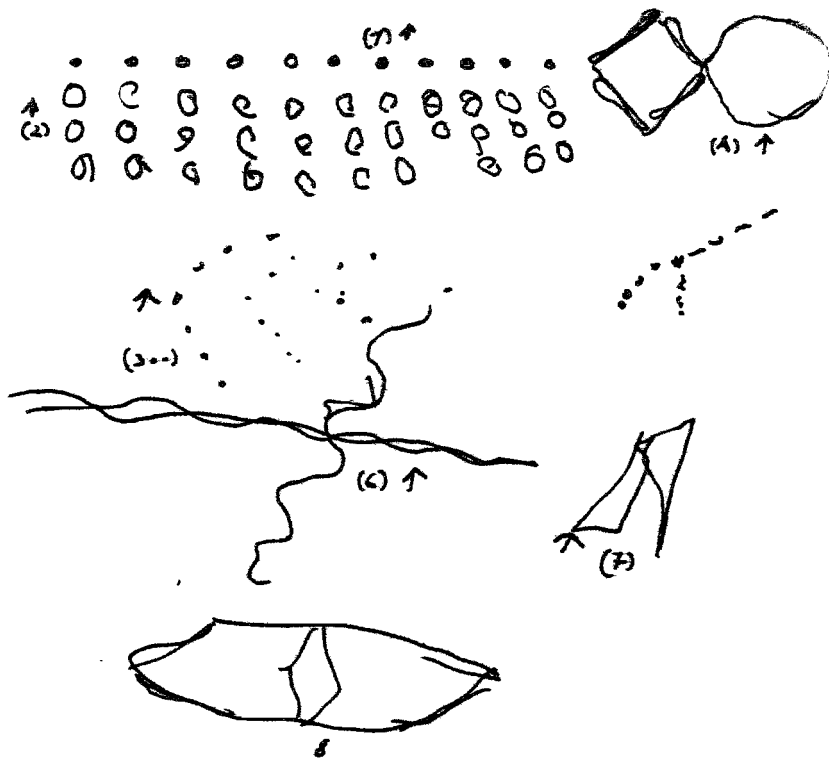
PRIMERA SECCION CASE #8

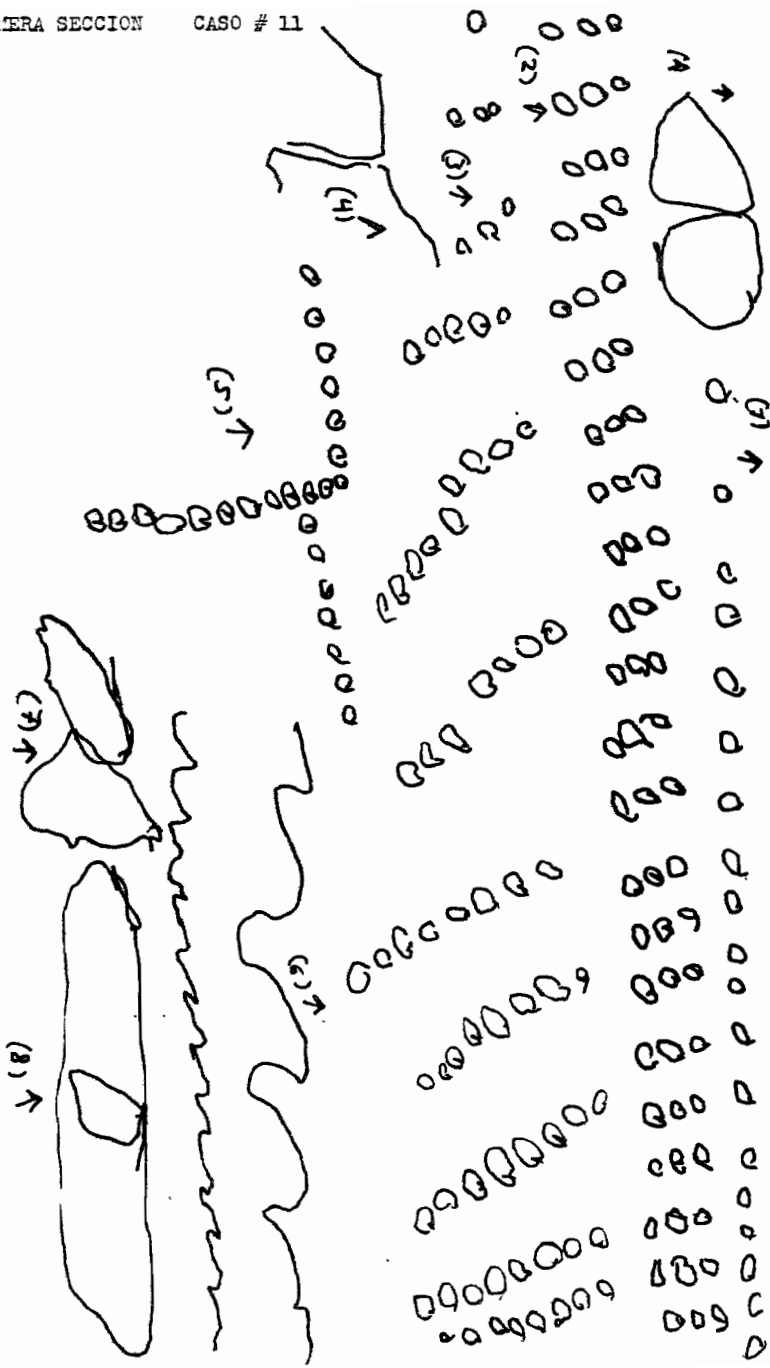


PRIMERA SECCION CASO #9



PRIMERA SECCION CASO # 10

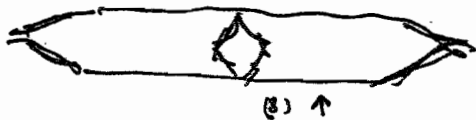
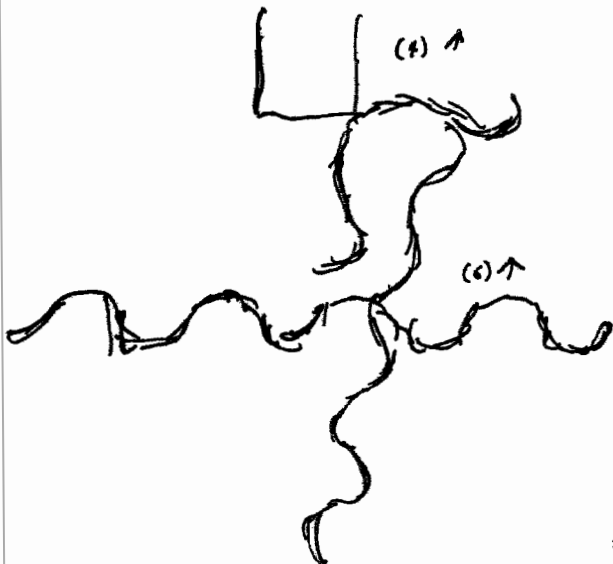
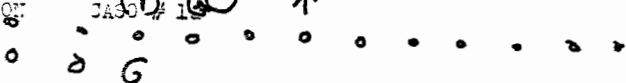
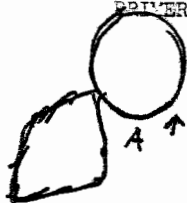




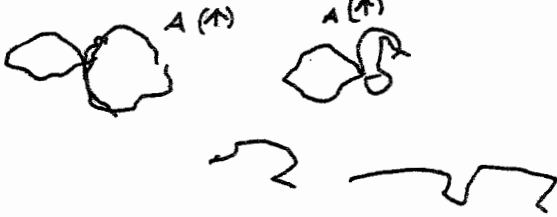
PRIMERA SECCION

CASO # 15

↑

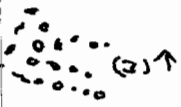
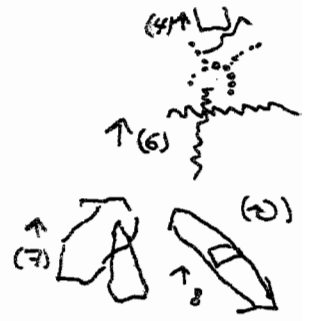
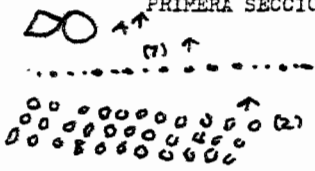


PRIMERA SECCION CASO # 13

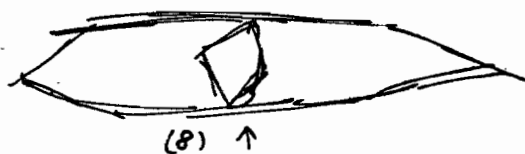
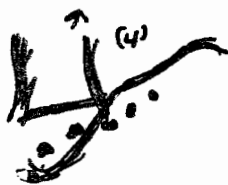
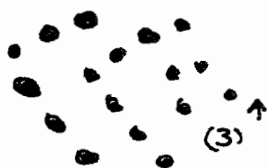
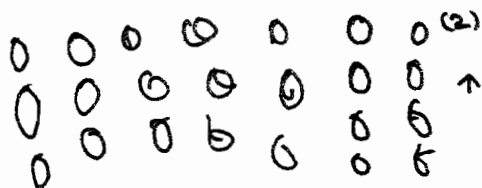


PRIMERA SECCION

CASO #14



PRIMERA SECCION CASO # 12



PRIMERA SECCION

CASO # 16



↑

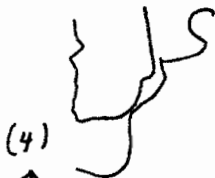
(1) ↑



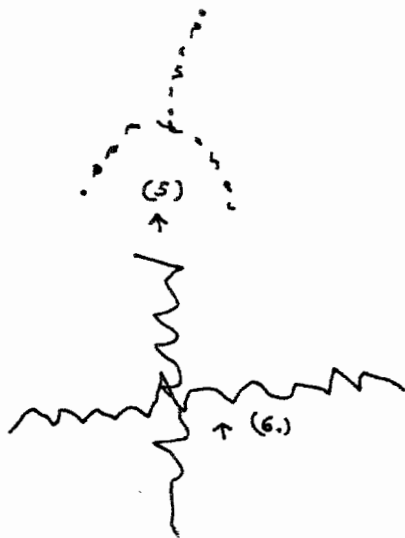
(2) ↑



(3) ↑



(4) ↑



(5) ↑

(6) ↑



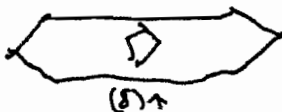
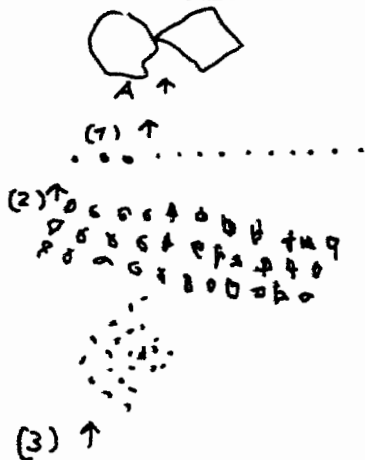
(7) ↑



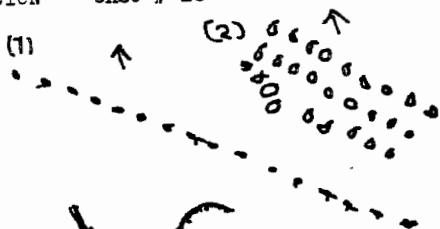
(8) ↑

PRIMERA SECCION

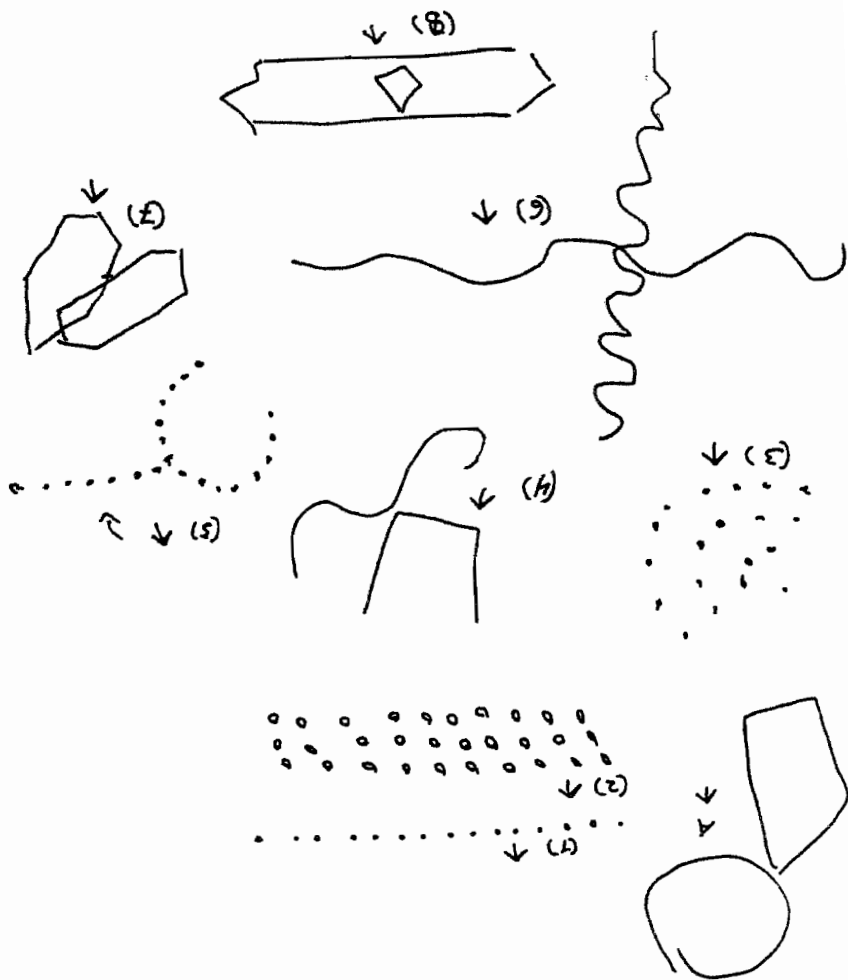
CLSO # 17

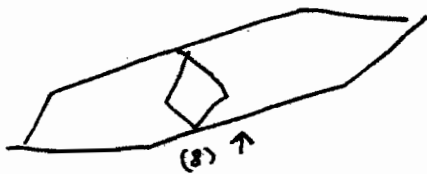
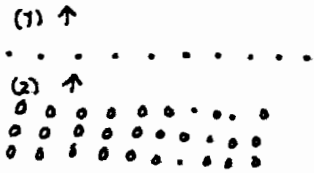
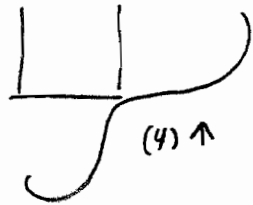
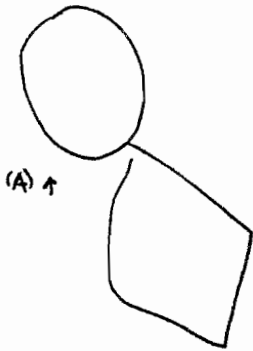


PRIMERA SECCION CASO # 18



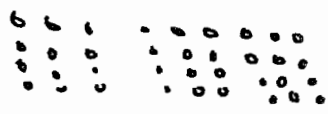
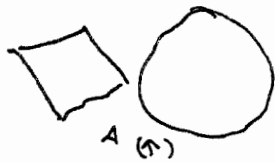
PRIMERA SECCION CASO # 19





PRIMERA SECCION CASO # 21

(1) ↑

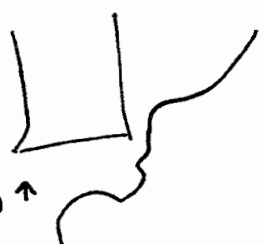


(2) ↑



(3) ↑

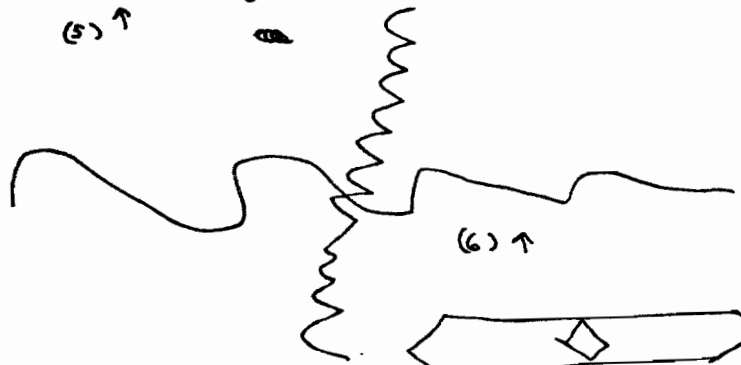
(4) ↑



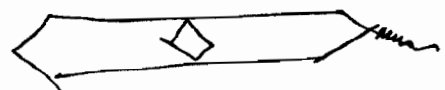
(5) ↑



(7) ↑



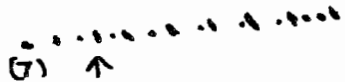
(6) ↑



(8) ↑



(1) ↑



(7) ↑



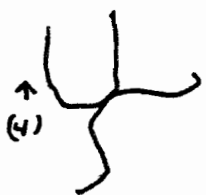
(2) ↑



(6) ↑



(5) ↑



(4) ↑



(3) ↑



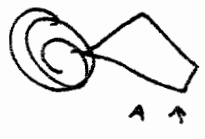
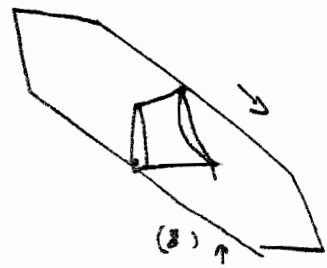
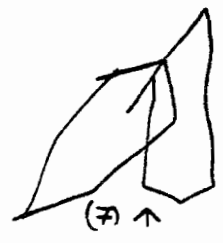
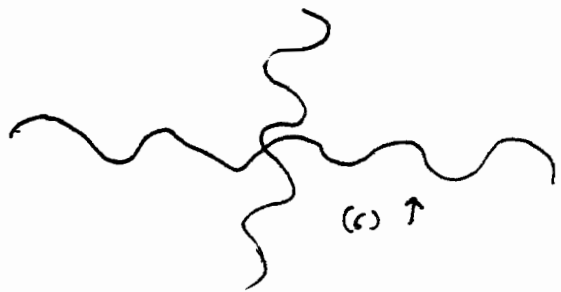
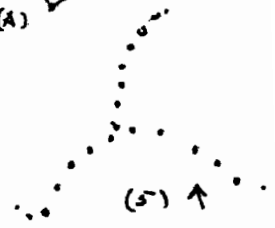
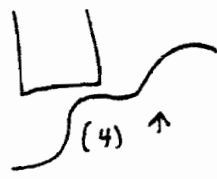
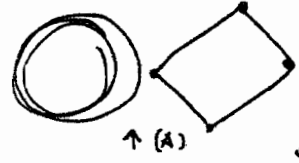
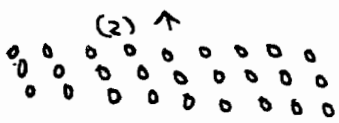
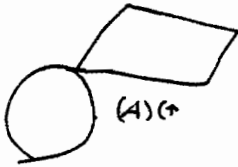
(7) ↑

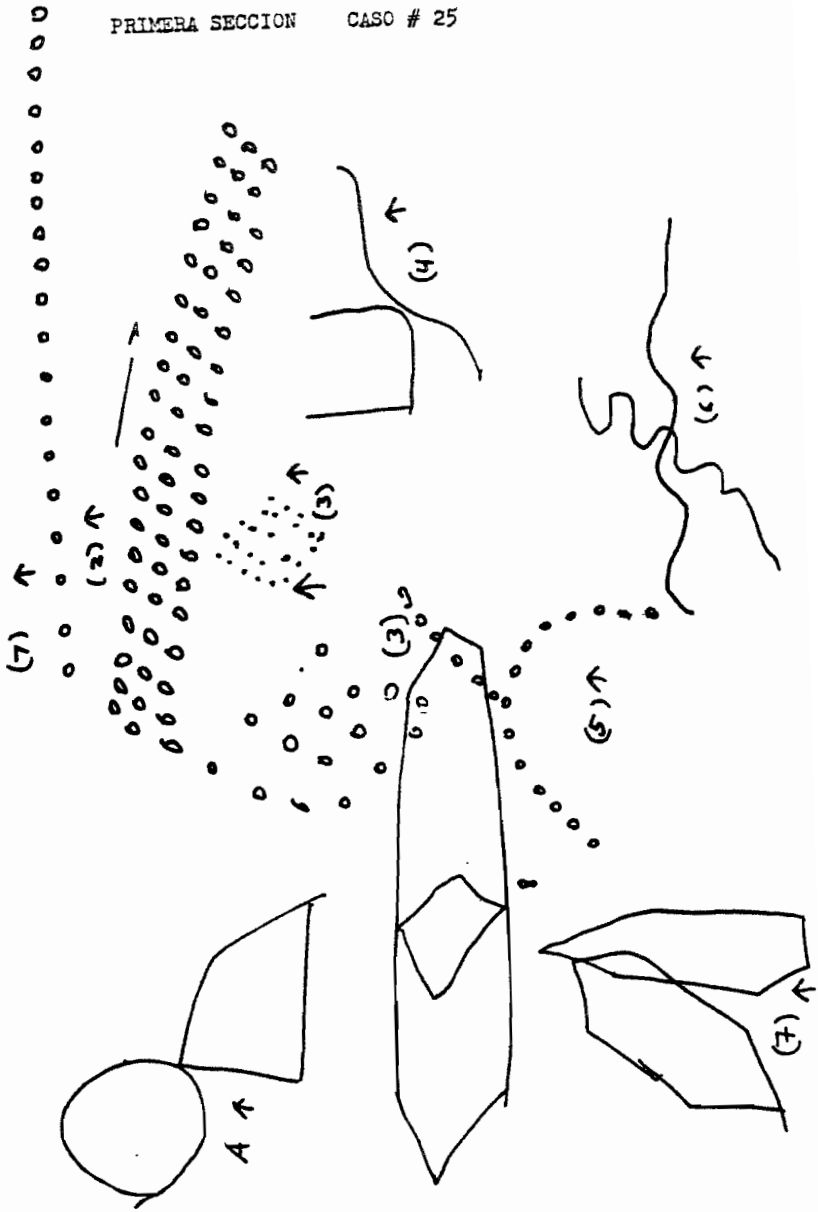


(8) ↑

PRIMERA SECCION

CASO # 24





SEGUNDA SECCION

CASO NUM. 1

SEXO: masculino.- EDAD: 18 años.- I.D.: esquizofrenia hebefránica.- BENDER: Rotación total, figura # A, 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: presencia de ondas epilépticas en hemisferio izquierdo, con predominancia hacia los lóbulos fronto-parieto-occipital. (Ver BENDER, anexo)

CASO NUM. 2

SEXO: masculino.- EDAD: 46 años.- I.D.: esquizofrenia crónico indiferenciado.-BENDER: rotación total Figura (s) A,4.-ELECTROENCEFALOGRAMA: epilepsia localizada en lóbulos parieto-occipital.

CASO NUM. 3

SEXO: masculino.- EDAD: 49 años.- I.D.: esquizofrenia crónico indiferenciado.- BENDER: rotación total Fig.(s) A, 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: trastornos de la sensibilidad del brazo derecho. Ondas de tipo epiléptico en regiones fronto-parietal izquierdo.

CASO NUM. 4

SEXO: masculino.- EDAD: 23 años.- I.D.: esquizofrenia hebefránica. BENDER: rotación total. Fig. (s) A, 4, 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: Sujeto que presenta alteraciones del ritmo base en hemisferio izquierdo, con localización en lóbulos fronto-parieto-occipital.

CASO NUM. 5

SEXO: femenino.- EDAD: 35 años.- I.D.: esquizofrenia catatónica.- BENDER: rotación total Fig. (s) 5, 4.-ELECTROENCEFALOGRAMA: paciente reportada por tercera vez a exploración. Presenta alteraciones patológicas en el hemisferio izquierdo, con aparición de ondas epilépticas en lóbulos occipito-parietal.

CASO NUM. 6

SEXO: masculino.- EDAD: 32 años.- I.D.: esquizofrenia catatónica.- BENDER: rotación total Fig. (s) A, 4.-ELECTROENCEFALOGRAMA: alteración del ritmo base en lóbulos occipito-parietal con aparición de complejo onda-espiga.

CASO NUM. 7

SEXO: masculino.- EDAD: 24 años.- I.D.: esquizofrenia simple.-

BENDER: rotación total Fig. (s) A, 5. - **ELECTROENCEFALOGRAMA:** alteración en los ritmos en ambos hemisferios, con predominancia — del fenómeno: en lado izquierdo lóbulo occipital; lado derecho, lóbulos occipito-parietal, con aparición de ondas epilépticas en las regiones — anteriormente descritas.

CASO NUM. 8

SEXO: masculino.-**EDAD:** 45 años.- **I.D. :** esquizofrenia catatónica.-
BENDER: rotación total Fig. (s) A,5.-**ELECTROENCEFALOGRAMA:** alteración de los ritmos en lóbulos occipito-parietal, de predominancia del hemisferio izquierdo.

CASO NUM. 9

SEXO: femenino.- **EDAD:** 36 años.- **I.D.** esquizofrenia simple.- **BENDER:** rotación total.-**FIG. (s) A,5,6.-ELECTROENCEFALOGRAMA:** alteraciones en hemisferios izquierdo y derecho. Aparición de ondas de espiga en región occipito-parietal, de predominancia del lado izquierdo y, en derecho, alteración en el ritmo base de lóbulo frontal.

CASO NUM. 10

SEXO: masculino.- **EDAD:** 32 años.- **I.D.:** esquizofrenia aguda indiferenciada.- **BENDER:** rotación total. **FIG. (s) A,3 y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA:** epilepsia fronto-parietal derecha.

CASO NUM. 11

SEXO: femenino.- **EDAD:** 29 años.- **I.D.:** esquizofrenia catatónica.-
BENDER: rotación parcial. **FIG. (s) A, 3.-ELECTROENCEFALOGRAMA:** normal.

CASO NUM. 12

SEXO: femenino.- **EDAD:** 32 años.- **I.D.:** esquizofrenia paranoide.-
BENDER: rotación parcial. **FIG.(s) 3 y 4.-ELECTROENCEFALOGRAMA:** normal.

CASO NUM. 13

SEXO: masculino.-**EDAD:** 42 años.- **I.D.:** esquizofrenia esquizoafectivo.- **BENDER:** rotación total.-**FIG. (s) A, 3 y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA:** normal.

CASO NUM. 14

SEXO: masculino.- **EDAD:** 23 años.- **I.D.:** esquizofrenia hebefrénica.-
BENDER: rotación parcial. -Ty tot Fig.(s) A,3 y 4.-**ELECTROENCEFALOGRAMA:** normal.

CASO NUM. 15

SEXO: masculino.- EDAD: 34 años.- I.D.: esquizofrenia catatónica.-
BENDER: rotación total.-FIGS. 4, 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA:
normal.

CASO NUM. 16

SEXO: femenino.- EDAD: 26 años.- I.D. esquizofrenia simple.-BEN-
DER: rotación parcial y total. FIG.(s) A, 3, 4, 5.-ELECTROENCEFA
LOGRAMA: disminución de los potenciales del hemisferio izquierdo. -
Puede considerarse como normal.

CASO NUM. 17

SEXO: femenino.- EDAD: 39 años.- I.D.: esquizofrenia simple.- BEN
DER: rotación parcial. FIG.(s) A y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA:
normal.

CASO NUM. 18

SEXO: masculino.- EDAD: 25 años.- I.D. : esquizofrenia simple.- --
BENDER: rotación total FIG.(s) A,3, 4 y 6.-ELECTROENCEFALO-
GRAMA: normal.

CASO NUM. 19

SEXO: masculino.-EDAD: 36 años.- I.D. : esquizofrenia paranoide.- -
BENDER: rotación total FIG.(s) A,5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: -
normal.

CASO NUM. 20

SEXO: masculino.- EDAD: 31 años.- I.D. : esquizofrenia simple.- --
BENDER: rotación parcial FIGS. A, 3.-ELECTROENCEFALOGRAMA:
normal.

CASO NUM. 21

SEXO: femenino.-EDAD: 27 años.- I.D. : esquizofrenia catatónica.- -
BENDER: rotación total. FIG.(s) A y 4.-ELECTROENCEFALOGRAMA:
normal.

CASO NUM. 22

SEXO: masculino.- EDAD: 17 años.- I.D. : esquizofrenia hebefrénica.-
BENDER: rotación total. FIG.(s) A, 3, 4.-ELECTROENCEFALOGRA-
MA: normal.

CASO NUM. 23

SEXO: masculino.-EDAD: 25 años.- I.D.: esquizofrenia simple.- BENDER: rotación total. FIG.(s) A, 4 y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: normal.

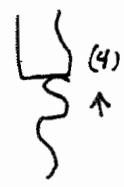
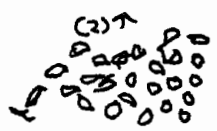
CASO NUM. 24

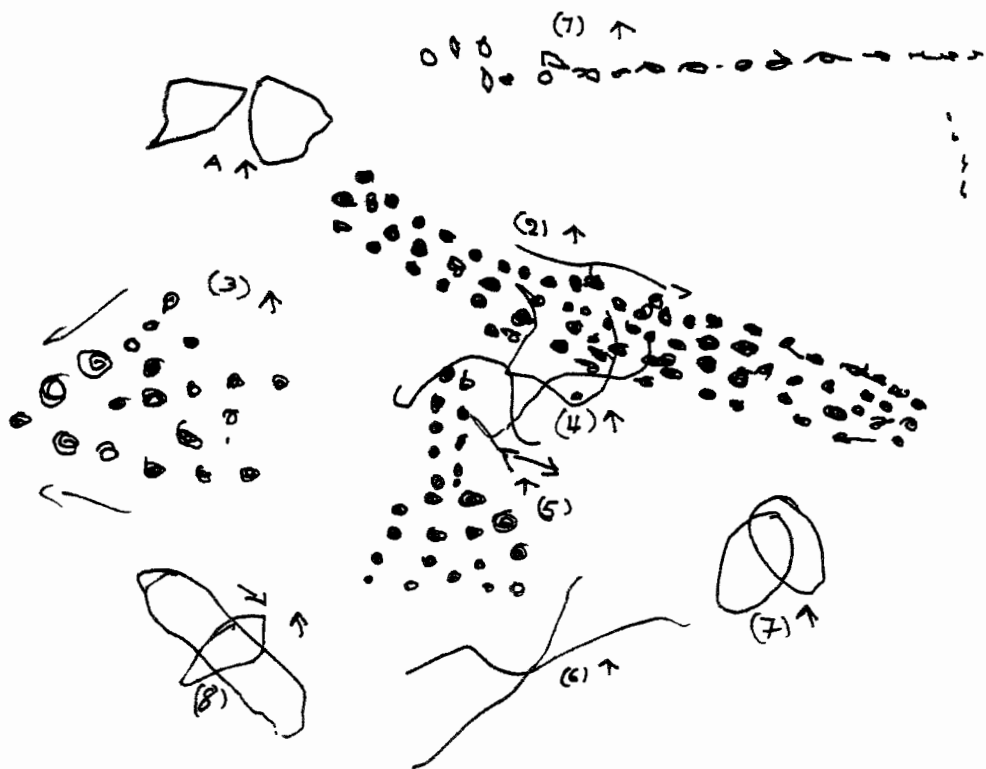
SEXO: femenino.- EDAD: 33 años.- I.D.: esquizofrenia simple.-BENDER: rotación parcial y total. FIG (s) A, 3 y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: normal.

CASO NUM. 25

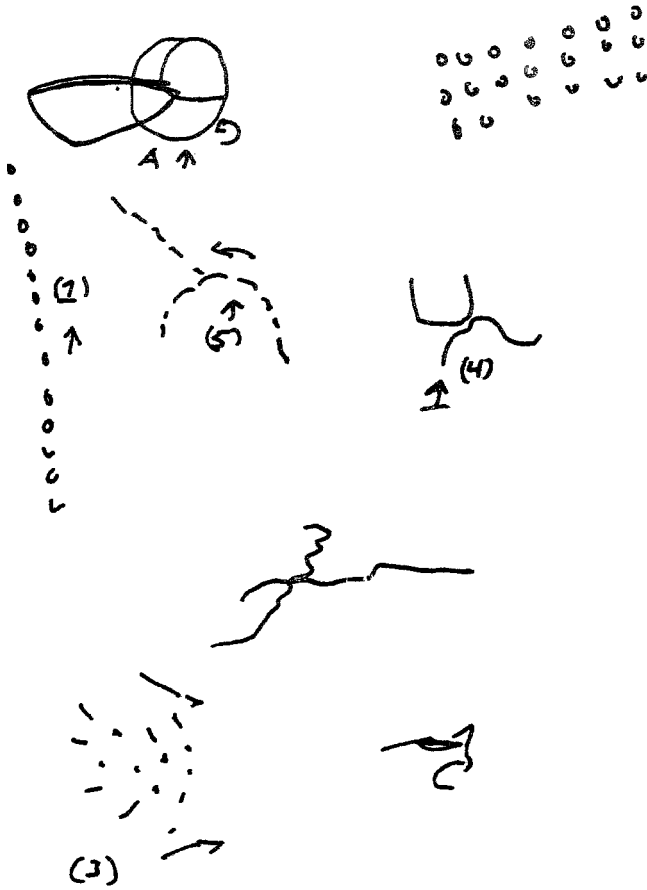
SEXO: masculino.- EDAD: 34 años.- I.D.: esquizofrenia simple.-BENDER: rotación total. FIG.(s) A, 3, 4 y 5.-ELECTROENCEFALOGRAMA: normal.

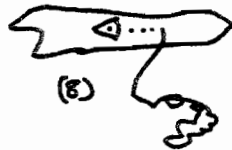
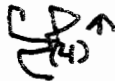
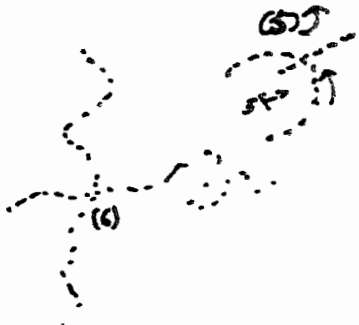
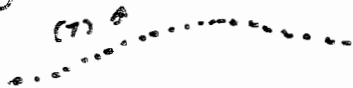
SEGUNDA SECCION CASO # 1





SEGUNDA SECCION CASO # 3





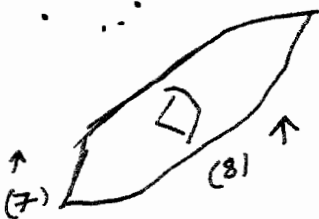
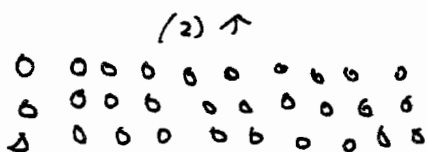
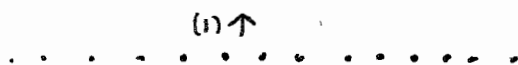
SEGUNDA SECCION CASO # 5



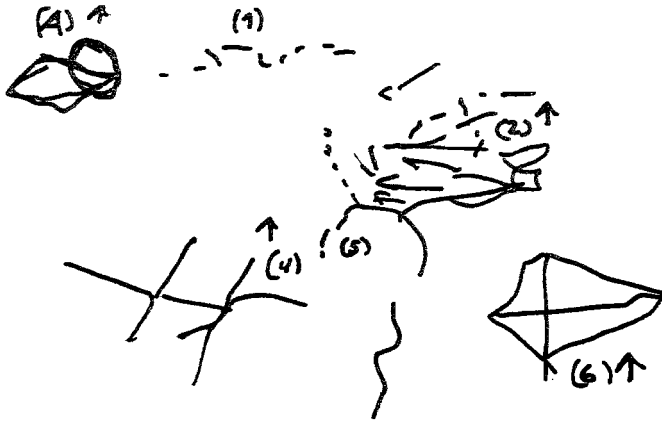
SEGUNDA SECCION CASO # 6



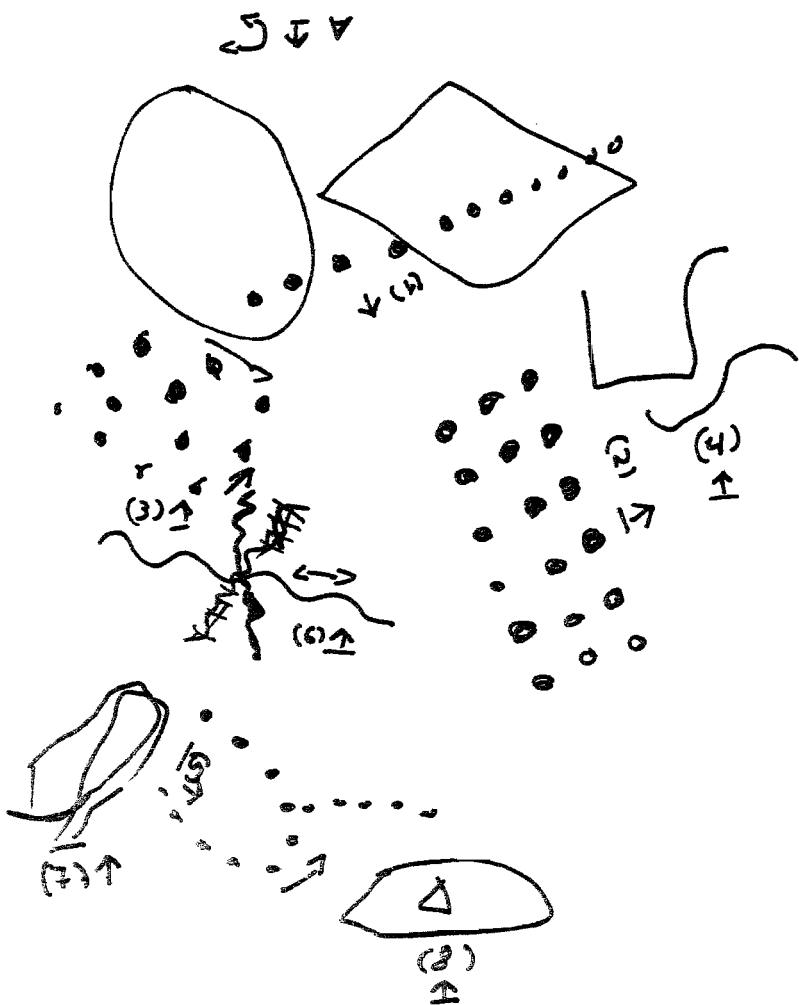
SEGUNDA SECCION CASO # 7



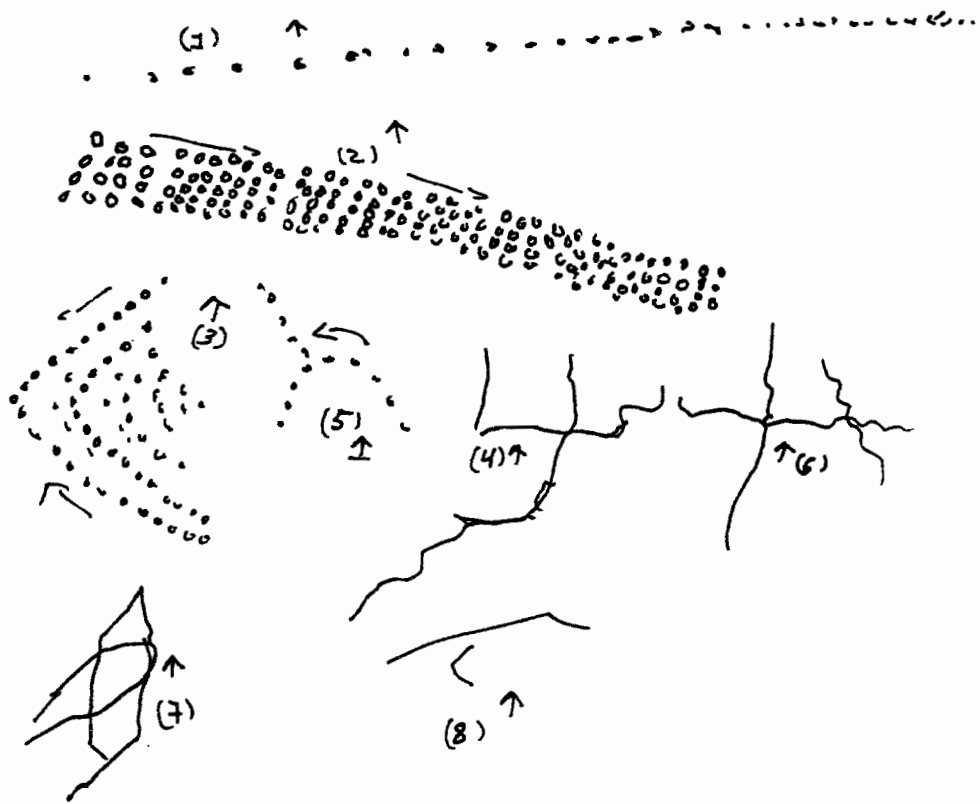
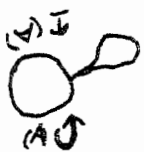
SEGUNDA SECCION CASO # 8



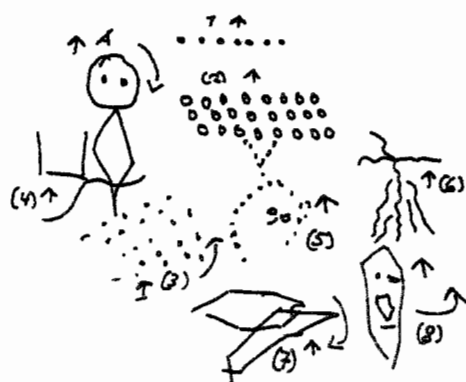
SEGUNDA SECCION CASO # 9

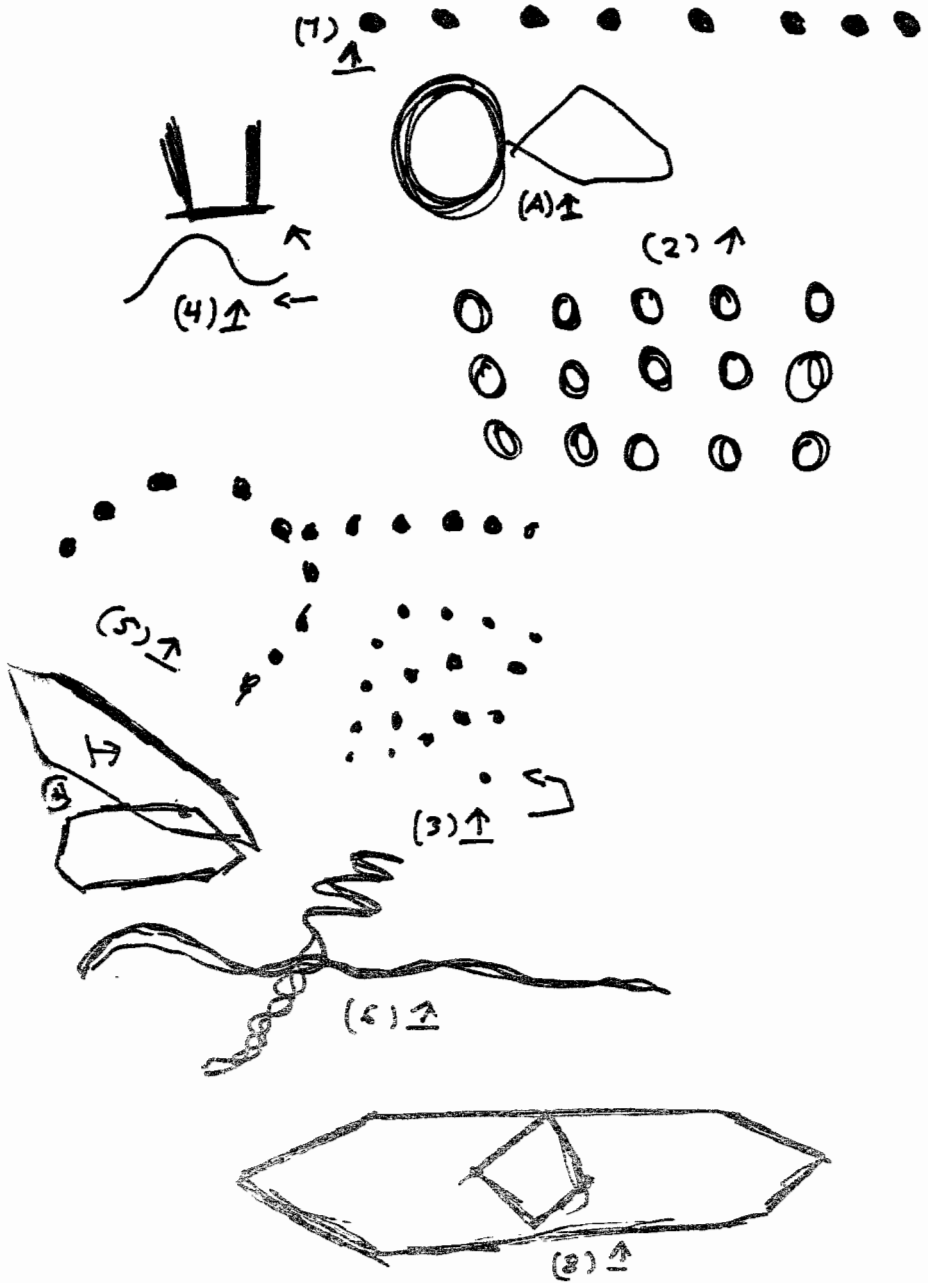


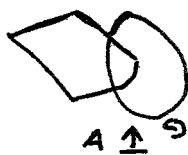
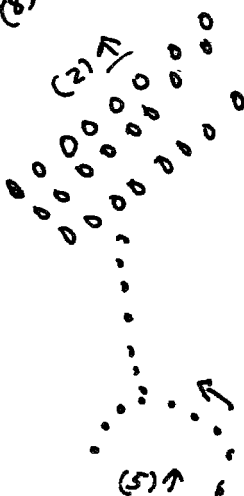
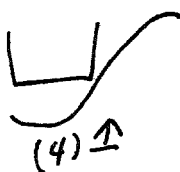
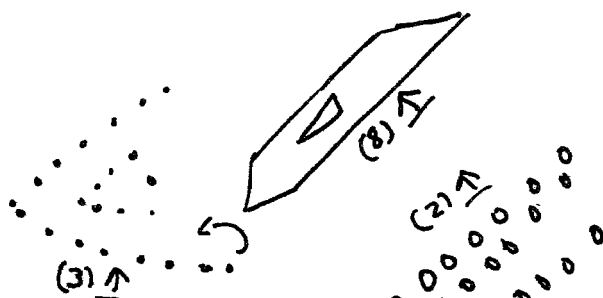
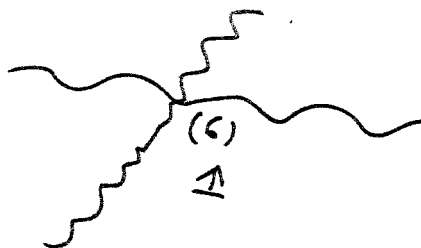
SEGUNDA SECCION CASO # 10

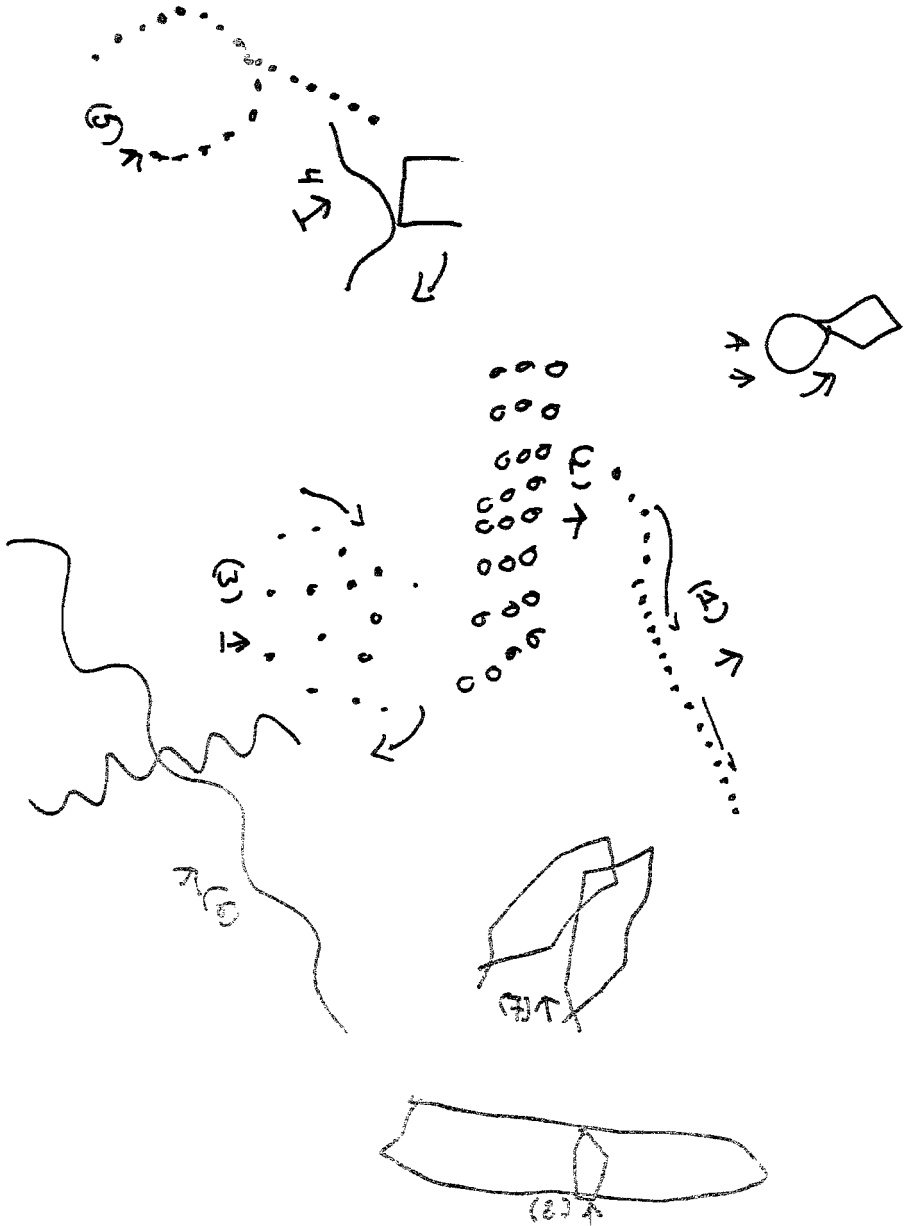


SEGUNDA SECCION CASO 11

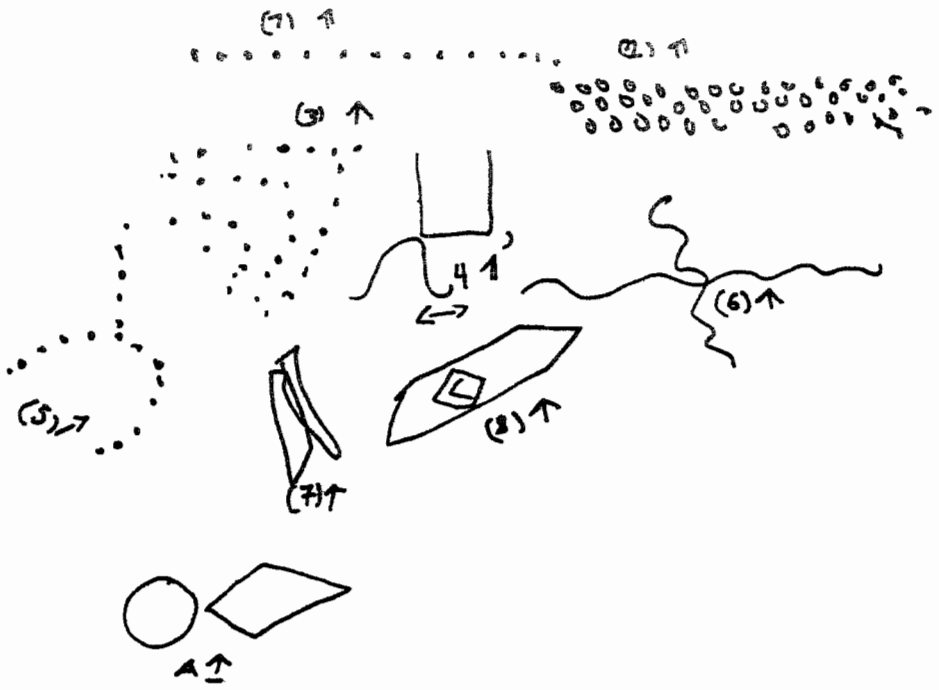




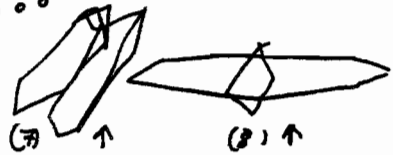
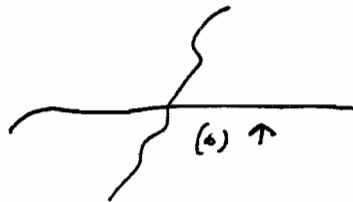
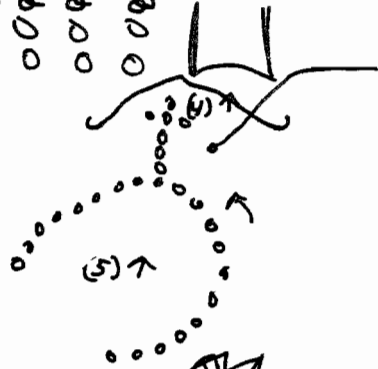
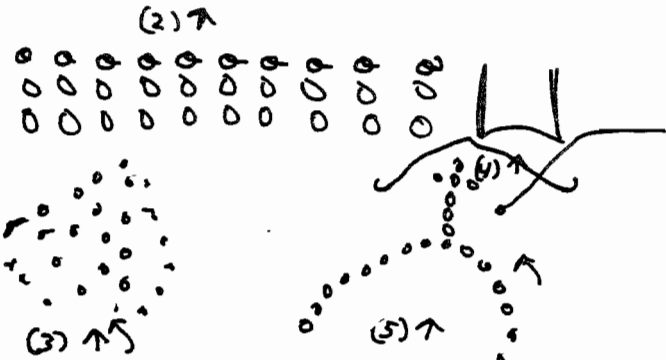
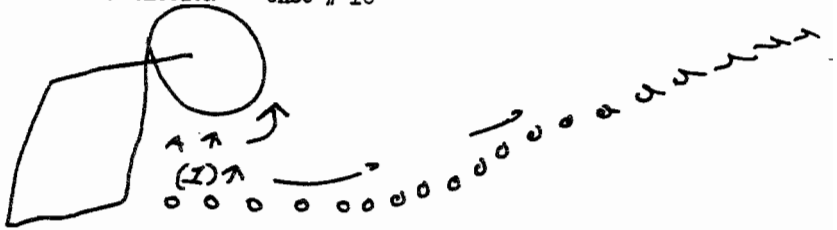




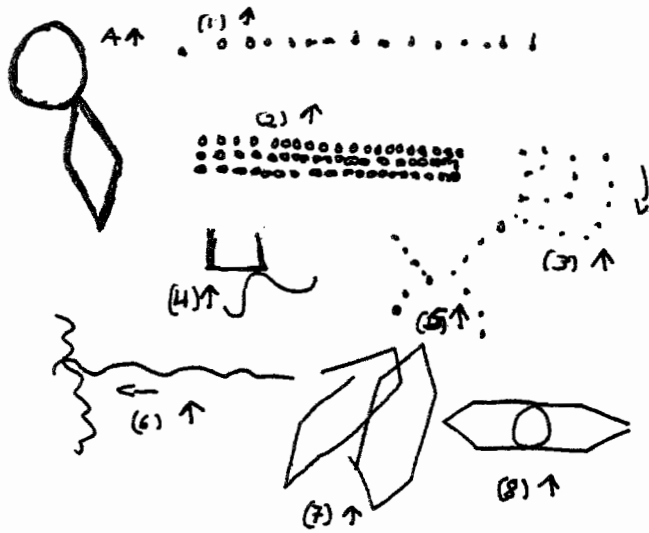
SEGUNDA SECCION CASO # 15



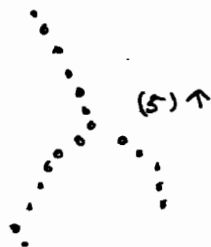
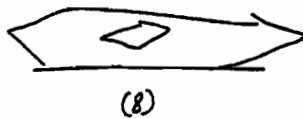
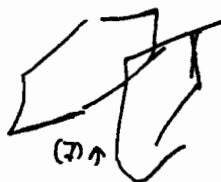
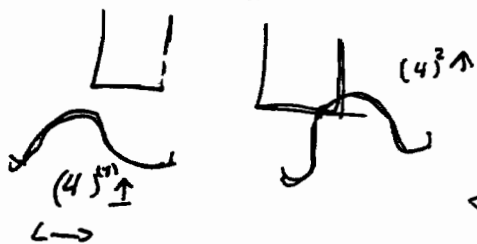
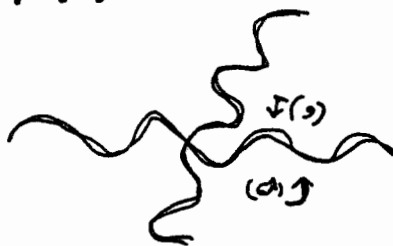
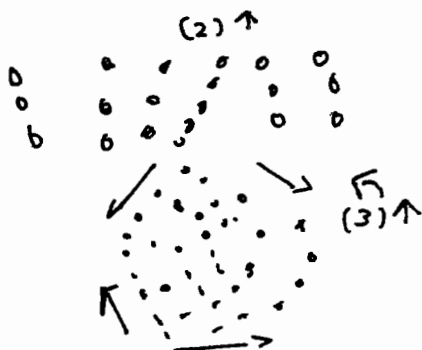
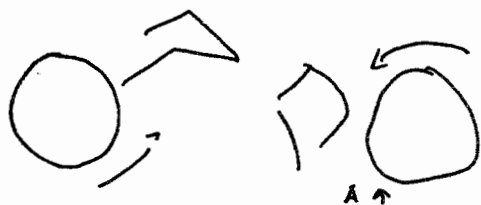
SEGUNDA SECCION CASO # 16



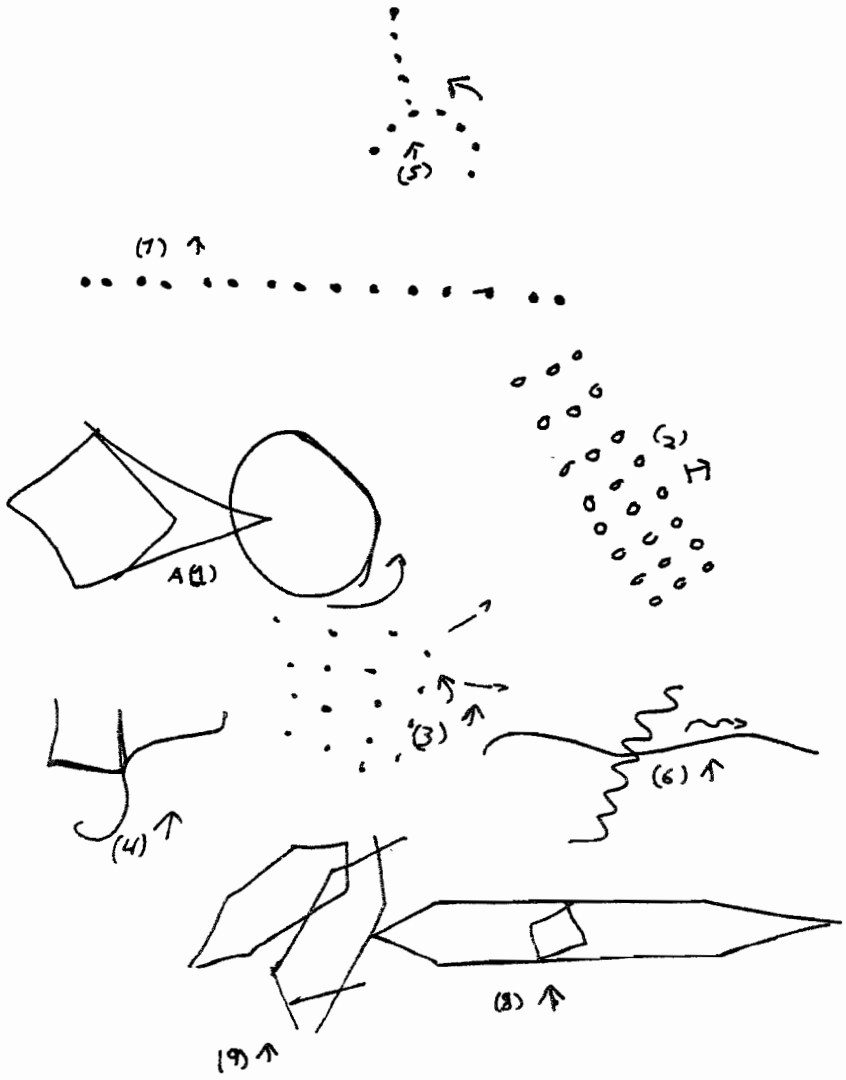
SEGUNDA SECCION CASO # 17



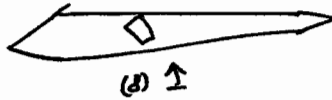
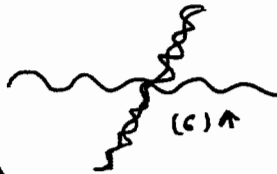
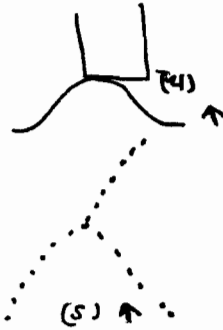
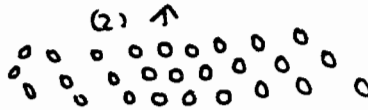
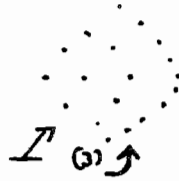
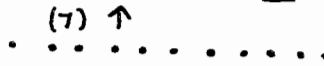
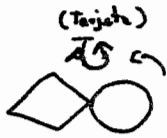
SEGUNDA SECCION CASO # 18



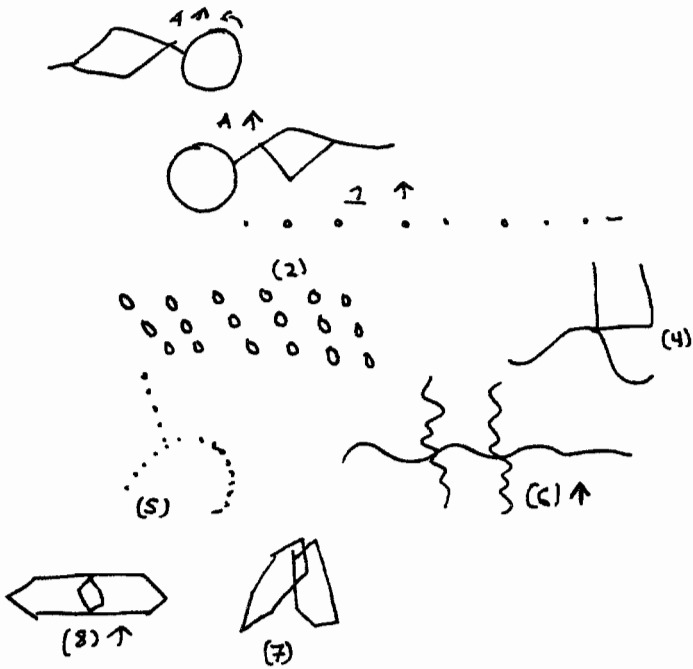
SEGUNDA SECCION CASO # 19

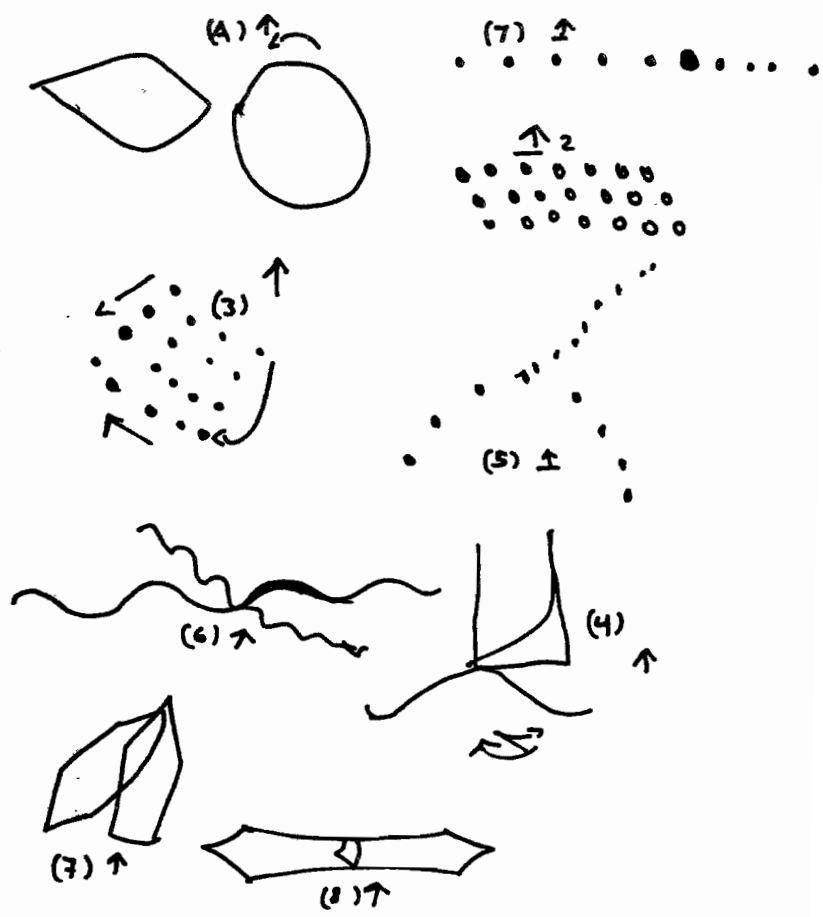


SEGUNDA SECCION CASO # 20

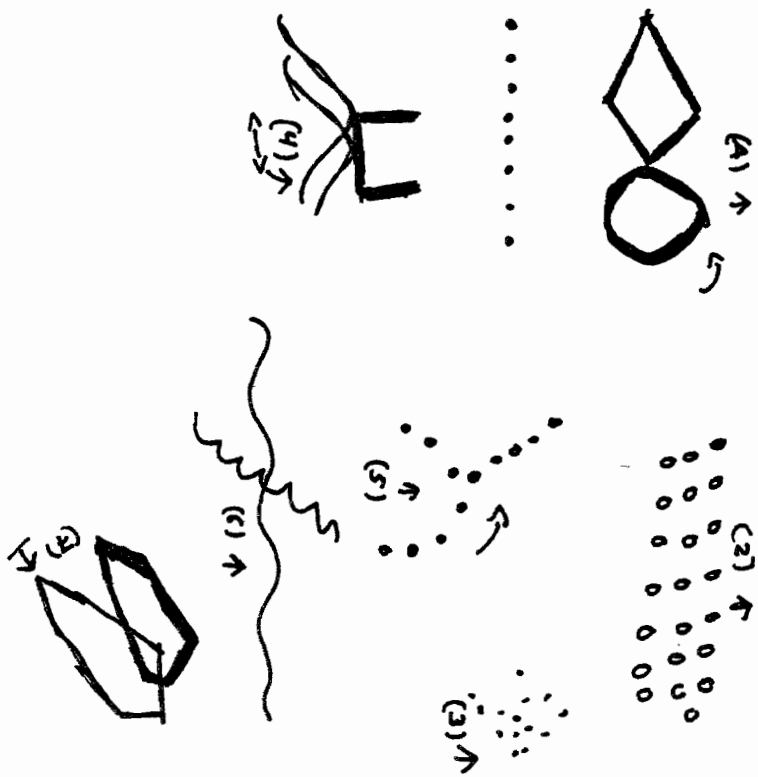


SEGUNDA SECCION CASO # 21

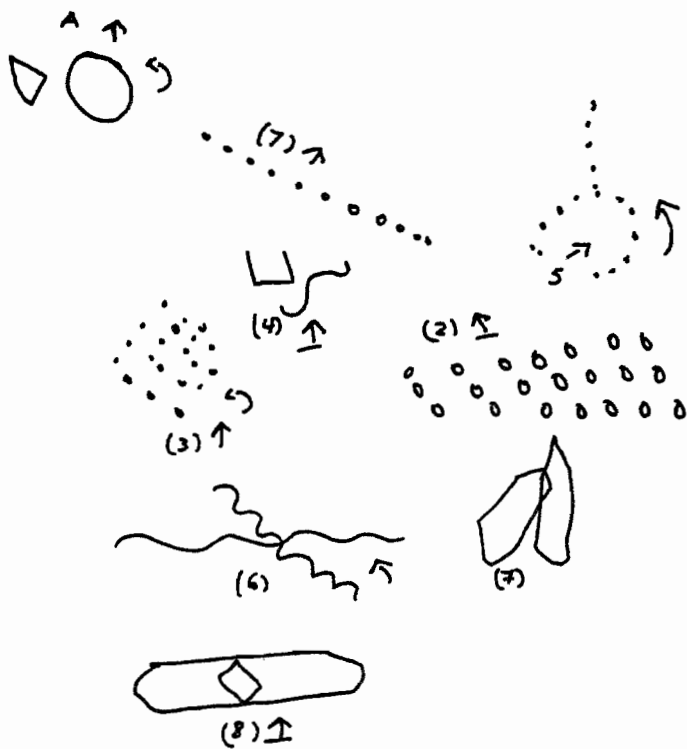


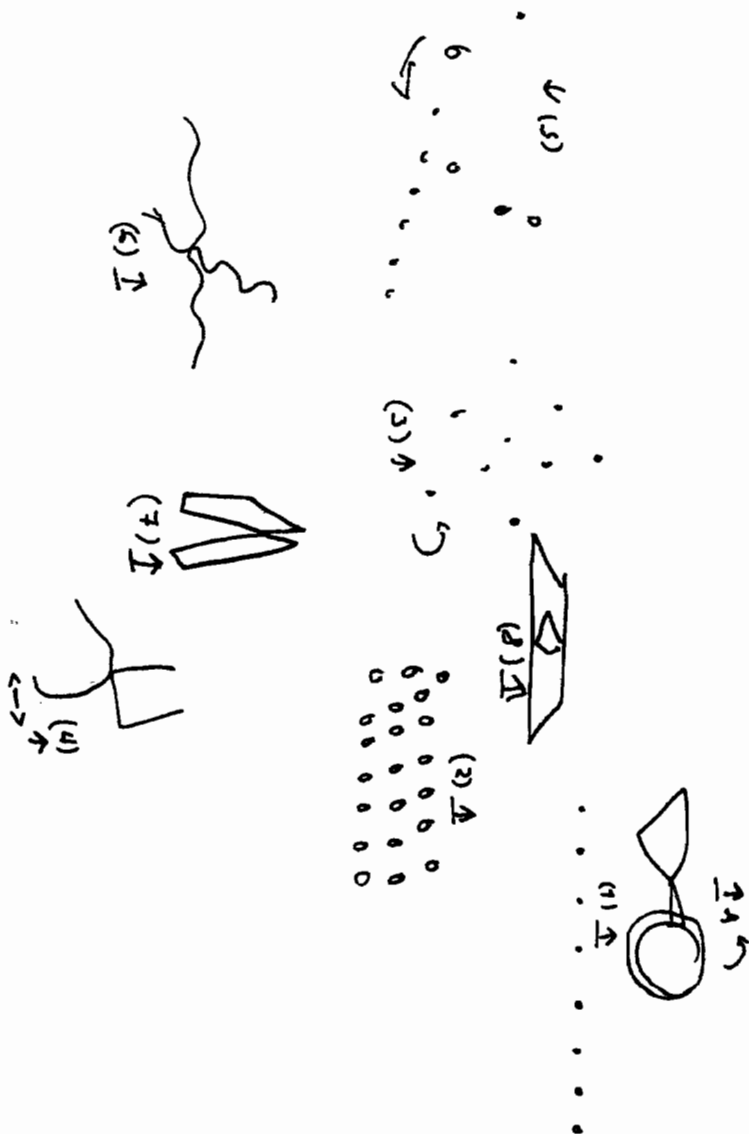


SEGUNDA SECCION CASO # 23



SEGUNDA SECCION CASO # 24





DISCUSION

Debemos hacer notar el acontecimiento de que gran parte de los pacientes con trastornos de orden esquizofrénico, presentan una sintomatología muy similar con los pacientes que padecen trastornos de orden neurológico en lóbulo parietal. Lo anterior plantea la necesidad de explorar a los pacientes mediante técnicas psicológicas, que no sólo sean capaces de detectar alteraciones en el funcionamiento psíquico, sino también el detectar causas de orden neuropatológico — que pueden formar parte de los trastornos del paciente; por lo que antes de emprender cualquier tratamiento y en una forma muy específica, todos en los cuales intervenga la electrochocación del paciente, — encontramos muchos casos de daño cerebral orgánico con padecimientos esquizofrénicos y, por lo tanto, un tratamiento electroconvulsivo podría empeorar sus condiciones.

Asimismo, debemos hacer notar la gran deficiencia — que encontramos en los análisis de los electroencefalogramas practicados a pacientes que fueron objeto de nuestro estudio; así, no sólo — en la mayoría sino en su totalidad, a pacientes esquizofrénicos no se les realiza electroencefalograma por considerarse innecesario. En — los casos de pacientes esquizofrénicos estudiados en la presente tesis, los exámenes electroencefalográficos mostraron que un cuarenta por ciento presentaron alteraciones en dichos exámenes.

Desde luego que lo anteriormente dicho debe de someterse a una investigación más profunda, no sólo en el aspecto de correlación entre padecimientos esquizofrénicos y padecimientos — neurológicos de lóbulo parietal, sino también el profundizar el por — qué de la rotación de las figuras presentada por los pacientes ya mencionados. —

CONCLUSIONES

- 1).- Las pruebas aplicadas a nuestro grupo de enfermos tiene validez y confiabilidad.
- 2).- La aplicación de la prueba de Bender se llevó a cabo en una forma estandarizada. Por el contrario, en la entrevista clínica el material es subjetivamente seleccionado tanto por el paciente - como por el examinador y, por lo tanto, es difícil la estandarización.
- 3).- La experiencia objetiva del examinador, desempeña un papel - muy importante en la evaluación de los datos arrojados en la - prueba de Bender.
- 4).- Existen características en la patología mental de los pacientes, que no pueden ser puestas en claro a través de la entrevista y - que solamente pueden ser visualizadas a través de la minucio - sa observación de los resultados obtenidos en los Test y, espe - cíficamente, en nuestro caso, la aparición de rotación o inver - sión de figuras en la prueba de Bender, que son pasados por - alto o simplemente sin darles importancia, por la mayoría de - los investigadores en este campo.
- 5).- La aplicación de un diagnóstico correcto, no sólo debe de cons - tar de una " etiqueta " , sino que debe ser explicativo en todo - lo ancho en lo referente a la sintomatología presentada por el - paciente, tomando en cuenta que bajo el diagnóstico de esquizo - frenia pueden existir muy diversas variables en el desarrollo - de la misma enfermedad y condicionantes para el tratamiento - elegido.
- 6.- Debe de explorarse a fondo toda la sintomatología del paciente y poner en claro la posible existencia de un padecimiento de - orden epiléptico.
- 7).- Tratar de detectar hasta donde la sintomatología del paciente - sea debida a factores netamente afectivos y de desajuste, por - la influencia del medio ambiente y cuando la sintomatología del paciente y las alteraciones de conducta del mismo sean de ori - gen neuropatológico.
- 8).- En nuestra presente investigación utilizamos el Test Gestálti - co Visomotor de L. Bender, para detectar la existencia de da -

ño cerebral. Por medio del mencionado Test obtuvimos índices para la realización comparativa con el estudio electroencefalográfico.

- 9).- Nos complace confirmar el exitoso resultado obtenido por el - Test Guestáltico Visomotor para la detección del daño cerebral.
- 10).- A través de lo observado en la presente investigación, podríamos afirmar que la utilización de la prueba de Bender, no sólo puede arrojar resultados exactos acerca de un posible daño cerebral, sino que también, a través de la observación minuciosa de los datos arrojados por la misma, teniendo en cuenta la rotación o inversión de figura, se podría diagnosticar - con un alto porcentaje de acierto una posible alteración en lóbulos parietales.
- 11).- Para la integración de un estudio concienzudo de cualquier paciente, es indispensable la utilización de una batería de pruebas psicológicas y el empleo de métodos y técnicas como la - electroencefalografía y otras técnicas afines a la investigación, para evitar errores en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento.
- 12).- Es necesario tener muy presente que la medicamentación prescrita al paciente, puede modificar completamente los resultados obtenidos a través de los Test psicológicos y, en particular, la prueba de Bender. Encontramos gran diferencia en la ejecución de esta prueba entre pacientes bajo tratamiento farmacológico y pacientes con suspensión previa a la ejecución del - - Test.
- 13).- Es indispensable, de ser posible, la suspensión del tratamiento 48 horas antes de la aplicación de las pruebas. Lo anterior desde luego está condicionado al estado del paciente, pues enfermos con cuadros esquizofrénicos y procesos agregados - de epilepsia, puede ser peligrosa la suspensión del tratamiento.
- 14).- Creemos indispensable el realizar las pruebas psicológicas en los pacientes, inmediatamente que sean internados, para evitar la problemática de distorsión presentada por los pacientes bajo tratamiento farmacológico.
- 15).- Fue sorprendente el número de diagnósticos de esquizofrenia, - en los cuales se comprobó daño cerebral.

- 16).- Cuando las pruebas psicológicas demostraron daño cerebral y el resultado obtenido en el E.E.G. fue dado como normal, la repetición del E.E.G. terminó por demostrar anormalidad en la mayoría de los casos. Por lo tanto, creemos indispensable que los resultados obtenidos por un solo estudio electroencefalográfico, no son suficientes para descartar daño o lesión cerebral.
- 17).- Es inexcusable el no poner en marcha ningún tratamiento que pueda ocasionar daño encefálico, previa seguridad de obtener el diagnóstico del paciente, así como el restringir tratamientos electroconvulsivos y solamente utilizar éste en casos verdaderamente indispensables.
- 18).- El estudio que se realiza actualmente en los hospitales de México, en torno de los pacientes psiquiátricos, deja mucho que desear. Así, la mayoría de los psiquiatras habla mucho acerca de la realización de estudios psicológicos, pero la realidad es que en la mayoría de los casos no se les toma en cuenta, - debido muchas veces a la falta de conocimiento verídico de -- los resultados que se pueden obtener a través de este tipo de estudios psicológicos y, en otros casos, debido a la imprevención de los mismos psicólogos.
- 19).- Podemos decir que en la mayoría de los casos psiquiátricos, - es posible acelerar los diagnósticos a través de un buen estudio psicológico, que no sólo arrojarían resultados sobre el -- funcionamiento mental del paciente, sino el poder detectar da-- ños cerebrales que podrían ser pasados por alto, o bien des-- cubrirse en un período de tiempo mucho mayor que el neces-- ario para la atención eficaz del paciente.
- 20).- Por lo señalado, consideramos que las pruebas psicológicas - constituyen un instrumento indispensable y que no está reñido-- con la psiquiatría para la realización de un estudio verdadera-- mente integral del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Allport G.W. : Psicología de la personalidad, -Edit, Paidos, - Buenos Aires, -1965.
- Bender L. : Test Guestáltico Visomotor, -Edit, Paidos, - Buenos Aires, -1967.
- Brisac: Cómo interpretar un electroencefalograma, -- Editorial Daimon, -Barcelona, - 1963.
- C. Dreyfus: Fischgold: Critchley Mac Donald: The parietal lobes, -Edit, Hafner Publishing Company, - New York-London, - 1966.
- Caruso Igor: El psicoanálisis: lenguaje amiguo, -Edit, Fondo de Cultura, -México-Buenos Aires, 1966.
- Cuevas Novelo A. : Elementos de Fisiología humana, -Edit, Librería de Medicina, -México, -1962.
- Cronbach L. J. : Fundamentos de la exploración psicológica, - Editorial Biblioteca Nueva, -Barcelona, España, 1963
- Eysenck H. J. : Estudio científico de la personalidad, -Editorial - Paidos, -Buenos Aires, - 1962.
- Freud S. : Obras completas, -Edit, Biblioteca Nueva, -Barcelona, -España, - 1948.
- Fuente de la R. : Psicología Médica, -Fondo de Cultura, -México-Aires, -1962.
- Gastaut H. : Epilepsias, -Editorial Eudeba, -Buenos Aires, 1964.
- Gamelli-Zunini: Introducción a la psicología, -Editorial Luis Miracle, -Barcelona, -1961.
- Hoerber B. : A text book of Clinical Neurology, -Editorial - -- J. M. Nielsen: Hafner P. C. - New York, - 1951.
- Henry Caen: Left Handedness, -Manual Superiority and Cerebral Dominance, -Edit, Grune S. New York and -- J. de Ajurriaguerra: Londos, - 1964.
- Hathaway S. R. : Inventario multifacético de la personalidad, MMPI
- Mc Kinley J. C. : El manual moderno, S. A. México, 1967.
- Kasper J. C. : Brain Damage and Behavior, Clinical Experimental Study, Springfield, Ill. U. S. A, 1965.
- Torne F. M. : Kimber Clifford D. : Manual de Anatomía y Fisiología, -Edit, La Prensa Médica Mexicana, -1956.
- Kohler W. : Psicología de la forma, -Editorial Paidos, - Buenos Aires, - 1963.
- Koffka: F. Sander: L. Brain: Enfermedades del sistema nervioso, -Editorial - Biblioteca Nueva, -Barcelona, - 1966.
- Lemkau P. V. : Higiene mental, -Fondo de Cultura México-Buenos Aires, - 1962.
- Magoun H. W. : El cerebro despierto, -Edit, La Prensa Médica -- Mexicana, -México, - 1964.

- Noyes A. P. : Psiquiatría clínica moderna. -Editorial La Prensa Médica Mexicana. -1964.
- Pfeiffer J. : El cerebro humano. -Editorial Hobbs-Sudamericana. -Buenos Aires. -1962.
- Rápaport D. : Teoría y técnica psicoanalítica. -Edit. Pax. Méx. 1962.
- Rápaport D. : Test de diagnóstico psicológico. -Edit. Paidós. -Buenos Aires. - 1965.
- Sskely B. : Los test. Manual de Técnicas de exploración -- psicológica. -Edit. Kapeluss. -Buenos Aires. 1964.
- Wechsler D. : Wais. Wechsler Adult Intelligence Scale. The -- Psychological Corporation. -N. Y. - 1955.
- Wolff Werner I. : Introducción a la psicología. -Edit. Fondo de Cultura México-Buenos Aires. - 1960.
- Pfeiffer J. : El cerebro humano. Edit. Hobbs Sudamericana. -Buenos Aires. - 1962.