

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

"Papel del Psicólogo en una consulta
Neuropsiquiátrica"



TESIS

QUE PRESENTA LA ALUMNA

LADRIANA COSIO PASCAL

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA



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.

INTRODUCCION.

Este trabajo, no tiene la pretensión de dar un valor estadístico. Consistirá únicamente, en la presentación de una serie de casos estudiados en el Hospital Juárez. Enfocando sus características generales bajo el punto de vista médico. Los rasgos que cada grupo de enfermos presentaban de un modo unitario a través del estudio psicológico y finalmente, las variaciones sufridas después de haber estado sometidos a tratamiento.

Estamos en una época en la cual, la discusión acerca de la dependencia o independencia de la Psicología, es superflua. No sólo se ha desprendido para tomar su propio camino, sino que a su vez, se ha ramificado en especialidades tales como: Psicología Clínica, Judicial, Pedagógica, Industrial y Vocacional. Cada una de ellas, estudia al hombre, dinámicamente, para centrarlo mejor dentro del círculo social que le corresponde. Es una ciencia que saca conclusiones para aplicarlas al mejoramiento de algo: la salud mental, la rehabilitación del criminal, el trabajo efectivo y útil, la educación de niños excepcionales. Su finalidad es siempre el hombre, entidad compleja cuya formación depende no sólo del aspecto físico hereditario, sino del ambiente en el cual se encuentra y del desenvolvimiento de su propia materia prima. Es por esto, que la Psicología se encuentra estrechamente vinculada con las demás ciencias de tipo social. Concretamente, en el caso de la medicina, es cada vez más grande la importancia de su colaboración. Los médicos han salido de la posición en la cual consideraban la existencia de enfermedades como grandes grupos compactos, sin nada individual. En la actualidad, está cada vez más extendido el concepto: "no hay enfermedades, sino enfermos". Han acabado por comprender la influencia que en la materia, puede tener la mente, los afectos, los estados de ánimo. Toda esta serie de factores

Psic

que no se pueden demostrar tangiblemente, pero cuya influencia es palpable. En numerosas ocasiones, el resultado de su actividad es la enfermedad o la salud.

Al mismo tiempo, los psicólogos, en su mayoría, han desviado su interés hacia aspectos más concretos del ser humano, abandonando las especulaciones que sin tener una base real, flotaban desarraigadas de aspectos firmes. También el cuerpo puede influir en la producción de emociones o ansiedad. Una enfermedad física, es capaz de alterar núcleos de la personalidad.

Se efectúa el trabajo unido para lograr mejores beneficios. No hay subordinación, sino cooperación y compañerismo. La totalidad de los casos aquí presentados tienen una alteración orgánica, cuyo tratamiento corresponde al médico, pero que sin la ayuda del psicólogo como controlador de la terapia, o como descubridor de problemas añadidos, el conocimiento de la evolución de la enfermedad no sería tan objetivo, o el resultado menos satisfactorio. - Esto quiere decir que ambas especialidades han tenido que ceder y aceptar conocimientos nuevos para llegar a construir un terreno en el cual el interés fuera común y la comprensión más fácil, no sólo porque de esa manera su ciencia es más amplia, sino que el enfermo obtiene ayuda más eficaz ya que su problema ha sido entendido y estudiado al máximo, hasta donde fué posible.

Hemos aprendido que la Psicología es la ciencia de lo individual por excelencia. Ante cada sujeto con alteraciones neurológicas, ante cada herido, hemos reafirmado la impresión de que la enfermedad se injerta sobre la materia prima del hombre y por lo tanto, de la manera como ésta haya estado construída, van a depender las reacciones típicas de cada uno de ellos. Es verdad que hay rasgos característicos generales pero debe tomarse en cuenta que para cada sujeto, las repercusiones que originan van a ser diferentes y ese factor es el que da la variante individual. Es otro de los motivos por los cuales no hay aquí conclusiones estadísticas. Hemos considerado a cada enfermedad -

como generadora de rasgos en los cuales hay una evolución por completo individual.

El trabajo efectuado en el Hospital, ha tendido muchos errores y ensayos fracasados. Creo que hemos encontrado finalmente el camino que debe seguirse. Pero la investigación no se ha terminado. El conocimiento de cosas nuevas no ha acabado y no olvidamos que muchas de sus conclusiones tal vez tengan el carácter de transitorias, aún no lo sabemos. Por ahora, vamos a presentar el resultado de dos años de trabajo dentro del Hospital. Durante este tiempo, como ya lo dije, hemos llegado finalmente al entendimiento que hace útiles los resultados obtenidos. -- Pues únicamente a través de un estudio cuidadoso, no solo de las lesiones del enfermo, sino de sus posibilidades, aptitudes, deseos y aspiraciones. La revisión de su vida, estudios y personalidad, va a comprendersele, no como una entidad numérica, sino como una persona humana.

El psicólogo selecciona los métodos adecuados de exploración, de acuerdo con las necesidades del diagnóstico, además de tomar en cuenta las condiciones peculiares del sujeto. Por lo tanto las baterías examinadoras, no serán absolutamente inmóviles y fijas, sino dúctiles y elásticas, coordinando al mismo tiempo los problemas del enfermo y los del médico.

II.-) ORGANIZACION DE LA CONSULTA:

El departamento de Neuropsiquiatría del Hospital -- Juárez, Consulta Externa, fué fundado en el año de 1950. Algún tiempo después, en Enero de 1953, se considera conveniente ampliar el servicio, creando una sección de trabajo psicológico, que colabora fundamentalmente con los siguientes departamentos:

1.- Neurología:- Constituído por un equipo de tres neurólogos y un médico especializado en electroencefalografía y cronaxias.

En la Consulta Externa, se clasifican los enfermos-- mediante un personal formado por un médico recepcionista, una enfermera y una trabajadora social que los envían a los especialistas. Estos, a su vez, pueden solicitar la opinión de los demás servicios, cuando es necesario. Debido a ésto, los enfermos que llegan a la consulta de Neurología, son examinados únicamente bajo este punto de vista, se les hace historia clínica y exámenes de laboratorio. El mayor porcentaje de casos que se presentan, son de epilepsia y deficiencias intelectuales, por lo cual son enviados al psicólogo antes de empezar el tratamiento y su revisión se repite periódicamente con objeto de controlar el efecto de los medicamentos.

Puesto que los demás servicios, tales como Pediatría, Sección Maternal, Gastroenterología etc., solicitan la opinión de Neurología, a través de este servicio, el psicólogo está en contacto prácticamente con toda la Consulta Externa.

Además de los casos ya mencionados, existen enfermos de Parkinson, con cuadros post-traumáticos o anomalías men

tales que implican patología orgánica intracraneana, que también pasan al examen psicológico por rutina o como control.

2.- Neurocirugía. - Su cuerpo médico está formado por siete neurocirujanos. Específicamente la sala # 3 (hombres) y la 14 (mujeres). El Hospital Juárez forma parte de las clínicas de traumatología, por esto, el ingreso de traumatizados de craneo es importante. En el año de 1955 se recibieron 1601 hombres y 400 mujeres.

Entre ellos, los que deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico, son controlados por el psicólogo, antes y después de la operación. En primer lugar, para tener un punto de comparación objetivo en lo que respecta a rendimiento intelectual. En segundo lugar para prevenir mayores daños en facultades ya lesionadas, tales como: atención, memoria, capacidad de análisis, etc. En tercer lugar, como comparación de impulsividad y capacidad de control.

En algunos casos, al estudio posterior a la operación se le da una aplicación ocupacional, puesto que el enfermo no está capacitado para desempeñar el oficio o profesión que tenía anteriormente.

Cuando el psicólogo lo cree conveniente, deriva casos de neurocirugía hacia psiquiatría.

3.- Psiquiatría. - Trabajan en esta especialidad, dos psiquiatras. Las sesiones de psicoterapia son largas y pasan mucho tiempo antes de que el psiquiatra se dé cuenta de la naturaleza del problema que está preocupando al sujeto. El tiempo es un factor importante para él, que generalmente trabaja. O para sus familiares. Por esto, el psicólogo ayuda al psiquiatra mediante pruebas de personalidad, y proyectivas, que le permiten saber el grado de dependencia del sujeto, su tipo de afectividad y emocionalidad, la capacidad de comprensión de aspectos abstractos y de creación, -

etc., todos puntos importantes, porque de acuerdo con estas características individuales se maneja la terapia.

En algunos casos como la esquizofrenia que está siendo tratada con Serpasil o Reserpina, los estudios se repiten periódicamente.

Además del trabajo que se efectúa con los servicios antes mencionados, el psicólogo interviene cuando los médicos de las salas lo solicitan. Con las que hay mayor contacto, es con la de presos, sala # 5 y con Ginecología, - sala # 8. Pero debido a la índole del trabajo no me voy a extender más sobre estos puntos y me limito a mencionarlos, como información de la actividad que tiene el psicólogo dentro del Hospital en su totalidad.

Por sí misma, efectúa psicoterapia en los niños, pues los adultos necesitan generalmente más bien atención psiquiátrica que psicológica.

III.-) FORMAS CLINICAS EXAMINADAS EN LA CONSULTA:

A.- NEUROLOGIA:- La consulta en este departamento es muy numerosa. El médico selecciona a los enfermos que van a ser sometidos a tratamiento, en los cuales haya la necesidad de ejercer un control objetivo de la evolución. Entre los diversos estudios que se solicitan, el examen psicológico, ocupa un lugar importante, ya que va a servir como regulador principal en la evolución del padecimiento.

Vamos a presentar aquellos grupos de enfermedades - que tienen mayor cantidad de casos y que son por orden: - epilepsia, deficiencias intelectuales y además un grupo - que se considera interesante debido a las controversias - que ha despertado en relación con su nivel intelectual y personalidad: los enfermos de Parkinson.

1.- Epilepsia.-

Conceptos teóricos generales:- La definición de la epilepsia es un problema difícil de resolver, por la variedad de su etiología y la multiplicidad de factores que intervienen para su aparición. Sin embargo, se cree que se debe - generalmente, al factor hereditario que origina la enfermedad en sí misma o la predisposición, la preparación del terreno para que en un momento determinado, por diversos e innumerables mecanismos, pueda llegarse a la producción del ataque epiléptico.

Los autores, han dividido a la epilepsia en dos aspectos:

- a.- La sintomática, originada por causas exógenas.
- b.- La genuina o ideopática, que es casi exclusiva-

mente heredada y sin causa aparente que provoque el ataque.

Sin embargo, es preferible considerar a la epilepsia, más como un síntoma que como una enfermedad en sí misma, - puesto que aún en casos aparentemente geminos, más tarde se ha llegado a descubrir alteraciones en la estructura cerebral que explicaba la razón de las manifestaciones clínicas.

De acuerdo con Lemox, las causas exógenas frecuentes, productoras de epilepsia son: (1)

- 1.- Traumatismos cerebrales.
- 2.- Displasias cerebrales congénitas.
- 3.- Encefalitis.
- 4.- Tumores cerebrales.
- 5.- Alteraciones circulatorias cerebrales.
- 6.- Causas somáticas extraencefálicas.

Las manifestaciones clínicas de la epilepsia son las siguientes: El grand mal epilético, caracterizado por la presencia de auras anteriores al ataque. Son en realidad - una descarga sobre centros sensoriales que reaccionan de acuerdo con su función, por ello existen auras de tipo somatosensorial (hormigueo, movimientos involuntarios reales u objetivos); visuales (luces, oscuridad de medio campo - visual, alucinaciones); auditivas (zumbido de oídos, mareos, alucinaciones auditivas); vertiginosas (vértigos); - olfativas (percepción de olores desagradables); viscerales (cólicos); psíquicas (estados oníricos, ausencias etc.).

Inmediatamente después de la presencia del aura, el paciente entra en el ataque que se divide en dos períodos: el tónico en el cual pierde el conocimiento y cae al suelo

con los miembros en extensión la cabeza hacia atrás, ojos inexpressivos. Después entra en la fase clónica de convulsiones.

Cuando han pasado, cae en un estado de sopor o en un sueño profundo.

Además del grand mal antes descrito, en la epilepsia existen una variedad enorme de formas atípicas o equivalentes epilépticos. Estos pueden variar desde las crisis psicomotoras, caracterizadas por pérdida de la conciencia y presencia de movimientos asociados automáticos. El pequeño mal, consiste en desmayos o en pequeñas convulsiones, hasta simples trastornos de conducta, tales como la agresividad, impulsividad o afectividad mal controlada.

Aparte de esto, pueden presentarse los llamados "status epilépticos", en los cuales el sujeto presenta tan elevada cantidad de ataques, que puede morir en el transcurso de ellos.

El diagnóstico de la epilepsia se efectúa, no sólo mediante la historia clínica, sino la colaboración de diversos métodos tales como fondo de ojo, examen de líquido cefaloraquídeo y el registro electroencefalográfico. Se piensa que en cada caso hay una serie de ondas anormales:

(2)

- 1.- Grand mal (amplitud de ondas y frecuencia menor, espigas múltiples difusas).
- 2.- Pequeño mal (complejos de ondas-espigas).
- 3.- Crisis psicomotoras (dientes de sierra y ondas delta).
- 4.- Epilepsia en potencia (disritmia generalizada).
- 5.- Epilepsia sintomática (ondas en espiga).
- 6.- Tumores cerebrales (focos de ondas delta localizadas).

zados en la región afectada).

- 7.- Traumatismos craneales (ondas lentas de alto voltaje en la región afectada o en la de contragolpe).

Además de estos exámenes, se estudia el psiquismo mediante métodos psicológicos. En algunos casos, éste sirve no sólo para describir la personalidad epiléptica, sino como diagnóstico diferencial entre la epilepsia y procesos convulsivos no epilépticos como la histeria. Además de ser un control objetivo en la evolución de los síntomas a medida que el tratamiento avanza.

Casos vistos en el Hospital:- En realidad, se trata médicamente la epilepsia genuina, puesto que en la sintomática generalmente se usa el procedimiento quirúrgico.

El psicólogo debe tomar en cuenta las necesidades del neurólogo en el diagnóstico, así como la personalidad del enfermo para observar los datos que interesan variar, además de suprimir el ataque en sí mismo. Así pues, concilia sus conocimientos al aspecto médico, procurando que los informes sean unitarios y comprensivos. Por otra parte, toma en cuenta la personalidad del sujeto, y su tipo de enfermedad para seleccionar adecuadamente el material de las pruebas. Al principio del trabajo hubo la necesidad de buscar entre los diversos tests los que concordaran entre sí. Se ha encontrado, tanto en ellos como en los sujetos tratados, que los siguientes rasgos pueden caracterizar al sujeto epiléptico o con equivalentes epilépticos:

- 1.- Viscocidad de pensamiento.
- 2.- Viscocidad de la afectividad.
- 3.- Bradipsiquia.
- 4.- Perseveración de pensamiento

- 5.- Detallismo y minuciosidad.
- 6.- Falta de abstracción e incapacidad de separar lo esencial de lo secundario.
- 7.- Irritabilidad explosiva.
- 8.- Inestabilidad de la atención.
- 9.- Incapacidad de sintetizar íntegramente las configuraciones perceptivas.
- 10.- Inhibición de la creatividad.
- 11.- Falta de globalización.

En general, las pruebas en las cuales se pueden reflejar los aspectos anteriores son:

a).- El Kohs, como prueba de inteligencia concreta en la cual el límite de tiempo y lo sostenido de la atención cuentan de una manera preponderante para la calificación. Además de necesitar para la solución del problema, el análisis y la síntesis. Puesto que el individuo debe descomponer mentalmente el dibujo para dividirlo entre el número de cubos que posee y volverlo a sintetizar en su ejecución.

En ocasiones, se ha observado la presencia de rasgos equivalentes a los obtenidos en el Bender-Gestalt-Test, tales como perseveración: el sujeto vuelve a ejecutar el dibujo anterior, en lugar del diseño que tiene delante.

También se ha encontrado la rotación, es decir, que el modelo es hecho de un modo correcto pero invirtiendo la parte inferior hacia la parte superior.

De un modo general, se puede afirmar que sujetos antes de ser sometidos a tratamiento, obtienen bajos resul-

tados en el Kohs o aquellas pruebas cuya calificación está basada en el tiempo y su solución se efectúa a base de -- atención sostenida.

Esta misma relación se observa en el Wechsler Bellevue, parte de ejecución, en la cual en incisos tales como cubos, símbolos o arreglo de imágenes, el tiempo es un factor importante en el resultado total.

Junto con una prueba a base de tiempo y de carácter concreto, se usa una abstracta y sin límite de tiempo. Puede ser el Terman, el Raven o equivalentes. En el Hospital Juárez se usa Terman en sujetos con escolaridad, ya que dicha prueba en la parte correspondiente a adultos, incluye gran cantidad de conceptos informativos o culturales. Es más adecuado aplicar en los niños Kohs y Terman. De cualquier manera, es casi seguro que va a haber un desnivel notable entre la prueba de ejecución y la abstracta. Se podría afirmar que el verdadero nivel o rendimiento intelectual, es el resultado de la segunda, que también suele coincidir con la escolaridad del sujeto. (3).

Por lo tanto, en el Kohs, puesto que es la prueba usada en el Hospital, contribuye al rendimiento bajo: la falta de capacidad para el análisis y la síntesis, la bradipsiquia y la inestabilidad de la atención.

No es difícil que en el Terman o Raven haya mejor rendimiento puesto que casi ninguno de estos factores puede influir en su contra: no hay tiempo límite, la atención puede variar al encontrarse en cada ocasión ante un problema nuevo y no hay gran necesidad de análisis y síntesis.

En estos casos, el Kohs no se usa tanto como prueba de inteligencia en sí misma, sino como símbolo de los datos anteriores.

Después de determinado tiempo de tratamiento, el rendimiento en las pruebas abstractas, se mantiene avanzando en forma paralela a la E.C. Pero el del Kohs va subiendo a

medida que la acumulación de medicina es mayor.

b).- Es necesario efectuar pruebas en las cuales se pueda presentar la perseveración o la falta de integración. El Bender-Gestalt-Test es una prueba ideal para ser usada en sujetos con alteraciones neurológicas, debido a que su ejecución es gráfica, (4) los dibujos de los enfermos pueden ser comparados sucesivamente. Los adelantos o retrocesos se notan de modo visual claro y perfecto. En ésta aparecen con mayor frecuencia alteraciones, cuando los sujetos son antiguos lesionados de cráneo. Aún cuando en individuos con epilepsia genuina pueden presentar: perseveración, fragmentación e incluso regresión por falta de coordinación motriz.

Las variaciones que sufre con motivo de la medicina, es muy ligera, en especial cuando la epilepsia es secuela de un traumatismo craneal. Esta prueba se usa exclusivamente en adultos, ya que en los niños las anomalías que presenta, no es tanto debido a la enfermedad, sino a la edad.

c).- Las variaciones afectivas, emocionales e incluso ciertas peculiaridades de la inteligencia y el lenguaje, se reflejan en la prueba de Rorschach. Aún cuando los datos que aparecen, no se puede decir que sea patognomónicos de la enfermedad, puesto que muchos de esos cuadros pueden pertenecer a sujetos con lesiones cerebrales o a estados de mal control afectivo. (5) Sin embargo, aparecen como datos específicos: mayor globalización que análisis, tomando la mancha como una sola respuesta, por lo general de contenido vago y difuso. O al contrario, fragmentándolo al máximo perdiéndose en detalles inútiles que le restan calidad. Suele haber estereotipia de pensamiento, así como perseveración, y por consiguiente, falta de creatividad y originalidad. En la mayoría de los casos, dan con más frecuencia respuestas FM que M, éstas representan calidad y control de los impulsos, puesto que para su enunciación hay necesidad de retardar la respuesta. Por lo consiguiente el índice está señalando no sólo falta de calidad, sino impulsividad. Esto, unido a las respuestas de C

puro, o en general, a la mayor cantidad de la suma de respuestas C-CF que de FC, quiere decir que hay falta de control de la afectividad e inclusive agresividad. Debido a este modo peculiar del psicograma, la vivencia es más bien extraversiva que introversiva.

En los pacientes vistos en el Hospital Juárez, se ha observado gran cantidad de respuestas de clarooscuro, entre las que predominan el kF o Fk, como emocionalidad mal controlada.

Todas estas alteraciones de tipo afectivo-emocional dan origen en ocasiones, a sujetos con vivencia de inseguridad y sobredependencia.

Evolución después del tratamiento:- El control psicológico se repite dos meses después de haber iniciado el tratamiento indicado por el médico, una vez que el resultado de los exámenes de laboratorio y el estudio psicológico le han dado datos para el diagnóstico. Es necesario insistir en que el psicólogo no interviene directamente en el problema de la terapéutica médica, sino indirectamente, a través de los resultados obtenidos en las pruebas, una vez que el sujeto ha sido tratado.

Los estudios se efectúan en el mismo orden que la primera ocasión. Se complementan mediante los datos proporcionados por los familiares en los cuales se incluyen rendimiento escolar y conducta. Y los del paciente, quien habla sobre los aspectos subjetivos de su enfermedad.

Variaciones apreciables :a) en el Kohs disminuye el número de movimientos así como el tiempo, que mejora bastante. Aumenta el número de láminas, que antes no era capaz de ejecutar. Esto indica que su bradipsiquia ha bajado, la atención, el análisis y la síntesis, aumentan. Generalmente el C.I. dado en la prueba abstracta, avanza paralelamente a la E.C., o por lo menos, en caso de estar afectado, continúa con la misma deficiencia.

b).- En el Bender, mejora la coordinación motriz. La memoria de fijación aumenta y por lo tanto, las alteraciones o fabulaciones desaparecen.

c).- En el Rorschach, disminuye la globalización, dando más cantidad de respuestas D. Disminuyen las ... C.F. y C., que pueden subordinarse al concepto de "forma" como representante del aspecto intelectual controlador. En ocasiones, los rechazos de las láminas van desapareciendo. La estereotipia puede disminuir.

La familia del enfermo, a menudo nota que éste se encuentra más controlado y es más fácil de manejar. El rendimiento escolar sube. Cuando hay fenómenos equivalentes tales como: terrores nocturnos, enuresis, ausencias etc., - van desapareciendo a medida que las pruebas mejoran, es decir, que los resultados coinciden entre sí. El sujeto mismo dice sentirse más tranquilo, menos inquieto, inestable o "miedoso".

HISTORIAS CLINICAS:

Caso # 1.-

J.G.C. Edad cronológica: 8 años 8 meses. Sexo: Masc.

primer control: 1-VIII-56. (Kohs, Terman-Merrill, Bender-Gestalt-Test, Rorschach, CAT., relato y dibujo libre).

historia clínica: Mayor de dos hermanos. Embarazo normal, parto normal. Evolución normal excepto que el control de esfínteres diurno, se efectuó hasta los 42 meses. En la actualidad ocasionalmente hay falta de control en las noches, la actitud de los padres ante esto, es de censura, la reacción del niño es apenada.

Enfermedades propias de la infancia. Hace año y medio fué operado de un testículo que no había descendido por comple

to.

Actualmente hay insomnio, terrores nocturnos y sonambulismo. Las notas escolares han bajado de calidad, los padres piensan que es negligencia, con ese motivo, lo regañan o castigan; acuden a la consulta por sugestión de una sobrina, estudiante de medicina. Escolaridad de segundo año. Entró a la escuela a los siete años, no ha repetido grados. La maestra lo nota distraído con frecuencia. El padre es sumamente severo y el niño le tiene profundo temor. Nunca lo golpea pero ejerce sobre él una disciplina muy rígida a base de miedo. La madre no puede hacer nada por evitar esta situación. Su nivel cultural y económico es de tipo medio.

Resultado del estudio psicológico: - Rendimiento intelectual ligeramente deficiente, puesto que en el Terman da una E.M. de 8 años 2 meses y en el Kohs de 6 años 3 meses. Por lo tanto la media aritmética es la siguiente:

E.C.: 8 años 8 meses.

E.M.: 7 años 3 meses.

C.I.: 88

Corresponde al rendimiento de grado: Subnormalidad. El déficit se nota más en el Kohs, prueba concreta con límite de tiempo, por esta bradipsiquia y tomando los datos de la historia clínica, se solicita estudio electroencefalográfico.

En el Bender se observa regresión como síntoma de aspecto intelectual deficiente. Dificultad con las figuras superpuestas e inhibición notable.

En el Rorschach, el número de respuestas es bajo, de calidad muy pobre. Hay estereotipia y rigidez de pensamiento.

Ansiedad muy acentuada. Afectividad mal controlada. Vivencia de incapacidad e inseguridad.

En el C.A.T. se observa ambiente sumamente desagradable por gran exigencia y crueldad de los padres que castigan duramente a los hijos. Deseos de aniquilamiento y desaparición de las figuras paternas, puesto que en ocasiones y después de haber sido maltratados, los hijos adquieren importancia y poderío, destrozándolos y desterrándolos de su vida. El castigo de los menores a los poderosos, se repite en varias ocasiones, sin que a éstos les sea fácil morir, por lo tanto, hay la necesidad de aplastarlos varias veces antes de desaparecer definitivamente.

La deficiencia es tan pequeña, que el caso depende de el tacto y la suavidad con que los padres lo encaucen. Sin embargo, ahora hay el aspecto negativo del ambiente, representado por la figura paterna en especial.

Se citó a los padres con objeto de indicarles la forma adecuada de tratarlo. Hubo varias entrevistas con ellos. Regresar a control dentro de tres meses, de no haber disminuido la vivencia de tensión, inhibición y agresión, se hará psicoterapia. Probablemente sería conveniente tratamiento médico para ayudar a mejorar la E.M. (ver también resultado del electro).

resultado del electro:- Ondas con frecuencia de 8-10 por segundo, de mediana amplitud en las derivaciones anteriores, de mayor amplitud en las anteriores. Ondas que semejan el complejo de onda-espiga en todas las derivaciones. Trazo anormal difuso de predominio posterior.

terapia:- Alepsal y Tiaminal.

segundo control psicológico: 29-I-57. (Kohs, Terman, Bender, Rorschach).

En el aspecto intelectual avanza notablemente, en el Kohs dá una E.M. de 7 años 6 meses, aumenta 15 meses en 5

meses. En el Terman, obtiene una E.M. de 9 años 10 meses, aumenta un año 5 meses. La media aritmética es ahora:

E.C.: 9 años 2 meses

E.M.: 8 años 8 meses

C.I.: 94

Aunque sigue perteneciendo al grupo Subnormal, sólo le falta un punto para estar dentro de la normalidad.

En el Bender sigue habiendo regresión, aunque es -- más ligera. Mejora la atención. Hay un poco de inseguridad.

En el Rorschach, disminuye el número de respuestas. La calidad aumenta. El resultado del aspecto intelectual es prácticamente igual. La ansiedad permanece, pero bajo el control de forma más definido que la vez pasada. Se nota impulsividad. El balance de la esfera afectivo emocional no es tan satisfactorio como el de la intelectual. Los padres deben seguir actuando de acuerdo con las instrucciones recibidas y aunque su escolaridad ha subido mucho, no deben presionarle en ese sentido. Regresar a control en - Julio.

relato de la madre:- Está rindiendo bien en la escuela; - pasó a 3o. año con muy buen promedio. El padre ha cambiado mucho, está cariñoso, no es ya tan rígido. El niño está contento, menos miedoso con él. La falta de control de esfínteres ha disminuído aunque aun no desaparece. Los terrores nocturnos y el sonambulismo han desaparecido. Cuando toma el Alepsal se pone un poco molesto. En la escuela lo notan menos distraído, ya no hay quejas. Lo único que persiste es la falta de control de esfínteres, ocasionalmente.

CASO # 2.-

E.D. Edad cronológica: 17 años. Sexo: Masc.

primer control: 4-VI-56. (Goodenough, Terman-Merrill).

historia clínica:- Tercero de cuatro hermanos. Embarazo normal, parto largo. Antecedentes alcohólicos en el padre. La madre lo notó retrasado desde los 24 meses, lenguaje a los 30 meses, dentición antes del año, control de esfínteres a los 36 meses. Enfermedades propias de la infancia. Sumamente excitable y con pequeñas convulsiones pero sin llegar a perder el conocimiento. Actualmente escolaridad de tercero de primaria, le cuesta trabajo. Ingresó al colegio a los siete años, pero reprobó el primero tres veces, el segundo cuatro veces. Este es el segundo año que está en 3o. Es molesto para los amigos por su adherencia para con ellos. Solamente en una ocasión ha sido agresivo, cuando atacó a uno de sus hermanos con un cuchillo pero no llegó a hacerle nada. Cefaleas frecuentes intensas.

resultado del electroencefalograma: Anormal difuso con predominio de ondas lentas.

resultado del estudio psicológico: Sujeto cuyo rendimiento intelectual es sumamente deficiente, en el Goodenough dá - E.M. de 6 años. En el Terman de 7 años. El Kohs no lo ejecuta. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 17 años
 E.M.: 6 años 1 mes
 C.I.: 50

El rendimiento corresponde al grado: Debilidad mental profunda.

terapia: Epamin y Acido Glutámico.

segundo control psicológico: 10-IX-56. (Kohs y Terman-Merrill).

El rendimiento intelectual sigue siendo deficiente,

en el Kohs dá E.M. de 5 años 5 meses. En el Terman de 7 años 3 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 17 años 3 meses

E.M.: 6 años 3 meses

C.I.: 51

Corresponde al rendimiento de grado: Debilidad mental pro
funda.

relato de la madre:- Ha dejado la escuela y trabaja en --
una imprenta, ayudando. Está contento. Las convulsiones -
han desaparecido pero la cefalea continúa. Se le citó en
Febrero, pero no acudió.

Caso # 3.

R.C.O. Edad cronológica: 6 años Sexo: Masc.

primer control: 3-VII-56. (Goodenough y Terman-Merrill).

historia clínica:- Mayor de tres hermanos. Embarazo nor--
mal, parto a término pero de larga duración. Hace cuatro
años empezó a presentar ligeros temblores, inquietud, in--
somnia, terrores nocturnos. Siempre ha sido muy distraído
e irritable. Cuando nació estaba morado y hubo necesidad
de darle respiración artificial. Hace un año recibió trau--
matismo craneoencefálico y sufrió conmoción cerebral. Evo
lución: se sentó sólo a los 6 meses, sostuvo su peso a los
9 meses, caminó a los 14 meses, dentición antes de los 12
meses, lenguaje primeras palabras a los 18 meses, oracio--
nes a los 24 meses (aún no habla bien), control de esfín--
teres a los 12 meses (actualmente no lo hay durante el día)
No ha ido a la escuela por no tener la edad reglamentaria.

resultado del estudio psicológico: Rendimiento intelectual
deficiente puesto que en el Goodenough dá una E.M. de 5 -

años. En el Terman, de 4 años 10 meses. Por lo tanto la -
media aritmética es la siguiente:

E.C.: 6 años
E.M.: 4 años 11 meses
C.I.: 80

Rendimiento correspondiente al grado: Subnormalidad. Se
recomienda tratamiento médico, se solicita electro, vol-
ver en Diciembre.

resultado del electroencefalograma:- Ondas con frecuencia
media de diez por segundo, de baja amplitud-con mayor am-
plitud en las derivaciones temporales-ondas con aspecto
subcortical proyectadas en todas las derivaciones- ondas
en forma de espiga más notables en las derivaciones ante-
riores- trazo anormal difuso, con predominio anterior.

terapia: Atarax y Acido Glutámico.

segundo control psicológico: 6-XII-56.

Aspecto intelectual mejorado notablemente, teniendo de me-
dia aritmética:

E.C.: 6 años 3 meses
E.M.: 6 años
C.I.: 97

En cuatro meses avanza casi un año, el C.I. es nor-
mal, aunque bajo. El problema de la falta de control de -
esfínteres continúa, se hace notar que su empiezo coinci-
de con el nacimiento de un hermano hacia el cual ha teni-
do siempre agresividad. Su E.M. es ahora adecuada para la
escuela; tratamiento médico otros tres meses y control.
Se inicia psicoterapia. De el relato de la madre se obtie-
nen los siguientes datos: hijo del primer matrimonio de -
la madre, nacido en Poza Rica de donde lo traen a México
pues el clima le hacía daño. Lo depositan con la abuela
materna. Tiempo después la madre se divorcia y viene a

México, vive con su madre y el niño. Vuelve a contraer matrimonio, intenta llevarse al niño consigo pero la abuela no lo permite. En esa época tenía mal control de esfínteres durante la noche. Cuando el segundo hermano nace, se inicia la falta de control durante el día.

De las pruebas proyectivas se concluye: vivencia de soledad muy intensa, agresividad hacia la figura materna, de la cual sin embargo, desea obtener amor. Agresividad hacia la figura de un hermano. En la conversación manifiesta envidia hacia los niños que "viven en la casa de mi mamá, donde yo vivo es la casa de mi abuelita, que es fea porque es chiquita y no tiene árboles ni jardín grande como la de mi mamá". En realidad, no tiene un lugar "suyo" que le pertenezca. La psicoterapia se efectúa a base de dibujo y juego libre, descargando su agresividad hacia el hermano, del cual finalmente se convierte en protector. La madre recibe instrucciones de llevarlo a vivir con ella, así lo hace aprovechando la circunstancia de que debe entrar en la escuela que está cerca de su casa.

tercer control psicológico: 2-III-57.

El rendimiento intelectual sigue mejorando, en el Terman sube a los 6 años 10 meses. En el Kohs, que antes era incapaz de ejecutar, ahora obtiene una E.M. de 5 años 5 meses. Por lo tanto, la media aritmética es la siguiente:

E.C.: 6 años 5 meses

E.M.: 6 años 1 mes

C.I.: 95

Aparentemente ha bajado de rendimiento, pero no es así, porque ahora ejecuta el Kohs. El problema del control de esfínteres malo, ha desaparecido desde hace un mes, vive con la madre. Está manejable y afectuoso con los hermanos. Ha ingresado en la escuela, rinde bien y está muy contento. Las dos últimas entrevistas se queja la madre de que

entra en ansiedad cuando se queda a dormir en la casa de la abuela para acudir al otro día a la sesión. Le es indicado que no debe dejarlo allí pues teme perder la situación privilegiada, su casa de la cual se muestra orgulloso. La madre ha cooperado bien. Sigue en tratamiento psicoterápico y médico, control dentro de tres meses.

terapia: Se suspende el ácido glutámico pues le había ocasionado trastornos digestivos. Ahora fósforo y vitamina B.

Caso # 4.

E.G.G. Edad cronológica: 3 años 3 meses. Sexo: Masc.

primer control: 3-XII-54.

historia clínica: Menor de seis hermanos. Embarazo y parto normal. Se sentó sólo a los 9 meses, lenguaje a los 24 meses, caminó a los 24 meses, control de esfínteres a los 29 meses, dentición antes del año. Desde los dos años de edad, ataques con pérdida del conocimiento. A los 19 días del -- primero, sufre un segundo durante el cual cae golpeándose la cabeza; provocó hematoma sin sangre, dió un grito, y -- perdió el conocimiento, estertores con mirada fija, después de esto se duerme media hora y despierta normal. Hace cuatro días que tiene iguales síntomas, pero en esta ocasión acompañados de vómitos. Los ataques se van haciendo más -- frecuentes. Retraso lingüístico y en la marcha. Electro -- anormal difuso. Diagnóstico: epilepsia.

resultado del estudio psicológico: -- No efectúa el Goode-- nough, en el Terman obtiene una E.M. de 2 años 4 meses. Por lo tanto el C.I. es de 71, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental superficial.

terapia: Diamox.

segundo control psicológico: 9-I-55.

No ha tenido ataques, habla mejor. En el Goodenough no llega a esbozar la figura humana. En el Terman dá una E.M. de 2 años 3 meses, su E.C. es de 3 años 4 meses. El C.I. es de 65, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental media. No ha avanzado sino un mes en un mes.

terapia: Epamin y Fenobarbital. En Mayo presenta dos ataques y mareos constantes.

tercer control psicológico: 23-V-55.

Ya es capaz de realizar el Goodenough, obtiene una E.M. de 4 años 3 meses. En el Terman da una E.M. de 2 años 8 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 3 años 11 meses

E.M.: 3 años 4 meses

C.I.: 85

rendimiento de grado: Subnormalidad.

terapia: Levadura de Cerveza, Epamin y Fenobarbital. Los ataques han disminuido a uno cada semana. En Agosto se añade Mysoline, se suspende la levadura de cerveza. Ataques disminuyen más.

cuarto control psicológico: 25-VIII-55.

En el Goodenough se mantiene en la E.M. de 4 años 3 meses. En el Terman obtiene E.M. de 3 años. La media aritmética es:

E.C.: 4 años 7 meses

E.M.: 4 años 1 mes

C.I.: 89

En dos meses ha avanzado en el Terman tres meses de edad mental. En el resultado global sube tres meses y el C.I. aumenta hasta 89, pero continúa correspondiendo al grado: Subnormal.

terapia: La misma. Se han suspendido los ataques.

quinto control psicológico: 14-V-56.

Ha avanzado notablemente en su rendimiento intelectual. En el Terman obtiene una E.M. de 4 años 7 meses. En el Goodenough, de 4 años 3 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 4 años 8 meses

E.M.: 4 años 5 meses

C.I.: 94

Su rendimiento es prácticamente normal. Ha avanzado diez meses en ocho meses. Es necesario repetir el control para evitar un retroceso.

terapia: La misma, continúa sin ataques. Tuvo sarampión, está con las mismas medicinas hasta enero de 1957, sin repetir los ataques.

sexto control psicológico: 11-II-57.

El aspecto intelectual sigue avanzando satisfactoriamente. Ahora ejecuta el Kohs donde da E.M. de 5 años 5 meses. En el Terman su E.M. es de 5 años 6 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 5 años 5 meses

E.M.: 5 años 3 meses

C.I.: 96

El rendimiento, aunque sigue siendo bajo, es normal actualmente. Es necesario vigilarlo estrictamente en lo sucesivo para evitar retrocesos. Volver el mes de Mayo.

terapia: La misma. Sin ataques.

relato de la madre: Ha notado que desde que desaparecen los ataques su evolución ha sido muy rápida, especialmente en lo que respecta al lenguaje que ahora está normal por completo. Empieza a ir a un jardín de niños donde está bien adaptado.

Caso # 5.

E.E.C. Edad cronológica: 6 años 5 meses Sexo:Masc.

primer control: 14-V-56. (Kohs, Terman-Merrill, Rorschach, C.A.T. relato y dibujo libre)

historia clínica: Mayor de cuatro hermanos. Embarazo molesto por haber estado enferma de un riñón. Parto muy largo, duró dos días y medio, con fórceps. Al año y medio de edad, traumatismo craneo-encefálico, sin pérdida del conocimiento.

A los dos años de edad tenían muchas dificultades con él, por ser agresivo, opositorista, irritable. Evolución: se sentó solo a los cuatro meses, caminó a los 11, habló bien al año tres meses; dentición retrasada, control de esfínteres en época normal.

Actualmente, escolaridad de segundo año, no ha tenido dificultades en cuanto aspecto intelectual pero sí en la conducta: pelea constantemente y es muy indisciplinado. En la casa es agresivo con los hermanos, tiene problemas constantemente: corta con las tijeras los objetos, tira cosas, etc., más tarde se arrepiente y dice "el diablo me aconsejó". Con la madre tiene dificultades porque el pa-

dre es sumamente benévolo. La madre es poco apta para manejarlo porque tiene demasiado trabajo en el hogar, además de estar preocupada con los problemas económicos. Le han aconsejado que lo interne en una escuela especializada, pero ella, que es maestra, no quiere porque se da cuenta de que el problema no es ese.

Ultimamente ha empezado a presentar terrores nocturnos.

resultado del estudio psicológico: El rendimiento intelectual global es satisfactorio, puesto que da una media aritmética de: E.M. 6 años 6 meses y C.I. de 100, es normal. Sin embargo, tomando las dos pruebas por separado, la de ejecución de Kohs y la abstracta o Terman, en la primera da una E.M. de 5 años 10 meses y C.I. de 90, correspondiendo al grado: Subnormalidad. En cambio en el Terman da E.M. de 7 años 2 meses o sea superior a su E.C., el C.I. es de 111. En el Rorschach, el número de respuestas es satisfactorio. La calidad, aunque es menor que la popularidad, indica que hay elaboración y creatividad. El contenido de las respuestas es bueno. En general, está de acuerdo con el rendimiento en el Terman. Hay ligera rigidez de pensamiento.

Presenta ansiedad que incluso le lleva a dar choque negro. Respuestas de color puro en bastante cantidad. Hay impulsividad muy acentuada y afectividad mal controlada, con tendencia a actuar sin evaluar el impulso.

La verbalización de la prueba, es típica de él, son relatos y fantasías cuyo contenido alude a brujas, fuego, espantos, sangre, etc. Durante las entrevistas, habla espontáneamente y con facilidad. Cuenta algunos cuentos infantiles como el de "Las semillas mágicas" o "20 000 leguas de viaje submarino", lo curioso de éstos, es que capta con más fidelidad los detalles crueles, desagradables, en los cuales hay sangre, heridos o muertos: "El gigante le dá tal trancazo que lo hace una tortilla, esto es la lumbre y lo pone en el comal, el otro lo ve embarrado y

lo limpia con el hacha y lo avienta" "esto es como un -- plato grandote con sus dientes, les corta las venas y los mata y les bebe la sangre y es tan sanguinario que los mata y los chupa y les bebe la sangre y los avienta y los -- estrella". "Esto es lumbre, es el diablo, ¿ves el trinche? está trinchando al chamaquito, está muerto, claro, si le meten un trinche o un cuchillo, como no se va a morir. Había otro niño entre las llamas, no lo quería coger el diablo, estaba saboreando al otro". El colorido de los dibujos es explosivo, llena totalmente el papel de trazos fuertes e irregulares de colores vivos: rojo especialmente, azul o negro. Su conducta es inquieta pero bastante manejable. En el C.A.T. se ve una actitud de camaradería con la figura paterna, en oposición a la materna. El padre es -- más importante para él, aunque por momentos hay cierto resentimiento hacia éste, el niño le hace perder, y se burla de él.

De acuerdo con los datos anteriores: bajo rendimiento en el Kohs con alto en el Terman y el Rorschach, que -- posiblemente sea el verdadero. Respuestas de color puro y presencia de rechazos en las láminas claroscúras, colorido de los dibujos y comportamiento en general, podría tratarse de un niño con equivalentes epilépticos, al cual el medio le está dando ocasión para desequilibrarse más, por conducta inadecuada del padre, la madre, la hermana. Sugiere además del tratamiento necesario, influir en lo -- posible para restarle ambiente desagradable al hogar.

Repetir control dentro de dos meses. Se solicita E.E.G.

resultado del electroencefalograma: Ondas de baja amplitud, mal moduladas. Actividad paroxística general de ondas delta de alto voltaje, ondas en forma de espiga en todas las derivaciones. Disritmia paroxística general.

terapia: Acido glutámico, Fenobarbital.

segundo control psicológico: 28-VII-56.



El aspecto intelectual está mejorando. Ahora en el Kohs llega a dar una E.M. de 7 años 8 meses. En el Terman sube hasta los 7 años 10 meses. La media aritmética es:

E.C.: 6 años 7 meses

E.M.: 7 años 9 meses

C.I.: 115

En el Rorschach el número de respuestas aumenta notablemente. Aunque hay más rigidez de pensamiento y este reotipia, el control intelectual no ha mejorado. Existe ansiedad, afectividad exaltada, aún cuando da algunas respuestas en las cuales la forma es predominante, es decir, que empieza a tener un ligero retardo del impulso inicial. Ahora ya no hay choque negro y el intento de choque color está controlado, de tal manera que tal vez ese sea el motivo por el cual hay aparentemente, menos control. Se eliminan los relatos terroríficos que antes contaba durante las pruebas.

El colorido del dibujo ha pasado de explosivo a depresivo, al rojo lo substituye el verde, negro o morado. Se le nota inquieto pero depresivo. Antes era inestable pero bullicioso. En las entrevistas es siempre fácil de manejar, mediante la persuasión y la amistad. La madre ha exagerado los cuidados pero en ocasiones es violenta e impaciente. El niño usa ahora de la enfermedad como excusa "estoy loco" para sus arranques impulsivos y antisociales.

relato de la madre: Ha bajado de apetito, el Fenobarbital le marea y no le produce efecto. El sueño ha mejorado pero siguen los problemas de conducta en la escuela.

Se cita al padre para tratar con los dos juntos el problema del niño. El papá es un hombre calmado pero egoísta que no participa en los problemas del hogar, por ello puede manejar al niño, por su indiferencia calmada. La madre es una mujer sumamente posesiva, violenta y celosa de

su autoridad sobre los niños, mediante el pretexto de la educación religiosa, no deja que nadie más intervenga en ello. Además está agobiada por las tareas hogareñas y los problemas que tiene con los hijos del primer matrimonio - de su marido. Aparentemente cede a las indicaciones que se le hacen, pero en realidad parece que no es así. Se recomendó nuevamente tranquilidad y variación en el modo de dar la disciplina.

terapia: la misma.

tercer control psicológico: 25-I-57.

Había faltado a la consulta por enfermedad de la madre.

En el Kohs ha bajado ligeramente pero continúa arriba de lo normal. En el Terman ha subido 4 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 7 años 2 meses

E.M.: 7 años 8 meses

C.I.: 104.

El rendimiento general también ha bajado pero continúa por encima de lo normal.

En el Rorschach, aumenta la calidad, en cuanto a originalidad, hay menos rigidez de pensamiento y estereotipia. Actualmente vivencia coartada, antes era extroversiva.

Aumenta la ansiedad, baja la impulsividad y agresividad. Así pues, baja el C.I. y los aspectos clínicos equivalentes a la epilepsia van desapareciendo, pero aumenta la ansiedad. Esto es opuesto a su conducta real. Dibujo -- depresivo y sombrío.

resultado del electroencefalograma: Ondas de frecuencia - media de 10 por segundo, de mediana amplitud. Algunas on-

das delta intercaladas en el trazo más notable en las derivaciones anteriores izquierdas. Comienza a desaparecer la tendencia a la disritmia paroxística general.

relato de la madre: Lo han expulsado de la escuela por mal comportamiento, el resto del tiempo lo pasó en la casa con profesor y clases particulares, aprobó el 4o. año con promedio de nueve. Ella se queja de sus problemas habituales y desea meter al niño a una escuela especial. Se le disuade de esto, ingresa en una escuela particular, él dice que el conflicto final que causó su expulsión fué debido a que la maestra le dijo que estaba loco, como consecuencia del incidente, los compañeros lo empezaron a molestar. La madre le había platicado a la maestra el caso, con la esperanza de que tratara de comprenderlo mejor.

Se sugiere a la madre tratamiento psicoterápico, puesto que es la que causa los conflictos del niño y a éste se le va a someter a un nuevo reconocimiento médico.

CONCLUSIONES:

El estudio psicológico, proporciona al neurólogo, datos que él no puede encontrar desde el punto de vista médico, ni tampoco son fácilmente observables por los familiares. El punto de vista clínico y el psicológico dan una imagen completa del ser humano. Datos tales como la bradipsiquia, o las fallas en la atención o la afectividad, poco controlada, no pueden ser vigiladas en su evolución, sino a través de pruebas que proporcionan datos objetivos y controlables. Las pruebas se adaptan a las características de la enfermedad, buscan corroborar lo que se ha encontrado o se sospecha clínicamente, pero que no puede aparecer, bajo ese punto de vista, sino psicológicamente. Es importante hacer notar que este trabajo lo efectúa el psicólogo, tomando en cuenta el criterio de lo que debe ser cambiado y vigilado en la enfermedad. Por lo tanto, aunque la batería con que se efectúa la exploración no es rígida en general, en el caso de la epilepsia importa controlar los datos menciona-

dos con anterioridad. En opinión nuestra, las pruebas que hemos descrito, son las que llenan mejor ese objetivo. Habrá ocasiones en las cuales haya necesidad de variar alguna de ellas, pero serán cambios que no afecten fundamentalmente la teoría antes enunciada. Sería ideal si, con el objeto de evitar aprendizaje, en la sucesiva aplicación de pruebas, se emplearan otras que fueran equivalentes en su modalidad. Por desdicha, el presupuesto de la Institución no permite tener un material amplio y variado. De cualquier manera, el adelanto puede ser apreciado aún contando con el factor de aprendizaje que en realidad será pequeño, por el tiempo entre cada entrevista y las dificultades nuevas que se le presentan cada ocasión.

En este caso, la colaboración entre médico y psicólogo, permite guiar más adecuadamente al paciente.

2.- Oligofrenia.

Conceptos teóricos generales.

Respecto a la inteligencia, como a todas las demás funciones psíquicas, necesitamos tener una definición antes de entrar en su estudio. Existen diversos conceptos, entre los cuales, mencionaremos el de Terman: "un hombre es inteligente, en la medida que puede pensar abstractamente".

Thorndike opina: "es la habilidad del hombre para reaccionar correctamente desde el punto de vista de la verdad y los hechos".

Spearman dice: "la inteligencia está formada por el factor G que es esencialmente intelectual, puesto que implica la comprensión de sus propias experiencias y la deducción de relaciones y correlaciones. Los factores S son específicos para determinadas situaciones".

Stern por su parte, califica a la inteligencia como "la adaptabilidad general del hombre para enfrentarse a problemas y a las condiciones mudables de la vida". (6)

Cualquiera que sea la definición que aceptemos, debemos reconocer que el pensamiento posee dirección, ritmo y contenido, y que cuando se altera uno de esos factores, provoca resultados anormales. Un ejemplo de contenido patológico en el pensamiento, es el delirio de persecución o robo de ideas del paranoico.

La dirección está alterada en la disgregación del esquizofrénico, o la perseveración, incoordinación, etc.

Cuando el ritmo se hace lento o es lento, aparecen las deficiencias intelectuales. La inteligencia debe avanzar de un modo paralelo al desarrollo cronológico. Ambos aspectos se ponen en marcha desde el momento del nacimiento, y en los casos normales, siguen conservando su paralelismo, correspondiendo la edad mental a la edad cronológica, de cuya comparación resulta el cociente intelectual.

Las anomalías intelectuales son la discrepancia entre la edad mental y la cronológica. Una de ellas es de exceso, es decir, cuando la edad mental es superior a la cronológica. La otra es de defecto, cuando la edad mental es menor que la cronológica.

Las causas de deficiencia intelectual, pueden ser:

- 1.- Factores hereditarios.
- 2.- Factores anteriores al nacimiento: pobreza de los genes, alteraciones endócrinas de los padres, sífilis, alcoholismo, métodos anticonceptivos, etc.
- 3.- Durante el nacimiento: por asfixia o hemorragias en los traumatismos del parto, especialmente por parto prolongado o distócico, uso de forceps, etc.

- 4.- Después del nacimiento: encefalitis, meningitis, traumatismos de craneo, toxemias, trastornos convulsivos, etc.

Los factores anteriores al nacimiento o los que provocan alteraciones durante el nacimiento originan una evolución lenta del desarrollo psíquico general que se manifiesta por deficiencia intelectual de grado diverso, siempre en relación de lo que correspondería al sujeto, dados su edad e instrucción recibidas. A este fenómeno se le denomina Oligofrenia (Krapelin). (7)

Aquellas eventualidades que detienen un pensamiento que transcurría por su dirección, ritmo y contenido correcto. O que le hacen retroceder, se llama Demencia. Por lo tanto, es una deficiencia adquirida en un sujeto que antes era normal. La demencia generalmente es irreversible, el individuo no llega a readquirir el nivel que antes poseía. Se considera que en el período inicial hay tres tipos: (8)

- 1.- Demencia amnésica (falta de memoria que provoca alteraciones intelectuales y que se va acentuando paulatinamente).
- 2.- Demencia estructural (destruye la capacidad de realizar operaciones intelectuales combinatorias).
- 3.- Demencia aperceptiva (incapacidad de distinguir entre lo esencial y lo secundario).

Existen además:

- 1.- Demencia esquizofrénica (seudo demencia, puesto que en estos casos, no se puede saber cual es el rendimiento real del sujeto, ya que su inteligencia está fuera de uso).
- 2.- Demencia relativa (individuos que fracasan debido a que se dedican a empresas superiores a su capacidad).

La oligofrenia es generalmente congénita, aunque en los casos graves es recesiva. La oligofrenia tiene su manifestación más evidente en el retardo intelectual. Sin embargo, los sujetos oligofrénicos suelen presentar también alteraciones emocionales, afectivas o volitivas. Es frecuente encontrar agresividad o impulsividad, no por el hecho de que tengan tendencias antisociales, sino por la razón de que no poseen capacidad intelectual que les controle. Así pues, mientras crecen en peso y estatura, su rendimiento está muy lejos de corresponder al progreso físico. Son personas inmaduras y por lo tanto, mal adaptadas al medio. Sus deficiencias resaltan más mientras el círculo en el cual se encuentren colocados sea más elaborado. Esto sucede tal vez con mayor frecuencia, no en los casos de oligofrenia heredada, puesto que el ambiente del hogar puede no estar alejado de su rendimiento. Sino en aquellos casos en los que ha sido provocada por accidentes de parto o enfermedades en los progenitores, que no corresponden a deficiencia mental en sí misma: alteraciones endócrinas, enfermedades durante el embarazo, etc. Es decir, cuando la causa fué congénita u obstétrica.

En los individuos que son oligofrénicos por herencia, el medio poco favorable creado por padres vagos, amorales o apáticos, acentúa el problema puesto que no sólo no se desarrolla el poco cociente intelectual que poseen, sino se le rodea de circunstancias que les hacen parecer más rudimentarios.

El diagnóstico de la oligofrenia se realiza mediante la historia clínica cuidadosa y la revisión de antecedentes personales y familiares. Además, en estos casos, es sumamente importante el control psicométrico, que determina de un modo objetivo y científico el grado de rendimiento que posee el sujeto. También es el único procedimiento mediante el cual se puede comprobar si existe adelantado después de haber sido sometidos a tratamiento. Antiguamente, la clasificación de grados de la oligofrenia, se hacía de un modo poco preciso y con puntos mal detallados: (9).

- 1.- Idiocia (cuando no poseen lenguaje).
- 2.- Imbéciles (capaces de tener expresión oral pero no escrita).
- 3.- Débil mental (retraso aproximadamente de dos o tres años).

En la actualidad, se usa el método del cociente intelectual dividido en grados:

| | |
|------------------------------|------------|
| Ideocia | de 0 a 29 |
| Imbecilidad | " 29 a 50 |
| Debilidad mental profunda | " 50 a 60 |
| Debilidad mental media | " 60 a 70 |
| Debilidad mental superficial | " 70 a 80 |
| Subnormalidad | " 80 a 95 |
| Normalidad | " 95 a 110 |

Las formas clínicas de la oligofrenia son: (10)

- 1.- Mongolismo. (aparentemente se trata de una alteración de tipo congénito de causa intrauterina. Nivel entre imbecilidad y debilidad mental).
- 2.- Idiotez familiar amaurótica (detención del desarrollo intelectual entre los 2 y los 8 meses de edad. Se caracteriza por indiferencia y apatía, debilidad muscular, ceguera o estrabismo. Se parece a la rigidez de descerebración. Es de origen hereditario recesivo, propia de la raza judía debido a endogamia. Existen lesiones neuropáticas y mueren alrededor de los 6 años).
- 3.- Ideocia juvenil amaurótica. (aparece alrededor de

los 5 años de edad con crisis epileptiformes que aumentan con la edad. Neurológicamente se ve auro cianosis, marcha espástica, dislalias. Se trata de una enfermedad recesiva hereditaria que se diferencia de la anterior porque las lesiones de fondo de ojo son distintas.

- 4.- Cretinismo. (Detención del desarrollo desde edad temprana por alteraciones de la glándula tiroides. También se debe a consanguinidad o aspectos endémicos debidos a hipotiroidismo. Se caracteriza por la lentitud de pensamiento, inhabilidad motora y disminución de la iniciativa. Juicio defectuoso. El cretinismo infantil se puede corregir mediante la administración de glándula tiroides).
- 5.- Idiotez meningo encefálica. (Causada por encefalitis, meningitis, etc.)
- 6.- Esclerosis tuberculosa. (Es hereditaria recesiva. Presenta gliomas cerebrales y formaciones neoplásicas en las cápsulas suprarenales o en otras partes del cuerpo. Se caracteriza por su rápida evolución. Presenta ataques epileptiformes con frecuencia.)
- 7.- Hidrocefalea. (Trastornos intelectuales por deformaciones del volumen del cráneo).

Es frecuente que además de la oligofrenia, presenten otros trastornos: respiratorios, circulatorios, epilepsia, etc.

Casos vistos en el Hospital: Entre los sujetos que acuden a la consulta externa, se observa con mayor frecuencia, la oligofrenia de tipo hereditario; la provocada por traumatismos obstétricos y la mongoloide. De cretinismo, no se ha presentado sino un caso cuyo estudio quedó inconcluso porque desertó.

Existen también con frecuencia los casos de demencia puesto que generalmente son derivados de la sala # 3 hacia la consulta externa, para su tratamiento posterior.

La teoría del mecanismo de producción de estas alteraciones, ha sido ya enunciada en la parte correspondiente a Conceptos Teóricos Generales. Nos limitamos a añadir que es indudable que la mayor incidencia de la oligofrenia hereditaria se debe sin duda a las condiciones de vida cuya higiene, alimentación y educación son muy defectuosas.

Por otra parte, siguiendo con el plan de intentar esbozar los rasgos característicos a cada concepto tratado, podremos decir que psíquicamente, estos sujetos poseen los siguientes puntos:

- 1.- Apatía e indiferencia.
- 2.- Inestabilidad en la atención.
- 3.- Deficiencia de la memoria.
- 4.- Bradipsiquia en los procesos mentales.
- 5.- Inestabilidad afectiva.
- 6.- Inestabilidad motora.

La apatía, falta de atención, mala memoria, lentitud de pensamiento, se pueden observar a través de las pruebas de inteligencia, así como de su comportamiento en general. La alteración afectiva-emocional, en el Rorschach. En realidad, son un bloque en el cual el común denominador es la lentitud de sus procesos.

En estos casos, se usan dos pruebas de inteligencia, de acuerdo con el nivel intelectual del sujeto, puesto que en ocasiones su C.I. no es suficiente para poder solucionar alguna de ellas. El Rorschach se aplica, no de una manera rutinaria, sino cuando se considera que el caso lo -

amerite. O cuando los familiares se quejan específicamente de alteraciones de conducta.

Las pruebas de inteligencia se eligen entre las que posee el Hospital: Escala de desarrollo de Gesell, Terman-Merril, Kohs, Wechsler Bellevue, Goodenough, etc.

Aún cuando es difícil encontrarse casos de oligofrenia "pura", hemos tratado de seleccionar para ilustrar el capítulo, aquellos en los cuales no existen ataques o equivalentes epilépticos. El tratamiento se efectúa generalmente mediante ácido glutámico. Aún cuando hay y ha habido grandes discrepancias respecto a la utilidad de este producto como "alimento cerebral". Se ha observado que influye también en la supresión de crisis convulsivas. Así como en el crecimiento somático. Es indudable que el ácido glutámico es prácticamente inútil en casos de oligofrenia profunda como imbecilidad o ideocia (C.I. de 50 para abajo). Pero en individuos con rendimiento Subnormal o dentro de la división de la Debilidad Mental, se obtienen buenos resultados.

Actualmente se ha encontrado que la administración de hormona sexual masculina o testosterona, puede tener éxito en el tratamiento de la oligofrenia, debido a su acción indirecta sobre la glándula tiroides, cuya función es importante para determinar el nivel intelectual del individuo. (11)

Es indudable que ninguno de los dos medicamentos pueden garantizar el éxito total de el tratamiento. Pero en tanto no se encuentre algo mejor, se debe seguir administrándolos. Lo único imperdonable sería dejar crecer la distancia entre la edad mental y la cronológica, pues esto haría cada vez más grave el problema.

Evolución después del tratamiento: En el segundo control, hecho tres meses después, se ha encontrado que en la mayoría de los casos, han subido de rendimiento intelectual. O han permanecido con la misma deficiencia anotada en la primera entrevista, sin retroceder más. Se eligieron niños menores de 14 años para ser presentados como ejemplos porque se considera que después de esta edad, la inteligencia ya no crece en forma longitudinal, sino horizontal. Es decir, que puede ganar mediante aspectos culturales pero, no en desarrollo neto, sino enriquecimiento de lo ya existente.

En la segunda entrevista, se observa que aumenta el interés activo por los juegos, y el funcionamiento del medio en general, con actitud más socializada.

Capacidad mayor de atención y mejoría en la memoria de fijación, o disminución de la falta de la misma. Es capaz de retener mejor las cifras del Terman, y cumplir varias órdenes dichas simultáneamente. Disminución de la alteración motora que generalmente coincide con la mejoría de la atención. Especialmente durante la aplicación de la prueba, había dificultad para retener órdenes o consignas por la incapacidad de mantener la misma posición algún tiempo determinado. En general, más facilidad para el control y manejo del sujeto.

HISTORIAS CLINICAS:

Caso # 1.

J.M.G. Edad cronológica: 9 años 2 meses. Sexo: Masc.

primer control: 6-II-56. (Escala de Gesell).

historia clínica: Hijo único. Madre sana. Padre alcohólico, con pruebas serológicas positivas y con un hermano enfermo mental. La madre se preocupa mucho por rodear al niño de cuidados protectores, guarda fuerte resentimiento hacia su esposo, del cual se encuentra separada desde que el niño -

tenía ocho meses.

Embarazo molesto, durante los tres primeros meses - en tratamiento a base de arsenicales, bismuto y penicilina. Estuvo a punto de abortar en dos ocasiones debido a dificultades con el esposo; depresión por su actitud desagradable. Parto a término, difícil y largo, nació asfixiado y cianosado, hubo necesidad de efectuar maniobras para reanimarlo, tardó aproximadamente dos minutos para respirar. Pesó cuatro kilos. En la parte anterior de la cabeza presentaba una prominencia que fué disminuyendo al mismo tiempo que aparecía hinchazón al nivel de los ojos, que se pusieron morados. Alimentación materna hasta el año, siempre comió con exceso. Evolución: se sentó al año y medio, empezó a gatear al año seis meses. A los 24 caminó pero con mucha dificultad. Dentición muy retardada, le rasparon las encías porque no brotaban espontáneamente. La única palabra que pronuncia hasta la fecha, es "mamá" y con gran dificultad. El crecimiento físico fué muy rápido.

A los 8 meses de nacido presentó pigmentación amarillenta en la piel durante 15 días. Al mes, hemorragia umbilical. Durante el primer mes, dificultad para llorar -- pues perdía la respiración. A los 8 meses tuvo pulmonía. Sarampión a los siete años. Tranquilidad alternada de períodos de excitación en los cuales grita y rompe objetos. Incontinencia de esfínteres.

primer control psicológico: 6-II-56.

Se efectuó mediante la Escala de Gesell. Hay gran dificultad en aplicar la prueba por su falta de atención e inestabilidad motriz. Permanece en la silla, con la cabeza oscilante y sin entender las consignas. No hay posibilidad de dejarle los juguetes a su alcance pues los -- avienta violentamente contra la pared. Se observa prensión muy enérgica, que dificulta retirarle de la mano los objetos que ha tomado.

En la esfera motriz dá un nivel entre los 21-24 meses.

En la esfera adaptativa, entre los 18-21 meses.

En la esfera lingüística, apenas llega a las 40 semanas.

En la esfera personal-social está entre las 56 semanas y los 15 meses.

terapia: Acido Glutámico.

resultado del segundo control psicológico: 23-IV-56. Ha avanzado muy lentamente.

Esfera motriz: entre los 24-30 meses.

Esfera adaptativa: entre los 21 y 24 meses.

Esfera lingüística entre las 52 y 56 semanas.

Esfera personal-social entre los 15-18 meses.

relato de la madre: Lo nota más calmado. El adelanto más notable es en el lenguaje.

terapia: La misma.

tercer control psicológico: 26-VI-56. Ha disminuído la velocidad del adelanto que en esta ocasión es ínfimo.

Esfera motriz cerca de los 24 meses.

Esfera adaptativa entre los 18-21 meses (ha retrocedido).

Esfera lingüística entre las 52 y 56 semanas.

Esfera personal-social entre los 18 y los 21 meses.

terapia: En vista de que el ácido glutámico ya no le hace efecto, fué operado hace tres meses.

resultado del cuarto control psicológico: 9-X-56. La mejo

ría es ligerísima, con mayor adelanto en la esfera personal-social y motriz. Su edad cronológica es ahora de 9 - años 11 meses.

Esfera motriz pasa los 24 meses.

Esfera adaptativa entre los 18-21 meses.

Esfera lingüística en los 15 meses.

Esfera personal-social entre los 21-24 meses.

relato de la madre: Afirma haber notado mejoría, especialmente en cuanto al lenguaje. La agitación no ha disminuído.

terapia: Se le suspendió durante algún tiempo el ácido - glutámico, pero se le receta nuevamente. Ha crecido bastante, y sigue inestable desde el punto de vista motriz. Se gestionará internarlo pues va representando cada vez un problema mayor para la madre que debe trabajar fuera de casa. Al principio ella se oponía pues tiene la sensación de que le hace falta, pero ha acabado por reconocer que ya no es posible dejarle solo en la casa mientras ella va a trabajar. Origina numerosos incidentes con los vecinos, pues sus niños le temen, aunque han llegado a atacarlo provocando su agresividad.

Caso # 2.

T.H. Edad cronológica: 7 años. Sexo: Fem.

primer control: 25-VI-54.

historia clínica: Niña que acude a la consulta llevada - por una trabajadora social, por lo cual se hace difícil conseguir sus datos respecto a evolución, nacimiento, etc. La madre es sirvienta de la casa vecina a la de la trabajadora social. Es una mujer aparentemente oligofrénica,-

que descuida por completo a la niña por lo que se pasa el día en la azotéa del edificio, viviendo de los alimentos que le proporcionan los vecinos, pues la madre no se preocupa por esto. Padre desconocido. La niña es de una estatura y peso inferior a la que debe tener por su edad. Va poco aseada. Es apática e indiferente.

Entre los datos que la trabajadora social ha podido averiguar, están los siguientes: aprende a caminar alrededor de los 36 meses. Lenguaje a los 24 meses. Aún no hay control de esfínteres. La trabajadora social desea encontrar un hogar sustituto.

resultado del primer estudio psicológico: 25-VI-54. (Terman, Goodenough). No es capaz de efectuar el Goodenough. - En el Terman, obtiene una E.M. de 3 años 6 meses. Su C.I. es de 50, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental profunda.

terapia: Perandrén.

segundo estudio psicológico: 28-VII-54. (Terman-Merrill y Gooden.) En esta ocasión en el Goodenough, obtiene una E.M. de 4 años 4 meses y en el Terman, 4 años 3 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 7 años 2 meses

E.M.: 4 años 3 meses

C.I.: 61

Rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental media.

terapia: Perandrén.

tercer Estudio psicológico: 17-IX-54.

Sigue mejorando, se presenta siempre con la trabajadora so

cial, limpia y arreglada con las ropas que ésta le ha proporcionado. Dice tener unos juguetes y divertirse con ellos, se le nota más animada, con expresión agradable.

Su rendimiento en el Goodenough es de: E.M. 4 años 6 meses. En el Terman de 4 años 9 meses. La media aritmética es la siguiente:

E.C.: 7 años 3 meses.

E.M.: 4 años 7 meses.

C.I.: 63

Rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental media. Avanza cuatro meses en dos.

terapia: Perandrén. Aunque irregular por dificultad para pagar la medicina.

cuarto estudio psicológico: 11-II-54.

En el Goodenough sigue dando E.M. de 4 años 6 meses. En el Terman dá E.M. de 5 años 1 mes. La media aritmética es:

E.C.: 7 años 5 meses

E.M.: 4 años 9 meses

C.I.: 64

El rendimiento sigue correspondiendo al grado: Debilidad mental media, aunque está avanzando satisfactoriamente.

terapia: Perandrén. Se le citó dentro de dos meses, pero la madre huyó del trabajo llevándose a la niña sin que haya sido posible localizarla hasta la fecha.

Caso # 3.

G.C. Edad cronológica: 4 años 10 meses. Sexo: Masc.

primer control: 6-VI-55.

historia clínica: Tercero de cuatro hermanos. Embarazo molesto por haber tenido varias manifestaciones de aborto, - al parecer debido a alteraciones endócrinas. Parto a los - ocho meses, muy rápido.

Los otros hermanos aparentemente normales. Uno de --- ellos murió muy pequeño debido a un accidente automovilístico.

Los padres son de posición y cultura término medio. La madre tiene una actitud impaciente con el niño, pero al mismo tiempo lo protege demasiado, exagerando los cuidados. Esta es la primera vez que ve realmente a una gente extraña. Su evolución fué lenta. Se sentó hasta los 9 meses. Empezó a caminar a los dos años, primeras palabras a los 36 meses; las oraciones que hace ahora, son muy cortas y defecuosas. Control de esfínteres diurno pero no así en la noche.

resultado del estudio psicológico: Niño opositor y negativista. Lloro y se niega a separarse de la madre. Termina interesándose por los juguetes, pero en cuanto intentó hacerlo participe de un juego, vuelve a gritar y taparse la cara aunque ya no llora. Mientras hablo con la mamá, -- hago un collar y saco la caja de cubos y botones. Lo dejo solo; desde la cámara de observación, veo que hace un collar igual al mío. Abre la caja de cubos y busca la de los botones para ver qué hay dentro.

Al día siguiente, entra llorando otra vez. Saco los colores y los caramelos y le digo que es necesario para ganarse uno, que me dé un color. Después de un momento, acepta un color que le cambio por un caramelo. Admite pintar -- unas rayitas. Obedece mis órdenes y al final, coopera con-

migo para poner las cosas en su lugar.

Al siguiente día, mientras espera está tocando una flauta, ya no manifiesta temor ante los otros enfermos. -- Todavía se sienta en las rodillas de la mamá, pero trabaja de una manera más espontánea y sin llorar, aunque con ayuda de los caramelos. Acepta mejor mis órdenes. Al acabar, viene conmigo por los dulces, deja que lo toque. Ahora ya se sienta solo en la silla, sin buscar a la mamá. -- Trabaja bien, sin estar esperando caramelos. Baja conmigo al segundo piso, sin preguntar por la mamá. Se despide -- dándome la mano.

Trabaja bien, acepta que lo toque y me ofrece la mano. Iniciamos parte del estudio, coopera con agrado. Se usa la escala de Gesell.

Esfera motriz entre los 24-30 meses.

Esfera adaptativa entre los 21-24 meses.

Esfera lingüística en los 21 meses.

Esfera personal-social entre los 21 y 24 meses.

terapia: Acido Glutámico y vitamina B.

segundo estudio psicológico: 25-I-56.

El primer día otra vez grita y llora. El segundo -- trabaja bien. Ha avanzado y es posible cambiar la Escala de Gesell por el Terman. Obtiene una E.M. de 2 años 7 meses y C.I. de 46, correspondiente al rendimiento de grado: Imbecilidad.

relato de la madre: Dice haber seguido las instrucciones -- recibidas. El niño acude a un jardín de niños para tener -- contacto con ellos, puesto que vive fuera de México, no es posible hacerlo ingresar en una escuela especial. Le gusta la compañía y da pocos problemas; es menos posesivo con la

madre.

terapia: La misma.

tercer estudio psicológico: 19-VI-56.

En esta ocasión casi no ha avanzado, la medicina se suspendió pues tuvo varicela. Actualmente da en el Terman una E.M. de 2 años 9 meses, el C.I. sigue siendo de 46, su E.C. es de 5 años 11 meses. En 5 meses transcurridos desde la última medición, ha avanzado únicamente dos meses.

relato de la madre: dice sentirse sumamente nerviosa, sin capacidad para manejarlo adecuadamente. Aunque afirma quererlo mucho, en realidad su actitud es de rechazo, pretende finjirse a sí misma que lo necesita. Comenta tener la impresión de que el niño se porta mal expresamente para disgustarla, como si en el fondo no creyera en la deficiencia intelectual de su hijo y pensara que es una manera que él tiene de atacarla. Durante la entrevista le pega y lo amenaza con frecuencia si no contesta rápidamente. Se le persuade para que tramite su internamiento en una escuela especial y no se regrese a la casa con él. Al principio se niega a hacerlo pero acaba por aceptar cuando razona diciendo que es en bien del niño, pues una situación así, le perjudica también a él.

terapia: La misma, además de estar interno en una escuela especial.

cuarto estudio psicológico: 14-XII-56. En esta ocasión ha avanzado de una manera satisfactoria, su E.C. es de 6 años 5 meses y la E.M. en el Terman, de 3 años 4 meses, el C.I. es de 52, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental profunda. En seis meses, avanza siete.

relato de la madre: dice sentirse satisfecha por haber comprobado que el niño está contento en la escuela. Ahora lo va a llevar a la casa durante las vacaciones. Se siente más tranquila y capacitada para estar con él dos meses, piensa

que realmente desea su compañía lo cual la hace muy feliz. Aparentemente ha desaparecido en gran parte la preocupación enfermiza, está dispuesta a seguir las instrucciones recibidas para mejorar su actitud hacia el niño. Este se encuentra muy socializado, le ha hecho provecho haberse se parado de la madre, se le nota tranquilo y sin los estallidos de llanto de las ocasiones anteriores. Se muestra orgulloso de los trabajos manuales que hizo en el colegio. Ha aprendido a bastarse a sí mismo en aspectos rudimentarios, pocos, pero esto hace que la madre se sienta dispuesta a cooperar para tratar de mejorarle. Lo inscribió ya para el próximo año.

terapia: La misma, se le cita para el mes de Abril.

Caso # 4.-

R.M.A. edad cronológica: 8 años 10 meses Sexo: fem.

primer control: 6-I-56.

historia clínica: la tercera de cinco hermanos. Embarazo normal, parto a término, normal. Antecedentes alcohólicos y luéticos de el padre. Madre aparentemente oligofrénica. La hermana mayor tiene una marcada deficiencia intelectual, además es sumamente agresiva, en varias ocasiones ha intentado matar a los hermanos y ella trató de suicidarse tomando vidrio molido mezclado en alcohol. La hermana segunda, con rendimiento correspondiente al grado de debilidad mental superficial. El hermano menor que la paciente, tiene marcado retraso lingüístico. La última niña según la madre es normal, pero no se ha podido comprobar, pues no la ha llevado a la consulta.

La niña tratada ha sufrido enfermedades propias de la infancia y paludismo crónico, la madre atribuye a esto el desarrollo lento que ha tenido. Caminó a los dos años. Lenguaje a los 30 meses y control de esfínteres tarde. Actualmente, escolaridad de segundo año de primaria. Repitió el-

primero y ésta es la segunda ocasión que está en segundo.

resultado del estudio psicológico: En el Kohs obtiene una E.M. de 6 años. En el Terman de 6 años 2 meses. La media aritmética es de:

E.C.: 8 años 10 meses

E.M.: 6 años 1 mes

C.I.: 77

Rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental superficial.

terapia: Perandrén y Quinina.

segundo estudio psicológico: 19-III-56.

Ha mejorado en el rendimiento intelectual, aunque - se le nota inquieta y negativista "eso yo no lo puedo hacer, está difícil".

En el Kohs obtiene una edad mental de 7 años 5 meses. En el Terman su E.M. es de 6 años 6 meses. La media aritmética es:

E.C.: 9 años

E.M.: 6 años 11 meses.

C.I.: 78.

El rendimiento correspondiente al grado: Debilidad-mental superficial. Aumenta diez meses en dos meses.

relato de la madre: en el colegio han notado mejoría, no tanto en el rendimiento, sino en su capacidad aumentada-mental de prestar atención. Ella la nota también mejorada.

terapia: Perandrén.

tercer estudio psicológico: 18-V-56.

El rendimiento del Kohs ha bajado ligeramente, ahora tiene una E.M. de 7 años 3 meses. En cambio en el Terman aumenta de una manera satisfactoria, su E.M. es de -- 7 años 6 meses. La media aritmética es:

E.C.: 9 años 2 meses.

E.M.: 7 años 4 meses.

C.I.: 80

rendimiento correspondiente al grado: Subnormalidad, avanza cinco en dos meses.

relato de la madre: siguen los buenos reportes de la escuela.

terapia: Perandrén.

cuarto estudio psicológico: 29-II-56.

Ha bajado de rendimiento pues el tratamiento ha sido suspendido desde mayo por falta de medios económicos. La E.M. en el Kohs, es ahora de 7 años 2 meses, retrocede un mes en cuatro meses. En el Terman su E.M. es de 8 años, avanza seis meses en cuatro meses. La media aritmética es:

E.C.: 9 años 6 meses.

E.M.: 7 años 7 meses.

C.I.: 79.

Rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental superficial. En general, el ritmo de la mejoría se ha hecho lento.

terapia: Perandrén. Se gestiona con Servicio Social que le ayuden económicamente con las medicinas.

quinto estudio psicológico: 11-I-57.

Ha mejorado nuevamente. En el Kohs la E.M. es de 8

años 6 meses. En el Terman, es de 8 años 4 meses. La media aritmética es:

E.C.: 9 años 10 meses.

E.M.: 8 años 5 meses.

C.I.: 85.

rendimiento correspondiente al grado: Subnormalidad. Ha mejorado cinco meses, debe seguir el tratamiento.

relato de la madre: el promedio obtenido en la escuela, le permitió pasar de año, ingresará al tercero de primaria, de acuerdo con su rendimiento se le mantendrá allí o el año próximo se le pasará a una escuela especial. La madre la nota muy calmada, con mayor rapidez de pensamiento e iniciativa.

terapia: la misma, sigue con ayuda de Servicio Social. Se le cita para dentro de tres meses.

Caso # 5.

C.C.S. edad cronológica: 2 años sexo: fem.

primer control: 5-XI-54.

historia clínica: niña mongoloide. Embarazo y parto normal. La madre la notó extraña, evolucionaba lentamente, -- sin poder sentarse, con huesos como "si los tuviera aguada-- dos, como si se deshiciera". Se sentó sola al año y medio. Camina mal actualmente, sin guardar el equilibrio. Casi no habla. No hay control de esfínteres. Es pequeña de estatura, pero de peso normal. Los demás hermanos están sanos aparentemente, ella es la cuarta de seis hermanos. No había acudido al médico, por radicar fuera del Distrito Federal.

resultado del estudio psicológico: 5-XI-54.

Se efectuó mediante la escala de desarrollo de Gesell,

en la cual dá el siguiente resultado:

Esfera motriz entre 21 y 24 meses.

Esfera adaptativa: entre 21 y 24 meses.

Esfera lingüística: 15 meses.

Esfera personal-social: abajo de los 15 meses.

terapia: Perandrén.

segundo estudio psicológico: 2-II-55.

Continúa con la escala de desarrollo de Gesell.

Esfera motriz: 24 meses.

Esfera adaptativa: entre 21-24 meses.

Esfera lingüística: pasa ligeramente de los 15 meses.

Esfera personal-social: 18 meses.

Avanza ligeramente en lo motriz, lingüístico y personal-social.

terapia: la misma.

tercer estudio psicológico: 13-IV-55.

Continúa mejorando, aunque lentamente: su E.C. es - ahora de 3 años.

Esfera motriz: pasa ligeramente de los 24 meses.

Esfera adaptativa: entre 21 y 24, no hay adelanto - pero tampoco retraso.

Esfera lingüística: pasa ligeramente los 15 meses. También igual.

Esfera personal-social: alcanza los 24 meses.

En la que se observa mayor adelanto es en ésta última.

terapia: la misma.

cuarto estudio psicológico: 20-I-56.

En esta ocasión el adelanto es muy pequeño, el tratamiento ha sido suspendido desde Abril de 1955 porque su médico de cabecera se oponía a él. Los padres han notado el retraso y acuden a la consulta a pedir consejo. Se les sugiere hablen con varios de los médicos que han manejado este tratamiento durante algún tiempo. El rendimiento está ahora:

Esfera motriz: 30 meses.

Esfera adaptativa: 24 meses.

Esfera lingüística: 18 meses.

Esfera personal-social: 24 meses.

terapia: Después de haber hablado con varios doctores, se resuelven a iniciar nuevamente el tratamiento. Perandrén.

quinto estudio psicológico: 22-V-56.

Nuevamente vuelve a acelerarse el desarrollo:

Esfera motriz: entre 30 y 36 meses.

Esfera adaptativa: 30 meses.

Esfera lingüística: 20 meses.

Esfera personal-social: 30 meses.

relato de la madre: ha notado el progreso de la niña, ahora obedece órdenes, está mucho más calmada. Aún no hay control de esfínteres pero es capaz de pedir ir al baño. Ha crecido y aumentado de peso.

terapia: la misma.

sexto control psicológico: 3-X-56.

Ahora tiene 4 años 5 meses de edad cronológica. Su rendimiento es:

Esfera motriz: 36 meses.

Esfera adaptativa: cerca de 36 meses.

Esfera lingüística: cerca de los 24 meses.

Esfera personal-social: cerca de los 36 meses.

relato de la madre: Acepta la sugestión de hacerla ingresar en un jardín de niños mientras tiene la edad suficiente para mandarla al Distrito Federal a una escuela especial. Los padres son de cultura media, siempre han tenido una actitud muy adecuada para la niña.

terapia: la misma.

séptimo control psicológico: 17-I-57.

Su edad cronológica es de 4 años 9 meses. El rendimiento es:

Esfera motriz: 42 meses.

Esfera adaptativa: 42 meses.

Esfera lingüística: 24 meses.

Esfera personal-social: 42 meses.

En casi todas las esferas sólo se encuentra a nueve meses de su E.C. excepto en lenguaje cuyo retraso sigue siendo más marcado.

relato de la madre: ingresó en la guardería, está muy contenta, ha sido capaz de aprender unos cuantos bailes sencillos y fragmentos de canciones infantiles. Su relación con los demás niños es cordial. Ahora obedece órdenes perfectamente y ayuda en las labores del hogar mediante cosas sencillas: lleva objetos a su lugar, pone las servilletas en la mesa, etc. El año próximo será trasladada para ingresar en la escuela especial

terapia: se suspende el Perandrén durante algún tiempo para dejarla descansar pues llevaba mucho tiempo con él. Mien---

tras tanto, se le receta ácido glutámico para no dejarla sin medicación. Volver a control dentro de cuatro meses.

CONCLUSIONES:

Es en este capítulo, donde se ve de una manera palpable la necesidad de colaboración entre el médico, el psicólogo y los padres. Con el primero, porque él no puede estar capacitado para determinar con exactitud el nivel de rendimiento del sujeto, dato que tiene suma importancia en el control del tratamiento. No hay otro método objetivo que le permita comparar la ganancia o estacionamiento que está originando y en ocasiones, la pérdida a pesar de la medicación.

Por otra parte, los problemas que un niño oligofrénico crea dentro del hogar, son frecuentes y variados. En la mayoría de los casos, hay mal manejo de ellos, hostilidad encubierta, sentimiento de culpa. Es necesario que el psicólogo tenga entrevistas frecuentes con los padres, para enfocar el problema desde un punto de vista diferente. Esto lo podría hacer el médico, pero en realidad le corresponde al psicólogo, puesto que es él el que se está dando cuenta exacta de la magnitud del problema. La complementación del tratamiento médico es la educación especializada, para la cual Descoudres aconseja: (12)

- 1.- aprovechar la actividad natural del sujeto.
- 2.- centración y correlación de materias enseñadas.
- 3.- importancia de la educación sensorial.
- 4.- educación individual para adaptarse a las necesidades del sujeto.
- 5.- enseñanza aplicada a la vida real.

Mediante estos aspectos, que se complementan el uno-

al otro, permiten un mejor avance del C.I. o el mejor aprovechamiento de lo ya existente, y hacen del niño un sujeto que por lo menos, va a poder valerse por sí mismo en los aspectos más elementales de la vida común y corriente. En los casos menos graves, incluso aprenden oficios con los cuales pueden ganarse la vida. La ansiedad de los padres disminuye cuando observan que el suyo, no es un problema totalmente sin solución.

También tiene importancia dilucidar si hay posibilidades de educación. Cuando el problema es demasiado serio, ya por bajo nivel o porque el individuo posee cierto grado de peligrosidad, existe la necesidad de el internamiento. Por contradictorio que parezca, existen padres a los cuales les es muy difícil desprenderse de sus hijos - por un aparente exceso de cariño debajo del cual, la mayoría de las veces, hay hostilidad reprimida o sentimiento de culpa. Es el trabajo del psicólogo, persuadirlos de que es mejor alejar al niño del hogar en el cual está dando problemas, además de que no le proporciona ningún beneficio.

El psicólogo actúa no sólo como mediador de la eficacia del tratamiento, sino como consejero, para suavizar en lo posible, la ansiedad que el problema puede originar en los individuos sanos que rodean al deficiente mental.

3.- Parkinson:

Conceptos teóricos generales:- La enfermedad de Parkinson es de tipo endógenoconstitucional, crónico, incurable, cuya gravedad y molestias se van aumentando progresivamente. Se produce por lesiones de las grandes células del globo pálido y de la sustancia negra peduncular. Como típica enfermedad de Parkinson, se admiten tres grupos clínicos: (13).

1.- parkinson genuino presenil (aparece alrededor de los 52 años, es de tipo endógeno y está vinculado a lesiones

atróficas degenerativas de las grandes células palidonígricas. El trastorno motor es bilateral).

2.- parkinson artiesclerótico (aparece a los 60 años por lesiones vasculares que causan focos de reblandecimiento y estados lacunares, junto con el cuadro de parálisis seu do bulbares).

3.- parkinson post encefalítico (en general se observa - alrededor de los 45 años, después de una encefalitis víri ca, que casi siempre pasa sin ser notada y cuyas lesiones palidales son de tipo inflamatorio con neurofagis y focos de gliosis. El trastorno motor es unilateral).

Además hay casos provocados por toxicosis, lues, tumores cerebrales, etc., que dan sintomatología de tipo par kinsoniano.

De acuerdo con la gravedad, se han clasificado: (14)

- A.- leve (cuando tienen menos síntomas).
- B.- moderado (cuando los síntomas empiezan a interferir con la actividad).
- C.- severos (cuando los síntomas impiden la actividad).

La sintomatología es como sigue:

1.- temblor en un miembro que acaba por extenderse por to do el cuerpo. Durante el llamado periodo de estado, es -- más notable en las manos que adoptan el movimiento de con tar monedas o tocar el tambor. Con la cabeza efectúa movi mientos de negación o afirmación. Este temblor es de repo so, desaparece con los movimientos y se acentúa con las - emociones.

2.- rigidez, en una postura típica: la cabeza hacia adelan te, tendencia a la flexión con las piernas y los brazos - apartados.

3.- cara rígida, inexpresiva, con brillo seborreico y en ocasiones con presencia de saliveo por alteraciones en las glándulas excretoras.

4.- pérdida de movimientos automáticos, no balancea los brazos al caminar.

5.- hipocinecia: pobreza y retardo de los movimientos voluntarios con las variantes de bradicinecia (lentitud), - acinecia (total inmovilidad), o cinecia paradógica (después de grandes etapas de inmovilidad, períodos de agitación motriz).

6.- marcha de pasos cortos, arrastrados, que van acentuando su rapidez progresivamente, como corriendo detrás de su centro de gravedad desplazado.

7.- movimiento de retropropulsión.

8.- palabra monótona, sin modulación y emitida en voz baja. Escritura que empieza normalmente y acaba muy pequeña.

9.- trastornos sensitivos: dolores articulares.

10.- trastornos vasomotores.

11.- artropatias.

12.- hiperhidrosis, seborrea, edemas.

A pesar de su expresión inmóvil y poco expresiva, se cree que tiene la inteligencia bien conservada.

Durante largo tiempo, la enfermedad de parkinson, ha planteado un grave problema a la Neurología, puesto que no hay hasta ahora, la posibilidad de mejorarla realmente. La serie de medicamentos empleados en la actualidad, es únicamente de tipo sintomático, por lo tanto, tarde o temprano acaban por producir acostumbramiento o tolerancia. Tomando en cuenta que el tratamiento no puede mejorar al-

sujeto, el interés del médico debe estar orientado hacia proporcionarle menos invalidez, más actividad y adaptación al medio. Por lo tanto, cuando el enfermo está satisfecho con el medicamento que está usando, es indebido forzarlo a cambiar.

Como en todo enfermo crónico, los investigadores han observado que la parte subjetiva, emocional, afectiva, -- tiene un papel sumamente importante en el tratamiento. Es frecuente encontrar anotaciones referentes al hecho de que una situación de stress agrava los síntomas. (15)(16). En los trabajos que experimentan una nueva droga, generalmente es consignado el hecho de que cuando uno de ellos ha mejorado, el paciente resta importancia a los demás, aunque desde el punto de vista de los estudios objetivos, continuaban igual. (17)

La confianza y el cuidado que sepa inspirar el médico, es también importante, uno de los enfermos estudiados por K.B. Costable, se quejaba de que la visita al hospital que se repetía periódicamente hacia aumentar los síntomas que en el hogar se encontraban bastante controlados. Este tipo de enfermos suelen tener períodos de depresión, ansiedad y agresividad contra el medio. Su hostilidad se manifiesta con peticiones de ayuda que molestan a los demás. (18).

Además de la terapia farmacológica, mediante el Artane, Lisivane, Benadryl y Teophorine, se insiste en que debe usarse una terapia física, a base de ejercicios y movimientos dirigidos.

El aspecto quirúrgico, se usa cuando el enfermo tiene menos de 50 años, con un estado general bueno y el temblor le incapacite por completo, sin haber cedido ante tratamiento médico. Sin embargo, no ha sido realmente de utilidad. (19) (20).

Además de estos aspectos, encontrados en todos los autores, el Dr. Paris Ruiz, insiste mucho sobre la necesidad

de efectuar psicoterapia para lograr un mejor ajuste social, ya que de ello, del aspecto subjetivo, depende en gran parte, la mejoría física.

Casos vistos en el Hospital:- La investigación que se está efectuando con los enfermos de parkinson, tiene relativamente poco tiempo de haberse iniciado y aún está muy lejos de encontrarse puntos concretos en ella.

Sin embargo, hemos creído conveniente presentar algunos estudios, por la indiscutible repercusión que tiene en estos casos, la unidad somato-psíquica. La base de la enfermedad es un aspecto orgánico, pero hemos visto como lo subjetivo, lo intangible como el optimismo, la depresión, la ansiedad, pueden agravar ostensiblemente los síntomas.

El estudio de los enfermos del Hospital, se inició a través del deseo de saber cual era su nivel intelectual. Al revisar los conceptos del origen de la enfermedad, sus síntomas, sus características, es invariable encontrar la afirmación de que "aparentemente" no existe en ellos deficiencia intelectual. A nosotros nos interesaba saber si esto era efectivo y en qué grado era cierto. En un principio, se planeó una investigación mediante una batería de tests de inteligencia, para estudiarla desde el punto de vista abstracta, concreta y general.

Más tarde, después de la entrevista psicológica, y haber leído las historias clínicas, encontramos varios puntos interesantes, que nos hicieron variar la batería para incluir en ella, además del estudio de la inteligencia, dos pruebas de personalidad como el Rorschach y el Bender-Gestalt-Test. En varias ocasiones, el enfermo hacía partir la enfermedad, de choques emocionales. Uno de ellos, cuya capacidad de observación era mejor, afirmaba poder efectuar movimientos de una manera bastante correcta mientras estaba solo o la gente que había alrededor no le prestaba atención. Tenía necesidad de tomar sus alimentos en un cuarto aislado, pues la presencia de su familia causaba el inmediato acento

del temblor, al punto de volverse incapaz de alimentarse por sí mismo. Eso sucedía también en el trabajo: de zapatero, que había tenido que abandonar, pues la presencia de los clientes le enfermaban muchísimo, durando su malestar horas después de haber cerrado la tienda, pues aún entonces el pensamiento de su torpeza anterior, le molestaba.

Otro de ellos, notaba que dentro del medio habitual: el trabajo o su casa, caminaba de un modo bastante aceptable, pero en la calle se imaginaba que las personas lo veían con curiosidad. Mientras él no comprobaba esto, podía controlarse. Pero si sorprendía las miradas de la gente, entonces su paso se iba acelerando más y más por momentos hasta que se veía obligado a dejarse ir contra un poste o la pared, pues solo estrellándose en algún objeto, lograba detenerse.

No se puede decir que las conclusiones en este grupo sean definitivas. En realidad nos encontramos en el comienzo de ellas. Hemos aprendido que es difícil hacer estadísticas en un medio en el cual, la enfermedad se injerta sobre la personalidad original del sujeto y el número de ellos no es de ninguna manera estadísticamente aceptable. Pero forma un grupo de esperamos vaya creciendo poco a poco. -- Ahora aún no se encuentran rasgos definidos en las pruebas excepto el hecho de que aparentemente, se manifiestan conservando sus características individuales más los inconvenientes de la enfermedad.

No hubo selección alguna, estudiamos a todos los enfermos de parkinson de la consulta externa. No conseguimos sino conservar un grupo de nueve. Al principio eran trece, pero dos de ellos murieron, uno cambió de domicilio y le fué imposible por ser un caso muy avanzado, trasladarse hasta el Hospital. El otro fué a radicar en Jalisco. Estos fueron los únicos que accedieron a colaborar durante seis meses. Los demás, convencidos de que su enfermedad es incurable e irremediable, pidieron quedarse fuera de un estudio que les obligaba a concurrir a la consulta cinco días consecutivos durante seis meses. El primer control fué he-

cho después de haber suspendido la medicina durante un mes, con el objeto de ver si la acumulación de ella, originaba algún cambio en la personalidad. A los datos recogidos objetivamente mediante las pruebas, se añaden los que el enfermo proporciona sobre los cambios subjetivos.

Las pruebas usadas no forman tampoco un grupo uniforme, puesto que varios de ellos no sabían leer ni escribir o tenían un nivel mental bajo que no captaba las consignas.

Desde la segunda entrevista, se usó, en dos de los casos cuyas mediciones son más completas, una terapia ocupacional de tipo rudimentario, a base de las actividades que habían tenido antes de enfermar, en ambos casos dió buen resultado. En los demás esto no fue posible, ya sea por su nivel cultural o intelectual.

De la conclusión antes de haberles dado el tratamiento, no se tuvo más impresión, de que la enfermedad en sí misma no modifica la actividad intelectual, tal vez esto se deba a que el déficit o el rendimiento no sea unitario.

Evolución después del tratamiento: En el segundo control, un mes después de haber iniciado el tratamiento, el temblor había disminuído ligeramente, se encontraban optimistas y animados a probar trabajos sencillos que les quitaran un poco el concepto de invalidez, como ya lo hemos dicho, en dos casos dió buen resultado. En las sucesivas entrevistas, se notó un retroceso, cuando el primer brote de alegría -- por la esperanza de mejorar más, hubo desaparecido, no sabemos exactamente si el estancamiento de síntomas provoque la depresión o viceversa. De cualquier manera, aparentemente después de este punto muerto, la curva de mejoría en el estado de ánimo, volvió a subir para estabilizarse y continuar horizontalmente. Hasta lo que llevamos visto, parece ser que la medicina tampoco provoca cambios ostensibles en el rendimiento intelectual. Además del corto número de enfermos, estas variaciones poco firmes y duraderas que oscilan entre un resultado y otro, una prueba y otra, es lo -

que nos impide tener un cuadro exacto de la enfermedad y una idea adecuada de sus rasgos a través de las pruebas. Vamos a presentar únicamente dos casos, simplemente como ejemplo de las variaciones que hay, no sólo de individuo a individuo, sino de el sujeto en relación consigo mismo.

Historias Clínicas:

Caso # 1.

E.C. Edad cronológica: 58 años. sexo: masc.

primer control: 4-V-55.

historia clínica: temblor involuntario en miembros superior e inferior izquierdo, de pequeñas convulsiones y de reposo. Dificultad de movimientos en esos miembros que siente como envarados. Facies inexpresiva, tronco ligeramente inclinado hacia adelante durante la marcha.

Sus molestias se inician hace aproximadamente 8 años, atribuyéndolas a estado emocional. Principian con sensación dolorosa en dichos miembros. Poco después se establece el temblor en miembro superior e inferior izquierdo y la sensación de envaramiento antes mencionada. Hasta hace un año el temblor se hizo extensivo a los demás miembros. Hipertonía plástica, signo de Negro (rueda dentada). Marcha prensiva. El resto de la exploración neurológica es normal.

resultado del estudio psicológico: 4-V-55.

Raven: rango IV inferior al término medio.

En el Meili debido a baja puntuación, se toma en cuenta con los deciles correspondientes a los niños de 11 años.

imágenes: un punto-decil cero.

analogías: 7 puntos - decil siete.

cifras: 5 puntos - decil cuatro.

dibujos: 27 puntos - decil siete.

lagunas: 5 puntos - decil uno.

frases: 15 puntos - decil siete.

En el Wechsler da: puntaje verbal - 47 - CI. 106.
 puntaje ejecución - 35 - CI. 98.
 puntaje total - 82 - CI. 104.

En el Rorschach hay aspecto intelectual bueno en cuanto - al número de respuestas y la calidad de las mismas. Rigidez de pensamiento, estereotipia y falta de análisis. Ansiedad muy acentuada, sobredependencia e inmadurez.

En el Bender hay inseguridad, por lo demás, sin datos -- patológicos.

terapia: Artane y Benadryl.

segundo estudio psicológico: 30 -VI-55.
 (después de un mes de tratamiento).

Raven: rango IV - inferior al término medio.

Meili: imágenes: 3 puntos - decil uno.

analogías: 6 puntos - decil 5

cifras: 4 puntos - decil 4

dibujos: 30 puntos - decil 9

lagunas: 9 puntos - decil 4

frases: 13 puntos - decil 6.

En el Wechsler: puntaje verbal: 47 - C.I. 106
 puntaje de ejecución - 35 - C.I. 98
 puntaje total - 83 - C.I. = 104

En el Rorschach tiene el mismo número de respuestas, con - rigidez de pensamiento. Aumenta ligeramente la popularidad y baja la calidad. El tipo de vivencia es introversivo. -- Gran ansiedad, con baja de control.

El Bender aumenta la regresión, la perseveración y el bosquejo, como tensión emocional.

relato del enfermo: dice sentirse mejor en momentos pero - vuelve a tener sus molestias, temor de que la mejoría sea pasajera. Estado de ánimo que oscila entre la depresión y el optimismo.

terapia: la misma.

tercer estudio psicológico: 10-IX-55.
(tres meses de tratamiento)

Raven: rango II- superior al término medio.

Meili: imágenes: 3 puntos - decil 3.

analogías: 4 puntos - decil 3.

cifras: 5 puntos - decil 4

dibujos: 8 puntos - decil 4

lagunas: 8 puntos - decil 4

frases: 19 puntos - decil 9

Wechsler: puntaje verbal 46 - C.I. 105 (baja)
puntaje ejecución 36 - C.I. 99 (aumenta)
puntaje total 82 - C.I. 104 (igual)

El Rorschach, igual número de respuestas, mayor rigidez - de pensamiento, igual estereotipia, baja la popularidad y aumenta la calidad. Ansiedad disminuye, impulsividad baja, aumenta el control. Aumenta la capacidad de análisis.

En el Bender, disminuye la regresión. Mala fijación, hay-rotación en los dibujos hechos de memoria. Disminuye el bosquejo.

relato del enfermo: Cuando vino la vez pasada, pensaba de jar de asistir a la consulta pues no valía la pena molestarse tanto por algo incurable. Ahora se siente menos mal, el temblor ha disminuído y se encuentra de mejor ánimo, -- tiene más facultades para valerse por sí mismo, y él -- desea tratar de reanudar su trabajo aunque no es necesario para vivir, pues un hijo lo mantiene; piensa que eso lo -- ayudará a sentirse mejor. En la mañana es el momento en el cual el temblor casi desaparece, se va acentuando a medida que avanza el día.

terapia: Artane, se le suprime el Benadryl pues tenía molestias digestivas.

cuarto estudio psicológico: 9-XII-55.
(seis meses de tratamiento).

Raven: rango II - superior al término medio.

Meili: imágenes: 2 puntos - decil 1

analogías: 6 puntos - decil 5

cifras: 7 puntos- decil 7

dibujos: 24 puntos - decil 7

lagunas: 12 puntos - decil 8

frases: 11 puntos - decil 5

Wechsler: puntaje verbal - 37 - C.I. 96 (baja)
puntaje ejecución 36 - C.I. 99 (igual)
puntaje total - 74 - C.I. 109 (baja)

En el Rorschach baja el número de respuestas, igual este--

reotipia y rigidez, igual calidad. Baja la impulsividad, - igual sistema de control. Ansiedad igual.

En el Bender disminuye el bosquejo más.

relato del enfermo: la evolución se ha estacionado, pero - el estado de ánimo no es malo pues en trabajo que está haciendo, le ayuda mucho, aunque confiesa no sentirse tan optimista como antes.

terapia: la misma.

resultado total: antes de la medicina, presentaba una inteligencia general baja, aunque la diferencia tan marcada entre el Raven y el Wechsler es extraña. En esta prueba es menor el resultado en la parte correspondiente a ejecución, ya que está a base de tiempo y a él se le dificulta por los movimientos.

En el Meili, es más bien inventivo - abstracto.

El Rorschach da gran ansiedad, impulsividad, rigidez de pensamiento, estereotipia.

En el Bender inseguridad.

En los exámenes sucesivos, aumenta en el Raven y el Wechsler, ejecución, que se mantiene en la última medición igual, en cambio en la parte verbal va bajando.

El Meili va aumentando paulatinamente en dibujos y frases.

En el Bender desaparece el bosquejo, la regresión permanece. El mejor resultado es el de los tres meses de tratamiento.

Caso # 2.-

D.H.L.C.

edad cronológica: 36 años

sexo: masc.

primer control: 23-VII-55.

historia clínica: temblor, rigidez, parálisis agitante progresiva. Se inicia en el año de 1944, notando torpeza en los dedos para los movimientos finos, poco después empezó a presentar temblor en la mano izquierda cuando hacía algún movimiento intencionado. Lo mismo le pasaba en el pie izquierdo, a los seis meses, estos signos se hicieron más ostensibles.

Al principio del padecimiento tenía afofía y dice que en ocasiones, actualmente no puede hablar pues se le atropellan las palabras. Los datos son tan alarmantes, que no puede valerse por sí mismo. Cefalea frontal intensa que se presenta todos los días. Cabeza en hiperextensión al caminar. Facies inexpresiva con movimientos en la mitad izquierda de la cara.

resultado del primer estudio psicológico: 23-VII-55.

Raven: rango IV - inferior al término medio.

Meili: imágenes: 5 puntos - decil 8 (compar. niños de 11 años)

analogías: 4 puntos - decil 3

cifras: 4 puntos - decil 3

dibujos: 29 puntos - decil 8

lagunas: 14 puntos - decil 9.

frases: 20 puntos - decil 9

Weschler: puntaje verbal 57 - C.I. 113.
 puntaje ejecución 39 - C.I. 96.
 puntaje total: 96 - C.I. 105.

En el Rorschach hay buen número de respuestas, rigidez de pensamiento, mayor popularidad que originalidad. Ansiedad

muy marcada con buen control. Sobredependencia. Exceso de globalización.

En el Bender, hay bosquejo acentuado por el temblor.

terapia: Artane.

segundo estudio psicológico: 4-VIII-55.
(un mes de tratamiento).

Raven - rango IV - inferior al término medio.

Meili: imágenes: 3 puntos - decil 3.

analogías: 3 puntos - decil 2.

cifras: 8 puntos - decil 8

dibujos: 25 puntos - decil 7

lagunas: 16 puntos - decil 9

frases: 22 puntos - decil 9

Wechsler: puntaje verbal: 49 - C.I. 104
puntaje ejecución 41 - C.I. 98.
puntaje total 90 - C.I. 102.

En el Rorschach aumenta el número de respuestas y el total de F. disminuyen. Baja la rigidez de pensamiento. Aumentan la popularidad y la originalidad. Desaparece la impulsividad y ansiedad, con mayor control.

En el Bender desaparece el bosquejo.

relato del enfermo: se ha sentido un poco mejor, el temblor disminuye aunque los factores emocionales lo aumentan, tiene miedo constante de hacer torpezas en el trabajo. Dolor - de la articulación de la mano izquierda. Se siente desesp^{er}ado pero sólo en ocasiones, no como antes, que no tenía -

la menor esperanza.

terapia: la misma.

tercer estudio psicológico: 6-XI-55.
(tres meses de tratamiento).

Raven: - rango V - deficiente.

Meili: imágenes: 8 puntos - decil 10

analogías: 8 puntos - decil 3

cifras: 7 puntos - decil 6

dibujos: 18 puntos - decil 5

lagunas : 14 puntos - decil 8

frases: 14 puntos - decil 6

Wechsler: puntaje verbal 46 - C.I. 104
puntaje ejecución: 43 - C.I. 101
puntaje total 89 - C.I. 101.

En el Rorschach, disminuye el número de respuestas, aumenta la rigidez y la estereotipia de pensamiento. Calidad y popularidad iguales. Aumenta la impulsividad y la ansiedad con baja de control.

El Bender es normal.

relato del enfermo: tuvo que suspender el tratamiento durante algún tiempo y aumenta el temblor. Corre mejor que camina. El brillo de la cara ha aumentado. Ahora nota que mejoran los síntomas si no se siente triste, dice que en el trabajo ha pedido un cambio hacia un lugar donde no tenga compañía. Le duelen los ojos y la cabeza, se queja de náuseas poco después de tomar la medicina.

cuarto estudio psicológico: 10-II-56.
(seis meses de tratamiento).

Raven: rango IV - inferior al término medio.

Meili: imágenes 9 puntos - decil 9.

analogías: 5 puntos - decil 4.

cifras: 9 puntos - decil 4

dibujos: 17 puntos - decil 4

lagunas: 13 puntos - decil 8

frases: 14 puntos - decil 6.

Wechsler: puntaje verbal: 46 - C.I. 104
puntaje ejecución: 43 - C.I. 101
puntaje total 89 - C.I. 101.

En el Rorschach, baja el número de respuestas, sigue igual la rigidez, baja la estereotipia. La popularidad y la calidad siguen igual. Disminuye la impulsividad, aumenta el control, aumenta la globalización.

El Bender es normal.

relato del enfermo: las molestias están estabilizadas, el estado de ánimo también, aunque un poco depresivo,

terapia: la misma.

resultado total: en el Raven, se mantiene en inferior al término medio, excepto a los tres meses de medicina que baja hasta el grado deficiente.

En el Meili el perfil de inteligencia está en general en el aspecto inventivo-concreto, excepto en el primer mes de medicina que aumenta en cifras y permanece allí.

En el Wechsler después de un mes de medicina, baja en el aspecto verbal, sube en la ejecución. A los tres meses vuelve a subir en ejecución y se mantiene allí.

El Rorschach es casi igual, excepto al mes que mejora, después baja y se estaciona.

El Bender mejora al mes, y es normal a los 3 y 6 meses. El estado de ánimo es optimista a los treinta días, después vuelve a ser depresivo.

CONCLUSIONES:

En la enfermedad de parkinson, no es posible obtener un resultado ascendente, puesto que va paulatinamente agravándose pero la mortalidad sobreviene en un periodo corto. Es importante mitigar las molestias de una enfermedad crónica. Si se pudiera unir el aspecto médico, el psicoterapéutico y la labor del trabajo social, tal vez se lograría proporcionarles un descanso, una disminución de problemas y por lo tanto, una actitud más adecuada dentro del medio. No es solo un problema del sujeto que sufre esta enfermedad, sino de todas las afecciones largas con un plazo grande antes de encontrar la solución a ellas.

En el parkinson, no es solo el factor tiempo lo importante, sino las manifestaciones externas que proporcionan un aspecto extraño, desagradable al sujeto, lo que está originando alteraciones afectivo emocionales que agravan los síntomas. A esto, se deben añadir las preocupaciones económicas y las consecuencias que en el ánimo del enfermo trae consigo su invalidez.

No debe existir preocupación por lo curable únicamente. También lo incurable debe llamar nuestra atención, especialmente si es a tan largo plazo y con aspectos subjetivos tan molestos. Ahora, el plan de ayuda e incluso el de estudio, funciona de una manera muy imperfecta. Pero vamos a continuar haciéndolo, para irlo modificando y encontran-

do puntos de apoyo o corroboración entre ellos para conocerlos mejor. No solo sabremos a qué atendernos, sino también se les podrá ayudar de un modo más adecuado.

B. NEUROCIRUGIA:

Trabajo efectuado especialmente en la sala # 3.

Los sujetos que se encuentran encamados allí han sido derivados de la Consulta Externa. O enviados por la Cruz Roja y la Cruz Verde, puesto que su tratamiento requiere internamiento. Como ya lo hemos dicho anteriormente, el hombre está formado por una unidad de mente y cuerpo que está siendo moldeada por el ambiente. Estos tres aspectos son absolutamente indivisibles, dando origen a la personalidad característica de cada sujeto. También de ellos dependen los problemas típicos que se le plantean, condicionando su solución peculiar. Es por ésto que a últimas fechas se le ha dado tanta importancia a aquellas enfermedades o accidentes que por restarle capacidad al hombre, le imposibilitan o le hacen más difícil el camino hacia delante. Especialmente si han lesionado aspectos tan vitales como la inteligencia, atención, memoria y el control de las emociones.

Es indudable que los traumatismos de craneo afectan el comportamiento general del individuo y su aspecto intelectual. Sin embargo, en casos leves, existen pequeños cambios a los que pudiéramos llamar "momentaneos", por subsistir un corto periodo de tiempo. En otros, por lastimar tejidos que no son regenerables, crean moldes de personalidad que tienen una curva de mejoría lenta y aparentemente se estacionan seis meses después de haber recibido el traumatismo.

La primera entrevista se efectúa de acuerdo con el criterio médico. Las siguientes, generalmente, espaciadas de tres en tres meses, se guían por el criterio del psicólogo, convirtiéndose el examen médico en una rutina comple

mentaria.

La personalidad y el medio están en interacción constante. El traumatismo en sí mismo, origina alteraciones mentales. Pero además, se debe recordar que todo individuo posee una materia prima determinada en la cual se injerta la consecuencia del golpe recibido. Por esto, no se puede predecir de una manera absoluta la evolución que va a tener, todo depende del modo como haya estado constituido el individuo y de lo que el ambiente que esté a su alrededor pida de él.

Conceptos teóricos generales: Cuando se revisa la bibliografía que existe respecto al problema, la mayor parte de ella europea, nos encontramos con una rica variedad de clasificaciones psiquiátricas obtenidas después de que los sujetos habían recibido contusiones craneales de mayor o menor importancia. Dichas estadísticas, están basadas en la experiencia acumulada desde la primera guerra mundial hasta la fecha. Por supuesto, comprenden diversos grados en la escala social, que posiblemente sea el factor predominante para que obtengan tantas clasificaciones. Puesto que, nuevamente, en cada caso particular la reacción ante el medio, después de curado, era diferente. Debemos anotar que en la experiencia del Hospital, no hemos encontrado sino cuatro variantes, de las cuales se hablará más tarde detalladamente.

Existen varias clasificaciones, pero nosotros hemos elegido solamente dos para ilustrar el desarrollo de los conceptos teóricos generales. La primera es de Berger:(21).

- 1.- psicosis de conmoción:
 - a.- confusión alucinatoria.
 - b.- síndrome de Korsakoff.
 - c.- coloración maniaca.
 - d.- síntomas catatónicos.
- 2.- demencia traumática.
- 3.- estados crepusculares traumáticos.

La segunda pertenece a Krapelin:

- 1.- neurosis de espanto.
 - a.- inhibiciones estuporosas.
 - b.- orientación alterada.
 - c.- fatiga
 - d.- delirio
 - e.- sueño agitado
 - f.- palpitaciones, temblores, - vértigo.
 - g.- amnesia.

- 2.- neurosis traumática:
 - a.- distimia depresiva
 - b.- disgusto.
 - c.- manifestaciones somáticas.
 - d.- mala memoria.
 - e.- dificultad en el pensar
 - f.- trastornos orgánicos ante el esfuerzo mental.

- 3.- litigantes por indemnización.

- 4.- histeria traumática.

En ambas clasificaciones se toma como punto de partida de los trastornos psíquicos, una lesión orgánica local o general que a la vez posee sus propias características.- La primera, que es de Berger, se apega más a los límites orgánicos, sin tomar en cuenta los trastornos psíquicos, - que suelen aparecer algún tiempo después del traumatismo. Así pues, es en realidad, una clasificación de tipo inmediato:

- 1)-PSICOSIS DE CONMOCION.
 - a.- Confusión alucinatoria: Con fusión con deficiencia del aspecto intelectual y mal funcionamiento de la memoria, en la cual algunos de los engramas pasados son tan reales, que se convierten en alucinaciones.
 - b.- Síndrome de Korsakoff. Se diferencia de la psicosis de Korsakoff en que ésta suele aparecer en el curso del deli-

rio agudo. Desde el punto de vista clínico, está formada por: amnesia anterógrada (trastornos de memoria sobre hechos recientes); y de fijación (incapacidad de retener lo que está sucediendo); fabulación (deficiencia del pensamiento con alteración de la realidad); falsos reconocimientos; recuerdos mal ligados a tiempo y época; apraxia, anoxia; euforia expansiva y alteraciones del humor.

c.- Coloración maniaca: Crisis de euforia alternada con períodos de tranquilidad. Manías de grandeza. Erotismo.

d.- Síntomas catatónicos: Auctismo, inmovilidad, indiferencia hacia el medio ambiente.

2)-DEMENCIA TRAUMÁTICA: Estados de debilitamiento global estacionario pero irreversible, aún cuando hay la posibilidad de que se presenten como secuelas fijas que pueden mejorar. En ocasiones, no afecta a todo el rendimiento intelectual, sino aspectos tales como atención, memoria, capacidad de asociación, etc.

3)-ESTADOS CREPUSCULARES TRAUMÁTICOS: Consiste, propiamente dicho, en trastornos de la autocrítica y de la conciencia-vigilante que valora e interpreta actos de la personalidad. Pueden presentarse fenómenos tales como despersonalización, estados confuso-orinoides, sensación de extrañeza, etc.

El esquema de Berger es hasta cierto punto inmóvil, - nos presenta una imagen fotográfica del enfermo poco tiempo después de haber sido herido. Pero deja los problemas - a largo plazo, es decir, no toma en cuenta el ambiente, el momento en el cual, el sujeto vuelve al movimiento, retorna a enfrentarse a su círculo. Por este motivo, podrá llamársele "clasificación prácticamente orgánica", ya que aún cuando menciona alteraciones psíquicas, éstas se encuentran demasiado cerca, demasiado ligadas al traumatismo. De cualquier manera, porque podemos pasar de ella, sin transiciones bruscas a la de Krapelin, (22) es importante presentarla. Es decir, tenemos en la primera el dibujo estático de un hombre. En la segunda, la imagen animada de ese hombre. No vamos a-

tomar en cuenta el primer punto de Krapelin la llamada NEUROSIS DE ESPANTO, puesto que no son sino reacciones patológicas después de haber vivido una catástrofe, que desaparecen simplemente con el transcurso del tiempo y tranquilidad. Consideramos de mayor interés la:

2.- NEUROSIS TRAUMÁTICA: En este caso, la palabra traumática, obedece a su sentido físico. El traumatismo es concreto, lo ha recibido el sujeto en aspecto corporeo. No tiene el simbolismo abstracto de la Neurosis Traumática de la Escuela Psicoanalítica, en la cual puede ser una descarga invisible del medio ambiente.

Una neurosis no es sino una solución enfermiza o patológica a los problemas. Durante largo tiempo, se insistió en que, como requisito indispensable para la presentación de ella, sería el nivel intelectual correcto e incluso elevado. Hace relativamente poco tiempo en el cual se ha venido comprobando, que hay neurosis en mayor porcentaje en aquellos sujetos con una ligera deficiencia. No tanta como para no darse cuenta de lo que pasa a su alrededor. Pero - lo suficiente para crear fracasos, puesto que no cuenta con la materia prima necesaria para salir adelante. La situación de frustraciones repetidas, originan inseguridad, vivencia de incapacidad, ansiedad que pueden desembocar finalmente, en una reacción neurótica. Así, el individuo que haya tenido éxito profesional, que se desenvolvía en un medio complicado, al retornar con las deficiencias que plantea el traumatismo craneal, va a enfrentarse a él de un modo deficiente, entonces puede aparecer la neurosis. Cada sujeto la expresa a través de su estructura propia. Es en realidad, un recurso para evitar la lucha cotidiana y disminuir en lo posible la ansiedad que le causa el porvenir y puede aparecer en todo sujeto cuyo medio exige más de lo que puede hacer. En el fondo, no es sino un mecanismo equivocado de compensación.

3.- LITIGANTES POR INDEMNIZACIÓN: En este caso, el fenómeno es sumamente curioso, consiste en una especie de prolongación de los trastornos provocados por el accidente, mien-

tras se hace el juicio y se espera el fallo del jurado. Esta fijación suele desaparecer poco tiempo después que el enfermo ha sido indemnizado. Durante el tiempo de espera, se encuentra en un período tensional sumamente intenso, puesto que no sólo desea ganar, sino siente temor de perder el dinero y el trabajo.

Las leyes de indemnización a los accidentes de trabajo, pueden crear problemas psíquicos complejos, ya que un fallo en contra o prolongado, podría hacer, no sólo que el sujeto se sintiera tratado injustamente, sino molestado, lo cual puede dar origen a rasgos paranoides o delirios de persecución que lo impulsan a defenderse, no sólo con la exageración de los trastornos y síntomas, sino con ataques, quejas, insultos. Así mismo puede originar ganancias secundarias: ayuda económica, cuidados, solicitud, no volver a trabajar, que crean mayor fijación de síntomas y deseos inconscientes de no curar. O también a sufrir un accidente que les proporcione una entrada segura por el resto de sus días. Es una especie de fomento o explotación de las ventajas del accidente. (23).

Esto puede desaparecer solucionando el problema económico no mediante pensiones, sino orientándolo en una nueva ocupación. A menos que haya quedado completamente incapacitado.

4.-HISTERIA TRAUMÁTICA: Aunque sería más propio usar el término actual de reacciones histeriformes, ya que no es realmente un cuadro histérico, Krepelin, que les da ese nombre, opina que tiene el mismo punto de partida que las neurosis: el trauma, no tanto como factor lesional, sino como tensión emocional. En este caso, puede haber la expresión de conflictos de contenido psíquico específico, gobernado por mecanismos inconscientes que se desenvuelven dando origen a síntomas conversivos o fobias en su mayor parte. Ambas reacciones están de acuerdo con el aspecto constitucional anterior del individuo. Los síntomas conversivos suelen presentarse en aquellos sujetos que antes del accidente tenían tendencias a ser hipocondriacos, la lesión les justifica -

para centrar sus ideas y razonamientos sobre la cabeza.

En general, después de haber revisado la clasificación de Krapelin se llega a la misma conclusión, tanto en la neurosis, como en las alteraciones de los litigantes y en la llamada histeria traumática, es la incertidumbre por el futuro y la ansiedad que no puede ser soportada, la que los empuja a refugiarse en la enfermedad como en una doble barrera: los releva de obligaciones, les proporciona cariño o seguridad. El medio a su alrededor se vuelve agradable. En lugar de exigirle cumplimiento y de hostilizarle, se suaviza, rodeándole protectoramente.

Casos vistos en el Hospital:

Hemos comprobado en el desarrollo de los conceptos teóricos generales, como el ambiente es un factor fundamental en el desarrollo de los problemas que se le presentan al traumatizado. El hecho de que sus estadísticas sean tan variadas y complejas, depende en gran parte, de que los sujetos estudiados procedían de diferentes capas sociales, por lo tanto, con diversa cultura y campos de actividades, así como personalidades estructuradas de muy distinta manera. Las dos guerras mundiales fueron las oportunidades para reunir un material a la vez tan complejo y productivo, con infinitos problemas que resolver, con soluciones peculiares en cada estructura individual.

Esto explica el porqué, entre los casos estudiados en el Hospital Juárez, haya tan solo cuatro modificaciones: 1.- intelectuales, 2.- trastornos de la afectividad y la emocionalidad, 3.- alteración del lenguaje, y 4.- síntomas psicóticos como rasgos nuevos que en la personalidad pre-traumática habían sido normales, pero que al liberarse, debido al distinto equilibrio o a la falta de equilibrio, crean una personalidad patológica.

Nosotros no hemos observado neurosis. Ocurre frecuentemente que los sujetos traumatizados pertenezcan a un medio no exigente, sino al contrario, muy por debajo de sus

capacidades normales. De tal modo que aún cuando hayan disminuído ostensiblemente, todavía pueden satisfacerle. La falta de escolaridad y la ausencia de complejidad de las gentes que lo integran, hacen de un modo automático, que el traumatizado no desentone de la generalidad. El tipo de trabajo que desempeña, generalmente no plantea problemas que deban resolverse mediante el intelecto, no dando ocasión a frustraciones ostensibles. El hecho de que casi en la totalidad de los casos haya deficiencia como modificación predominante, puede deberse a que tal vez el sujeto en sí mismo poseía bajo cociente intelectual que al ser fragmentado, se pone más de relieve, acentuando el síntoma. Por supuesto, depende también del tipo de traumatismo recibido, así como de su localización y gravedad. La mayor parte de los enfermos estudiados, presentaban una deficiencia global de la inteligencia. En realidad, casi no se puede hablar de inteligencia como concepto crudo y sin elaborar. Existen una serie de funciones que están ayudando a darle mayor brillo o mejor funcionamiento. Así pues, entre los sujetos vistos desde 1954 hasta la fecha, se encontraron las siguientes alteraciones específicas: -I.-

1.- bradipsiquia acentuada, obtenían resultados más bajos en pruebas cuya puntuación dependía del tiempo: (Kohs, Wechsler Bellevue).

2.- fatigabilidad acentuada, debiendo realizar únicamente una prueba cada día, por incapacidad de mantener el mismo nivel de rendimiento constante, llegando un momento en el cual se quejaban de cefalea, vértigo, cansancio.

3.- trastornos en la memoria de fijación: modificando las estructuras de los dibujos hechos de memoria en el Bender. No hay repetición de cifras en el Terman o el Wechsler.

4.- trastornos de la memoria anterógrada y retrógrada que en ocasiones suplían con fabulaciones: hechos de su vida pasada.

5.- falta de atención y comprensión lenta de las consignas.

6.- estereotipia y perseveración, puesto que se ven impulsados a ejecutar actos aún en contra de su voluntad, ya que el impulso marcha por el cauce de la acción o el pensamiento anterior: dibujos del Bender y respuestas F.y A, así como contenido en el Rorschach, respondiendo en cada lámina reiteradamente la misma cosa, aunque en ocasiones comprendan que no corresponde.

7.- falta de asociación, puesto que la inteligencia depende en su mayor parte, del número de enlaces asociativos, que faltan en estos casos y se vuelven sencillas, lentas, simples y populares: porcentaje de popularidad y originalidad del Rorschach.

8.- incapacidad de abstracción: fallas en el Kohs y respuestas D, dd, dr, etc., en el Rorschach.

9.- exceso de globalización, sin análisis: Kohs, y respuestas vagas en el Rorschach: mbes, mapas, lmesos.

10.- fabulaciones por no tener capacidad para comparar la realidad con el engrama aprehendido o el concepto de las figuras: Bender y la F- en el Rorschach.

11.- no pueden comprender la totalidad, sino las particularidades. No sintetizan detalles: Kohs y Rorschach.

12.- apatía e inercia: rechazos en el Rorschach por falta de búsqueda de la respuesta, dando origen a una producción pobre. Impresión de pensamiento.

13.- detalles inusuales y confabulatorios en el Rorschach, autoreferencias.

II.- Respecto al control de los aspectos afectivo-emocionales, depende en gran parte de la fuerza del aspecto intelectual. Existen dos modalidades en dicha relación:

a.- afectividad baja - control bajo.

b.- afectividad alta - control alto.

En ambas, las dos fuerzas están en igualdad y su equilibrio puede ser restablecido, aunque se rompa momentáneamente.

Los otros aspectos, no equilibrados son:

- a.- afectividad alta - control bajo.
- b.- afectividad baja - control alto.

En el primer caso, existe impulsividad. En el segundo, rigidez de pensamiento, inhibición, debido al exceso de control.

Se ha observado que en los traumatizados de craneo, suelen aparecer labilidad afectiva e impulsividad. Posiblemente no sea sino la consecuencia del déficit en el aspecto intelectual que al perder fuerza, carece de poder para ejercer el control. De este modo, en sujetos que antes habían sido antisociales, la ausencia de inhibiciones puede hacerles peligrosos puesto que tienen la tendencia a actuar sin evaluar los impulsos.

Esta labilidad, y falta de equilibrio, se observa en diversas pruebas, así como en su comportamiento durante las entrevistas.

Es fundamentalmente en el Rorschach donde se aprecian las alteraciones: el paciente presenta con frecuencia el shok cromático, tanto en rechazos, como en el aumento de imprecisión en las láminas de color, del tiempo de reacción y las respuestas de color puro. En ocasiones, se manifiesta a través de comentarios de desagrado o vivencia de incapacidad.

Numerosas respuestas de claroscuro que indican depresión, irritación, ansiedad cuyo contenido es vago y difuso. Hay sentimiento de insuficiencia, ansiedad flotante, emocionalidad mal controlada. En general, el paciente exhibe una actitud perpleja asociada a la falta de confianza en su propia capacidad y la necesidad de autoafirmación, buscando la aprobación y el respaldo del examinador.

Esto, unido a la incapacidad de detener la perseveración, acentúa la estereotipia, disminuyendo aún más la calidad de la prueba.

Los sujetos suelen dar también numerosas respuestas anatómicas, generalmente centradas sobre la cabeza, lo cual indica preocupación por su accidente e ideas hipocóndricas.

En los protocolos de traumatizados, se observa una marcada exaltación de los aspectos afectivo-emocionales, con aplanamiento de las gráficas que representan al rendimiento intelectual. Hay impulsividad, tendencia más a actuar que a pensar, afectividad exaltada, ansiedad y emocionalidad mal controlada.

La mayor parte de ellos presentan sobredependencia, ya que no poseen un pensamiento con la creatividad y la calidad suficiente como para darles independencia del medio ambiente. Por otra parte, la vivencia de incapacidad y la inseguridad le obligan a solicitar el apoyo constantemente.

La inseguridad aparece en el Bender bajo el rasgo llamado bosquejo. Así como la tensión afectiva-emocional en el modo brusco, cortante de hacer líneas que en el original se deslizan suavemente, convirtiendo curvas lentas en rasgos agudos y punzantes.

Los casos de epilepsia posttraumática, podrían ser la exaltación afectiva llevada al máximo. En estos protocolos aparecen también las respuestas de color puro y el shok cromático.

III.- Los trastornos de lenguaje provocados por traumatismos craneales, presentan problemas sumamente interesantes.

Generalmente se asocia la capacidad intelectual al tipo y uso del lenguaje. Por lo tanto, individuos cuya expresión lingüística se encuentra alterada por haber recibido un traumatismo, con frecuencia son juzgados como deficientes. En realidad, en la mayoría de los casos, el C.I. glo-

bal se encuentra en buenas condiciones, no presentándose - la alteración más que en el aspecto lingüístico. Excepto - en los casos en los que haya sido tan grave, que condicione una demencia.

Determinar el grado de rendimiento intelectual del - sujeto, así como su nivel lingüístico, no puede hacerse -- más que mediante tests psicométricos. Para el efecto, se - usan pruebas de inteligencia no verbales y pruebas específicamente de lenguaje. Comparando ambos resultados, junto con el estudio neurológico cuidadoso que compruebe la extensión e irreversibilidad de la lesión, podrá rehabilitar se al individuo o impulsarlo en una actividad en la que -- puede utilizar su C.I. normal sin que el déficit lingüístico sea un impedimento.

IV.- En cuanto a los síntomas psicóticos, causas exógenas pueden hacer aparecer una enfermedad que haya estado antes latente como rasgo normal de la personalidad. Especialmente aquellas que lesionan el cerebro, como consecuencia de ciertos cambios en su mecanismo que hacen variar el equilibrio que poseía la personalidad pretraumática. En el Hospital, se han encontrado dos casos de personalidades pretraumáticas de tipo esquizoide, que después del traumatismo daban un cuadro completo de esquizofrenia, que se reflejaba no sólo a través de todas las pruebas, sino de su actitud indiferente, auctista y desconectada del medio. Ambos, fueron trasladados de la Sala # 3, para ser vigilados en Psiquiatría. Uno de ellos mejoró notablemente bajo el tratamiento psiquiátrico. El otro fué internado en el Manicomio. En ambos casos, la personalidad patológica era tan acentuada, que borraba toda la secuela post-traumática, resaltando únicamente los rasgos esquizofrénicos.

Evolución después del tratamiento: No se puede hacer un pronóstico seguro, puesto que los casos no tienen particular unión entre sí. Los resultados dependen no sólo de la localización, naturaleza y gravedad del golpe, sino de la personalidad anterior del sujeto. Sin embargo, es interesante e imprescindible, seguir el control después del tratamiento.

to quirúrgico. No sólo para vigilar su evolución, sino para evitar retrocesos o complicaciones posteriores. Nuevamente se insiste en el hecho de que cada caso es considerado completamente individual, dándole las indicaciones y la terapia adecuada a sus condiciones. Se ha observado que mediante las pruebas psicológicas se puede predecir la regresión del proceso. Regresión que no aparece al efectuar el examen neurológico. En los casos de deficiencia intelectual se observa en general, el aumento de su rendimiento global. Además:

- 1.- La bradipsiquia disminuye, por lo tanto la calificación del Kohs sube.
- 2.- la memoria de fijación mejora, hay menos modificaciones en el Bender en dibujos no copiados.
- 3.- la fatigabilidad desaparece casi por completo. En la mayoría de los casos es posible efectuar el control en una o dos sesiones.
- 4.- La orientación en tiempo y espacio, se nota menos deteriorada, los datos relativos a él mismo y el accidente son más veraces.
- 5.- mejor comprensión de las consignas, con disminución de la estereotipia y perseveración.
- 6.- aumenta la capacidad de asociación, mejorando las respuestas del Rorschach, no sólo en la enunciación, sino también en la calidad. Aumento en la capacidad de abstracción y en la de análisis.
- 7.- disminuye o desaparece la fabulación, así como los detalles inusuales del Rorschach.
- 8.- mayor interés de el enfermo por el medio ambiente.

Su familia, corrobora los datos anteriores, especialmente en lo relativo a que "ha dejado de decir tonterías y cosas que no corresponden a la realidad. Ahora puede lle

var una conversación".

En la mayor parte de los casos, sólo ha habido control hasta los seis meses después de haber sido operados, puesto que una vez que ellos se sienten capaces de volver a trabajar, desertan de la consulta. Es por esto que no sabemos exactamente, hasta qué punto la mejoría sigue en ascenso, vuelve a retroceder o se estaciona. En dos de los casos presentados, ambos niños menores de 14 años, a los seis meses de la operación, se observaba un retroceso en el aspecto intelectual. Sólo fué posible estudiar a uno de ellos médicamente, pues el otro no quiso someterse a los exámenes. En este caso, estamos tratando de ejercer un control más estrecho y convencerles de la utilidad que representa. Para el efecto, hemos solicitado la ayuda de trabajo social en la búsqueda y localización de los pacientes. Ha empezado a mejorar en este sentido y esperamos conseguir más datos.

En cuanto a los trastornos de la afectividad, no será necesario hacer un análisis muy detallado, ya que será fácil ver los cambios sufridos por los enfermos. De cualquier modo, es evidente que el aumento de la capacidad intelectual origina que la agresividad, la ansiedad y labilidad afectiva van a estar menos exaltadas, no por que hayan disminuído, sino porque el control ha aumentado. Datos corroborados también por los familiares.

De los trastornos del lenguaje, no suele hacerse un nuevo estudio en el Hospital. La recuperación de él depende de la extensión y gravedad de la lesión neurológica. Se les deriva hacia Rehabilitación para que asistan a las clases que imparte la sección de pedagogía de los trastornos del lenguaje.

En este problema, la verdadera dificultad está en el trabajo que es capaz de realizar el sujeto. Aunque en la mayoría de los casos, se ha tratado de enfermos que desempeñaban oficios por su propia cuenta. De tal modo que, una vez aceptados por Rehabilitación, no hemos vuelto a

saber cuál fué su evolución.

La inteligencia de todos ellos, excepto uno, estaba bien conservada y pudieron continuar con sus ocupaciones habituales, al mismo tiempo que trataban su defecto lingüístico.

Historias Clínicas:

Caso # 1.

M.R.N. Edad cronológica: 23 años. sexo: masc.

estudio psicológico: 18-VII-55.

historia clínica: después de traumatismo craneal por atropellamiento, presenta alteraciones en el lenguaje.

resultado: (Kohs, Raven, Alice Descoudres, Bender-Gestalt-Test, pr. desfasias del Prof. Peinado).

Sujeto cuyo nivel intelectual no lingüístico, es normal. En el Raven corresponde al rango IV con diagnóstico ligeramente inferior al término medio. En el Kohs obtiene una E.M. de 18 años 6 meses y CI. de 115 que es un poco superior al término medio, por lo tanto, puede decirse que se encuentra dentro de los límites normales. Es posible que la pequeña diferencia entre ambas pruebas se deba a una deformación profesional.

En cambio, en las de lenguaje la diferencia es marcada. En la de Alice Descoudres, su edad lingüística es de 5 años 8 meses. En ella se observa el uso de neologismos con el objeto de rellenar los huecos de que aquellas palabras que no recuerda, usa siempre la primera sílaba correctamente añadiendo para completarla, una desconocida. En el resultado parcial, las edades menores las obtiene en: enumeración de oficios: 4 años; de materiales: 4 años; nombres de colores: 4 años; verbos: 4 años. La edad mayor es de 7 años en lagunas y contrarios sin objetos.

En la prueba para exploración de las disfasias del Prof. Peinado, se observa lo siguiente: articulación defectuosa, dificultad para encontrar las palabras, repeticiones, uso de unas palabras por las otras, incapacidad para repetir sílabas y frases, para nombrar objetos familiares, para contar el número de sílabas en las palabras, así como para repetir el texto leído en voz baja, a pesar de haber captado su contenido.

Tomando en cuenta lo anterior, es probable que se trate de una disfasia sensorial con el aspecto motriz levemente afectado, cuya alteración es principalmente nominal y verbal.

Por tal motivo se le aconseja que abandone los estudios temporalmente, mientras se dedica a tomar clases de lenguaje. Se envía a Rehabilitación para su tratamiento.

Caso # 2.

J.L.F. edad cronológica: 13 años 2 meses. sexo: masc.

estudio psicológico: 7-VII-55.

historia clínica: hace dos años y medio le cayó un madero en la cabeza, haciéndole herida contusa en la región parieto-occipital, sobre línea media. No tuvo conmoción cerebral, fué tratado y cicatrizó la herida pero comenzó a presentar dolor sobre ella y al mismo tiempo sensación de náuseas. En ocasiones presenta alucinaciones visuales, dice ver las campanas de la iglesia de la cual es acólito con manchas de colores. Exploración neurológica negativa. Campo visual normal. Actualmente presenta cefalea sin ritmo, que al guardar cama desaparece, se le acentúa con el ejercicio, se le calma con el reposo. La cefalea se le mitiga con una punción cisternal.

resultado del estudio psicológico: rendimiento intelectual deficiente, en el Kohs da una E.M. de 8 años 6 meses y C.I.

de 66, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental media. En el Rorschach se observa bajo número de - respuestas de mala calidad. Rigidez y estereotipia de pen- samiento. Impulsividad, tendencia al choque color, ansie- dad acentuada. Vivencia de incapacidad e inseguridad.

En el Bender existe regresión, fragmentación, difi- cultad con las figuras superpuestas y tensión emocional.

terapia: operación para extirpar tumor causado por trauma- tismo.

segundo estudio psicológico: 1 -VIII-55.
Dos semanas después de haber sido operado.

El cambio más notable que se observa en esta segun- da medición, es desde el punto de vista intelectual, ya - que su E.M. aumenta a 10 años y el C.I. avanza a 76, pa- sando por lo tanto, hasta el grado: Debilidad mental su- perficial. En la prueba de Kohs donde obtiene el aumento, se ve además de las nuevas láminas que ejecuta, menor -- tiempo obtenido en ellas.

En el Bender disminuye notablemente la regresión. - Se elimina la dificultad para las figuras superpuestas y la fragmentación. Aún permanece la rotación, aunque en es- te caso, más bien evidencia la falta de fijación, ya que la figura fué ejecutada de memoria. Hay también mejor or- ganización de los espacios.

En el Rorschach, aumenta el número de respuestas al doble, además de que ahora existen elementos de calidad, por ello el porcentaje de originalidad positiva sube. El porcentaje de popularidad también aumenta, demostrando - mejor contacto con la realidad.

La estereotipia disminuye así como la rigidez de - pensamiento. Aparecen respuestas indicadoras de creativi- dad.

La ansiedad permanece, pero tomando en cuenta la -

edad del paciente, es un dato prácticamente normal. El sistema de control ha perdido su rigidez exagerada y se suaviza. Menos sobredependencia. La tendencia al choque desaparece. La afectividad está bastante bien controlada.

terapia: ácido glutámico.

tercer estudio psicológico: 13-III-56.

Medición efectuada a los ocho meses de haber sido operado. Se observa que el aspecto intelectual ha retrocedido a una E.M. de 9 años 2 meses, o sea que en ocho meses ha retrocedido ocho meses. Su C.I. baja a 69, rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental media, antes de ser operado también pertenecía a este grupo.

En cuanto al Bender, las alteraciones son notables, pudiéndose equiparar al resultado de la primera medición, efectuada antes de ser operado. Se observa regresión muy acentuada, que había desaparecido prácticamente en la segunda vez que se hizo el exámen. Hay rotación en las figuras, que tampoco aparecía. Nuevamente gran dificultad con las figuras superpuestas, así como dificultad en las líneas curvas. El uso del espacio se ha vuelto a trastornar. En conjunto, presenta las mismas alteraciones que antes de ser operado.

En el Rorschach, el número de respuestas disminuye, así como la originalidad y la elaboración. Sigue habiendo rigidez de pensamiento y la estereotipia aumenta. Hay más impulsividad, mucha ansiedad y afectividad mal controlada, a la cual borra por completo para evitar que se desborde. Vivencia de incapacidad e inseguridad.

Debido a la disminución muy sensible del aspecto intelectual y las alteraciones del Bender, se considera indicado efectuar exámen médico con objeto de ver si hay motivos para el retroceso.

aspecto médico: tomó únicamente un frasco de ácido glutámico pues estaba nuevamente en el internado (es un niño -

huérfano). El estudio neurológico es negativo. Se solicita su ingreso en la sala # 3 para hacer examen cuidadoso. Pero no volvió a la consulta y la colaboración de sus familiares para localizarlo fué nula.

Caso # 3.

L.A. edad cronológica: 49 años sexo: masc.

primer control: 22-I-57.

historia clínica: el primero de enero, después de haber ingerido bebidas alcohólicas, al cruzar una calle por querer huir de unos coches, se golpeó la cabeza del lado izquierdo con un poste, no llegó a perder el conocimiento. Le sangraron los ojos y la nariz. Le trasladan a La Cruz Roja donde lo mandan al Hospital. Ha sufrido dos accidentes de traumatismos craneales, fué golpeado con una llave de tuercas y en otra ocasión, con un picahielo. El líquido cefaloraquídeo sanguinolento. Cefalea. Diagnóstico: compresión de lóbulo frontal.

resultado del estudio psicológico: aspecto intelectual muy deficiente, dá una E.M. de 5 años 5 meses y C.I. de 38, correspondiendo al rendimiento de grado: Imbecilidad. En el Bender aparece bajo el rasgo de regresión. Además se observa gran perseveración.

El Rorschach no se toma en cuenta por el exceso de rechazos originados por afectividad mal controlada e incapacidad. En resumen, en las pruebas no se observa sino el mal rendimiento y la falta de control de los aspectos afectivo-emocionales.

relato de la esposa: dice notarlo sumamente agresivo, lo manifiesta a base de quejas de el Hospital, médicos y enfermeras. Rebeldía para dejarse curar y deseo de irse a su casa. Perseveración en la conversación y en ocasiones, incoherencia. Perseveración en la lectura del periódico, pues

lo hace íntegramente unas cinco o seis veces, hasta que ella se lo quita para que tome sus alimentos.

Siempre ha bebido mucho pero tenía un carácter alegre y poco agresivo.

terapia: observación. Se efectúa neuromoencefalograma y dos punciones.

segundo estudio psicológico: 13-II-57.

No lo han operado y lo envían a control con el objeto de saber si ha avanzado en su rendimiento después de las punciones.

El rendimiento intelectual permanece exactamente igual, obtiene en el Kohs una E.M. de 5 años 5 meses con C.I. de 38 correspondiente al rendimiento de grado: Imbecilidad. Con objeto de ver si en una prueba sin límite de tiempo rendía mejor, se efectuó el Terman, donde da E.M. de 6 años 8 meses. La media aritmética es la siguiente:

| | |
|-------|---------|
| E.C.: | 49 años |
| E.M.: | 6 años |
| C.I.: | 44 |

De cualquier manera permanece en el grado: Imbecilidad.

En el Bender sigue con la misma regresión y perseveración.

El Rorschach ha mejorado en cuanto al número de respuestas. La calidad es baja con imprecisión de pensamiento y contenido estereotipado.

Existe ansiedad e impulsividad. El sistema de control es bajo. En varias respuestas aparece contaminación, signo típico de esquizofrenia o lesionados del lóbulo frontal.

En resumen, los resultados no han mejorado, la única variación apreciable es la mayor cantidad de respuestas en el Rorschach, pero como están contaminadas, la calidad no

es buena. Por lo demás, no hay evolución. La esposa tampoco ha notado variación.

Se debe efectuar alguna otra terapia, de hacerlo, el control debe repetirse. Ahora no está en condiciones de desempeñar su trabajo anterior.

terapia: operación - trépano descompresor.

tercer estudio psicológico: 14-III-57.

El rendimiento intelectual ha mejorado, ahora da una E.M. de 8 años 7 meses y C.I. de 61, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental media.

En el Bender continúa apareciendo perseveración - acentuada, la que se observa también en el Kohs, ejecutando el diseño anterior en lugar del que tenía en ese momento. Hay también regresión como síntoma de deficiencia intelectual. Desaparece la rotación.

En el Rorschach el número de respuestas ha subido, continúa habiendo imprecisión de pensamiento. La estereotipia disminuye, así como la fragmentación de las respuestas.

Sigue habiendo ansiedad. Afectividad mejor controlada. La contaminación ha desaparecido.

En resumen, la mejoría más apreciable es en el aspecto intelectual y control de la impulsividad, aunque ésta todavía no es satisfactoria. Sigue presentando perseveración marcada. La contaminación ha desaparecido.

Se considera que aunque salga del Hospital, aún no está apto para trabajar. Debe seguir bajo control estricto, volver dentro de dos meses, en Mayo.

relato de la esposa: lo nota mucho más calmado, promete - cumplir las instrucciones para seguir el tratamiento en la casa. Ha desaparecido la perseveración y la incoheren-

cia.

terapia: tiamina, ácido glutámico y fitina. Volver en Mayo.

Caso # 4.

F.H.F. edad cronológica: 11 años sexo: masc.

primer control: 11-IV-56.

historia clínica: fué atropellado por un coche. Presenta otorragia bilateral, huellas de epistaxis. Probable hematoma del pericardio. Escoriaciones dermoepidérmicas en la región frontal derecha y diversas partes del cuerpo y cara. Anisocoria discreta por miadriasis derecha, reflejo foto-motor en ambas pupilas, no hay evidencia de parálisis oculo-motora ni facial. Los pares craneanos no son explorables debido al estado del enfermo, responde al dolor con movimientos de defensa, muy agitado emite palabras de protesta y enojo. Impresión diagnóstica: probable fractura de cráneo (piso medio y probable anterior), conmoción cerebral, probable hematoma extradural derecho.

resultado del estudio psicológico: aspecto intelectual muy deficiente en el Kohs dá una E.M. de 5 años 5 meses. En el Goodenough de 5 años 9 meses. La media aritmética es:

E.C.: 11 años.
E.M.: 5 años 7 meses
C.I.: 50

rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental profunda.

En el Bender, las alteraciones son notables: existe rotación total de los dibujos, a pesar de que los copia. - Regresión y perseveración. Déficit de la memoria.

El Rorschach no puede ser tomado en cuenta pues dá únicamente tres respuestas, ésto puede deberse a ansiedad, en el enfermo puede que exista aunque su comportamiento es

más bien indiferente, tranquilo. En realidad es por falta de capacidad intelectual, inercia mental y ausencia de aspectos culturales. Las que dá, son sumamente estereotipadas, cuyo determinismo son detalles pequeños, vagos y confusos, son "gatos" por "tienen ojos", "un poco de pelito", una uñita, un pico".

Bradipsiquia muy marcada. No es posible saber si tenía un nivel mental adecuado, pero ahora es muy deficiente.

relato del padre: lo nota muy incoherente. Lento de pensamiento, con dificultad para entender una conversación. Escolaridad de primer año de primaria, no había ido a la escuela por vivir fuera del D.F.

terapia: operación para extirpar hematoma.

segundo estudio psicológico: 22-VI-56.

El aspecto intelectual ha mejorado, puesto que dá en el Kohs una E.M. de 6 años 7 meses. En el Goodenough E.M. de 6 años. La media aritmética es: E.C.: 11 años 2 meses.
E.M.: 6 años 5 meses.
C.I.: 56

rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental profunda, permanece en la misma clasificación aunque su rendimiento ha mejorado.

El Rorschach sigue sin tomarse en cuenta por bajo número de respuestas, ahora dá ocho, pero su contenido sigue siendo vago.

En el Bender ha desaparecido la rotación, la perseveración disminuye. Sigue habiendo regresión, fragmentación y dificultad con las figuras superpuestas.

Aunque ha aumentado ocho meses, el rendimiento continúa en la misma clasificación. El adelanto en el Bender y Rorschach es pobre. Conviene mantener la vigilancia si es posible, indicar un tratamiento que le ayude a su recuperación.

ción. Por ahora no debe volver a la escuela.

tercer estudio psicológico: 2-XI-56.

El rendimiento intelectual ha bajado notablemente, - ahora no entiende la consigna del Kohs, no es capaz de ejecutar ni el ejemplo. En el Terman, obtiene una E.M. de 5 años 2 meses. En el Goodenough da E.M. de 6 años. La media aritmética es: E.C.: 11 años 5 meses.

E.M.: 5 años 7 meses

C.I.: 48

rendimiento correspondiente el grado: Imbecilidad, es decir que está aún más bajo que en la medición efectuada antes de ser operado. En el Rorschach, el número de respuestas vuelve a ser cuatro. En el Bender existe rotación muy notable, regresión, falta de fijación, mal uso del espacio por disminución de las figuras. Debe efectuarse reconocimiento médico para explicar la causa de tan notable retroceso.

relato del padre: no ha notado gran variación, dice que no se queja de dolores. Actitud aislada que antes no tenía. - Ligeros mareos cuando hace ejercicios pesados.

terapia: se solicita internamiento en la sala # 3 para hacer reconocimiento cuidadoso pues superficialmente no se notan signos anormales. En las radiografías no se observa sino una ligera sombra del lado derecho, es la tercera serie de radiografías efectuada, esta última con neumoencefalograma. Se realiza operación encontrándose: trépano descompresor, en el lado derecho presenta la corteza cerebral numerosas adherencias cortico-meningeas y edema supial, se limpiaron las adherencias y se hizo canalización de la pia madre para evacuar el líquido por debajo de ella. Se hizo punción ventricular y extracción de 5 cm. de líquido cefalo raquídeo claro y limpio. Observada y comprobada la hemostasia, se procede a cerrar por planos dejando la meninge ampliamente abierta. Diagnóstico pre y post operatorio: compresión cerebral.

cuarto estudio psicológico: 4-I-57.

El aspecto intelectual vuelve a subir, en el Goode-nough dá una E.M. de 6 años 9 meses. En el Terman, de 6 años. En el Kohs, 5 años 5 meses. La media aritmética es:

E.C.: 11 años 7 meses

E.M.: 9 años

C.I.: 77.

correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental superficial.

En el Bender se observa también mejoría puesto que la rotación y la falta de fijación han disminuido. El espacio blanco está bien usado. Permanece la regresión.

El Rorschach sigue sin tomarse en cuenta por los rechazos, aunque el número de respuestas vuelve a subir a ocho.

En resumen, el resultado es satisfactorio. Es necesario vigilarle estrictamente y de ser posible, ayudarle médicamente. Volver a control dentro de tres meses.

terapia: ácido glutámico.

Caso # 5.

A.B.P. edad cronológica: 30 años. sexo: masc.

primer control: 4-I-57.

historia clínica: atropellado por un camión, perdió el conocimiento. Síntomas de conmoción cerebral. Otorragia izquierda. Herida contusa en la región parietal izquierda - como de 3 cm. de extensión que interesó cuero cabelludo. Escoriaciones dermo-epidérmicas y contusiones de segundo grado en el labio superior a la derecha de la línea media. Oído izquierdo, membrana del tímpano normal pero con líquido sanguinolento. Fractura de cráneo.

resultado del estudio psicológico: aspecto intelectual li

geramente deficiente, puesto que dá una E.M. de 12 años ó meses y C.I. de 89 correspondiente al rendimiento de - grado: Subnormalidad. En el Bender se ve regresión, que corrobora lo anterior. Perseveración. Bosquejo como indicador de inseguridad.

El Rorschach no se toma en cuenta por el rechazo de lámina que ocasiona un número de respuestas inferior al límite permitido. Pero en las que dá, la calidad y elaboración son bastante aceptables.

Existe ansiedad y afectividad mal controladas.

En resúmen, se ve rendimiento ligeramente deficiente y perseveración. Ansiedad y afectividad mal controladas.

terapia: trépano descompresor, se encontró la meninge tensa y sumamente engrosada, se hizo la hemostasia de vasos meningeos, se penetró la cavidad craneana para hacer la expulsión del líquido cefalo-raquídeo, aparece de aspecto normal. Corteza cerebral edematizada, se desgarró la pia para dar salida a ese líquido, hecha la hemostasia de pequeños capilares corticales y previa punción ventricular se reconstruyó la meninge por planos. Diagnóstico pre y post operatorio: hidroma subdural izquierdo.

segundo estudio psicológico: 17-I-57.
una semana después de haber sido operado.

El aspecto intelectual ha mejorado, sube hasta una E.M. de 13 años 10 meses y C.I. de 98 que es normal. Es decir, que después de la operación subió un año cuatro meses en el rendimiento.

En el Bender se observa variantes en cuanto a las - figuras en sí mismas pues el espacio no está mejor usado. Desaparece el bosquejo, permanece ligera perseveración y ya no hay regresión.

En el Rorschach, el rechazo de lámina se ha disminuído aunque no llega a ser una respuesta concreta. Las -

demás están bien estructuradas, de calidad y elaboración aceptables, sin embargo, aún no puede ser tomado en cuenta.

En general, el adelanto es satisfactorio, especialmente en lo que se refiere al aspecto intelectual. Volver a control dentro de seis meses para vigilar su evolución.

CONCLUSIONES.

Las alteraciones que se pueden presentar, dependen de la localización, intensidad y naturaleza del traumatismo. Este se injerta sobre la personalidad primaria del sujeto, creando problemas de acuerdo con ella, ya que las exigencias del medio ambiente que no puede ser satisfecho, origina trastornos psíquicos, superpuestos sobre una lesión orgánica que pone en marcha su desarrollo.

En este capítulo indudablemente se demuestra la mayor utilidad que para el médico puede tener el estudio psicológico, puesto que está dando datos no observables a su exploración. Como en el caso de F.H.F., que de no haber aparecido la deficiencia en el estudio psicológico, el proceso hubiera avanzado en gravedad.

Para el psicólogo es un campo del cual puede sacar gran experiencia, es el terreno que demuestra de un modo más palpable, la unión entre las condiciones físicas y el rendimiento del individuo. El trabajo realizado en este campo es mínimo, todavía no se ha necesitado hacerlo más elaborado, debido al medio en el cual se mueve el sujeto lesionado. Pero sería interesante poder acabar el estudio empezado y usar el conocimiento que tenemos de las capacidades restantes del hombre para adiestrarle en una nueva labor, pues hasta ahora se ha hecho de manera muy rudimentaria. El problema es enorme. Cuando el sujeto posee el mínimo de educación y cultura y no está adiestrado en otro trabajo más que aquel que ha adquirido por un aprendizaje prolongado, que en la mayoría de los casos empieza en la niñez, no hay otra posibilidad que cambiarlo por uno gene-

ralmente más pobre, de menos calidad y peor remunerado. Es frecuente, especialmente en sujetos que manejan camiones, coches de rúleteo o pasajeros, convertirse en cobradores o veladores de los sitios. Algunos siguen nuestras instrucciones, la mayor parte probablemente no. Se trata de individuos con familias numerosas y necesidad de trabajo. Posiblemente las deficiencias adquiridas, añadidas a los inconvenientes primarios, les condiciona para un nuevo accidente pues su índole de peligrosidad ha subido. Es un problema social muy importante y de difícil solución pero sería una de las maneras de prevenir accidentes.

Así pues, el psicólogo proporciona al médico una serie de datos que van a complementar los suyos, antes de la operación. Y después de ella, trata de seguir la evolución del hombre, no sólo para investigar hasta qué punto puede haber recuperación, sino prevenir un retroceso en el cual se debe intervenir lo más rápidamente posible. Una vez pasado el tratamiento quirúrgico, el aspecto médico pierde importancia y pasa a ser el psicológico, el medio principal de vigilancia.

C.- PSIQUIATRIA.

La Psiquiatría, dentro de la Consulta Externa, es uno de los departamentos que cuenta con el menor número de asistencia. En general, cuando los familiares de un individuo se deciden a solicitar el consejo del psiquiatra, es porque necesita tratamiento hospitalario y por lo tanto, es internado en alguno de los centros especializados. El trabajo que el psicólogo realiza en colaboración con el psiquiatra, es una especie de síntesis de lo escrito anteriormente: vigilancia del tratamiento en sujetos con deficiencia intelectual, o el control de aquellos enfermos que por haber sido descubiertos en la sala # 3, son derivados hacia Psiquiatría para su tratamiento posterior. Además de esto, en la mayor parte de las ocasiones, como lo hemos dicho antes, se solicitan estudios de personalidad con los cuales puede redondearse la imagen del enfermo que va a ser sometido a psi

coterapia. Por lo tanto, el material básico empleado en -- los estudios hechos para Psiquiatría, es las pruebas pro-- yectivas: T.A.T., Frases Incompletas y Rorschach.

Conceptos teóricos generales:— En esta ocasión, no se van a mencionar las alteraciones psiquiátricas que pueden encontrarse en los individuos pues son tan variadas, que es prácticamente imposible. En realidad, es más indicado enfocar -- el problema desde el punto de vista del diagnóstico psicológico y las pruebas empleadas para ello. En el Rorschach, las anomalías pueden reflejarse tanto en el determinismo -- como el contenido, la localización influye en menor importancia. En general, ningún rasgo es patognomónico de una sola entidad clínica. Sin embargo, existen grupos de enfermedades a cuyo diagnóstico ayuda de un modo eficaz el Rorschach, puesto que poseen en esta prueba, características -- bastante definidas. De cualquier manera, el diagnóstico de la enfermedad nunca se hace mediante una sola prueba, sino la unión de todos los resultados fragmentados, que al final, junto con la historia clínica, van a dar una unidad determinada.

En el Rorschach, los rasgos que pueden caracterizar a la esquizofrenia, son fundamentalmente: (24).

- a.- respuestas contaminadas (respuestas poco frecuentes pero en las cuales no hay elementos de calidad y belleza, sino de extravagancia).
- b.- detalles confabulatorios e inusuales (partes pequeñas, de las cuales crean una respuesta global).
- c.- bajo porcentaje de popularidad, por mal contacto con el ambiente.
- d.- alusiones a la simetría o respuestas de posición.
- e.- autoreferencias (cuando se identifican a sí mismos o a su cuerpo, dentro de las figuras de las láminas).

Los estados neuróticos o depresivos suelen reflejarse en el shok cromático, rechazos de láminas clarooscursas, -- respuestas de incapacidad de impotencia y autodepreciación. (25).

El T.A.T., prueba proyectiva, se basa sobre la supo-

sición de que el hombre nunca puede desligarse a sí mismo de su ambiente, experiencias, odios, deseos y esperanzas. El estudio de la prueba, formada por diez historias o narraciones, nos va a dar la clave de lo que perturba al individuo. De lo que espera o lo que desearía. La técnica de interpretación no la vamos a exponer, solo mencionaremos el hecho de que para hacer una eficaz interpretación, debemos tener datos objetivos de la vida, del funcionamiento del sujeto, generalmente proporcionado por los familiares. Y una narración subjetiva de la imagen que el propio sujeto tiene de sí mismo.

Las frases incompletas podría ser una especie de - asociación libre provocada por un material constante, que es un excelente complemento del T.A.T. y que incluso le supera en ocasiones. La necesidad de rapidez en las respuestas hace que el material surja sin elaborar y sin ser pulido o examinado como en el T.A.T. El estímulo verbal es más anónimo y flexible que el visual. La frase que debe ser completada lo más rápidamente posible, proporciona mayor proyección que una escena cuyo relato es elegido y ordenado sin límite de tiempo. En las Frases Incompletas puede hacerse una encuesta de aquellos puntos que se consideren interesantes para redondear la impresión inicial. En caso de que el individuo niegue que haya contacto entre la respuesta y su propia experiencia, se tiene de todos modos la primera asociación y la negativa de la relación es significativa.

El trabajo es generalmente una descripción de la personalidad, casi siempre sin interpretaciones, excepto cuando hay elementos importantes propios de determinada enfermedad. El examen psicológico es otro método complementario de diagnóstico.

No es usual que el estudio se repita, a menos que hayan estado en tratamiento bajo determinada droga, como en el caso de la esquizofrenia. Pero en general, únicamente se hace al principio de su ingreso a la consulta.

Historias Clínicas:Caso # 1.-

A.R. edad cronológica: 15 años sexo: masc.

historia clínica: acude a la consulta llevado por su madre quien se queja de bajo rendimiento escolar, alteraciones de conducta y rebeldía. No hay otro dato patológico ni en él ni en la familia.

resultado del estudio psicológico: 23-X-56.

Aspecto intelectual deficiente, puesto que en el --- Kohs dá una E.M. de 9 años 11 meses y C.I. de 70, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental superficial. En el Raven el diagnóstico es inferior al término medio. Tal vez en realidad su nivel no sea elevado pero en la actualidad es más notable por la ansiedad tan grande - que está actuando como bloqueadora. Durante todas las entrevistas se manifestó intensamente asustado, tembloroso y con sudoración profusa de manos y rostro.

El Rorschach no se toma en cuenta porque hay un exceso de rechazos, da tan solo una respuesta. Hay por lo tanto, ansiedad muy acentuada, así como afectividad mal controlada e impulsividad.

Al iniciar las pruebas de tipo proyectivo, ha disminuido ligeramente su agitación y durante la conversación, admite sentirse nervioso e inseguro cuando se encuentra en presencia de sujetos femeninos que representen autoridad o tengan categoría superior a él. En el T.A.T. y Frases Incompletas, se observa gran resentimiento hacia la figura materna que le obliga a ser cuidador de sus hermanos menores. En ninguna historia aparece la madre, los protagonistas son siempre huérfanos de ella. En la familia, los hermanos representan una carga desagradable, son factores activos que le roban el cariño de los padres: "ellos no saben que mis hermanos lo hacen para que no me quieran".

Se apresura a aniquilarlos por completo, haciéndolos perecer en accidentes o catástrofes globales. Sumisión ante los padres, hacia los que en realidad, siente agresividad, miedo ante esa agresividad a la cual reprime activamente. Vivencia de soledad profunda por sentir que no les interesa a los padres puesto que no les gratifica lo suficiente. Incapacidad de mejorar su conducta, falta de aliento, conciencia de hacer fraude a los padres. Sentimiento de culpa porque entre ellos surgen dificultades causadas por él.

En resumen, sin saber el grado real del rendimiento intelectual, ahora está bloqueado por la ansiedad muy grande. Conflicto por sentir el ambiente familiar como agresivo, bloqueador, frustrador y falta de afectividad. Agresividad reprimida hacia los padres, especialmente la madre y los hermanos, siente que éstos le están robando cariño y poniendo de manifiesto su mala conducta la cual cree imposible de mejorar.

relato de la madre: admite que por ser el mayor, lo ha obligado a ser su ayudante, pues no tiene hijas mujeres, por esto él ha debido de ocuparse del cuidado de los hermanos, permanece en el hogar la mayor parte del tiempo. Ella no siente que haya más comprensión o cariño de su parte para los otros hijos.

Los fracasos escolares los ha tenido con maestras.

Poco sociable. Su diversión es practicar deportes violentos como el foot-ball americano o las luchas. Cuando él habló de esto, comentó haberlos abandonado porque notó que se excitaba a tal punto que provocó en varias ocasiones accidentes serios entre sus compañeros. Dice sentirse lleno de odio hacia ellos en los momentos en los cuales están jugando, pero fuera del campo los estima bastante, eso lo hizo sentirse asustado y "anormal".

En vista de su falta de aplicación escolar, la madre lo ha colocado a trabajar de mecánico en un taller, él dice que eso no le gusta pero al mismo tiempo no sabe a qué de-

dicarse. La madre es una mujer sumamente dominante, violenta y poco afectuosa para la cual la disciplina estricta es indispensable. El padre es un hombre bondadoso pero con poca energía, sin autoridad real en el hogar.

Caso # 2.

E.C. edad cronológica: 18 años. sexo: fem.

historia clínica:- embarazo y parto normal, peso y estatura subnormales al nacer, su hermana gemela falleció a los siete meses de haber nacido. Alimentación materna. Desarrollo lento. Amigdalitis frecuentes y dolores reumáticos. Bajo rendimiento escolar, repitió dos veces el primer año, el tercero y el quinto, al parecer bajo rendimiento intelectual. A los nueve años, juegos eróticos con otros niños del sexo opuesto un poco mayores. Hubo ocultamiento y sentimiento de culpa por haberlo hecho. A los 11 años, indagaciones acerca del sexo, en esa época le fueron mostradas fotografías pornográficas por compañeras de escuela. Entonces no hubo repercusiones aparentes. A los 12 años era consciente de su falta de rendimiento intelectual y sentía envidia por sus compañeras más destacadas con las cuales era hostil activamente. Poco sociable y quieta. Agresiva cuando era frustrada. Desde esa época se masturbaba.

En Mayo de 1955 sintió sin causa aparente, que las paredes se movían, obnubilación sensoperceptiva, deseaba hablar pero no podía, oía las palabras de las gentes como "huecas". Pérdida de conocimiento, caída lenta y sin lesión. En Junio, hay cambios en su conducta: tristeza, aumenta el aislamiento, temor hacia las gentes, ansiedad con depresión, ideas de culpa, ideas obsesivas con representación de escenas sexuales (material dado por los fotos). Apartamiento de la realidad. Fue tratada con tónicos y sedantes, a los 20 días aparentemente vuelve a la realidad. En Septiembre se repite la sintomatología.

Su desarrollo físico no corresponde a su edad. Durante la entrevista se mostró triste, retraída en ocasiones con llanto repentino y fácil. Habla en voz baja, lenta, poco coherente, se opone a quedarse sin el padre. Tiene conciencia de su enfermedad, niega alucinaciones pero sí admite las ideas de "perjuicio". "Pienso que me quieren ahorcar". Hay pobreza ideativa, con sentimiento de me nosvalía y hostilidad encubierta.

resultado del estudio psicológico: 7-X-55.

No accede a separarse del padre, reacción de temor ante esta sugerencia. Expresión triste y ensimismada, sin ademanes, permanece con la mirada vaga y sin vida. Habla y dice que aquí en el Hospital es el lugar donde será castigada por sus faltas y las faltas que ha cometido la gente. Ideas de referencia: el radio da noticias de todas las desgracias de la humanidad que han sucedido por su maldad. Siente no ser ella misma, su cuerpo está separado de su alma.

Al día siguiente admite que salga el padre, habla espontáneamente y está más tranquila, no le importan las cosas de el medio, habla de las enfermeras con sus caras pintadas "pero no son ellas mismas, son sus cuerpos porque sus almas están en el cielo". Refiere que vió puñales en la cercanía de su casa, eso quiere decir que su castigo está cercano.

El 9, dice estar alegre, llena de buenos deseos, pero siente que en la calle se burlan de ella y no quiere salir de la casa "yo hago todo lo posible por mejorar pero qué es lo que puedo hacer yo para ayudar?, fui a la escuela pero no aproveché nada, deseaba mucho.... que todos los que estuvieran en pecado mortal se murieran.... soy mentirosa, envidiosa, tengo malos pensamientos.... deseaba que se acabara el mundo para mortificar a mi mamá y a mi papá.... hacía malas confesiones.....yo ya no me voy a ir al cielo por todas las cosas que he visto.... como que se suben a los coches y se ahorcan....solo viendo a

quienes tenían novio....decía groserías en el pensamiento". En la prueba Wechsler-Bellevue obtiene un C.I. de 98, que aunque bajo, está dentro de los límites normales.

En el Bender aparece esquematización con alteración de la realidad, fragmentación y bosquejo.

El Rorschach no es calificable estadísticamente - porque no hay posibilidad de localización y de encuesta, pues sigue añadiendo detalles pequeños inusuales. Sin embargo, se ve lo siguiente: ideas delirantes, sobreproducción ideativa, fabulación muy acentuada, simbolismo "acá ese color de rosa tiene algo de electricidad", contaminación: "en la cara del tigre una cara como de oso....como que es un tigre pero ¿qué cara será? ; es una cara de gato con ojos de tecolote...."; aquí hay un monstruo chiquito verde con dos especies de pies, no lo puedo explicar, al mismo tiempo son sus manos....en la cabeza tiene como un muñeco-hombre en la boca cómo lo explicaré? un niño que le sale de los ojos con los brazos doblados y con las manos llenas de bocas" fusión de ideas alejadas de la realidad y que se interpretan con la máxima veracidad. Respuestas y exclamaciones afectivas, expresa ansiedad durante la prueba. Imprecisión de pensamiento y falta de contacto con el ambiente, puesto que sus respuestas son de forma y originalidad negativas sin elementos que las unan a la generalidad. Ideas delirantes de perjuicio, autopunción "pagaré por todos los pecados de la humanidad".

Tomando en cuenta lo anterior, posiblemente se trate de un cuadro de esquizofrenia con ciertos rasgos paranoides.

Se trató de internar en el Manicomio pero el padre se opuso y se la llevó nuevamente a su pueblo natal.

Caso # 3.

P.J.M. edad cronológica: 30 años. sexo: fem.

historia clínica: solicita hablar con un sujeto del sexo

femenino. Se queja de pérdida de memoria y amnesia temporal. Falta de la noción de tiempo, fobias e ideas obsesivas. El padecimiento se originó hace unos tres años después de haber sufrido una operación en la que fué anestesiada. Antes de ésto, fué siempre nerviosa y tenía particular aversión a que la durmieran con anestesia total, incluso estaba decidida a dejarse morir antes que operarse pero su familia la persuadió. En el momento de la operación "sufrió un fuerte choque psíquico". Desde entonces empezó a soñar cosas raras: como si fuera una masa informe y que un señor con barbas la moldea. También sueños de desintegración, se vuelve un hilito. Siempre durante el sueño tiene gran sensación de angustia y se despierta llorando o gritando. Tenía miedo a quedar mal psíquicamente "y en efecto así ha sido". Ultimamente las pesadillas son también de transformación. Durante la vigilia, cuando es molestada por alguien, se vuelve ciega y sorda, o ve a las personas lejos y pequeñas, la voz de ellas también la escucha así: disminuida de intensidad.

La pérdida de memoria la asusta mucho y trata de -- que las gentes a su alrededor no lo noten, ésto sucede -- con sus estudios, así como con lecturas que habían sido familiares para ella, ahora no las recuerda en lo absoluto.

Dolor de cabeza localizado en la parte posterior. -
Dermatosis frecuentes.

Antes de la operación se paralizaba cuando sufría alguna contrariedad. Desde hace unos siete meses tiene miedo a cruzar las calles y subirse a los camiones.

Le molesta venir al Hospital porque "el olor de la enfermedad" la ahoga e incluso en ocasiones le da calentura.

Fobia hacia los niños y los ancianos, a tal punto que debe apartarse de ellos cuando se los encuentra en la calle.

La madre ha sido siempre muy dominante, llena de prejuicios y de criterio muy restringido.

resultado del estudio psicológico: 22-V-55.

Rendimiento intelectual deficiente, puesto que da una E.M. de 11 años 6 meses y C.I. de 82, correspondiente al rendimiento de grado: Subnormalidad. En el Bender se observa regresión como síntoma del mal rendimiento intelectual. Inseguridad y déficit de fijación, puesto que altera los dibujos hechos de memoria.

En el Rorschach, el número de respuestas es bueno. Con calidad y elaboración, aunque la popularidad sobrepasa a la originalidad. Hay rigidez de pensamiento, ya que posee marcada inseguridad y vivencia de incapacidad que le hace aferrarse a la forma bien vista, por lo tanto, son siempre calificadas como positivas. No hay flexibilidad suficiente como para omitir imperfecciones en las láminas y por lo tanto, se pierde en detallismos. La verbalización es autodepreciativa pero de tipo bromista, es una forma de encarar el problema, tratando de restarle importancia y aparentando ante el examinador una actitud de seguridad que no tiene, puesto que su enfermedad le produce pánico.

Presenta gran ansiedad, emocionalidad muy mal controlada. Ligera impulsividad, control intelectual deficiente.

Hay respuestas de posición y contaminadas.

El T.A.T. le provoca un fuerte rechazo porque el primer día que lo hizo, tuvo un intenso dolor de cabeza y malestar inmenso. Se la dejó verbalizar libremente sobre sus problemas, y se le permitieron producciones literarias escritas antes de su enfermedad.

Ella enfatiza mucho en la diferencia de rendimiento que había; refugiándose en la exhibición de sus proezas anteriores. En los cuentos o poesías se advierte la construcción de situaciones ficticias favorables como la imagen de la vida que posiblemente le hubiera gustado tener: mujeres felices en el matrimonio, éxito, etc. En cambio -

su vida real ha sido dura, difícil, solitaria. Algunos -- son cantos a una situación afectiva perdida pero cuyo recuerdo llena todo el presente. En general, tiene una actitud de aceptación forzada a su situación, poco natural.

En la verbalización libre, presenta a la madre, no conscientemente, como una figura altamente frustradora -- por exceso de rigidez, prejuicios y falta de comprensión hacia las hijas. En realidad la madre da la impresión de ser, a través de su relato, una persona anormal, demasiado protectora y al mismo tiempo demasiado severa. Existe el dato significativo que una hermana de la paciente está en tratamiento en el Hospital, por una serie de trastornos emocionales parecidos a los de ella, ninguna de las dos -- sabe que acuden a la consulta. Los sueños presentan una -- incapacidad enorme: después de la prueba de Rorschach, soñó que las láminas eran de cerebros y ella debía señalar la célula que produce la locura y el olvido. Hay otros -- que señalan los procesos de despersonalización. Ha presentado también fenómenos de tipo conversivo. Así como fobias a los vehículos y las alturas. Compulsividad por contar los objetos que trae en las manos. Alucinaciones visuales, auditivas y sensoriales.

Aparentemente podría tratarse de una neurosis obsesiva-compulsiva básica en la cual hay un brote de tipo esquizofrénico.

Fué remitida al psiquiatra para tratamiento.

Caso # 4.

F.S. edad cronológica: 46 años. sexo: masc.

historia clínica: síntomas: confusión, agitación, pérdida de memoria. Antecedentes: lues, afirma haber curado a pesar del tratamiento incompleto y desorganizado, alcoholismo hasta hace dos años. Nistagmus. No hay antecedentes -- psicóticos en la familia. El enfermo es el primero de tres

hijos, nació cianosado. Su desarrollo fué normal. En la segunda infancia fué inquieto, travieso y poco controlable. Estuvo internado en una escuela religiosa y más tarde estudió comercio, desde los 20 años se dedicó a ser viajante, ganaba lo suficiente para cubrir sus necesidades. A los 21 años tuvo una infección venerea de caracter sifilitico, -- blenorragia en varias ocasiones.

Desde los 10 años sus reacciones emocionales fueron violentas e inclusive llegó a pensar en suicidarse envenenándose "siempre he sido chiflado, maniático, cuando las cosas no resultan bien, monto en cólera". Desde 1942, deja el alcohol al cual se había aficionado desde los 18 años. Después de esto, tenía frecuentes períodos de depresión, rehuía el trato de las gentes, seguidas de hiperactividad, euforia y alegría irracional. Hace un mes ha tenido trastornos de conducta: verborrea, inquietud psicomotora, insomnio, irritabilidad. Abandonó su trabajo, en la casa se dedica a ordenar los objetos de una manera perseverante. -- Hace frecuente alusión al pasado pero olvida los hechos recientes.

Capacidad de atención y comprensión conservadas. Marcha atáxica. Ligera disartria. Cierta tendencia a la fuga de ideas, niega alucinaciones. No hay ideas delirantes.

resultado del estudio psicológico: 5-VIII-56.

sujeto cuyo rendimiento intelectual es deficiente, puesto que da una E.M. de 6 años 5 meses y C.I. de 45 correspondiente al rendimiento de grado: Imbecilidad.

En el Bender se observa regresión pues existe simplificación en los dibujos, dificultad en las figuras superpuestas y expansión del dibujo, todo ello propio de un sujeto de menor edad que el paciente, pero que coincide con el rendimiento intelectual.

Se observa como falta de integración, la perseveración, que es acentuada.

En el Rorschach, el número de respuestas es bajo, de calidad mala, ya que no hay elaboración y mucho menos creatividad ni originalidad. Las respuestas son globales especialmente, vagas, rudimentarias. Hay marcada imprecisión de pensamiento.

Se observa además tensión emocional a través del bostezo del Bender y de la vivencia coartada del Rorschach. Ansiedad. Deficiente sistema de control, por falta de trabajo intelectual. No hay reactividad ante el color como elemento afectivo.

Sobredependencia muy marcada puesto que no existe vida interna que le de seguridad e independencia del medio ambiente.

Tomando en cuenta lo reducido del trabajo intelectual, la impresión general es de demenciación, además de las alteraciones afectivo-emocionales que tales regresiones suelen provocar.

Pasa al psiquiatra para tratamiento. Diagnóstico: síndrome hipomaniaco. Probable neurólues.

terapia: Plexonal.

segundo estudio psicológico: 20-XI-56.

Ha mejorado especialmente en lo que se refiere al rendimiento intelectual ya que su E.M. es de 10 años 3 meses y C.I. 72, correspondiendo al rendimiento de grado: Debilidad mental superficial. El Bender no varía fundamentalmente, excepto en la regresión y la alteración de la realidad que han disminuído. La perseveración, expansión y dificultad con las figuras superpuestas continúa igual.

El Rorschach no ha variado, excepto que tanto la rigidez como la estereotipia de pensamiento han disminuído. La elaboración mejora ligeramente. Sigue sin haber originalidad. La emocionalidad y afectividad están también mejoradas. Se observa menos verborrea y mayor facilidad para

concentrarlo en las pruebas.

terapia: Neurovi, Equanil, Benzadrina, Multicebrin.

tercer estudio psicológico: 17-II-57.

El rendimiento intelectual permanece igual, con C.I. de 76 (debilidad mental superficial). En el Bender está es tacionado en los mismo síntomas anteriores.

El Rorschach sigue igual en cuanto al número de respuestas pero la imprecisión de pensamiento es mayor. Respuestas contaminadas y aglutinadas. Respuestas anatómicas como símbolo de "intelligence complex".

relato de la madre: tuvo una época muy buena entre las dos mediciones finales, volvió a trabajar y disminuyeron los síntomas. Ahora la mejoría no se ha hecho más evidente y sigue con el mismo ritmo. Continúa en tratamiento.

Caso # 5.

J.B. edad cronológica: 27 años sexo: masc.

primer estudio psicológico: 18-II-56.

Estuvo internado en la sala # 3 del Hospital, por traumatismo craneal. El rendimiento intelectual es bajo, obtiene en el Terman una E.M. de 7 años y C.I. de 58, correspondiente al rendimiento de grado: Debilidad mental profunda. El mal rendimiento se observa también en el Bender en la regresión o sea la transformación de un dibujo elaborado en uno simple. Además existe gran fabulación, puesto que a base de bosquejo, perseveración y rotación llega a modificar en su totalidad las estructuras. Esta fabulación se observa en el Rorschach bajo el aspecto de antropomorfismo (lam. X "unos vampiros esperando la oportunidad de cazar las arañas para chuparlas....están bien informados....sus cálculos mentales para reaccionar inmedia-

tamente y tener a las arañas....estás nomás platicando --- ellos solos tomándose las impresiones ellos mismos....tomando sus datos mentales nomás ellos, así datos mentales que ellos tienen para formar sus ideas vagas pero que forman un conjunto de datos en formación nada más.... ellos mismos están recopilando los datos, analizando a las arañas para hacer un cálculo mental que ellos deben recopilar.... calculando datos administrativos para llevarlos a cabo.... relacionando con lo que han visto de ellas"). Como la anterior respuesta aparece en todas las demás láminas.

De tal manera que da como consecuencia imprecisión de pensamiento muy marcado, carece de sensor crítico que pueda dominar los aspectos emocionales que se desbordan. - **Fabulación.** Afectivamente es indiferente. El sujeto está en general, desligado del ambiente, su tipo de vivencia es introversiva. Tendencia a la abstracción. Tomando en cuenta los datos anteriores, podría tratarse de un síndrome esquizofrénico provocado por el accidente, se refiere al psiquiatra.

reporte del psiquiatra: (datos tomados de la historia clínica). La familia relata que desapareció durante 20 días - habiéndolo localizado en el Hospital, aparentemente había sido encontrado inconsciente con herida parieto-occipital izquierda, se ignoran datos relativos al accidente. Lo encontraron agitado, indiferente, torpe, con trastornos de memoria y tendencia a la fabulación. Tembloroso de todo el cuerpo, mala coordinación motriz. Al retornar al hogar es incapaz de trabajar, actitud auctista e indiferente. Durante la entrevista, es poco espontáneo, su discurso es coherente pero se le dificulta recordar los hechos pasados, ha tenido ideas fabuladoras respecto a su esposa pretextando que tuvo relaciones con todo el personal del Hospital durante el tiempo que ella estuvo aquí internada para ser atendida de parto. Dice sentirse extraño, no es el mismo - que antes, le falta ánimo, oye voces que le transmiten el pensamiento. Está desorientado en tiempo, espacio y tiene conciencia vaga de su enfermedad. Es capaz de efectuar operaciones aritméticas pero sencillas.

En el exámen neurológico se ve parecía facial izquierda. Ligera disminución de tono en miembros izquierdos. Dismetria. Ligera ataxia.

Diagnóstico: deterioro mental posttraumático. Estado depresivo. (Síndrome esquizomorfo). Hemiparesia izquierda posttraumática.

tratamiento: Perandrén y Meratran.

segundo estudio psicológico: 20-IV-56.

El rendimiento intelectual ha mejorado notablemente. En el Kohs, prueba que antes no entendía, ahora obtiene una E.M. de 7 años. En el Terman, da E.M. de 9 años 2 meses. - La media aritmética es:

E.M.: 8 años 1 mes
C.I.: 67

rendimiento correspondiente al grado: Debilidad mental media.

En el Bender también hay mejoría: la regresión ha disminuído. De los tres puntos que antes hacían variar tan profundamente la estructura de los dibujos, sólo sigue habiendo bosquejo. La distribución general del dibujo es más lógica.

En el Rorschach, la fabulación es más discreta, a tal punto que algunas respuestas pasan a ser de originales negativas a positivas. Hay mayor actividad intelectual, la estereotipia disminuye y la calidad mejora. El número de respuestas populares aumenta, indicando más contacto con el ambiente. El control parece mejor. Pasa de lo abstracto a lo concreto.

Algunas respuestas permanecen, pero eliminando la fabulación: "dos pichones en formación azteca que se están platicando" a "dos pichones que están anidando en la copa de un árbol" y aumentando la calidad.

Los cambios son realmente positivos, aumenta el rendimiento intelectual y aunque aún hay fabulación, aparece -- bastante disminuída.

reporte del psiquiatra: mejor contacto con el ambiente, ha empezado a trabajar. En el hogar ha disminuído la hostilidad para la esposa pero no desaparece del todo. Se cita a la señora para obtener mayores datos. Los compañeros de trabajo lo tratan diferente por su invalidez, él lo advierte y no le agrada, reacciona agresivamente o con tristeza.

tratamiento: Atrophos.

se citó a control psicológico pero no acudió a la consulta. Ha bajado de autocritica y desarrolla delirio de celos. Se le receta Serpasil. Un mes después ha mejorado, está tranquilo, ha vuelto al hogar y no rife con la esposa, vuelve a trabajar, la familia lo nota mejorado.

Durante la entrevista está atento deseoso de cooperar y ayudar al tratamiento. Sigue con la misma medicina.

tercer estudio psicológico: 3-I-57.

su asistencia se ha vuelto irregular porque su casa es de las que van a derribar en la Merced, va a cambiar de domicilio. No acude a la consulta.

CONCLUSIONES:

Las alteraciones psiquiátricas pueden reflejarse a través de pruebas psicológicas, que al unirse, dan rasgos de enfermedades determinadas. Igual que en las conclusiones anteriores, es el psicólogo el especialista que puede decir con la mayor precisión posible, datos acerca del individuo, que no son comparables más que mediante el estudio psicológico. En este caso, puede ser un auxiliar valioso para llegar al diagnóstico. Además del papel controlador en el tratamiento.

Por otra parte, el enlace que existe entre las Salas del Hospital y el psiquiatra a través del psicólogo, es sumamente útil para el médico. Ha permitido evitar el tratamiento equivocado en los enfermos que, además del padecimiento orgánico, tenían enfermedades mentales. Ya se ha mencionado el surgimiento de personalidades patológicas, cuyo sistema estaba equilibrado antes del traumatismo craneal. Se les ha enviado a Psiquiatría, ya sea para tratarlos o gestionar su internamiento en el Manicomio.

La Psicología y la Psiquiatría pueden coexistir de un modo paralelo sin que haya interferencias y sin que se excluyan una a la otra, como ciencias paralelas que se entienden y se mantienen dentro de su propio terreno. La Psiquiatría se dedica al campo de lo patológico, es decir, que debe abarcar conocimientos médicos. El psicólogo trabaja en el campo de lo normal y lo anormal, en los cuales, además de hacer diagnóstico, puede efectuar su propia función, ya sea mediante la psicoterapia o la Psicología pedagógica.

Debido a la índole del trabajo, no hay necesidad de extenderse más en estos puntos. Basta con haber mencionado el papel del psicólogo como colaborador del psiquiatra, ayudándole a tener una imagen más completa y fiel del individuo enfermo.

CONCLUSIONES GENERALES.

(Epilepsia).

- 1.- Las pruebas de inteligencia son útiles, no tanto en cuanto al nivel intelectual en sí, sino en cuanto al aumento de rendimiento por mejoría de síntomas.
- 2.- El sujeto epiléptico o con equivalentes epilépticos, - presenta una serie de rasgos que es necesario variar para mejorar su rendimiento intelectual y falta de control afectivo-emocional.
- 3.- Dentro del examen psicológico, aparecen datos que completan el diagnóstico médico.
- 4.- El control sucesivo psicológico, nos da resultados importantes, demostrando el efecto que la terapéutica está realizando en el sujeto.
- 5.- Generalmente, la mejoría en las pruebas coincide con la mejoría de los estudios médicos, demostrando su correlación.
- 6.- En los individuos con una base de tipo explosivo o desequilibrada, el médico puede estar contribuyendo a acentuar el cuadro clínico, pues le proporciona ocasiones para estallar. El problema médico es, en estos casos, no tan importante como el que plantéa el medio ambiente.
- 7.- Es importante observar la vivencia que el sujeto tiene de su enfermedad.

(Oligofrenia).

- 8.- La colaboración entre los padres-el médico-el psicólogo, puede dar origen a mejores resultados, en la educación

y tratamiento de niños oligofrénicos, que el médico exclusivamente.

9.- El control psicométrico después del tratamiento, evidencia el retraso, estacionamiento o mejoría del rendimiento intelectual.

10.- El psicólogo puede influir para que la actitud de los padres hacia el niño, sea más adecuada.

11.- Lo esencial en el problema de la Oligofrenia, es que el sujeto rinda y tenga actividad, aún cuando sea rudimentaria. El tratamiento médico-psicológico, debe ser complementado mediante pedagogía especial.

(Parkinson).

12.- En los enfermos de parkinson, el aspecto afectivo-emocional influye de un modo importante para la presentación de síntomas.

13.- Aparentemente, la enfermedad no varía el rendimiento intelectual primario.

14.- Ayudar a este tipo de enfermos en los problemas sociales, mejora su estado psíquico general.

(Traumatizados de Craneo).

15.- Las alteraciones que se presentan dependen de la localización, intensidad y naturaleza del traumatismo.

16.- El traumatismo se injerta sobre la personalidad primaria del sujeto, creando problemas de acuerdo con ella.

17.- En el caso de los traumatizados de craneo, las exigencias del medio que no puede ser satisfecho, puede originar alteraciones psíquicas.

18.- Las alteraciones psíquicas, están condicionadas a la lesión orgánica que pone en marcha su desarrollo.

19.- Es necesario el estudio y control de cada caso, no sólo para vigilar su evolución individual, sino para dirigir su readaptación.

20.- En ocasiones, el control psicológico puede prevenir el retroceso del trastorno orgánico.

(En Psiquiatría).

21.- Las pruebas proyectivas sirven para obtener una imagen del sujeto, mediante la cual, el psiquiatra puede iniciar su trabajo.

22.- El psicólogo tiene un papel de controlador de tratamiento, que puede ser sumamente importante para el médico.

23.- Dentro de una consulta Neuropsiquiátrica, el psicólogo además del papel de colaboración que ejecuta con los médicos, puede funcionar en su propia esfera, haciendo un trabajo más completo y útil para el individuo enfermo.

Adriana Cosío Pascal.

México, 1957.

B I B L I O G R A F I A .

A.- CITADA EN EL TEXTO.

- (1) - William Gordon Lennox "Science and Seizures- New light in Epilepsy and Migraine" - Harper and brothers publishers-N.Y. 1946. Cap. III - IV.
- (2) - Pedro Ortiz Estrada "Electroencefalografía Clínica"- Revista Pasteur-Symposium sobre epilepsia- Año XXVII- Nr. 1- 1954.
- (3) - J. Peinado Altable. "The role of psychometry in the differential diagnosis of some forms of pseudo-feeble-mindedness" - The Nervous Child - Vol 7 - Nr.4 - 1948.
- (4) - Lauretta Bender "A visual motor gestalt test and its clinical use" The American Orthopsychiatric ass.- N.Y. 1953.- Cap. VIII.
- (5) - Bruno Klopfer "Técnica del psicodiagnóstico Rorschach" - Ed. Paidós - Bs. Aires 1946 - Cap. XVII.
- (6) - Vallejo Nájera "Tratado de Psiquiatría" - Salvat Editores - Madrid 1954 - Cap. IX Inteligencia.
- (7) - Mira y López "Manual de Psiquiatría" - Bs. Aires 1943.
- (8) - Pedro A. Pons "Enfermedades del Sistema Nervioso" - Salvat Editores- México 1952 - Cap. Trastornos de la Inteligencia.
- (9) - Vallejo Nájera "Tratado de Psiquiatría" - Salvat Editores - Madrid 1954 - Cap. XXV Oligofrenia.
- (10)- Vallejo Nájera "Tratado de Psiquiatría" - Salvat Edi

tores-Madrid 1954 - Cap. XXV.

Pedro A. Pons "Enfermedades del Sistema Nervioso" - Salvat Editores - México 1952 - Cap. Oligofrenia.

- (11)- E. Roch, J. Peinado, L. Rotter "Tratamiento de la debilidad mental con hormona sexual masculina: testosterona" - Revista de Psicología - México 1954.
- (12)- Vallejo Nájera "Tratado de Psiquiatría" - Salvat Editores - Madrid 1954 - Cap. Tratamiento de la Oligofrenia.
- (13)- Francis M. Foster "Parkinsonism" - Med. Clin. North Amer. 1953 Vol. 37 - Nr. 2
- (14)- Oliver Garai "Lysivane and Artane in the treatment of Parkinsonism" - The Lancet - England - 1951 - Vol. 1.
- (15)- L. Paris Ruiz "Resumen terapéutico de actualidad: tratamiento de los parkinsonianos" - Rev. Cli. Española 1953 - Vol 49 - Nr. 6
- (16)- Gamboa Acosta, Arroyo González "El Parkinson tratado con Artane" - Rev. Med. del Hosp. Gral. México 1952 - Nr. 9
- (17) Corbin K.B. "Evaluation of the new agent in treatment of Parkinsonism Artane" - Jour. Amer. Med. Ass. 1949 - Vol 141.
- (18)- Doshay and Costable "Artane therapy of parkinsonism" - Jour. Amer. Med. Ass. 1949 - Vol 140.
- (19)- Francis M. Foster "Parkinsonism" - Med. Clin. North. Amer. 1953 Vol.37 - Nr. 2
- (20)- Pedro A. Pons "Enfermedades del Sistema Nervioso" - Salvat Editores -México 1952 - Cap. sobre enfermeda

des del Sistema Extrapiramidal - Enfermedad de Parkinson.

- (21) } H. Hecaen, R. Angelergues, J. de Ajuriaguere "Les
 (22) } sequelles post-traumatiques - Encyclopedie Medico-
 Chirurgicale - Psychiatrie. Editee sur fascicules
 (23) } mobiles A. Laffonte et F. Durieux - Paris 1955.
- (24) } Bruno Klopfer - "Técnica del psicodiagnóstico Rorschach"
 (25) } - Ed. Paidós - Bs. Aires 1946 - Cap. XIV.

B.- CONSULTADA.

- 26.- Bernard Alpers "Neurología Clínica" Editorial Interamericana-México 1952.
- 27.- Lauretta Bender "A visual motor gestalt test and its clinical use" - The American Orthopsychiatric ass. N.Y. 1953.
- 28.- J. Bieri, E. Blacker "External and Internal stimulus factors in Rorschach performance" - J. Cons. of Psychol. U.S.A. 1956- Vol. 20.
- 29.- E. Bleuler "Tratado de Psiquiatría" - Calpe Madrid 1924.
- 30.- C. Brandan, A.M. Molina "Parkinson postencefalítico" - Rev. Med. Córdoba 1951 - Vol. 39 - Nr. 7
- 31.- Campos Artigas "Rehabilitación y readaptación del epileptico" - Revista Pasteur-Symposium sobre epilepsia - Año XXVII - Nr. 2 - 1954
- 32.- Leandro Canastrelli "Una ricerca sulla validita delle tecniche proiettive" - Ric. Sci. Roma 1955 - Vol 25 - Nr. 12
- 33.- Comisión coordinadora de psicólogos "Informe sobre

la aplicación de la Psicología en México" - Primer Congreso Interamericano de Psicología - México 1955.

- 34.- Richard C. Cowden "Reserpine" - Arch. Neurol. Psychiat. U.S.A. 1955 Vol. 74 - Nr. 5
- 35.- De la Fuente, Zúñiga "Acción del Acido Glutámico sobre niños débiles mentales" - Boletín Médico del Hospital Infantil. México 1950 Vol. 7 - Nr. 1
- 36.- Jean Delay, P. Pichot, J. Pench, J. Perse "L'Acide Glutamique en Psychiatrie" - Sem. Hosp. Paris 1951 - Vol. 27
- 37.- Doshay, K. Costable "Preliminary study of a new agent in treatment of Parkinsonism" - Neurology 1952 - Vol 2.
- 38.- Mario Fuentes "Lóbulo frontal, personalidad y conducta" - Gaceta Médica de México 1953 - Nr. 2
- 39.- Robert Gibson "Differential diagnosis of Oligophrenia" - Amer. J. Dis. Child. 1952 - Vo. 83 - Nr. 2
- 40.- H. Hecaen, R. Angelergues, J. de Ajuriaguierre "Troubles mentaux dus aux traumatismes craniens" - Encyclopedie Medico-Chirurgicale - Psychiatrie - Editee sur fascicules mobiles A. Laffonte, F. Durieux - Paris 1955
- 41.- H. Hecaen, R. Angelergues, J. de Ajuriaguierre "Les troubles mentaux post-traumatiques chez l'enfant" - Encyclopedie Medico-Chirurgicale-Psychiatrie - Editee sur fascicules mobiles A. Laffonte, F. Durieux, Paris 1955.
- 42.- H. Hecaen, R. Angelergues, J. de Ajuriaguierre "Therapeutique medicale des troubles mentaux post-traumatiques. Reeducation et readaptation du traumatise" - Encyclopedie Medico-Chirurgicale-Psychiatrie- Editee

- sur fascicules mobiles A. Laffonte, F. Durieux - Paris 1955
- 43.- H. Hecaen, R. Sadous, J. de Ajuriaguerra "Les troubles mentaux au cours des tumeurs cerebrales" - Encyclopedie Medico-Chirurgicale-Psychiatrie- Editee sur fascicule mobiles A. Laffonte, F. Durieux- Paris 1955.
- 44.- Bruno Klopfer "Técnica del psicodiagnóstico Rorschach" - Editorial Paidós. Bs. Aires 1952.
- 45.- B. Kowitz "Comparison of Chlorpromazine and Reserpine in chronic psychosis" - Arch. Neurol. Psychiat. U.S.A. 1955 - Vol. 4 - Nr. 5
- 46.- William Gordon Lennox "Science and Seizures-New light in Epilepsy and Migraine" - Harper and Brothers publishers N.Y. 1946
- 47.- Antonio Linares Maza "Sobre la posibilidad de diagnóstico a base de tests mentales en casos psiquiátrico-legales" - Med. Cirug. Guerra Madrid 1954 - Vol. 16 - Nr. 11
- 48.- Murray "Test de Apercepción Temática" - Ed Paidós Bs. Aires 1951
- 49.- Dionisio Nieto "Epilepsia" Prensa Médica Mexicana-Sociedad de Neurología y Psiquiatría - Octubre y Noviembre de 1948.
- 50.- Arthur Noyes "Psiquiatría Clínica Moderna" - Prensa Médica Mexicana 1952
- 51.- The Nutrition Foundation Inc. "Glutamic Acid and mental functions" Nutrition Rew. U.S.A. 1951 -Vol. 9
- 52.- The Nutrition Foundation Inc. "Effects of Glutamic Acid on intelligence" - Nutrition Rew. U.S.A. 1953 -

Vol 11 - Nr 7

- 53.- P. Ortega, M. López "La medición psicológica en México" - Mem. Congr. Cient. México 1953 - Vol. 15
- 54.- J. Peinado Altable "Pedagogía de los trastornos del lenguaje" - Ed. Orión - México 1945
- 55.- J. Peinado Altable "Papel del psicólogo y del psiquiatra" - Revista de Psicología - México Vo. 2-1954
- 56.- Asenath Petrie "La personalidad y los lóbulos frontales" - Prensa Médica Mexicana 1953
- 57.- Pedro A. Pons "Enfermedades del Sistema Nervioso" - Salvat Editores México 1952
- 58.- Prado Huante "Concepto de Epilepsia" - Rev. Pasteur-Symposium sobre epilepsia- Año XXVII- Nr. 1-1954
- 59.- Marín Ramos Contreras "Tratamiento médico de la epilepsia" - Revista Pasteur-Symposium sobre epilepsia- Año XXVII- Nr.1-1954
- 60.- Norman Rosenzweig "A mechanism in Schizophrenia-Theoretic formulation" Arch. Neurol. Psychiat. U.S.A. 1955-Vol. 74-Nr.5
- 61.- Saenz Arroyo. "Formas clínicas de la epilepsia" - Rev. Pasteur-Symposium sobre epilepsia-Año XXVII- Nr.1 - 1954
- 62.- Serrate A. "Acido glutámico en niños y adolescentes oligofrénicos" - Acta. Ped. Española - 1954
- 63.- Simarro Puig "Reflexiones sobre la enseñanza de niños anormales" - Actas Inst. Med. Farm. Barcelona 1956 - Vo. 1 - Nr. 9
- 64.- R. Solís Quiroga "Los anormales mentales educables

y la necesidad de maestros especializados" - Mem.
Congr. Cient. México 1953 - Vo. 15

- 65.- K. Trites "Evaluation of assumptions underlying interpretation of sentence completion tests" - J. Cons. of Psychol. U.S.A. 1956 Vol 20
- 66.- Vallejo Nájera "Tratado de Psiquiatría" - Salvat Editores Madrid 1954
- 67.- Velasco Suarez "Tratamiento Quirúrgico de la Epilepsia" - Revista Pasteur-Symposium sobre epilepsia - Año XXVII - Nr. 1 - 1954
- 68.- David Wechsler "The measurement of adult intelligence" - The William and Wilkins Comp. 1947

-----000000-----

