

U. N. A. M.

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



**ESTUDIO DE LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS OBSERVA-  
DOS EN UN GRUPO DE ENFERMAS EPILEPTICAS  
TRATADAS CON UN DERIVADO DE LA  
BENZODIAZEPINA, EL R0-4-6006.**

**T E S I S**

Q U E P R E S E N T A

**Ma. DEL CARMEN BLANCO GIL**

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E

**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

MEXICO, D. F.

1963



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A mis padres,*

*con el cariño de una hija eternamente agradecida.*

*A mi esposo,*

*con profundo amor y gratitud.*

PS(1)38

80249

*Con todo mi amor,*

*a mi hijo Antoñito, al cumplir dos años de edad.*

*Con gran cariño:*

*A mis hermanos José y Lucía.*

*A mis tíos, tías y abuelita .*

*A mis padres y hermana políticos.*

*Al Dr. Agustín Caso Muñoz,*

*director de esta tesis.*

*A mi querida Escuela.*

*A mis maestros.*

*A mis amigos y compañeros.*

*I N T R O D U C C I O N*

*M A T E R I A L Y M E T O D O S*

*R E S U L T A D O S O B T E N I D O S*

*S U M A R I O Y C O N C L U S I O N E S*

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



## I N T R O D U C C I O N

Es para todos bien conocido el problema que ha --  
constituido la epilepsia a través de la historia.

En épocas remotas fué considerada como un mal de  
origen divino, teniendo como sagrados a los que la pa-  
decían.

En la antigua Grecia se veía a los enfermos como  
poseídos del demonio, en castigo por algún pecado come-  
tido, por tanto, su cura debía ser sobrenatural. Fué  
Hipócrates quien la consideró una enfermedad, dándole  
el nombre que recibe hasta ahora y describiendo como -  
síntomas principales las crisis convulsivas y pérdida  
de conciencia.

Durante la Edad Media, resurge el concepto mágico  
del padecimiento, usando amuletos como medio terapéuti-  
co.

Poco a poco, a la par que la humanidad evoluciona-  
ba en las diferentes disciplinas, entre ellas la Medi-  
cina, el criterio de epilepsia fué aclarándose en va-  
rios sentidos: tipos, probable origen, etc, hasta lle-  
gar a la época actual en que, diversas técnicas como  
la electroencefalografía, han permitido un notable a--  
vance hacia la mejor comprensión del mal, apareciendo,  
consecuentemente, nuevos medios de atacarlo.

No siendo nuestro propósito hacer una relación de  
tallada de sucesos históricos, sino sólo mencionar la  
idea del inmenso problema que este padecimiento ha re-  
presentado para el género humano, no consideramos nece-  
sario extendernos más en este sentido.

El enfermo epiléptico es un problema que se pre--

senta día por día a médicos, psicólogos, sociólogos, penalistas, etc, ya que no se limita a considerar si un individuo padece de crisis convulsivas más o menos frecuentes, sino los trastornos de conducta que generalmente se presentan asociados.

Todos los que por nuestro trabajo tenemos a menudo contacto con este tipo de enfermos, nos encontramos invariablemente con que el problema no es individual sino familiar y casi siempre muy grave. ya que el epiléptico está rodeado de gente que tiene ante su padecimiento una conducta especial, generalmente de sobreprotección, compadeciéndolo cada día, y no sin razón. pues el cuadro de una crisis convulsiva es impresionante y conmovedor aún para personas acostumbradas a presenciarlo. Esto crea, como consecuencia, una actitud de egocentrismo muy común en estos enfermos, amén de muchas otras actitudes reactivas.

Cuantas veces vemos a una madre esclava, angustiada durante todos los momentos de su vida, ante la posibilidad de que el hijo enfermo presente una crisis y nadie esté con él para auxiliarlo, para evitar que se golpee o sufra multitud de accidentes probables en esa situación de inconciencia, lógicamente se convierte en un problema familiar, pues tanto los padres, como los hermanos, si los hay, van a respirar constantemente ese ambiente de zozobra.

Si el enfermo es el padre o la madre, toda la familia gira alrededor de ese clima de inseguridad que rodea al epiléptico, pues, además de que las crisis pueden presentarse en cualquier momento y cualquier lugar, nace en ellos el temor ante la posibilidad de heredar el padecimiento, además, en nuestro medio casi siempre por ignorancia, se mantienen conceptos erróneos sobre muchas enfermedades y la epilepsia es una -

de ellas, cargando el enfermo y su familia ese estigma y sufriendo comunmente la segregación de la sociedad.

En resumen, podemos decir que el enfermo epiléptico representa un grave problema social, su número es muy elevado, más de lo que generalmente se cree, así por ejemplo: en Estados Unidos es de 1.500.000, esto es casi el 1% de la población total, permaneciendo 50.000 de ellos hospitalizados, proporcionando una carga económica adicional, ya que ocasionan gastos elevados durante plazo largo. En el Imperio Inglés, se cree que existen 200.000 epilépticos. En Suiza y Holanda se calcula que uno de cada 200 habitantes es epiléptico. (citado por 2).

Pasaremos ahora a considerar los problemas de conducta que presentan una gran mayoría de estos enfermos. La afectividad difícilmente controlada, actitudes que el medio va modulando, así como el deterioro que se acentúa a medida que se producen más crisis, hacen que el epiléptico traiga tras de sí toda una historia de conflictos en su relación con los demás. En enfermas hospitalizadas, concretamente, en el Pabellón de Observación Mujeres del Manicomio General, hemos podido observar constantemente los problemas que crean las enfermas: riñas, rivalidades, intrigas, agresiones de palabra y acción, haciendo necesario en ocasiones cambiar a una enferma a la planta alta para evitar la constante pugna con otra enferma de la planta baja u na vez separadas, se dirigen las agresiones hacia otras enfermas, haciendo verdaderamente difícil su manejo.

Todas estas situaciones, lógicamente han llamado la atención de multitud de investigadores del mundo entero, dedicando, algunos de ellos, gran parte de su vida a tratar de dilucidar el problema, y si no de solu-

cionarlo totalmente, al menos controlarlo mediante la reducción o abolición de las crisis convulsivas y como resultado óptimo, lograr también modificar la conducta permitiendo un mejor manejo y una mayor adaptación al ambiente.

Naturalmente, la inquietud ha llegado a nosotros y es este trabajo muestra de ello, ya que se trata de un estudio de enfermas epilépticas tratadas con una -- nueva droga anticonvulsiva, derivado de la Benzodiazepina, siendo uno de los fines investigar los posibles cambios psicológicos, además del efecto anticonvulsivo probables síntomas laterales, grado de toxicidad y posibilidades de manejo en el campo terapéutico.

Las personas que colaboraron en este estudio fueron: Dr. Germán Raphael, Dr. Carlos Martínez, Dr. Agustín Caso, realizando las entrevistas tanto de observación previa como durante el tratamiento, en grupo, a excepción de las realizadas para aplicar las pruebas psicológicas, hechas por la autora de esta tesis y que constituyen el tema central de la misma.

Por tanto, quiero expresar mi más profundo agradecimiento por su cooperación y ayuda a las personas antes mencionadas, pues sin esto, el presente trabajo no hubiera sido posible.

Así mismo, mi agradecimiento al personal del Pabellón de Observación Mujeres del Manicomio General, donde se realizó el estudio y muy especialmente al Sr. Dr. Agustín Caso Muñoz, por la sabia y oportuna dirección de este trabajo con el cual culminan mis estudios de la Maestría en Psicología y que presento a la consideración del Honorable Jurado.

El discutido concepto de "personalidad epiléptica", muy usado hace algún tiempo, surgió al observar en estos enfermos, rasgos caracterológicos más o menos típicos, tales como: escrupulosidad, detallismo, lentitud, pegajosidad, perseveración, limitación del círculo de intereses, etc. Se observó, sin embargo, que no todos los epilépticos tenían las mismas características, tanto en cantidad, como en calidad, existiendo una relación directa entre la intensidad de las manifestaciones caracterológicas y el componente constitucional y una relación inversa entre la intensidad de los rasgos caracterológicos e intensidad de las crisis típicas (10).

Lennox (5) se opone a este concepto que, nos dice, generalmente agrupa características negativas para definir la personalidad epiléptica, ya que fueron obtenidas mediante observaciones hechas por médicos en enfermos crónicos hospitalizados.

Otro de los numerosos trabajos realizados sobre el tema por Tizard (11), al igual que Lennox, se opone a esta generalización subrayando la necesidad de realizar estudios en grupos de enfermos epilépticos en diferentes condiciones, a fin de obtener características de cada uno de ellos para no incurrir en el error de englobar en un término a todos los epilépticos mediante el estudio de grupos parciales y por tanto de pobre valor.

Mencionamos estos trabajos a vía de ejemplo ya que actualmente se ha superado este concepto resultando mucho más apropiado estudiar a los enfermos en sus mecanismos y funcionamiento en general, que no tratar de encasillarlos en un concepto rígido y por esto mismo poco ilustrativo.

*INVESTIGACIONES REALIZADAS HASTA LA FECHA EN ENFERMOS*

*EPILEPTICOS TRATADOS CON DERIVADOS DE LA BENZODIAZEPINA*

*En marzo de 1960, los primeros reportes sobre las propiedades del clordiazepóxido fueron publicadas - por Randall, Rosenstein y Kaim y Rosenstein (citados -- por 3), comunicando que el clordiazepóxido no sólo es - un buen tranquilizador, como se había usado antes. sino que también tiene efectos anticonvulsivos en pacientes con crisis motoras mayores.*

*Posteriormente, en los años de 1961 y 1962, se realizaron diversos estudios sobre propiedades anti-convulsivas y cambios mentales, mediante observación -- clínica, en enfermos epilépticos cuando se emplean o-- tros derivados de la Benzodiazepina, además del clor-- diazepóxido (Librium), tales como: el Ro 4-5360, el -- Ro 5-2807 (Diazepam o Valium), el Ro-4-6006.*

*De estos productos, el que resultó más prome-- tedor por su efecto anticonvulsivo y pocos efectos la-- terales y tóxicos fué el Ro-4-6006 (3).*

*Debido a los resultados anteriores, se pensó en realizar el presente estudio, con la administración del Ro 4-6006 en dosis más altas y agregando pruebas -- psicológicas antes y después del tratamiento, lo cual - no se había realizado en ninguno de los estudios ante-- riormente señalados.*

Las pruebas psicológicas aplicadas en nuestro estudio fueron:

*Bender Gestalt Test*

*Wechsler Wais (Escala de inteligencia para adultos)*

*T.A.T. (Test de Apercepción Temática)*

*Psicodiagnóstico de Rorschach. Explicaremos brevemente a continuación en que consiste cada una de ellas.*

#### *BENDER GESTALT TEST*

Esta prueba está basada en la teoría de la Gestalt, que emite el concepto de que el organismo no reacciona a estímulos locales con respuestas locales, sino a constelaciones de estímulos con un proceso total que es la respuesta del organismo en su conjunto a la situación.

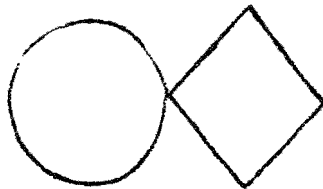
Estas ideas básicamente condujeron a la autora de la prueba Laretta Bender, a investigar el problema que promete relacionar el campo de la percepción con el de la personalidad y sus patrones; esclarece este sistema - la cuestión, no sólo de lo que percibe el sujeto, sino la del uso que éste hace de la percepción; muestra las - formas primitivas de experiencia y el proceso de maduración en el curso de su desenvolvimiento y la interacción entre los factores motores y sensoriales, siendo su campo de utilidad enorme y llegando hasta la comprensión de la psicopatología de la percepción (1).

Respecto de esta prueba en el campo de la patología encontramos numerosos estudios como el de Je Jorme en enfermos orgánicos, que encontró que un cierto grado de distorsión en 6 de las láminas es signo de daño cerebral aunque el tipo de lesión tiene que determinarse mediante alguna otra técnica (7)

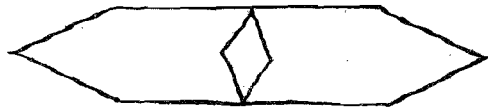
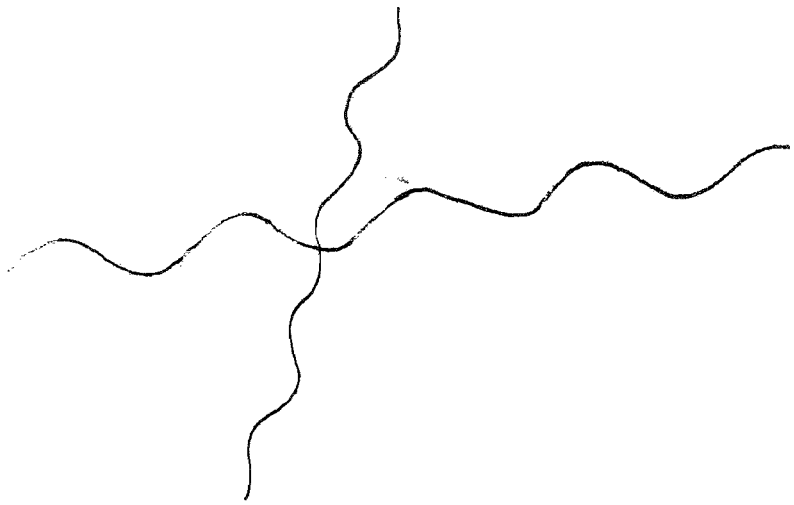
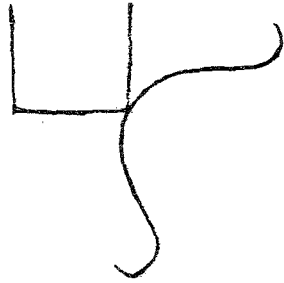
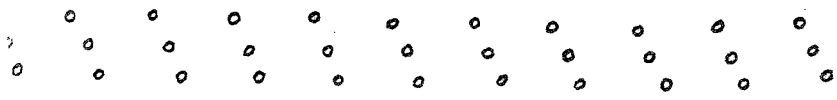
La aplicación consiste en pedir al sujeto que reproduzca con lápiz, sobre una hoja de papel, los dibujos de cada lámina, presentándose éstas una a una, permitiéndose que borre pero no que use ningún instrumento para ayudarse.

Existen diversos métodos para la presentación de las láminas, algunas veces se deja que el sujeto copie. en otras se presenta la lámina durante 10 segundos para que la observe y la reproduzca más tarde de memoria o bien en forma combinada. esto es, algunas láminas copiadas y otras de memoria. En nuestro caso se dejó copiar a las enfermas cada una de las láminas.

Las láminas son las siguientes:







Los signos más importantes explorables por medio de esta prueba son:

*Regresión*, cambiar la estructura por otra que, ontogenéticamente aparece antes; *simplificación*, usar una estructura más simple; *fragmentación*, rompimiento de las estructuras; *rotación*, giro de las figuras, pudiendo ser parcial si el giro no es muy pronunciado y total, cuando es mayor de 90 grados; *alteración de la angulación*, alteración de los ejes vertical y horizontal de las figuras; *perseveración*, repetición de la figura varias veces, incluso después de presentar una nueva lámina; *dificultad en el trazo de ángulos*; *dificultad en las figuras superpuestas*.

Todos estos signos deben valorarse según la edad del sujeto conforme a una tabla en que se especifica la aparición de la capacidad de elaborar las diferentes figuras en el niño y además valorarse si se presenta en varias láminas, ya que un signo aislado no tiene significación.

El criterio que seguimos para la calificación de la prueba en nuestro estudio, fué considerar arbitrariamente, un punto por cada lámina en que se encontraba el signo, sirviendo éste como base para la comparación con el segundo estudio, calificado de igual forma.

La apreciación de los signos fué realizada con base al libro de la autora de la prueba, L. Bender (1) y en apuntes dictados por el Prof. José Peinado Altable en la clase de Psicometría, en 1957.

#### W E C H S L E R W A I S

Consta esta prueba de dos grupos de sub-tests:

*I- Escala Verbal:*

- a) Información b) Comprensión c) Semejanzas d) Aritmética
- e) Retención de Dígitos y f) Vocabulario

*II- Escala de Ejecución:*

- a) Símbolos y dígitos b) Completar figuras c) Diseño de

bloques d) Ordenamiento de figuras y e) Ensamble de objetos.

Cada una de estas escalas, tiene sus tablas de calificación correspondientes y se obtiene un resultado del I.Q. por separado, para enseguida, mediante el promedio de ambas, obtener el I.Q. total.

En nuestro estudio, seguimos la pauta de calificación indicada por el manual adicional al test. (12)

#### T.A.T. ( TEST DE APERCEPCION TEMATICA )

El material de esta prueba consta de una serie de láminas con grabados de diferentes escenas. Se encuentra dividido en láminas comunes y láminas específicas para cada sexo y para niños, seleccionando las adecuadas al caso, resultando 20 para la aplicación a cualquier sujeto.

La técnica de aplicación consiste en pedir al sujeto que observe la lámina y relate una pequeña historia sobre lo que cree que está sucediendo en el grabado, tratando de ligar una situación anterior y otra posterior a la representada. Se anota el tiempo de reacción a cada lámina, así como la respuesta tal como la da el sujeto, para ser interpretadas después en diversos aspectos.

En nuestro caso, por razones de tiempo aplicamos a cada enferma solamente las 14 láminas siguientes:

1, 3NH, 4, 5, 6NH, 7NH, 8NH, 8VH, 9NH, 10, 12M, 13HM, 15 y 18NH, escogidas pensando que serían las más útiles para obtener material del grupo de las enfermas. teniendo en cuenta los aspectos que generalmente surgen de acuerdo como se describen en el manual de interpretación adicional al material de prueba en el cual nos basamos para la interpretación ( 6 )

### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

El material de esta prueba lo constituyen 10 láminas con la reproducción de una serie de manchas de tinta, 5 de ellas en color negro ( I, IV, V, VI y VII); dos en negro y rojo (II y III) y tres en colores brillantes variados ( VIII, IX y X ).

Ante la presentación de cada una de las láminas. se pide al sujeto que verbalice lo que ve en ellas, lo que le sugieren, anotando el examinador el tiempo de reacción el tiempo total de cada lámina, así como la respuesta escrita textualmente.

El segundo paso es la Encuesta, esto es, la nueva presentación de cada una de las láminas para investigar mediante indicaciones del sujeto y sin sugerencias de parte del examinador los siguientes puntos: localización o sea el lugar de la mancha en que vió la respuesta; el determinante: qué de la lámina le sugirió la respuesta ( forma, color, textura, etc.); contenido de la respuesta (animal, humano, vegetal, etc); además anotará el examinador si esta respuesta es popular, esto es, dada por un gran número de sujetos, mediante estudios estadísticos ya realizados. o bien, si es original, esto es, totalmente fuera de lo común y si las respuestas son bien vistas, esto es si se apegan a la realidad de la mancha (+) o si por el contrario, están totalmente fuera de ella (-).

Algunos autores indican otros pasos adicionales para aclarar aún más las respuestas, por ejemplo, Klopfer propuso la Prueba de Límites, pero básicamente los puntos mencionados son los principales.

Posteriormente se procede a la calificación de cada respuesta y a la elaboración de diversas fórmulas y una gráfica conteniendo los determinantes denominada el Psicograma, para después interpretar todo este conjunto de datos, así como las verbalizaciones del sujeto al dar las respuestas.

En nuestro caso, la calificación de las respuestas se basó principalmente en la técnica de Bruno Klopfer - (4) exceptuando lo relativo al Nivel de Forma que no se obtuvo.

CARACTERISTICAS ENCONTRADAS EN EL PSICODIAGNOSTICO  
DE RORSCHACH APLICADO EN EPILEPTICOS.

H. Rorschach (citado por 5), autor del Psicodiagnóstico, realizó pocos estudios en enfermos epilépticos. -- Fué Sander (citado por 5) quien, en 1938, estudiando enfermos epilépticos hospitalizados encontró las siguientes características:

Largo tiempo de reacción, menos de cinco respuestas populares, pobreza de forma (bajo porcentaje de respuestas positivas) y sobre todo, perseveración y enumeración cromática (Cn).

Klopfer (4) reporta en su libro Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach, los siguientes datos:

El tiempo de reacción se alarga y existe un considerable número de respuestas de forma pobre. Los mas demenciados dan mayor número de respuestas de movimiento humano, que aquellos en los cuales la demencia aparece poco a poco, o sea, una relación inversa entre forma positiva y movimiento humano (F+ y M); a mejor forma, menos movimiento humano. Muchas de estas H. son negativas.

Presencia de enumeración cromática (Cn). Numerosas respuestas acromáticas (C') y también cromáticas, a menudo éstas son de forma-color (FC) indicando muchas veces pegajosidad, acompañadas de otras de color-forma (CF) y de color puro (C).

*La sucesión suele ser disgregada o suelta.*

*Existen numerosas respuestas confabulatorias (DW)*

*Es también característica la perseveración en el contenido o bien en la forma de expresar las respuestas.*

*No existe gran índice de estereotipia (A% y Ana%)*

*Generalmente dominan las respuestas cromáticas a - las de movimiento, advirtiéndose también la presencia de -- respuestas llamadas de posición.*

*Todo esto lo menciona Klopfer basado en los estudios de varios autores, como el propio Rorschach, Guirdham, Stander y suyos propios.*

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se investigaron las propiedades anticonvulsivas, los cambios de conducta y los efectos sobre el psiquismo del Ro-4-6006, en un grupo de once enfermas - hospitalizadas, epilépticas crónicas, cuya edad variaba entre 15 y 62 años (promedio: 32 años). Tres de estas pacientes sufrían de epilepsia funcional y las restantes, de epilepsia orgánica. En todos los casos el padecimiento se manifestó por crisis de gran mal y en algunas, además, por crisis psicomotoras. Todas las enfermas estuvieron en un período previo de observación de 2 a 12 semanas de duración (promedio: 5 semanas) durante el cual se llevó un control del número de crisis que presentaron, el peso corporal, presión arterial y conducta de cada enferma con un tratamiento consistente en 5.5 difenilhidantoinato sódico (100 mg 3 veces al día) y fenobarbital 0.10 g en la noche. En dos pacientes (casos No. 1 y 10), fue necesario además, administrarles durante algún tiempo fenobarbital sódico por vía intramuscular, por no poder controlarse las crisis con los medicamentos anteriores.

En todos los casos se practicaron previamente los siguientes estudios: examen físico general, examen neurológico, una batería de pruebas psicológicas (Ben-der Gestalt Test, Wechsler, T.A.T. y Psicodiagnóstico de Rorschach, excepto en los casos No. 8, 9 y 11) y los siguientes exámenes de laboratorio: electroencefalograma, química sanguínea, biometría hemática, orina, pruebas de funcionamiento hepático (cefalín colesterol, turbidez al ti-

mol, bilirrubina directa e indirecta), líquido cefalorraquídeo y radiografías simples de cráneo.

Cada paciente sirvió como su propio control al compararse el número de crisis y los cambios neurológicos, psiquiátricos y psicológicos que presentaron durante la observación previa, con los registrados durante el tratamiento con Ro-4-6006. Especial cuidado se tuvo en observar los cambios de conducta y la aparición de fenómenos tóxicos -- o colaterales de la droga en estudio.

La substitución de los medicamentos se efectuó en forma brusca, con el fin de observar mejor la efectividad de la droga en el control de las crisis convulsivas. A los 3 primeros casos se les administró una dosis de 30 mg al día, repartidos en tres tomas. Todas estas pacientes presentaron fenómenos tóxicos y colaterales en grado moderado o intenso desde el primer día de tratamiento, caracterizados por: ataxia acentuada, sensación de mareo, somnolencia y angustia reactiva a sus molestias, por lo cual fué necesario reducir la dosis a 7.5 mg al día, entre el tercero y cuarto día del tratamiento.

En los ocho casos restantes la dosis inicial varió -- entre 7.5 mg y 15 mg al día, repartidos en tres tomas, con lo cual se evitó, en la gran mayoría, la aparición de fenómenos tóxicos. A partir de esto, el Ro-4-6006 se administró en dosis gradualmente mayores o menores, según el caso, tratando de encontrar las dosis más adecuadas para el control de las crisis. La dosis diaria máxima que se llegó a administrar, fué de 150 mg y la mínima fué de 3 mg.

El tiempo durante el cual se administró el Ro-4-6006 varió entre 12 y 15 semanas.

Entre la octava y trigésima quinta semana de tratamiento, se aplicaron los siguientes estudios: pruebas psi--



cológicas, electroencefalograma, química sanguínea, biometría hemática, orina y pruebas de funcionamiento hepático.

Las enfermas fueron observadas cuando menos una vez a la semana. Se obtuvieron informes de las enfermeras -- respecto de la conducta y estado general de las pacientes en el servicio, si colaboraban o no, si dormían, si habían tenido problemas con otras enfermas y cualquier otro dato de interés observado por el personal. En cada oservación se interrogó a la paciente sobre su estado físico y mental (estado de ánimo, orientación, producción y evolución de los síntomas); se llevó control de crisis, peso y presión arterial.

### APLICACION DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

La primera aplicación de la batería de pruebas psicológicas (Bender, Wechsler, T.A.T. y Rorschach), se realizó estando las enfermas en tratamiento con Hidantoína y Fenobarbital, generalmente de una a dos semanas antes de iniciar el tratamiento con Ro-4-6006, excepto en los casos No. 1 y 8, que fueron aplicadas seis semanas antes.

El segundo estudio, se aplicó de una a dos semanas antes de suspender el tratamiento con Ro-4-6006.

En el grupo total de 11 enfermas, hubo tres casos en los cuales no pudo realizarse o completarse el estudio, estos fueron:

Caso No. 8.- Se realizó solamente el primer estudio completo, pues, debido a un estado de confusión y trastornos graves (somnia, ataxia, indiferencia) que incluso obligaron a encamarla, no se pudo realizar el segundo estudio, no habiendo posibilidad de comparar los resultados.

Caso No. 9.- Debido a la incapacidad de la enferma no fué posible aplicar ninguna prueba, pues sólo podía contestar algunas preguntas muy elementales, casi siempre por imitación.

Caso No. 11.- Se inició el primer estudio, pudiendo obtener una entrevista y la prueba de Bender, posteriormente, debido a un estado de confusión y agitación de la enferma, no se logró continuar, iniciándose el tratamiento con el Ro-4-6006, y no existiendo punto inicial de compa

ración, no tuvo objeto la aplicación del segundo estudio, por lo quedó también excluida.

El grupo de las ocho enfermas restantes, se encuentra totalmente estudiado, se procuró que la aplicación de las pruebas, ocurriese cuando las enfermas se encontraban más o menos en buenas condiciones, ya que, en un estado de confusión marcada, además de hacer muy difícil la labor de aplicación, alteraría los resultados por el momento mismo de la realización.

Referente a la apreciación de los resultados, el enfoque que se dió a este estudio fué individual, ya que, siendo un número de casos muy reducido, así como no lo suficientemente seleccionado para que existieran todas las posibilidades de los enfermos epilépticos, no se trataría de una muestra representativa adecuada y por tanto sin valor estadístico, así pues, su interés fué esencialmente comparativo dentro de cada caso durante los dos estudios, y una visión global del grupo mediante una gráfica bajo el siguiente criterio:

Resultados:

Excelentes: Cambios favorables muy notables.

Buenos: Permaneció igual o existen cambios favorables. O bien, existen cambios favorables y algunos cambios desfavorables que hacen que se equilibre el resultado.

Regulares: Existen cambios desfavorables no muy notorios.

Nulos: Existen cambios desfavorables muy notorios. (Ver Fig. No. 7 )

Así mismo, una apreciación general de los resultados mostrando todos los aspectos que abarcó el estudio. (Ver Fig. No. 8 )

RESULTADOS OBTENIDOS

CASO No. 1

C.B.R. Enferma de 62 años de edad, sufre una epilepsia orgánica por probable lesión en hipotálamo, con crisis generalizadas poco controlables, asociadas con nicturia, aumento en la frecuencia urinaria y polidipsia. Mentalmente rígida en su pensamiento, proltja, con defectos en la memoria reciente y remota. El examen físico muestra datos de arterioesclerosis generalizada. El examen neurológico fue esencialmente negativo. Los exámenes de la laboratorio no muestran datos patológicos excepto el E.E. G. que señala fenómenos paroxísticos generalizados bilaterales y sincrónicos.

Fué tratada inicialmente con una dosis de 30 mg -- diarios de Ro-4-6006. El mismo día de iniciado el tratamiento, la enferma desarrolló marcada ataxia, mostró agresividad hacia el medio externo. Fue necesario encerrarla y reducir la dosis a 7.5 mg al día, con lo cual disminuyeron estas molestias y su estado mental mejoró: tenía deseos de colaborar, se sentía eufórica, tranquila, mejor orientada en general. A la sexta semana del tratamiento, presentó dos crisis convulsivas, por lo que se aumentó la dosis del Ro-4-6006 a 15 mg al día. Con esta nueva dosis, volvió a desarrollar ataxia, se -

se quejó de somnolencia, alucinaciones visuales y desorientación. Se redujo la dosis a 10 mg, disminuyendo la ataxia y las otras molestias. Poco después, como presentara una nueva crisis, se elevó nuevamente la dosis de Ro-4-6006 a 15 mg, tolerándola mejor esta vez y controlándose totalmente las crisis en las últimas cinco semanas de tratamiento, disminuyendo igualmente la nicturia. Al suspender la mediaci3n, la enferma desmejor3 mucho, - dejando de colaborar. Tuvo alucinaciones visuales y se - mostr3 agresiva; nuevamente present3 nicturia. El electroencefalograma mostr3 una mejoría moderada, con reducci3n de los fenómenos paroxísticos. Desarroll3 una anemia hipocr3mica ligera. Los demás exámenes de laboratorio durante el estudio, no mostraron cambios significantes.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma nos informa en un lenguaje rebuscado y queriendo siempre demostrar "correcci3n en los modales", que es la segunda hija de s3lo dos hermanos, el mayor hombre. El padre, sumamente r3gido y accesible solo con el hermano, para quien tena, piensa la enferma, actitudes de predilecci3n en todo. La madre, una persona muy absorbente y r3gida tambi3n. Al morir el padre y abandonar la casa el hermano, vivieron las dos mujeres solas, manteni3ndose del trabajo de la paciente en un banco, ya que haba estudiado Secundaria, Comercio y algo de Ingl3s y Franc3s, hasta que se iniciaron las crisis, viviendo entonces de cosas que vendían. Poco antes de que muriera la madre, cosa que ocurri3 hace pocos ańos, las recogió una familia amiga, con la cual vivi3 la enferma - hasta antes de su internamiento, cosa que ocurri3 por haber presentado agresividad que hacfa imposible su manejo.

P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

CASO No. 1

Actitud.- La actitud tomada por la enferma durante el primer estudio fué de amplia cooperación. su comprensión hacia las consignas fué buena, solo existió cierta dificultad debido a su gran pegajosidad. constante queja del servicio, de injusticias cometidas, etc. lo cual desaparece en la segunda ocasión, en que se muestra más optimista, no se queja tanto del ambiente y se advierte menos pegajosa. Su nivel de comprensión también fué bueno en la segunda ocasión.

BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Perseveración	5 láminas	0 láminas
Simplificación	1 "	0 "
Rotación total	0 "	1 "
Dificultad en trazo de ángulos	3 "	0 "
Rigidez (colocación)	sí	no

Apreciamos aquí como signos realmente importantes

la perseveración y dificultad en el trazo de ángulos, ya que los restantes, por presentarse solo en una ocasión, no tienen significación. En cuanto al primero, o sea, la perseveración, vemos que en el segundo estudio ha desaparecido totalmente, la dificultad en el trazo de ángulos igualmente mejoró, lo cual habla en favor de una mejor percepción e integración del medio externo, así como de una mejor coordinación, además de tornarse menos rígida con mayor elasticidad del pensamiento (colocación).

(Ver Figs. 1 y 2)

WECHSLER WAIS

1er. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 89

I. Q. Escala de Ejecución: 67

I. Q. Total: 78 = Débil Mental Superficial

2o. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 87

I. Q. Escala de Ejecución: 68

I. Q. Total: 77 = Débil Mental Superficial

Vemos aquí que existe un funcionamiento deficiente en el rendimiento intelectual, correspondiendo, en las dos ocasiones a Débil Mental Superficial, y siendo, en ambas también, la Escala de Ejecución mucho más baja que la Escala Verbal, cosa que suele ocurrir en enfermos or-

gánicos, esta baja en una de las escalas hace que el promedio disminuya notablemente.

No se aprecia ningún cambio en esta prueba.

T . A . T .

1er. estudio:

Apreciamos en esta prueba una serie de historias elaboradas en una forma un tanto complicada, haciendo alusiones constantes a elevados sentimientos, actitudes nobles de personajes con altos ideales, en forma un tanto pedante, con multitud de "frases hechas", colocadas en forma arbitraria en ocasiones, sin estar a tono con el momento, de manera casi automática.

Existen algunas distorsiones perceptuales y omisiones, aunque no en grado importante.

La producción en cuanto a temas es bastante variada y en ocasiones un tanto original. Existe, hacia la figura materna una postura ambivalente, ya que la visualiza como una figura dominante y hostil, pero no puede rechazarla totalmente, existiendo al mismo tiempo una liga afectiva, reforzada por un ambiente de rigidez y "buenas costumbres" ante el cual ha respondido pasivamente.

Existe un rechazo franco hacia la relación sexual y fuertes sentimientos de culpa ligados a este aspecto, así como frustración en su vida emocional en general, con numerosos mecanismos de racionalización y negación ante situaciones que despiertan impulsos agresivos muy intensos, evadiéndolos de esa forma o bien reprimiéndolos.



## 2o. estudio:

Básicamente el resultado de la segunda prueba es el mismo que en la primera, exceptuando cierta disminución en el grado de las distorsiones perceptuales, por lo que consideramos cierto aumento en la capacidad perceptiva. Los mecanismos y zonas conflictivas son los mismos.

## PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

## 1er. estudio:

Apreciamos en primer lugar un funcionamiento de la esfera intelectual deficiente (calidad de las respuestas, contenidos, perseveración, bajo nivel de formas positivas ausencia de respuestas de movimiento humano positivas, - etc), siendo el pensamiento estereotipado y perseverante. (A%).

La vida interna se encuentra constituida por la emergencia de impulsos primitivos, básicos (movimiento animal) y en ocasiones distorsionados (negativas).

La vida afectiva, la constituyen reacciones comunmen impulsivas, con pobre control intelectual (color-forma) y otras controladas (forma-color), aunque en ocasiones no de manera adecuada. esto es, que rompe la conexión - entre el estímulo y la respuesta (respuestas cromáticas negativas).

Se aprecia una gran necesidad de contacto, de afecto interior de tipo primitivo (Fc:respuestas de textura)

El tipo de vivencia es fuertemente extratensivo -- (K:C= 0:5.5, porcentaje de respuestas lams. VIII a X, etc) o sea, una gran atracción por los estímulos externos.

Su nivel de contacto con el mundo, con el pensamiento común, es muy pobre (l resp. popular), siendo dirigido su enfoque a los estímulos, generalmente hacia situaciones obvias, gruesas, del medio ambiente (D%). en seguida a situaciones globales, aunque pobremente integradas (respuestas globales, W, no muy bien integradas) y existiendo también cierta facilidad para captar pequeños detalles (d%).

Respecto del contenido, tenemos numerosas referencias a situaciones de defensa, de espectación ante una posible agresión del mundo externo, que representa una proyección de su propia agresión.

Otro dato importante es la pobreza y escasez de sus respuestas de forma, siendo la mayoría negativas, indicando un empobrecimiento de los procesos lógicos, lo que impide establecer un equilibrio en la personalidad que se ve constantemente invadida por procesos internos y reacciones impulsivas hacia el exterior.

2o. estudio:

Tenemos aquí, respecto de la esfera intelectual un funcionamiento igualmente deficiente, siendo el tipo de apercepción igual que en la prueba anterior (D.W.d), el pensamiento es estereotipado y perseverante.

La vida interna, se encuentra constituida por emergencia de impulsos primitivos, sin gran elaboración (movimiento animal), la capacidad de introspección es pobre y secundariamente aparecen vivencias de tensión interna, los impulsos son vividos como hostiles para la sujeto (respuestas de movimiento humano secundarias).

Existen también en esta ocasión, necesidades intensas de contacto de tipo poco elaborado (respuestas de textura).

La afectividad, se encuentra representada en esta ocasión por numerosas respuestas controladas intelectualmente, (forma color), así como otras con menor control racional (color-forma), siendo las primeras, muy características de una persona que tiene un afán constante de "quedar bien", y las segundas, como expresión de afectividad impulsiva.

El tipo de vivencia es fuertemente extratensivo ( $M:C= 0:5$ , etc) o sea, una gran atracción hacia los estímulos externos, a los cuales reacciona vivamente.

Vemos la presencia de shock acromático a dos de -- las láminas (IV y V), como indicador de bloqueo emocional y angustia en la enferma.

La percepción es pobre y en ocasiones distorsiona la realidad, existiendo, un buen grado de contacto con el mundo, una buena participación de lo que se suele -- llamar "sentido común", opinión de la mayoría ( $P= 5$ ).

Comparativamente tenemos:

El nivel de producción general disminuyó (de 22 a 19 respuestas) un poco, sin embargo el grueso de las -- respuestas se encuentra mejor integrado, resultando mayor el porcentaje de respuestas bien vistas.

El nivel de estereotipia continúa muy alto (A%)

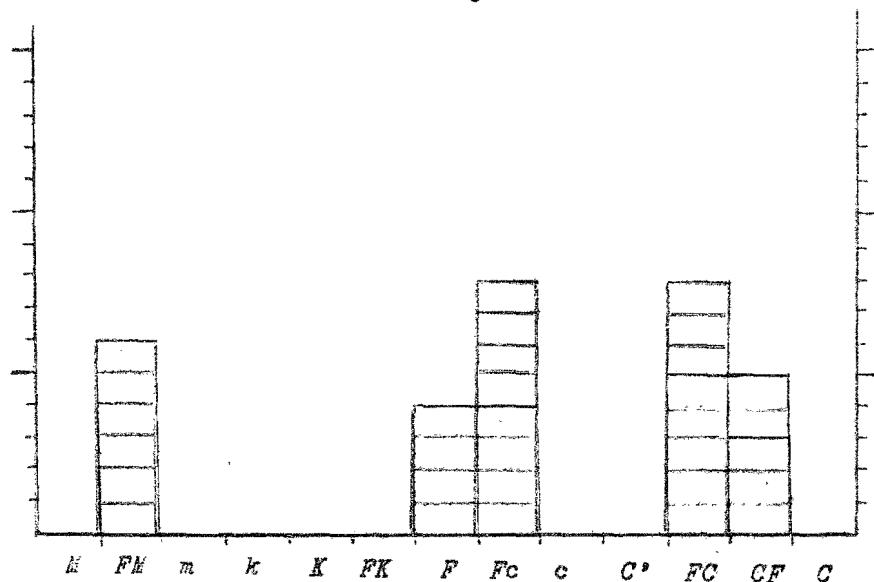
El tiempo de reacción promedio es igual, pero el -- tiempo de reacción a las láminas acromáticas aumentó, y disminuyó el de las láminas cromáticas, signo de mayor responsividad ante estímulos afectivos, siendo el -- tipo de vivencia igualmente, extratensivo, así como el tipo de apercepción muy semejante.

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 1

1er. estudio

Psicograma:



R= 22

T= 10'5"

T/R= 27"

T. reac. prom. lams.= 9"

T. reac. prom. lams. acroms.= 6"

T. reac. prom. lams. croms.= 11"

F%= 18%

F+%= 0

F% comp.= 86%

F+% comp.= 31%

A%= 86%

Ana%= 0

Suma de C= 5.5

M:C= 0:5.5

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 36\%$

No. de P= 1

No. de O=0

(H+A):(Hd+Ad)= 18:1

(FM+m):(Fc+c+C')= 6:4

W:M= 5:0

W%= 26%

D%= 63%

DW= 0

d%= 13%

Resp. de posición= 0

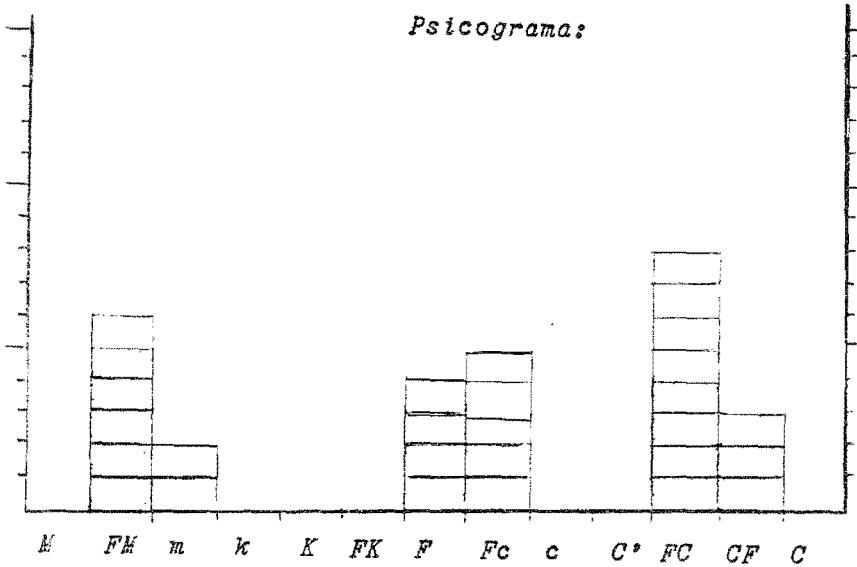
No. resps. lams. VIII a X=59

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 1

20. estudio

Psicograma:



R= 19

T= 26"

T/R= 1'18"

T. reac. prom. lams. = 9%

T. reac. prom. lams. acroms. = 12"

T. reac. prom. lams. croms. = 7"

F% = 21%

F+% = 75%

F% comp. = 84%

F+% comp. = 81%

A% = 89%

Ana% = 5%

Suma de C = 5.0

M:C = 0:5.0

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 36\%$

No. de P = 5

No. de O = 0

(H+A):(Hd+Ad) = 17:0

(FK+m):(Fc+c+C') = 5:3

W:M = 8:0

W% = 42%

D% = 52%

DW% = 0

d% = 5%

Resps. de posición = 0

No. resps. lams. VIII a X = 52%

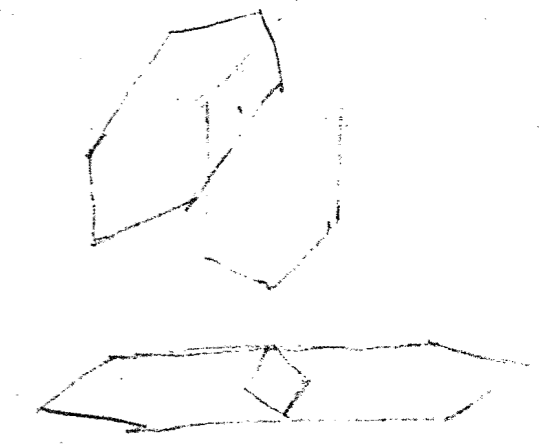
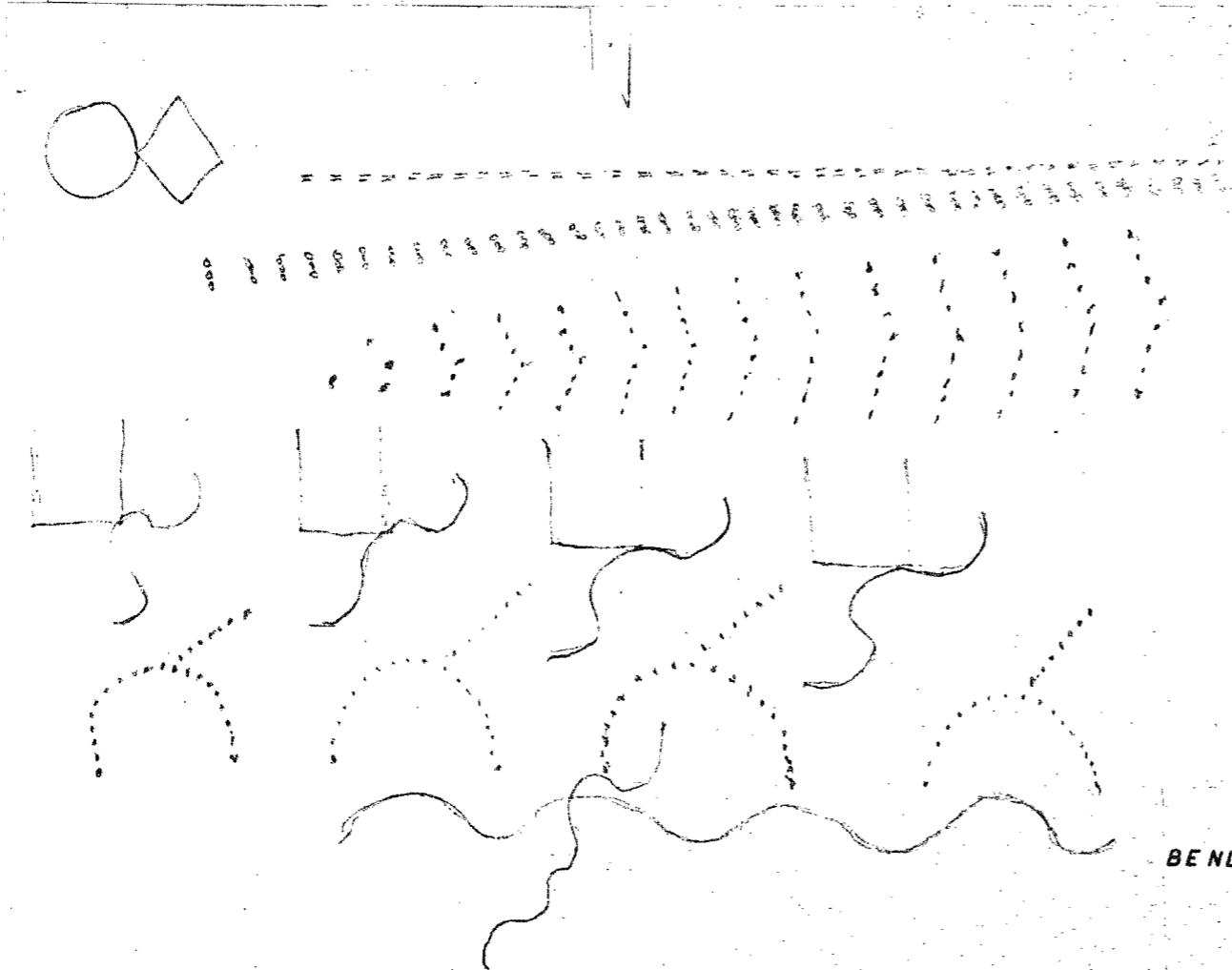
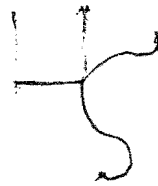
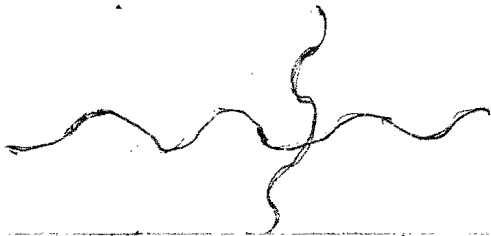
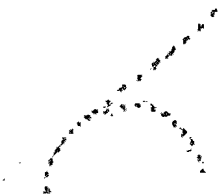
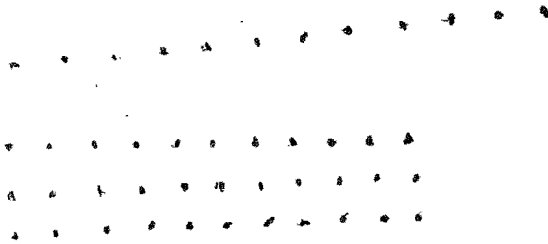


FIG 1  
BENDER GESTALT-TEST  
CASO N° 1  
1er ESTUDIO



FIG 2  
BENDER GESTALT TEST

CASO Nº 1  
2º ESTUDIO



CASO No. 2

A.W.C., de 17 años, padece una epilepsia orgánica con crisis generalizadas, de 10 años de evolución; las crisis eran muy frecuentes (5 a 6 diarias) y poco antes de ingresar al hospital, sufrió un estado de mal, seguido de un cuadro psicótico. A su ingreso estaba hiperactiva, desconectada y con alucinaciones visuales, simplista, con marcada bradipsiquia y desorientada. Se le trató con Hidantoína y fenobarbital durante un mes y medio, mejorando bastante su estado mental y sufriendo únicamente dos crisis convulsivas en ese lapso. Su estado físico en general era precario, muy delgada y con una hemiparesia izquierda. Los exámenes previos de laboratorio, revelaron una anemia hipocrómica, cefalín colesterol dos cruces y el E.E.G. una disritmia lenta generalizada y descargas epileptiformes más acentuadas en la región fronto-temporal derecha. Se le trató inicialmente, con una dosis de 30 mg al día de Ro-4-6006, pero como presentaba ataxia intensa, se redujo la dosis al segundo día, a 7.5 mg al día. Con esta dosis se le observó tranquila, somnolienta; decía no tener apetito y que se le "nublaba" la vista. Continuó con ataxia marcada y más tarde se le notó deprimida, confusa y disártrica. Un proceso febril gripal acentuó estas molestias. Se le administró vitamina B12, extracto de hígado y levadura de cerveza, mejorando un poco su estado general. Presentó siete crisis convulsivas en las seis primeras semanas de tratamiento. La dosis de Ro-4-6006 se elevó a 10 mg y 15 mg sucesivamente manteniéndose a este nivel en las últimas siete semanas, logrando reducir la frecuencia de las crisis. Los exáme-



nes de laboratorio no mostraron cambios de importancia. El electroencefalograma, sin embargo, mostró mejoría en la actividad de fondo y reducción en la intensidad de los fenómenos paroxísticos. Al suspender la administración del Ro-4-6006, y al tratarla nuevamente con hidantoína y fenobarbital, la enferma mejoró gradualmente de la ataxia y depresión, notándose más alerta.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma nos informa de manera un tanto confusa - en ocasiones, debido a trastornos de memoria, que vivía con su padre, su madrastra, hermanos y medio hermanos en un "rancho". La madre murió al tener la paciente tres años de edad, al nacer la hermana menor, dejando, además de éstas hijas, un hijo varón, que actualmente tiene 24 años. El padre, volvió a casarse enseguida, la enferma, al principio tenía muchos problemas con la madrastra, porque "creía que era criada", pero después se dió cuenta - que era la esposa del padre y dice que ya no riñeron tan aunque se advierte un gran resentimiento hacia ella, pues piensa que ha influido en su enfermedad. Al padre lo describe como "buena gente".

Las crisis convulsivas se presentaron hace unos 10 años, siendo en ocasiones muy frecuentes, la atendieron varios médicos y una "señora", que le dió varias yerbas, lo cual solo le "removió la enfermedad" puesto que las crisis se hicieron más frecuentes, por lo que el padre - se decidió a traerla a la capital e internarla.

Aprendió a leer y escribir y realizar algunas operaciones aritméticas elementales. pero últimamente se le ha olvidado mucho lo que había aprendido.

Se muestra muy deprimida debido a su enfermedad, expresándose con falta absoluta de esperanza y de interés por las cosas que la rodean.

P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

CASO No. 2

Actitud.- Existió cooperación de la enferma durante la aplicación de las pruebas en general, su nivel de comprensión a las consignas fué bajo.

BENDER GESTALT TEST.

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Perseveración	1 lámina	0 láminas
Fragmentación	2 "	0 "
Simplificación	5 "	0 "
Rotación parcial	5 "	2 "
Rotación total	4 "	2 "
Dificultad ángulos	4 "	4 "
Dificultad figs. su- perpuestas	4 "	4 "
Desintegración (trazo sí general de las figuras en la hoja)		no

Vemos aquí en la primera prueba, numerosos signos indicadores de lesión orgánica grave, de dificultad en la coordinación y una desintegración de las figuras en general, todo esto, como un índice de graves perturbaciones en la esfera perceptiva.

En la segunda, podemos apreciar una gran diferencia en relación con la primera, ya que desaparecen totalmente tres de los signos más patológicos: perseveración, fragmentación y simplificación, permaneciendo otros en igual intensidad, esto es, la dificultad en figuras superpuestas y en el trazo de ángulos como significativos de pobre coordinación. La rotación, tanto parcial como total, disminuyó solamente en intensidad, ya que se presenta en un menor número de láminas, significando en conjunto, una gran mejoría en la capacidad perceptiva de la enferma.

(Ver Figs. 3 y 4)

#### WECHSLER WAIS

##### 1er. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 51  
I. Q. Escala de Ejecución: 41  
I. Q. Total: 46 = Débil Mental Profunda

##### 2o. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 54  
I. Q. Escala de Ejecución: 43  
I. Q. Total: 48 = Débil Mental Profunda.

El rendimiento intelectual fué sumamente bajo en esta prueba, existiendo además, notable diferencia entre las calificaciones de las dos escalas, siendo mucho más baja

la de Ejecución, como suele suceder en sujetos orgánicos.

T . A . T .

1er. estudio:

Constituyen esta prueba una serie de historias cortas en su mayoría reducidas a una brevísima descripción con distorsión perceptual en 5 de las 14 láminas y algunas omisiones.

La relación con la figura materna, es muy pobre, no existe un lazo firme hacia ella, La relación con la figura masculina, es aceptada superficialmente en algunas ocasiones y en otras negada, con tendencia a la somatización de síntomas.

Se aprecia un tiente depresivo en la mayoría de las láminas y una serie de tendencias agresivas, generalmente reprimidas, o bien, con mecanismos de transformación en lo contrario.

Su visión general de los estímulos que le rodean es pobre y muy primitiva.

2o. estudio:

Vemos aquí una serie de historias breves que se reducen a una breve descripción, con distorsión perceptual en tres de las láminas, así como algunas omisiones.

El contenido se refiere casi siempre, a ligas en sentido muy primitivo y dependiente hacia las figuras que le rodean. Hay tendencia a no aceptar la relación sexual así como a la somatización de síntomas.

Comparativamente tenemos: una mejor percepción en la segunda prueba, ya que disminuyó el número de distorsión perceptual, y omisión, sin embargo, en el aspecto proyec-

tivo, las ligas que establece en la segunda ocasión, resultan más vagas, menos precisas, aunque los mecanismos son los mismos, dados en una personalidad que funciona a niveles muy primitivos.

#### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

##### 1er. estudio:

Se aprecia en esta prueba un rendimiento intelectual inferior a lo normal (número y calidad de las respuestas, bajo porcentaje de formas bien vistas, presencia de una sola respuesta de movimiento humano y es negativa, etc.) que corresponde a un enfoque pobre, superficial de la realidad, dando importancia a las situaciones obvias, gruesas del medio ambiente ( $D\%$ ), o bien, a aspectos globales en forma distorsionada ( $DW\%$ ) o bien, en ocasiones, existe también cierta capacidad para captar pequeños detalles la realidad ( $d\%$ ).

La mayor parte de sus elaboraciones son mal integradas, fallando en su enfoque, o bien, cuando el enfoque es correcto, se refiere a aspectos captados por la mayoría - (respuestas populares), siendo la productividad escasa.

Su capacidad de introspección es también pobre (1 sola  $\#$  negativa). La reacción ante estímulos externos, en la esfera afectiva, se encuentra bloqueada (ausencia de respuestas de color), existiendo solamente una atracción hacia ellos, pero sin respuesta real (porcentaje de respuestas a las tres últimas láminas).

Sus posibilidades, por tanto, son pobres, tanto interna, como externamente, y se reduce su mundo a la captación

de estímulos gruesos, en forma somera, frecuentemente distorcionada, o bien, ocasionalmente se produce un bloqueo ante los estímulos (fallo a la lam. IV)

2o. estudio:

Vemos aquí un rendimiento, al igual que en el primer estudio. pobre, con pensamiento estereotipado (Ana %). La capacidad de introspección es pobre y la reacción afectiva, se encuentra bloqueada (ausencia de respuestas cromá-ticas) reduciéndose su visión a aspectos obvios, o bien, a globales someros, captados casi siempre en forma distorcionada (respuestas negativas), perdiendo la distancia - con los objetos (respuestas de posición. arbitrarias, etc)

Comparativamente tenemos:

El número de respuestas disminuyó ligeramente en el segundo estudio (de 15 a 14 respuestas), lo cual no tiene significación especial. El fallo a la lámina IV de la pri-mera ocasión, desapareció, o sea, que existe menor bloqueo en la enferma. La percepción disminuyó en calidad (F% po-sitivo y F+% comprensivo), o sea, que hay una menor capaci-dad elaborativa. Desaparece la respuesta de movimiento hu-mano, se torna más rígida la personalidad. Continúa el - bloqueo afectivo, aunque existe aún la atracción por este tipo de estímulos.

El tipo de enfoque se torna menos adecuado, ya que existen más respuestas mal percibidas (DW), al mismo tiempo que las distorsiones son más marcadas (aumento del nú-mero de respuestas de posición)

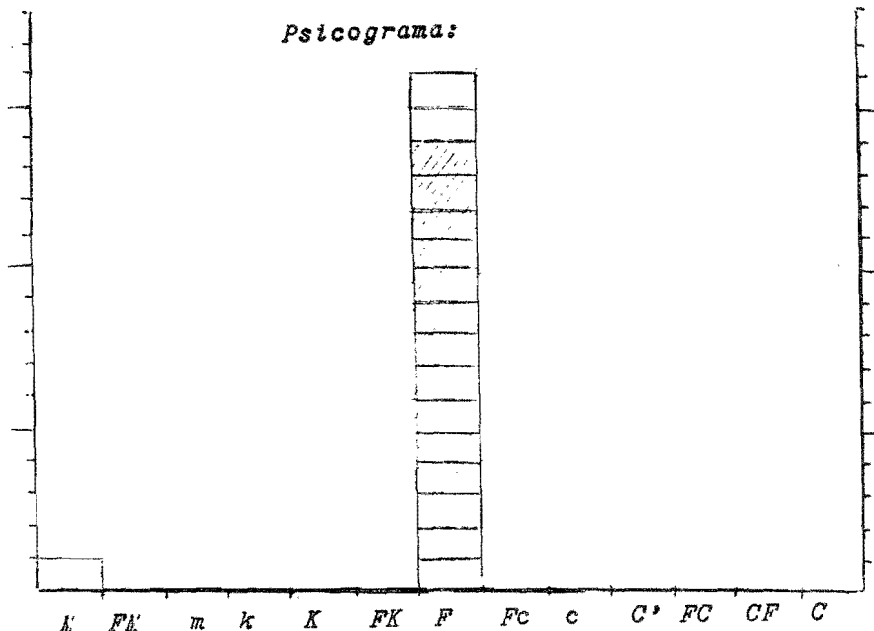
En resumen, tenemos en este caso un cambio positivo en relación a aspectos gruesos, a estímulos de elaboración más elemental, más conformados (Bender. T.A.T), pero una disminución en la percepción fina, en la elaboración de estímulos más complejos por menos conformados (Rorschach)

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 2

1er. estudio

Psicograma:



$\Sigma = 15$  (2)

1110 I (IV)

$\Sigma 3^{\circ} 2^{\circ}$

$\Sigma R = 12^{\circ}$

reac. prom. lams. = 14"

reac. prom. lams. acrom. = 13"

reac. prom. lams. crom. = 11"

$\Sigma = 93\%$

$f\% = 57\%$

$\%comp. = 100\%$

$f\%comp. = 53\%$

$\% = 33\%$

$na\% = 20\%$

uma de C = 0

$\Sigma C = 1:0$

$\frac{K+F+FC}{R} = 93\%$

No. de P = 2 = 13%

No. de U = 0

$(H+A):(Hd=Ad) = 7:2$

$(F\%+m):(F'c+c+C') = 0$

$W:M = 4:1$

$W\% = 26\%$

$D\% = 33\%$

$DW = 13\%$

$d\% = 13\%$

Resp. de posición = 1

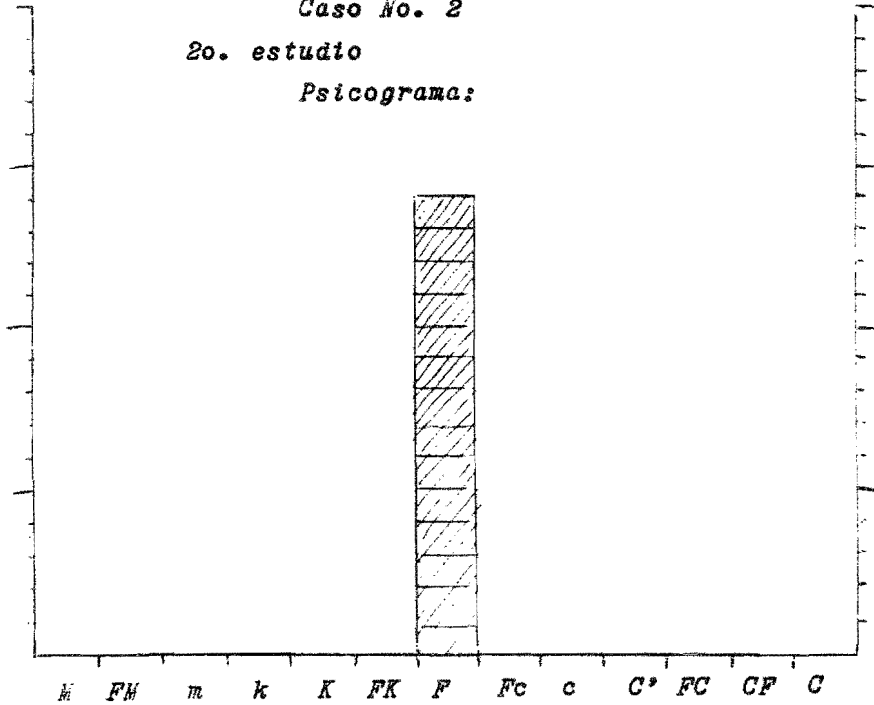
No. resp. lams. VIII a X = 47%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 2

2o. estudio

Psicograma:



$R = 14$

$W = 8 \cdot 1''$

$W/R = 34 \cdot 3''$

% reac. prom. lams. = 14''

% reac. prom. lams. acrom. = 10''

% reac. prom. lams. crom. = 13''

$P\% = 100\%$

$W\% = 29\%$

$W\% \text{ comp.} = 100\%$

$W\% \text{ comp.} = 28\%$

$W\% = 28\%$

$W\% = 50\%$

suma de C = 0

$C : C = 0 : 0$

$\frac{W + F + Fc}{R} = 100\%$

no. de P = 3 = 21%

no. de O = 0

$(H+A) : (Hd+Ad) = 4 : 3$

$(FM+m) : (Fc+c+C') = 0 : 0$

$W : M = 3 : 0$

$W\% = 21\%$

$D\% = 21\%$

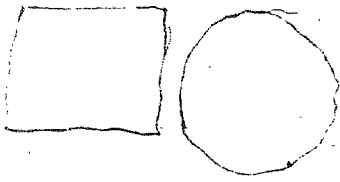
$DW = 42\%$

$d\% = 7\%$

Resp. de posición = 4 = 28%

No. resp. lams. VIII a X = 50%





-1-



En la S. 16  
Revisión

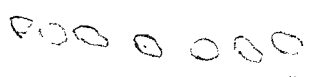
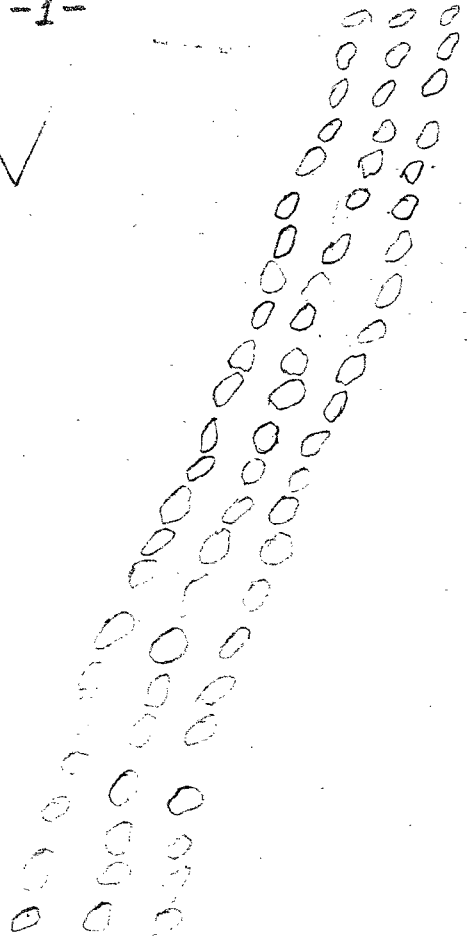


FIG 3

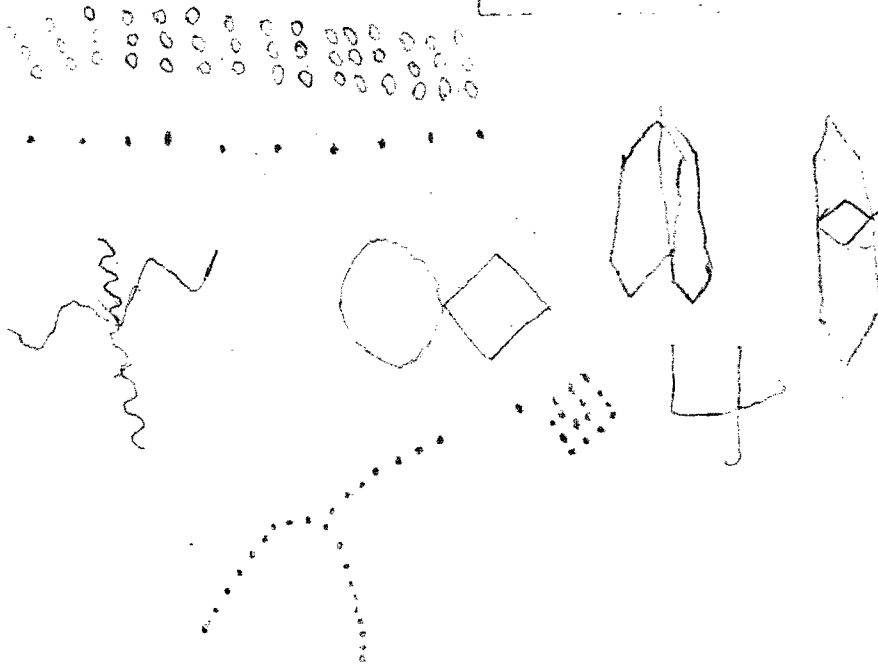
BENDER GESTALT TEST

CASO N° 2

1er ESTUDIO



FIG 4  
BENDER GESTALT TEST  
CASO Nº 2  
2º ESTUDIO



CASO No. 3

M.A.#., de 32 años, sufre una epilepsia orgánica post-traumática (temporal) de 6 años de evolución y alcoholismo crónico intenso. Presenta automatismos y crisis de gran mal, con trastornos de personalidad, caracterizados por: agresividad, cleptomanía, tendencias destructivas, es intrigante y mentirosa. Fué tratada con Hidantoína y fenobarbital durante dos meses, presentando en este lapso, 17 crisis convulsivas, sin observar mejoría en su estado mental. Los exámenes previos de laboratorio, mostraron los siguientes datos anormales: 7 eosinófilos; cefalín colesterol una cruz y el electroencefalograma: descargas epileptiformes frecuentes, predominando en la región temporal-central derecha, acentuadas durante la hiperventilación.

Se le trató con Ro-4-6006, dándosele una dosis inicial de 30 mg diarios, presentando rápidamente ataxia intensa, somnolencia, hipotonía, diplopia y angustia, por lo cual, fue necesario disminuir la dosis a 15 mg y poco después a 7.5 mg diarios. Con esto disminuyó el conjunto de molestias, mostró tranquilidad y colaboraba aunque continuó rompiendo sábanas para hacer costuras y venderlas, también continuó robando objetos diversos. No presentó crisis en las tres primeras semanas. Sin embargo, con esa dosis, la enferma presentó un cuadro de agitación y confusión y una probable alergia medicamentosa con lesiones papulares en el tronco y las extremidades, siendo necesario reducir la dosis a 3mg al día, durante una semana, y se le trató la excitación psicomotriz con clorpromazina y fenobarbital sódico. Mejoró rápidamente,-

desapareciendo la reacción alérgica. La enferma sufrió una crisis y se decidió aumentar la dosis del Ro-4-6006 a 7.5 mg al día y posteriormente a 15, 20 y 30 mg, por no haberse podido controlar las crisis, si bien, es importante señalar, que éstas fueron de poca intensidad. Su conducta en general mejoró. El electroencefalograma igualmente mostró una mejoría notable, con aumento en la cantidad de ritmo alfa y desaparición de los fenómenos paroxísticos. El cefalín colesterol mostró dos cruces.

Al suspender el Ro-4-6006 la conducta de la enferma desmejoró, llegando a estar agresiva nuevamente.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA.

La enferma informa que es la 9a. de 18 hermanos, de los cuales viven 13, uno de ellos es enano. Al padre lo describe como una persona muy rígida, muy responsable, murió hace 18 años de un mal cardíaco. La madre murió también hace dos años, no puede informar la causa exactamente, la considera más accesible y cariñosa que el padre.

La paciente contrajo matrimonio a los 15 años de edad, con un estudiante de Ingeniería, que tenía entonces 18 años, al casarse, él dejó de estudiar y se dedicó a ayudar a su padre en su negocio. Tuvieron 4 hijos que actualmente tienen; el mayor, varón, 15 años, la segunda, mujer 14 años, enseguida dos varones de 11 y 8 años.

Después de algún tiempo en que sus relaciones fueron buenas, él la abandonó yendo a vivir con otra mujer y llevándose a los tres hijos mayores. Ella, con el menor, fué a vivir con su madre y hermanos solteros. Trabajó algún tiempo poniendo inyecciones, pero después, debido a las crisis convulsivas que presenta hace seis años, dejó la

gente de su colonia de darle trabajo, o sea, que en realidad dependió económicamente siempre de su familia, pues aún cuando trabajaba, la ganancia era pequeña y eventual.

Hace aproximadamente dos años empezó a beber, haciéndolo con mucha frecuencia y en gran cantidad, a pesar de la oposición de su familia.

Las crisis se presentaron en forma más frecuente y nunca tuvo un tratamiento fijo para ellas, por lo cual su hermano se decidió a internarla para su atención.

La enferma ha constituido un enorme problema de manejo para su familia, pues además de las crisis convulsivas, presentó trastornos de conducta y alcoholismo adicional.

La escolaridad de la enferma fué hasta 5o. año de primaria y después 4 meses en un curso de enfermería.

### P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

#### Caso No. 3

Actitud.- La enferma cooperó durante la aplicación de las pruebas psicológicas, existiendo buena comprensión hacia las consignas.

#### BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er estudio	2o. estudio
Simplificación	1 láminas	0 láminas
Rotación parcial	6 "	2 "
Rotación total	0 "	1 "
Dificultad ángulos	4 "	3 "
Dificultad figs. superp.	2 "	1 "
Rigidez (colocación)	sí	sí

Vemos aquí algunos signos encontrados en sujetos con lesión orgánica, sobre todo los de rotación, siendo el de rotación parcial el más significativo, ya que la rotación total sólo se presenta en forma aislada. Así mismo, signos de falta de coordinación, como son la dificultad en ángulos y figuras superpuestas.

Comparativamente, vemos que el signo de rotación parcial ha disminuído en intensidad, igual que la dificultad en ángulos y figuras superpuestas, indicando mejor coordinación motriz y en general, una mejor percepción de los estímulos, aunque no muy notable, puesto que no desaparecieron los signos sino solamente se hicieron menos acentuados.

#### WECHSLER WAIS

##### 1er. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 69

I. Q. Escala de Ejecución: 74

I. Q. Total: 71 = Débil Mental Superficial

##### 2o. estudio:

I. Q. Escala Verbal: 59

I. Q. Escala de Ejecución: 70

I. Q. Total: 64 = Débil Mental Media.

Observamos aquí un rendimiento sumamente bajo de la inteligencia, en los dos estudios, siendo el segundo un poco más bajo, por tanto, en esta prueba se aprecia un resultado negativo.

T . A . T .

1er estudio:

Existe en esta prueba una tendencia a la descripción somera de las láminas, así mismo, hay distorsiones perceptuales y omisiones, expresándose con numerosos diminutivos.

Existe en general una relación superficial con las figuras del medio ambiente. Actitud depresiva reactiva a su situación de internamiento; fuerte hostilidad reprimida y negada frecuentemente.

2o. estudio:

Vemos aquí elaboraciones muy semejantes al estudio anterior, siendo los mecanismos básicos los mismos, existiendo solamente diferencia en una mejor expresión de éstos, disminuyendo también, en grado, las distorsiones -- perceptuales y omisiones.

#### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1er estudio:

En la esfera intelectual se aprecia un rendimiento pobre, inferior a lo normal (calidad, contenidos de las respuestas, ausencia de respuestas de movimiento humano, bien integradas, bajo porcentaje de respuestas bien vistas)

La vida interna, se encuentra constituida por escasos contenidos y éstos suelen ser de tipo instintivo, primitivos (respuestas de movimiento animal).

En la esfera afectiva encontramos gran atracción por este tipo de estímulos, siendo las respuestas controladas intelectualmente (forma-color), o bien, de tipo totalmente explosivo (color puro) y captando aún estímulos menos francos (respuestas acromáticas), en cuanto a esta esfera, o sea, una forma atenuada de respuesta emocional.



El tipo de vivencia es extratensivo ( $H:C= 0:2.5\frac{1}{2}$  etc).  
El tipo de apercepción es D, W, DW, d, S, esto es, que dirige especialmente su atención a detalles obvios del medio ambiente, enseguida a situaciones globales, y en ocasiones distorsionadas, arbitrarias, y en menor grado a detalles pequeños de la realidad, y ocasionalmente, con tendencias oposicionistas hacia el ambiente.

Hay buen grado de contacto con el medio, en el sentido de compartir maneras de pensar comunes (respuestas populares)

## 2o. estudio:

Existe bajo rendimiento intelectual (calidad de respuestas, escaso porcentaje de formas positivas, etc) El tipo de apercepción se dirige a detalles gruesos de la realidad o bien a situaciones globales captadas en forma somera y cierta capacidad para apreciar pequeños detalles.

La vida interna la constituyen un buen número de contenidos, existiendo por ejemplo, respuestas de movimiento humano, 2 de las 3 bien vistas, lo cual es de valor para la personalidad, ya que indica un buen nivel de integración así como capacidad para identificarse con sus semejantes. pues aunque no son muy ricas, sí son bien vistas. Existen también respuestas indicadoras de pulsiones instintivas emergiendo, algunas de ellas, en forma inadecuada (respuestas de movimiento animal negativa) y de manera adicional, también respuestas indicadoras de tensión interior, de que existen ciertos impulsos que son vividos por la sujeto como fuerzas hostiles, que causan conflicto en su camino hacia la realización (respuestas de movimiento inanimado).

La vida afectiva es muy rica en este protocolo y la constituyen reacciones de tipo explosivo, sin el menor control, muy frecuentes (respuestas de color puro) así como también reacciones de tipo impulsivo (color-forma)

así como cierta adaptación cautelosa ante estímulos que provocan reacciones afectivas (respuestas acromáticas)

Todo esto, en relación a la columna de la forma, indica una falta de control intelectual; una inadecuación -- del pensamiento (formas negativas) para poder controlar tanto las vivencias internas, como las reacciones afectivas hacia el exterior.

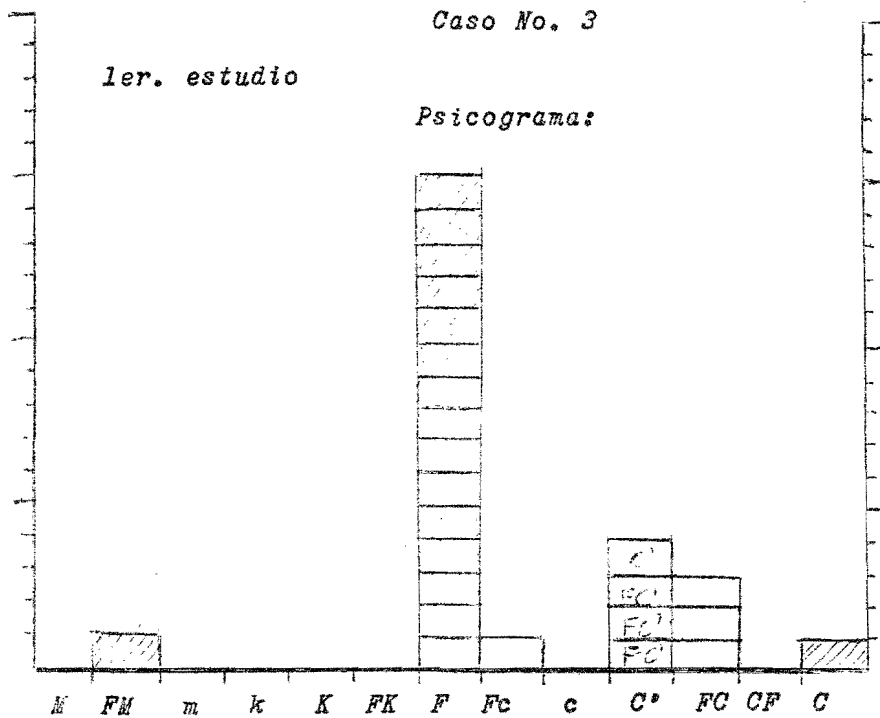
Comparativamente tenemos:

Las respuestas de movimiento, aumentaron notablemente en la segunda ocasión, algunas de ellas resultaron de -- cierto valor, lo cual nos indica cierta mejoría en la capacidad de introspección y de identificación con sujetos humanos, el tiempo de reacción, aumentó a las láminas acromáticas y disminuyó en las cromáticas. La captación y -- reacción ante estímulos afectivos, se ve también aumentada, surgiendo todo tipo de reacciones en la segunda ocasión desde las más controladas, hasta las totalmente explosivas. El tipo de apercepción es semejante.

Otro cambio importante, lo constituye el hecho de que las respuestas bien vistas disminuyeron, esto es, que los procesos lógicos, la percepción perdió calidad (bajo el porcentaje de F+ y de F+ comp.)

En resumen, podemos decir que en sentido de percepción gruesa, mejoró un poco la capacidad de la enferma, (Bender, T.A.T.); el nivel intelectual captado mediante el Wechsler disminuyó. En el Rorschach hubo más expresión de procesos internos y de reacciones externas, con pérdida de calidad en la percepción, lo cual podría deberse a que a mayor expresión, mayor posibilidad de expresar patología ya existente en la enferma.

Psicodiagnóstico de Rorschach



R= 23 (2)

T= 11' 7"

T/R= 30"

T. reac. prom. lams. = 40"

T. reac. prom. lams. acroms. = 22"

T. reac. prom. lams. croms. = 58"

F% = 65%

F+% = 46%

F% comp. = 95%

F+% comp. = 59%

A% = 43%

Ana% = 0

Suma de C = 2.5

M:C = 0:2.5

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 69\%$

R

No. de P = 4 = 18%

No. de O = 0

(H+A):(Hd+Ad) = 9:11

(FM+m):(Fc+c+C') = 1:4

W:M = 7:0

W% = 27%

D% = 47%

DW% = 12%

d% = 5%

S% = 2%

Resps. de posición: 0

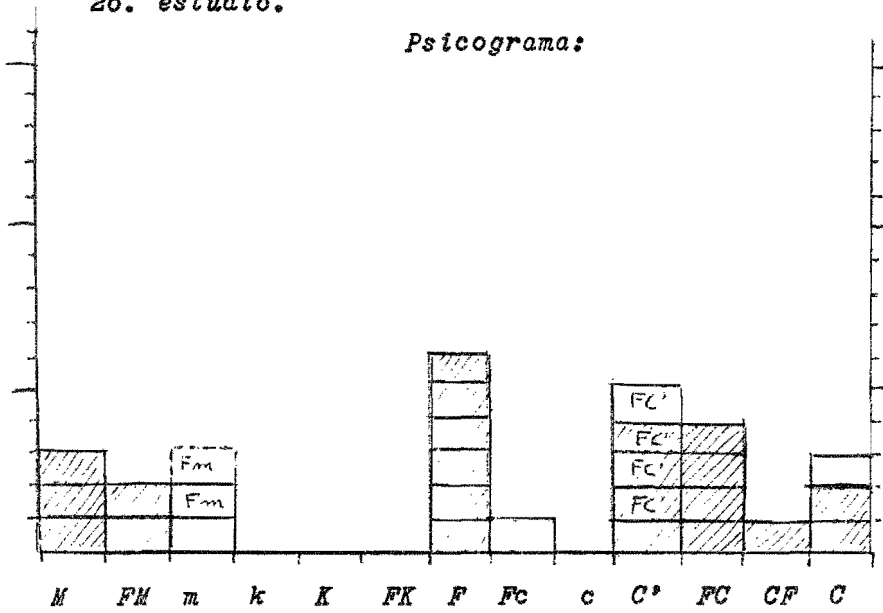
No. resps. lams. VIII a I = 43%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 3

2o. estudio.

Psicograma:



R= 22 (1)

No. de P= 4=18%

T= 16"

No. de O= 1(-)

T. reac. prom. lams.= 24"

(H+A):(Hd+Ad)= 10:2

T. reac. prom. lams. acroms.= 28"

(FM+m):(Fc+c+C')= 3:4

T. reac. prom. lams. cromo.= 20"

F%= 27%

W:M= 7:3

F+% = 33%

W%= 31%

F% comp.= 77%

D%= 50%

F+% comp.= 65%

DW%= 13%

A%= 40%

d%= 4%

Ana%= 4%

Suma de C= 5.5

Resps. de posición= 1

M:C= 3:5.5

No. resps. lams. VIII a X= 40%

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 27\%$

CASO No. 4

A.R.M., de 35 años, sufre una epilepsia orgánica de 10 años de evolución, caracterizada por crisis de gran mal cuya frecuencia había aumentado considerablemente seis meses antes de ingresar al hospital y en ocasiones las crisis iban seguidas de trastornos psicóticos transitorios. Nunca había recibido tratamiento adecuado. Ingresó al hospital confusa, bradipsíquica, desorientada globalmente, sucia, con incontinencia de esfínteres. Su discurso era pobre, simplista e incoherente. El examen neurológico mostró a la pupila derecha excéntrica y ovalada; ambas pupilas con reacción lenta a la luz; ligera ptosis palpebral derecha. Reflejos osteotendinosos exaltados simétricamente. Esbozo de Babinski en el lado derecho. Los exámenes de laboratorio señalaron una anemia hipocrómica, ligera eosinofilia; cefalín colesterol una cruz y el electroencefalograma mostró una disritmia lenta difusa.

A la enferma se le trató con Hidantoína y fenobarbital durante un mes, controlándose totalmente las crisis y mejorando parcialmente su estado confusional y su ánimo personal, llegando a colaborar un poco en el servicio aunque se mostraba ocasionalmente agresiva.

Se le administró el Ro-4-6006 a una dosis diaria inicial de 15 mg. Presentó una crisis convulsiva al día siguiente de iniciado el tratamiento y rápidamente desarrolló ataxia; se quejó de "mareo", depresión mental. lloraba fácilmente y estaba ligeramente confusa, por lo cual fué necesario reducir la dosis a 7.5 mg y 5 mg diarios, sucesivamente, en la primera semana del estudio. Permaneció en esta última dosis hasta el final del mismo. Al disminuir la dosis, disminuyeron los fenómenos

tóxicos y colaterales, pero continuó con ligera ataxia. Permaneció tranquila y colaborando un poco y sus crisis se controlaron totalmente, sin embargo. al final del estudio la enferma desmejoró, observándola apática, desaliñada, se orinaba en su ropa, dejó de colaborar y aumentó la ataxia. Al suspender el Ro-4-6006. fué tratada nuevamente con Hidantoina y fenobarbital y dos semanas después la enferma se tornó agresiva y fué necesario administrar le cloropromazina para calmarla. Sin embargo, continuó controlada en sus crisis. Los exámenes de laboratorio durante el estudio demostraron mejoría en la anemia hipocrómica, desaparición de la eosinofilia y el cefalín colesterol continuó con una cruz. El electroencefalograma mostró mejoría en la actividad de fondo, con mayor regularidad y uniformidad del trazo y aparición de ritmo alfa.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma se presentó a la entrevista desaliñada, venía orinada, con expresión de indiferencia total ante lo que le rodeaba.

Informó muy vagamente sobre su vida personal y familiar, usando constantemente el plural al referirse a sí misma, esto es: "nosotros estamos", "nos sentimos mareados", etc. Refiere que vive en un pueblo del Estado de México, quedó viuda hace varios años, tiene tres hijos de su matrimonio, uno varón de 18 años y dos hijas de 17 y 14 años aproximadamente, además, otro pequeño, menor de un año, de unión libre temporal con otro individuo.

Vivía con sus hijos y se dedicaba a cuidar su casa y sus animales. Las crisis se presentaban coincidiendo con la menstruación, casi siempre.

Es analfabeta y de nivel socio-económico muy bajo.

P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

CASO No. 4

Actitud.- Cooperó pero su nivel de comprensión es muy bajo.

BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Perseveración	2 láminas	0 láminas
Fragmentación	5 "	1 "
Simplificación	8 "	4 "
Rotación parcial	4 "	4 "
Rotación total	3 "	0 "
Dificultad en ángulos	4 "	4 "
Dificultad figs. super- puestas	3 "	2 "
Desintegración (coloca- ción en general)	sí	sí

Tenemos aquí numerosos signos de un gran deterioro de la enferma, signos de organicidad numerosos, ahora bien, en el segundo estudio, a pesar de seguir existiendo casi los mismos signos, estos se han atenuado y el primero, la perseveración ha desaparecido totalmente, mejorando la estructura en general, lo cual habla en favor de una mejora en sentido perceptual y de integración.

(Ver Figs. 5 y 6 )

WECHSLER WAIS.

1er. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 43

I.Q. Escala de Ejecución: 0

I.Q. Total: 21 = Débil Mental (imbecilidad)

2o. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 45

I.Q. Escala de Ejecución: 0

I.Q. Total: 22 = Débil Mental (imbecilidad)

Vemos aquí un rendimiento extremadamente bajo en la esfera intelectual, obteniendo un grado ínfimo. El puntaje de la Escala de Ejecución es 0 en los dos estudios, lo cual hace descender aún más el promedio.

T . A . T .

1er. estudio:

Se aprecia en esta prueba, una pobreza extrema en la captación y expresión de las historias. Existen numerosas distorsiones perceptuales y omisiones, siendo por esta - pobreza muy escaso o casi nulo el aspecto proyectivo en sí, pues nos muestra solamente un deterioro intenso que hace funcionar a la paciente de un modo sumamente primitivo y deficiente. El empleo del plural en el pronombre es constante.

2o. estudio:

Se aprecia en esta ocasión en la percepción de las láminas numerosas distorsiones y omisiones, sin embargo aquí existe ya un intento de relato, no solamente una ligera descripción, sino con expresión mejor, ligando a algunos personajes sentimientos como: "Está contento", "están tristes", etc. La visión de la realidad es somera, reducida a los aspectos más gruesos, pero mejor lograda que en la ocasión anterior, se observa igual que en el primer estudio, el empleo del "nosotros" por el "yo" o "mí".

A fin de observar objetivamente algunos de los cambios anotaremos algunos ejemplos:



Lámina 1, primer estudio. (Representa un niño contemplando un violín).

"Se parece como una ancianita, se ve como una mamá que tengo, también está así ésta, agüelita."-¿Qué hace?- "Está poniendo sus manos así" (las coloca la enferma como la figura) "no se ve qué cosa, ya está ancianita"...

Lámina 1, segundo estudio.

"Será como una familia de nosotros, como una criatura que está pensando, estará nomás pensando porque nomás está así (se coloca la enferma como la figura de la lámina) así se ve, está como cuando está uno pensando en las gentes que como estarán o cómo....."

Vemos aquí una gran diferencia en las dos elaboraciones, siendo la segunda más cercana a la realidad, aunque todavía omite el violín, pero incluso tiene proyección en la figura del niño de su preocupación personal actual por su familia, lo cual es ya un gran cambio.

Lámina 18, primer estudio. (Representa dos figuras femeninas sosteniendo una a otra).

"Nomás eso, está una niña que tiene allí a la señora, eso nomás".

La misma lámina, segundo estudio:

"Aquí está una señora con su hijita, la está abrazando, está enfermita o la está abrazando aquí la señora está acostadita..la señora".

Vemos también una mejor percepción así como elaboración más compleja, con aspectos de liga interpersonal: madre-hija y con inferencia de que la madre está enferma y la hija la ayuda.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1er. estudio.

Se aprecia aquí una escasa reacción ante los estímulos ambientales (solo tres respuestas en todo el protocolo obtenidas en las tres últimas láminas, con fallo inicial a las siete primeras) lo cual nos está indicando una intensa incapacidad para reaccionar. Sus únicas respuestas fueron dadas ante estímulos de tipo afectivo (láminas coloreadas) ante los cuales reacciona en forma impulsiva y explosiva (color-forma y color puro) así como expresando la emergencia eventual de aspectos instintivos internos (respuesta de movimiento animal). La esfera intelectual funciona con gran pobreza (escasas respuestas,  $F+\% = 0$ ,  $F+\% \text{ comp.} = 33\%$ , etc)

Podemos decir por tanto que existe en esta enferma un gran deterioro y que se mantiene en actitud pasiva en extremo permaneciendo fuertemente bloqueada ante la realidad y cuando reacciona lo hace en forma inadecuada (respuestas negativas). Su enfoque se dirige hacia situaciones obvias del medio ambiente o bien hacia globales vagas (respuestas de detalle grande o globales pobremente integradas).

2o. estudio:

Apreciamos aquí un funcionamiento de la esfera intelectual deficiente (No. y calidad de respuestas. muchas de ellas negativas, pobreza de contenido, etc).

La esfera afectiva se encuentra constituida por reacciones impulsivas principalmente que conservan cierto grado de control intelectual (color-forma, una principal y 1 secundaria) pero también es capaz en ocasiones de reaccionar en forma más controlada, aunque de manera

más retardada (1 respuesta de forma-color secundaria).

Existe un enfoque especialmente global de la realidad aunque sin una buena integración de estas situaciones (respuestas globales no muy valiosas) y cierta atención a detalles obvios, gruesos, (D%) con ausencia de capacidad analítica (ausencia de respuestas de detalle pequeño)

El pensamiento es estereotipado.

Comparativamente vemos una enorme diferencia en las dos pruebas, en primer lugar, el bloqueo tan marcado que presentaba la enferma inicialmente (falló a las 7 primeras láminas) desapareció, no existiendo en la segunda ocasión ningún bloqueo (ausencia de fallos). El tiempo de reacción disminuyó y la productividad aumentó notablemente (de 3 a 10 respuestas). La esfera afectiva también se modificó desde una reacción totalmente explosiva y eventualmente reacciones impulsivas secundarias (I Cn y ICF) a una reacción menos explosiva, en ocasiones impulsiva y y en algunas otras, incluso controlada (respuestas color forma y forma-color). El pensamiento sigue siendo estereotipado.

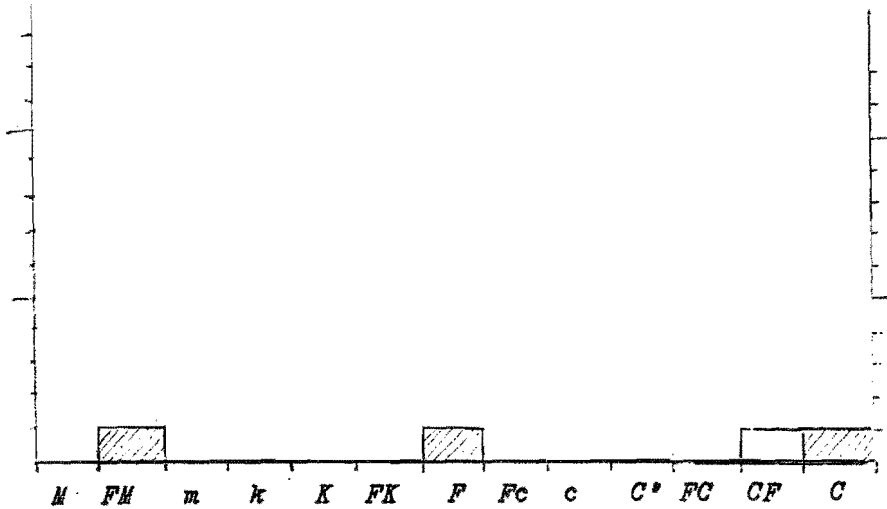
En resumen, en estos dos estudios encontramos marcadas diferencias, referentes a un mejoramiento en sentido productivo, anulación de bloqueos constantes hacia la realidad, un mejor nivel de integración. mejoramiento notable de la percepción apreciado en todas las pruebas.

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 4

1er. estudio

Psicograma:



R= 3 (Fallo de la I a la VII)

T= 7'9"

T/R= 2'6"

T. reac. prom. lams. 33"

T. reac. prom. lams. acrom.= 29"

T. reac. prom. lams. crom.= 36"

F% 33%

F+% = 0

F%comp.= 66%

F+%comp.= 33%

A% = 33%

Ana% = 0

Suma de C= 1.5 (+1.0)

M:C= 0:1.5

$\frac{FK+K+FC}{R}$  33%

No. de P = 1 33%

No. de O = 0

(H+A):(Hd+Ad)= 1:0

(F'm+m):(Fc+c+C')= 1:0

W:M = 3:0

W% = 33%

D% = 66%

DW% = 0

d% = 0

Resp de posición = 0

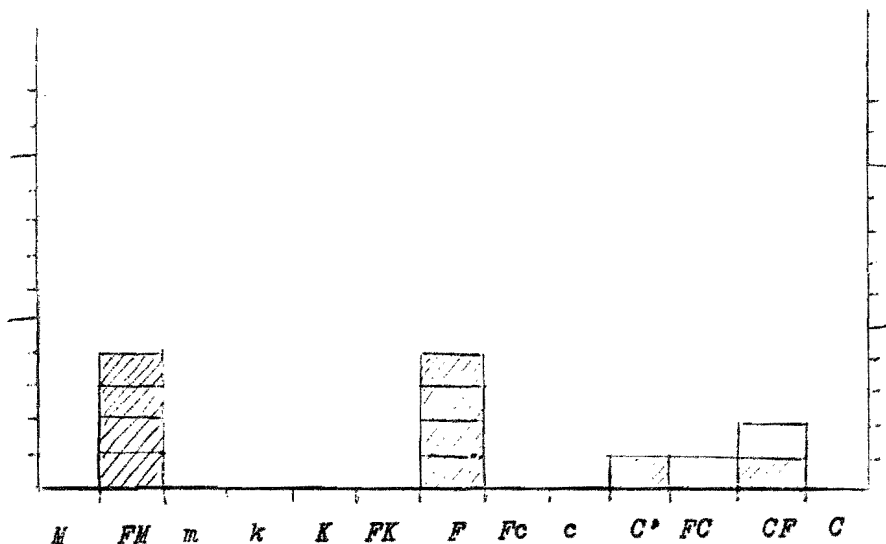
No. de resp. lams. VIII a X = 100%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 4

2o estudio

Psicograma:



= 10

= 5'58"

/R= 33"

.reac. prom. lams. 23"

.reac. prom. lams. acrom.= 40"

.reac. prom. lams. crom.= 16"

k= 40%

k'= 25%

kcomp.= 80%

k'comp.= 50%

b = 80%

ia%= 0

ima de C = 1.0 (1.5)

$\frac{(F+Fc)}{H} = 25\%$

C= 0:1.0

No. de P = 2 20%

No. de O = 0

(H+A):(Hd+Ad)= 8:0

(FM+m):(Fc+c+C')= 4:1

W:M = 9:0

W% = 90%

D% = 10%

DW = 0

d%= 0

Resp de posición = 0

No. de resp. lams. VIII a X = 30%

FIG 5  
BENDER GESTALT TEST  
CASO N°4  
1er ESTUDIO

Nota: Las líneas punteadas  
y llaves fuero realizadas  
para distinguir las lami-  
nas y hacer más facil la  
calificación

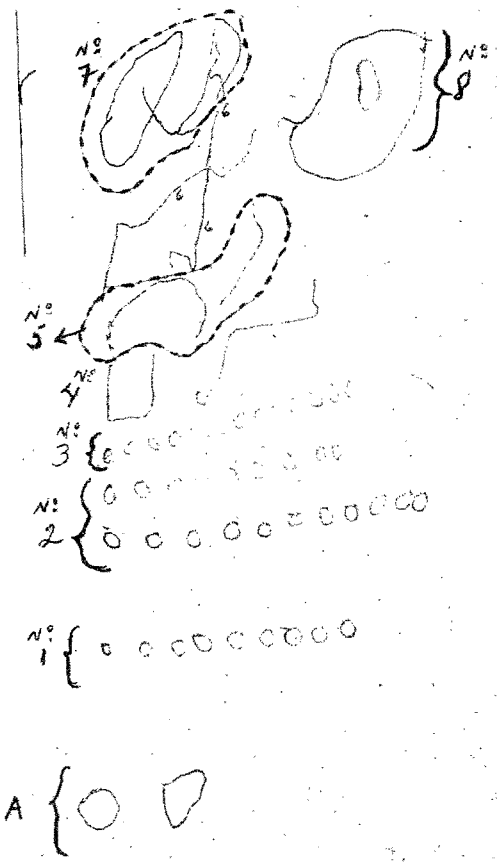
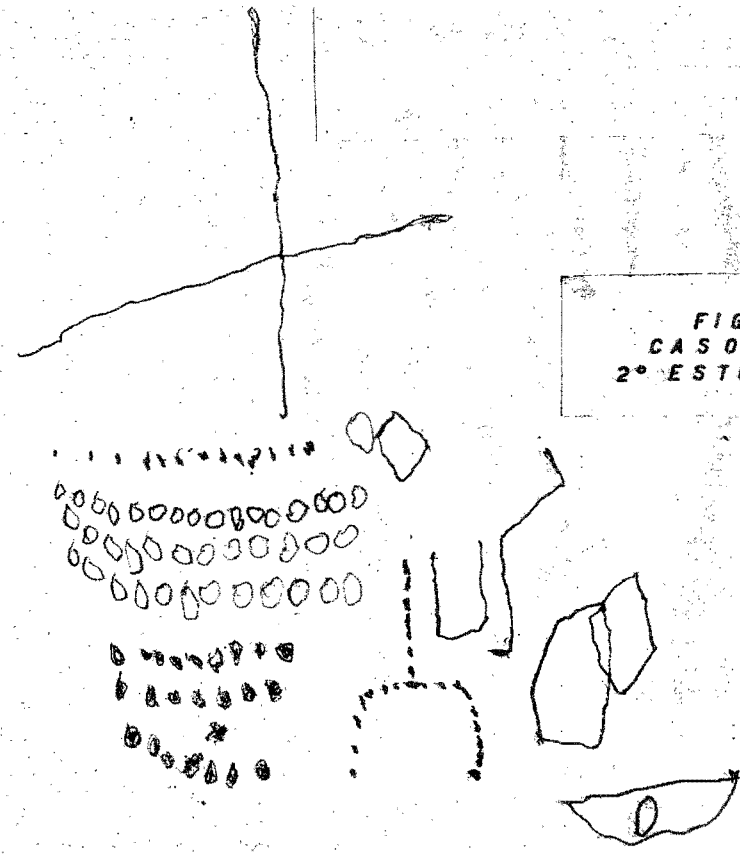


FIG 6  
CASO N° 4  
2° ESTUDIO



CASO No. 5

G.F.A., de 19 años, sufre una epilepsia orgánica (atrofia cerebral izquierda por probable trombosis infecciosa). de 12 años de evolución, manifestada por crisis generalizadas precedidas por una sensación de que "se le venían encima las cosas enfrente de ella" y desviación de los ojos y la cabeza a la derecha. La frecuencia de las crisis estaba relacionada con los períodos menstruales, llegando a presentar hasta 15 ataques al día, en ocasiones y a pesar del tratamiento anticonvulsivo. Sufría una hemiparesia de recha pero su estado físico era mejor que en otras enfermedades. A su ingreso se mostró agresiva con las otras enfermas y no colaboraba. Presentó cinco crisis en dos semanas de tratamiento con Hidanoína y fenobarbital. Los exámenes previos de laboratorio mostraron: cefalín colesterol tres cruces. El electroencefalograma señaló una disritmia lenta en reposo de menor amplitud en hemisferio izquierdo y descargas epileptiformes en regiones temporales, de mayor amplitud en el lado derecho. Durante la activación por la hiperventilación sufrió una crisis clínica. La radiografía de cráneo mostró asimetría por aplanamiento de la tabla interna en región fronto-parietal izquierda y los senos frontales muy desarrollados.

Se inició el tratamiento con Ro 4-6006 a la dosis diaria de 10 mg la cual se aumentó gradualmente a 30, 45, 60, 90, 120 y 150 mg al día. Su conducta fué mejorando paulatinamente, notándosele más tranquila, menos agresiva, asistía a terapia ocupacional, se ocupaba en coser y su pensamiento era menos rígido. Aunque continuó presentando crisis en forma frecuente, la intensidad y duración de éstas fueron considerablemente menores. presen

tando pérdida del conocimiento algunos segundos, con ninguna o muy pocas manifestaciones convulsivas. A pesar de lo elevado de la dosis únicamente presentó ligera ataxia al principio del tratamiento, la cual desapareció totalmente. Al suspender el Ro-4-6006 y administrarle Hidan--toina y fenobarbital, la frecuencia e intensidad de las crisis aumentó nuevamente.

Los exámenes de laboratorio durante el tratamiento con Ro-4-6006 mostraron: cefalín colesterol: una cruz y el electroencefalograma mejoró bastante aunque continuó presentando descargas epileptiformes sobre todo en regiones temporales.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma se mostró a la entrevista accesible en todo momento, cooperando siempre. Posee un buen nivel de comprensión, su aspecto es aliñado, muy limpia, usa cosméticos. Presenta hemiplegia del lado derecho y por esto dificultad al andar y relata que tuvo un proceso infeccioso de pequeña que creía su familia que fue poliomiélitis.

Nos informa que padece crisis convulsivas desde la edad de 7 años (hace 12), de pequeña ocurrían muy a menudo, casi diariamente, en la actualidad se presentan "cuando lleva algún susto o hace coraje".

Escolaridad.- terminó el 4o. año de primaria.

Es hija única de unión libre, al padre no lo conoció, la madre vivió después en amasiato con otro hombre y la enferma vivió casi siempre con la abuela y tios maternos, quienes la trataban bien. Hace unos meses fue-



a vivir con su madre y el actual amante de ella, debido a que presento problemas con la abuela, ya que dijo que se iba a ir con el novio, aunque en realidad, dice, se iba con una amiga y la abuela la devolvió con su madre. Después de vivir con ella y el padrastro, éste la violó, la paciente lo dijo a la abuela por lo que la madre se resentió con ella debido a que quiere que diga que fue otro muchacho que conocía y no el padrastro, por lo cual la enferma guarda a su vez a la madre un gran resentimiento por apoyar al padrastro en vez de a ella.

P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

CASO No. 5

Actitud.- Cooperación durante la aplicación de las pruebas y buen nivel de comprensión a las consignas.

BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Fragmentación	1 lámina	1 lámina
Simplificación	2 "	3 "
Rotación parcial	2 "	3 "
Rotación total	4 "	2 "
Dificultad de angulos	4 "	2 "
Dificultad de figuras superpuestas	3 "	4 "

Estos signos encontrados en forma muy semejante en los dos estudios muestran aspectos de organicidad numeros así como signos de deterioro mental importante, existiendo poco cambio de uno a otro, pues algunos rasgos -- disminuyeron en grado pero hubo aumento en otros, ningun-

na anulación que sería realmente lo importante.

WECHSLER WAIS

1er. estudio:

I.Q. Escala Verbal : 88

I.Q. Escala de Ejecución: 55

I.Q. Total: 71= Débil mental Superficial

Encontramos aquí un rendimiento por debajo de lo normal siendo el I.Q. de la escala de ejecución mucho menor, hecho común en los orgánicos y que hace que el I.Q. Total baje mucho.

2o. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 86

I.Q. Escala de Ejecución: 57

I.Q. Total: 71= Débil mental Superficial

El resultado es casi idéntico al anterior, por tanto no existe diferencia significativa en esta prueba.

T . A . T .

1er. estudio:

Existe la relación con la figura materna, una tendencia a depender totalmente en forma de manera infantil, sin defensa y al mismo cierto rechazo hacia ella al sentirse - en cualquier forma presionada a independizarse o responsabilizarse de algo, o sea en un sentido ambivalente-

La figura masculina se le presenta como conflictiva, rechazante y muy superior a la femenina, con aceptaciones aisladas de ella, esto al captarla como figura paterna.

Existe negación de la relación con la figura -- masculina como objeto sexual y tendencia a la somatización de síntomas.

En general hay una buena percepción de las láminas, con algunas omisiones pero no graves distorsiones perceptuales.

#### 2o. estudio:

En esta segunda prueba en general encontramos mas o menos los mismos rasgos que en la primera, existiendo variación en el sentido de transformar en forma más insistente la relación hombre-mujer en padre-hija, por ser menos conflictiva y además existe una agresividad ya directa y sin encubrimientos hacia la madre, ya no es negada como en la anterior sino abierta y muy intensa, coincide este dato con el Rorschach, en el que en el segundo estudio ya hay una represión de los aspectos afectivos y casi siempre en forma explosiva y en el primer estudio estuvo reprimida, coartada, ocurriendo aquí lo mismo.

#### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

##### 1er. estudio:

Vemos aquí un funcionamiento de la esfera intelectual por debajo de lo normal (Número y calidad de las respuestas, ausencia de respuestas de movimiento humano, pobreza de contenido, fallo a 1 lamina, F+%, etc.)

El enfoque de la realidad se dirige en especial a situaciones globales (W%) así como a situaciones obvias (D%) con ausencia total a enfoque de pequeños detalles,

o sea se dirige de manera superficial a situaciones totales sin gran capacidad de análisis minucioso de tales situaciones, no obstante su capacidad perceptual es bastante positiva (alto % de respuestas bien vistas, 81%).

Respecto de la vida interna, surgen numerosos contenidos de fuerzas instintivas, primitivas, que constituyen la totalidad de los contenidos (Respuestas de movimiento animal).

Respecto de la vida afectiva, en esta prueba se encuentra totalmente inhibida, coartado el aspecto expresivo ante los estímulos de tipo afectivo (ausencia de respuestas cromáticas). En los contenidos apreciamos numerosos aspectos que denotan fuerte agresividad de tipo muy primitivo emergiendo hacia la conciencia. Existe además una necesidad de contactos en el medio ambiente pero no adecuados a la situación (Fc respuesta de textura mal vista)

Al tratar de la inhibición de aspectos afectivos - debemos decir que una atracción a estos estímulos existe (alto porcentaje de respuestas en las tres últimas láminas que son totalmente coloreadas) pero la coartación impide su expresión.

El tipo de pensamiento es estereotipado (A% 100), - en sumo grado.

## 2o. estudio

Se encuentran aquí respecto del aspecto intelectual, así como el modo de percepción y vida interna los mismos aspectos que en el anterior.

Existe un gran cambio en lo que respecta a las reacciones afectivas que se encontraban inhibidas en la otra ocasión y ahora se presentan en forma, en ocasiones controlada, como un "afán de quedar bien", (forma-color) pero casi siempre son explosivas, sin control, (color-forma) aunado a la emergencia de los aspectos instintivos, - muy primitivos (respuestas de movimiento animal) dan una idea de falta de control en su conducta externa, la cual

el intelecto es incapaz de balancear. El pensamiento es de tipo, estereotipado también (A%).

Comparativamente tenemos: El tiempo de reacción se acortó en el segundo estudio, queriendo significar una mayor y más rápida responsividad ante el ambiente, así mismo ausencia de fallos, (en la primera hubo fallo a la lámina VII)

Surgen como ya mencionamos las respuestas de color, de tipo afectivo ausentes en la primera ocasión. Aumenta también el número de respuestas, o sea la productividad. Los demás aspectos quedan en la misma situación por lo que se puede pensar que se han levantado aspectos --coartados en la esfera afectiva y se ha aumentado la vivacuidad, de la personalidad, mostrando un mayor movi---miento en los diferentes aspectos, aunque aún con res---puestas pobremente integradas y estereotipadas en gran número.

En resumen, podemos decir que esta enferma se encuentra en buenas posibilidades en el aspecto intelectual, tomando en cuenta el nivel al cual pertenece puesto que su nivel de comprensión es bastante bueno.

Los cambios operados en los dos estudios se reflejan especialmente a un sentido de más y mejor expresión del aspecto afectivo y esto implica una mayor acepta---ción del mismo así como de sus tendencias y conflictos (agresividad hacia la madre, etc.)

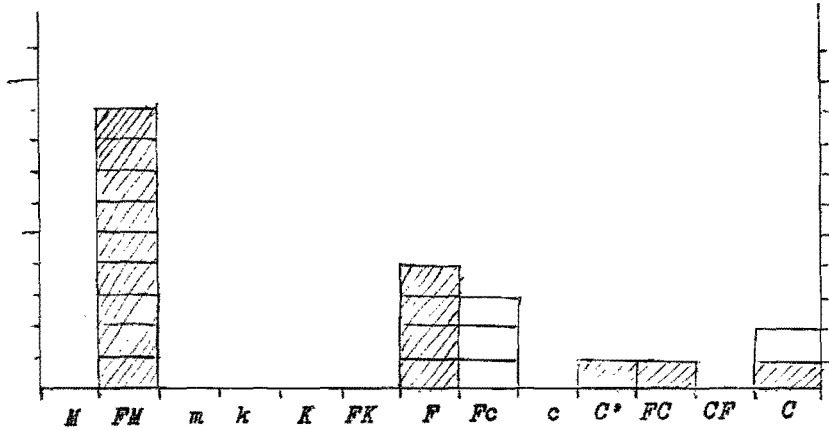
Sus condiciones en relación a su personalidad en general son de una persona con vida pobre, primitiva, con emergencia de exigencias primitivas profusas y vi---sión pobre y estereotipada del mundo que la rodea con expresiones afectivas contrastadas: sumamente controladas de total aceptación social, o bien lo contrario, expresiones explosivas, sin control.

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 5

2o. estudio

Psicograma



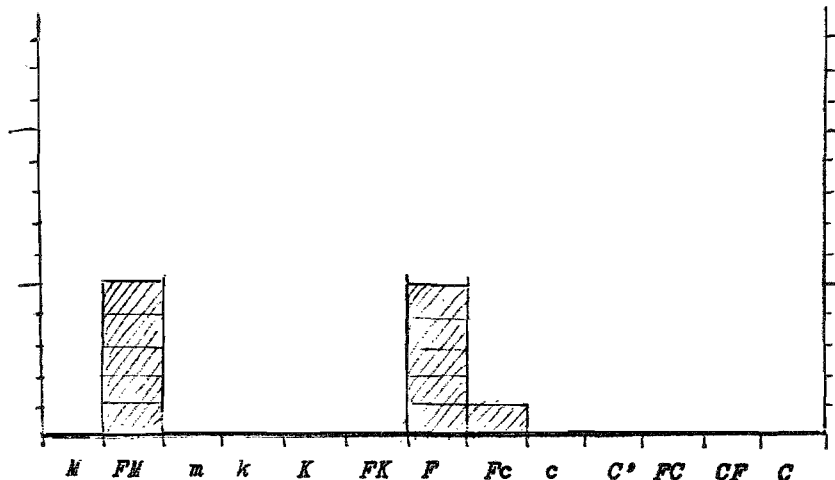
$R = 14$	No. de P = 29%
$T = 7^{\circ}8''$	No. de O = 0
$T/R = 33''$	$(H+A):(Ad+Hd) = 11:1$
T. reac. prom. lams. = 7''	$(FM+m):(Fc+c+C^*) = 8:0$
T. reac. prom. lasms. acroms. = 5''	
T. reac. prom. lams. cñoms. = 9''	
$F\% = 27\%$	$W:M = 7:0$
$F+\% = 75\%$	$W\% = 50\%$
$F\% \text{ comp} = 78\%$	$DW = 0$
$F+\% \text{ comp} = 81\%$	$D\% = 50\%$
$A\% = 81\%$	$d\% = 0$
Suma de C = 2	
$M:C = 0:2$	Resp. de posición = 0
$\frac{FK+F+Fc}{R} = 78\%$	No. resps. lams. VIII a X = 35%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 5

1er estudio

Psicogramas:



R= 11

Fallo= 1 (VII)

T= 4\*2"

T/R= 24"

T. reac. prom. lams.= 9"

T. reac. prom. lams. acroms.= 7"

T. reac. prom. lams. croms.= 10"

F%= 45%

F+%= 100%

F% comp.= 100%

F+% comp.= 81%

A%=100%

Ana%= 0

Suma de C= 0

M:C= 0:0

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 50\%$

No. de P= 3

No. de O= 0

(H+A):(Hd+Ad)= 11:0

(FM+m):(Fc+c+C\*)= 5:1

W:M= 6:0

W%= 54%

D%= 45%

DW%= 0

d%= 0

Respuestas de posición= 0

No. resps. lams. VIII a I= 45%

CASO No. 6

E.L.P., de 61 años, sufre una epilepsia funcional con crisis nocturnas generalizadas desde que tenía un año de edad, aunque permaneció asintomática hasta los 30 años de edad, cuando, sin causa aparente, nuevamente desarrolló las crisis con una frecuencia variable con intervalos libres de crisis hasta de varios años. Mes y medio antes de ingresar al hospital, presentó nuevamente crisis seguidas de un episodio psicótico caracterizado por agresividad y confusión mental. Ingresó al pabellón de agitados y al mejorar de su agresividad, fué transferida a nuestro servicio, donde la notamos en extremo prolija, verborreica, rígida y con déficit de memoria. El examen físico mostró una arterioesclerosis generalizada. El examen neurológico fué negativo. Los exámenes previos de laboratorio fueron negativos, excepto por el defalín colesterol dos cruces y el electroencefalograma que mostró una distimia lenta difusa aunque ligeramente más acentuada en hemisferio derecho y descargas epileptiformes generalizadas bilaterales y sincrónicas, un poco más amplias en el lado derecho. Se le trató durante dos semanas con Hidantoina y fenobarbital. presentando tres crisis en este lapso. Se le trató con Ro-4-6006 a la dosis inicial diaria de 7.5 mg. A la cuarta semana de tratamiento presentó una crisis y se elevó la dosis a 10 mg diarios, desarrollando ataxia severa y quejándose de "mareo", ligera depresión mental y somnolencia. La enferma desarrolló un flemón en el miembro superior izquierdo, al infectarse una herida del codo y fue necesario suspender temporalmente el Ro-4-6006 y administrarle penicilina y



sulfadiazina. Presentó dos crisis convulsivas en este lapso y disminuyeron los fenómenos tóxicos y colaterales. Al iniciar nuevamente el tratamiento con Ro-4-6006 a la dosis diaria de 15 mg, nuevamente desarrolló ataxia intensa y somnolencia, por lo que fue necesario disminuir la dosis a 5 mg. diarios, presentando dos crisis mas. Es probable que el estado tóxico producido por la infección y la suspensión de la droga haya agravado la frecuencia de la crisis.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma se presenta a la entrevista un tanto desaliñada, pide perdón por no estar peinada, porque le -- "robaron su peine".

Nos informa que desde hace aproximadamente 30 años, padece crisis convulsivas, presentándose la primera después de tener su 8o. hijo sólo en una ocasión; al tener el siguiente hijo, volvieron nuevamente las crisis sin suspenderse hasta la fecha, más que por muy cortos lapsos, siendo atendida en diversas ocasiones por varios médicos, no pudiendo precisar el tipo de tratamiento recibido. Refiere también que a los dos años de edad estuvo "9 noches y 9 días privada", no sabe precisar la causa y parece también que sufrió una crisis entonces.

No existe aura, sólo se da cuenta la enferma de la crisis por encontrarse orinada después de ésta.

Vive actualmente con 4 de sus 8 hijos varones, que aun permanecen solteros, es viuda desde hace dos años, -- el esposo, nos dice, no tenía vicios y parece que fué -- bastante responsable según informa la enferma, "aunque -- no fuimos casados nos llevabamos bien", la familia de ella se opuso a su unión debido a que él era peón de su casa pero se llevaron bastante bien. Al morir su esposo le dejó su casita y sus animales para que se mantuviera,

en Acayuca, Hgo..

De la unión nacieron 12 hijos, de los cuales viven 8 varones, los fallecidos fueron 2 varones y 2 mujeres, no sabe precisar la causa del fallecimiento.

Es analfabeta; en general se aprecia un buen nivel de comprensión para aspectos sobre su vida personal, tomando en cuenta su nivel socio-cultural, es una clásica "mujer del campo", al parecer bastante responsable en su hogar y en su papel de madre. Ahora se muestra preocupada porque están sus hijos solos y no hay quien los atienda, aunque ella ha procurado enseñarles a que se hagan ellos mismos las cosas ya que no tiene ninguna hija mujer que le ayude.

Proporciona todos los datos que se le piden con facilidad, un tanto pegajosa, pero siendo fácil llevarla a través de la entrevista. Tanto en esta ocasión como en las diferentes situaciones de prueba, colaboró, no existiendo ningún problema para realizar los estudios.

### P R U E B A S   P S I C O L O G I C A S

#### CASO No. 6

Actitud.- Cooperó durante los dos estudios siendo su nivel de comprensión bueno.

#### BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Fragmentación	2 láminas	0 láminas
Simplificación	4 "	3 "
Rotación parcial	5 "	3 "
Rotación total	1 "	2 "
Dificultad en el trazo de ángulos	4 "	4 "
Dificultad de figuras superpuestas	2 "	2 "

Vemos que se encuentran en ambas pruebas numerosos signos de organicidad y de deterioro bastante importantes, sin embargo, comparativamente vemos que en el segundo estudio desapareció la fragmentación, signo de gran importancia, encontrado en orgánicos y psicóticos y han disminuído en número la simplificación y la rotación -- parcial siendo todavía en igual intensidad la dificultad de ángulos y en figuras superpuestas, signos menos importantes respecto de los anteriores, puesto que se refieren especialmente a falta de coordinación.

La colocación de las figuras en general se encuentra con mejor integración en la segunda prueba que en la primera.

En resumen, podemos decir que la enferma mejoró en su percepción y estructuración interna de la realidad -- objetiva.

#### WECHSLER WAIS

##### 1er. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 70

I.Q. Escala de Ejecución: 67

I.Q. Total: 68 = Débil Mental Media

Apreciamos aquí un rendimiento intelectual muy pobre que da como resultado un nivel de debilidad mental-media.

##### 2o. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 73

I.Q. Escala de Ejecución: 68

I.Q. Total: 70 = Débil Mental Superficial.

Vemos aquí una ligera elevación del puntaje que aun que pequeña hizo que el diagnóstico subiera un nivel, -- puesto que anteriormente se encontraba en los límites de éste, existiendo pues una mejoría en su rendimiento intelectual.

T . A . T .

1er. estudio:

Encontramos aquí una serie de breves descripciones plenas de constantes distorsiones perceptuales, omisiones, etc.

La visión de la enferma es sumamente pobre y ausente de relaciones entre los personajes que describe en dos o tres frases en forma pueril y primitiva. Hay escasez de aspectos proyectivos reales y solamente proyecta cierto conflicto nacido de su situación actual, en relación de no estar en su casa atendiendo a sus hijos. No existen contenidos de tipo agresivo.

2o. estudio:

Aquí apreciamos descripciones cortas sobre escenas pero con bastante buena percepción en alguna de ellas, aunque naturalmente también abundan las distorsiones -- perceptuales, por ejemplo, en la lámina 15 que representa un hombre en un cementerio, nos dice:

"Está un señor en medio y tiene hartas cosas alrededor, como vasos (tumbas) venderá, yo digo, todo eso".

Existe aquí ya una relación interpersonal, por ejemplo figuras masculinas y femeninas, como esposos, figuras femeninas como madre hija, etc.

Las descripciones aunque someras, en la mayor parte de las láminas, tienen cierto tinte afectiva "está -- llorando, está pensando".

Comparativamente con el primer estudio encontramos una mucho mejor percepción en la segunda, además del establecimiento de relaciones interpersonales que hemos mencionado y que no existen en el primer estudio, así -- como un razonamiento con una mayor elaboración, para ilustrar lo anterior pondremos algunos ejemplos:

Lam. 1 1er. estudio:

(Representa un niño mirando un violín que tiene ante sí)

"Está tentándose la cabeza, la vista la tiene por un lado, está pensando pero está cerrando sus ojos, y aquí esta.... no le entiendo que está haciendo...".

2o. estudio en la misma lámina:

"Está jugando el niño con su violín (buena percepción, omitido en la anterior) que ¿será músico o qué? (relación del sujeto con el instrumento) está tentándose los oídos, está cerrando sus ojitos.

Naturalmente que las dos pruebas se encuentran como ya dijimos en un nivel sumamente primitivo pero ya estos pequeños adelantos como el que mostramos significan mucho dado el grado de deterioro y las condiciones de edad y nivel socio-cultural de la paciente.

#### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1er. estudio:

Apreciamos en esta prueba en primer lugar, un nivel intelectual inferior al término medio (No. y calidad de las respuestas, ausencia de las respuestas de movimiento humano, pobreza de contenidos, calidad de las respuestas globales; bajo porcentaje de respuestas bien vistas, etc.) apreciándose cierta tendencia a la rigidez del pensamiento y no resultando muy alto el nivel de estereotipia del pensamiento (A%=50%) cosa común en sujetos de este tipo. La rigidez como control falla por la percepción inadecuada del medio ambiente que ocurre con frecuencia (respuestas mal vistas)

En cuanto al aspecto afectivo, se encuentran reacciones de tipo controlado (presencia de respuestas de forma-color) no se captan aspectos explosivos en relación con los estímulos afectivos (ausencia de respuestas de color-forma y de color puro).

El tipo de apercepción, esto es el enfoque que da a sus percepciones del mundo es W;D; esto es, que enfoca sus intereses hacia situaciones globales, aunque no muy positivamente (calidad de respuestas globales pobre) sino en un sentido de percepción vaga con ausencia de análisis en ella. Así mismo la enfoca a aspectos obvios gruesos, de la vida diaria que no requieren brillantez en ningún sentido (D%).

Respecto de la vida interna se encuentra constituida solamente por impulsos primitivos, instintivos que actúan sin haber mayor elaboración ni análisis de aspectos más maduros (respuestas de movimiento animal, y ausencia de respuestas de movimiento humano).

Resumiendo podríamos decir que se trata de una personalidad somera, superficial, funcionando a niveles muy primitivos, con reacciones emocionales controladas intelectualmente y exigencias internas de tipo primario enfoque vago de la realidad sin análisis de las situaciones que le rodean. Existiendo un buen grado de contacto con el mundo, sólo en ese sentido de superficialidad, de situaciones cotidianas.

#### 20. estudio:

Vemos aquí una capacidad intelectual pobre en general (No. y calidad de las respuestas en general y de las respuestas globales, fallo a dos láminas por incapacidad

en la encuesta, bajo porcentaje de respuestas bien vistas, l respuesta de movimiento humano pero de pobre calidad), su enfoque va dirigido especialmente a situaciones obvias de la vida (D%) aunque también hacia aspectos globales (F= 30% positivas) bien apreciadas, pero en ocasiones la visión hacia la totalidad falla, dando un pequeño detalle ante estímulos que era de esperarse una global o de detalle grande, esto es, que por apreciar un detalle, cuando se intenta analizar una situación pierde el sentido de la totalidad, resultando por tanto esta respuesta de menor calidad.

La afectividad la encontramos constituida por reacciones en ocasiones, la mayoría de ellas, controladas intelectualmente (l FC y l FC sec) aunque en otras la reacción resulta un tanto impulsiva (l respuesta de color-forma) sin llegar a la explosividad, a la ausencia total de control, sino que se queda solamente en actitudes de espontaneidad, de impulso, pero con cierto control también (ausencia de respuestas de color puro), existiendo aún en ocasiones cierta responsividad a estímulos afectivos más sutiles (l respuesta FC'= forma color acromático).

Respecto a la vida interna, encontramos contenidos numerosos pero de tipo instintivo, inmadura, exigencias primarias. (respuestas de movimiento animal numerosas). Existe además una respuesta de movimiento humano pero que dada su mala calidad, aunque está bien vista, está vista en parte solamente, no es tan meritoria como debiera si estuviese mejor constituida.

El pensamiento resulta estereotipado y el número de contenidos se encuentra muy constreñido sobre aspectos determinados que se repiten en forma constante (A% = 61%)

**Comparativamente tenemos:**

**El tiempo de reacción ante todas las laminas se -**

acorta en el segundo estudio, lo que significa una mayor y más rápida responsividad ante los estímulos del medioambiente.

La estereotipia del pensamiento se ve aumentada en la segunda ocasión (mayor A%) así como baja el nivel de formas bien vistas en general ahora bien existe un aumento del número total de respuestas, y existen dos negaciones en el segundo estudio y un fallo en el primero, pero en el primero el fallo es total y en el segundo sólo son negaciones en la encuesta ante la imposibilidad de definir la respuesta, lo cual nos puede indicar, desde luego una incapacidad para elaborar las láminas pero una cierta autocrítica, en el sentido que prefiere negar lo anteriormente dicho, que afirmarlo de manera vaga.

Ahora bien, la presencia de una respuesta M (movimiento humano), aunque es poco valiosa por su percepción en un d, dado el grado de deterioro y el protocolo en general, indica cierta mejoría en la percepción y una mejor capacidad de identificación con figuras humanas, por tanto mejor nivel de integración aunque en grado débil. Así mismo encontramos hacia el exterior una mayor responsividad ante los estímulos afectivos (mayor número de respuestas cromáticas, 3 en total y 1 FC', forma-color - acromático) y nos indica en comparación con el primer estudio que la afectividad está más presente en las reacciones de la sujeto ante el ambiente con cierto sentido de espontaneidad ( 1 respuesta color-forma) sin ninguna explosividad, este aspecto de impulsividad no se encontró en la primera ocasión en la que las respuestas son todas controladas (forma-color).

El tipo de percepción varió también en el segundo estudio, ya que en el primero el enfoque es predominantemente global, aunque con pobre integración y en el segundo hay más tendencia al análisis, hay capacidad para ver



detalles o sea una mejor disposición perceptual al ambiente.

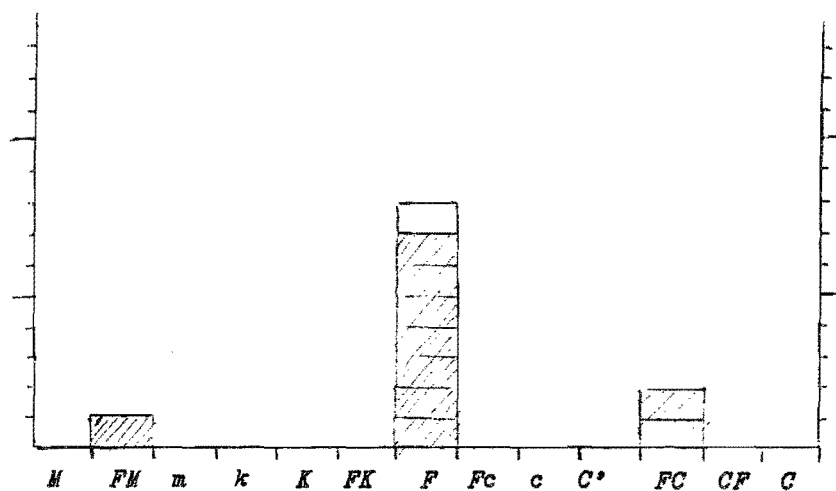
En resumen, podemos decir que en este caso encontramos datos sumamente valiosos sobre una notable mejoría de la enferma, tomando de más en cuenta su edad avanzada, es aún más notable ese cambio tanto en los procesos perceptivos como en sus elaboraciones más complejas, en el nivel intelectual, y en el establecimiento de relaciones que en la primera ocasión no logra, así como la mayor responsividad ante los estímulos que el medio ambiente le presenta. Sin embargo y probablemente debido a una mayor expresión en general, anulación de bloqueos, etc., el nivel de percepción en el material menos conformado como es el del -- Rorschach, disminuyó un poco la calidad de las respuestas (F+ y F+ comprensivo, disminuyó en la segunda ocasión).

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 6

1er Estudio

Psicogramas:



$R = 10 (1)$

$T = 2' 6''$

$T/R = 15''$

T. reac. prom. lams. = 11"

T. reac. prom. lams. acroms. = 11"

T. reac. prom. lams. cromo. = 11"

$F\% = 70\%$

$F+\% = 57\%$

$F\% \text{ comp.} = 70\%$

$F+\% \text{ comp.} = 70\%$

$A\% = 50\%$

Suma de C = 1.0

$M:C = 0:1.0$

$\frac{FK+F+FC}{R} = 70\%$

No. de P = 2 = 20%

No. de O = 0

$(H+A):(Hd+Ad) = 4:1$

$W:M = 8:0$

$W\% = 80\%$

$D\% = 20\%$

Resps. posición = 0

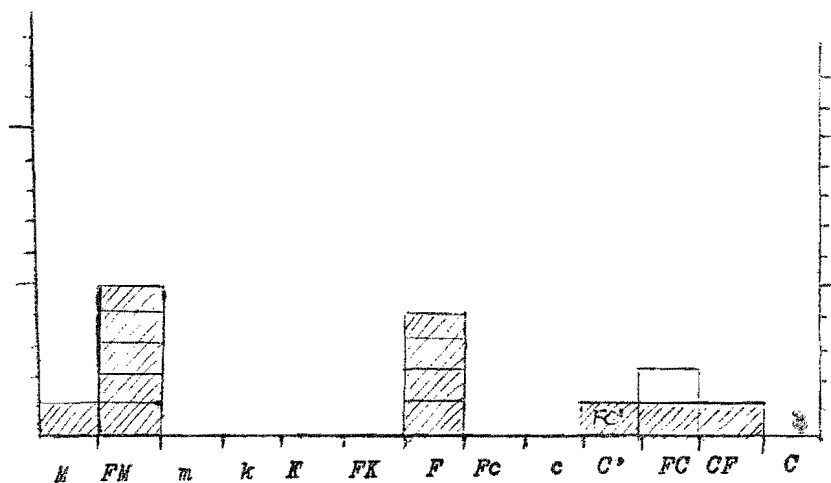
No. resps. lams. VIII a X = 30%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 6

20. estudio

Psicograma:



R= 13

T= 10'53"

T/R= 49"

T. reac. prom. lams. acroms.= 6"

T. reac. prom. lams. croms.= 5"

F%= 30%

F+%= 50%

F% comp= 92%

F+% comp.= 53%

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 30\%$

A%= 61%

Suma de C= 1.5

H:C= 1:1.5

No. de P= 20%

No. de O= 0

(H+A):(Hd+Ad)= 11:0

W:H= 4:1

W%= 30%

D%= 30%

DW%= 25%

d%= 23%

Resps. de posición: 0

No. de resps. lams. VIII a X= 23%

CASO No. 7

I.P.O., de 48 años, sufre una epilepsia orgánica (probable lesión ténporo-central izquierda secundaria a una -- trombosis febril), con crisis generalizadas precedidas -- por fenómenos focales consistentes en sensación de adormecimiento en mano derecha que se extiende en forma progresiva hasta la extremidad inferior derecha (marcha jacksoniana) y alucinaciones visuales y fenómenos de deja-vu con una evolución de 29 años. El examen neurológico mostró una ligera paresia hemivelopalatina derecha y exaltación de reflejos osteotendinosos en extremidad derecha. Su estado físico general en buenas condiciones. Su estado mental se caracterizaba por excitabilidad, pensaba que no la querían las enfermeras y era quisquillosa, intrigante y tenía disgustos frecuentes con las otras pacientes. Los exámenes previos de laboratorio mostraron como datos anormales, los siguientes: turbidez al timol 5.6 u el electroencefalograma (en estado de vigilia y bajo -- sueño inducido), señala discretas descargas epileptiformes sobre regiones temporales centrales; radiografía de cráneo: calcificación en la hoz del cerebro.

La enferma fue tratada durante cinco semanas con Hidantoína y fenobarbital habiéndose controlado totalmente las crisis, pero sin observar mejoría en su conducta. Se inició el tratamiento con Ro-4-6006 a la dosis diaria de 7.5 mg, desarrollando rápidamente ataxia moderada, mareo cefalea, sensación de vacío en el estómago, malestar general, llanto y disminución en su memoria. Debido a estas molestias, se redujo la dosis de Ro-4-6006 a 3 mg al día 4 días después de iniciado el tratamiento, con esto disminuyeron la angustia y ataxia. 25 días después, sus mo-

lestitas desaparecieron totalmente, mejoró su conducta y comenzó a colaborar en el servicio y estuvo totalmente controlada en sus crisis.

Los exámenes de laboratorio durante el estudio, mostraron: el electroencefalograma, ligera disminución en la amplitud de las ondas y poco cambio en los fenómenos paroxísticos; cefalín colesterol una cruz. No presentó trastornos al suspender el Ro-4-6006 y sustituirlo por Mysoline, siendo dada de alta.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

La enferma nos informa que pertenece a una familia de sólo dos hermanas, siendo ella la menor. El padre era alcoholico y debido a esto la madre lo abandonó desde que la paciente tenía 5 años.

A los 16 años se casó la enferma con un médico, era muy celoso y le dió muchos disgustos acabando por abandonarla. Vivió trabajando como enfermera para ella y para su hijo, teniendo posteriormente relaciones temporales con otro hombre con quien surgieron también multitud de disgustos y debido a una riña la enferma fué transferida a la Cárcel de Mujeres y después de cumplir su condena se internó en el hospital, donde ya había estado una vez, para atenderse de sus crisis convulsivas.

Estudió primaria, dos años de secundaria, la carrera comercial y enfermería en forma práctica.

Actualmente desea salir y ponerse a trabajar; guarda un gran resentimiento a su madre porque piensa que siempre se burlaba de ella y prefería a la hermana.

Su actitud es siempre de constante queja de toda la gente con quien ha convivido, tratando siempre de disculparse cuando piensa que lo que ha hecho puede colocarla como culpable.

P R U E B A S P S I C O L O G I C A S

Actitud.- En general hubo buena cooperación ante las pruebas, con pegajosidad y tratando casi siempre de "quedar bien", existieron también autocríticas constantes a su trabajo y también cierta desconfianza ante el examen, externando que eran "preguntas capciosas", etc., pero como decíamos, en realidad no hubo dificultad en ninguno de los estudios realizados.

*BENDER GESTALT TEST*

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Rotación parcial	1 lámina	1 lámina
Dificultad en los ángulos	2 "	3 "
Dificultad en figs. superp.	0 "	2 "
Rigidez (colocación)	Si	Si

Como se observa en los datos anteriores, existen signos de organicidad, en especial el de rotación, aunque no son muy marcados ni muy constantes, así mismo cierta dificultad en la coordinación y un tipo de trazo encontrado en personalidades rígidas, esto resulta casi idéntico en las dos pruebas, con un poco mejor la coordinación en el primero (dificultad en ángulos y figuras superpuestas) pero sin que esto signifique un gran cambio, por tanto no consideramos estas diferencias como básicamente significativas.

*WECHSLER WAIS*

*1er estudio:*

- I.Q. Escala Verbal: 91*
- I.Q. Escala de Ejecución: 88*
- I.Q. Total: 89= Sub-normal*

2o. estudio:

I.Q. Escala Verbal: 90  
I.Q. Escala de Ejecución: 87  
I.Q. Total: 88= Sub-normal

Vemos aquí un rendimiento intelectual correspondiente a sub-normal, inferior a lo normal pero sin llegar a constituir una debilidad mental. Comparativamente no existe aquí ningún cambio.

T . A . T .

1er. estudio:

Kristen en esta prueba una serie de historias cortas más o menos bien expuestas, y alguna distorsión perceptual (idmna 5) aunque no muy exagerada.

Las fuentes conflictivas de su personalidad se encuentran dirigidas especialmente hacia la figura masculina hacia la cual hay un rechazo y sentimiento de abandono que generalmente no resuelve y cuando intenta hacerlo se realiza una negación de la relación hombre-mujer, -- transformándola en una relación filial o bien recurriendo a la somatización de síntomas, negando por tanto el aspecto sexual de dicha relación.

Hacia las figuras autoritarias en general existe una ambivalencia también con tendencia a aislarse y a negarla. Hacia la figura fraterna existe una ambivalencia conflictiva, por lo cual existe tendencia a huir de esta relación y lo cual se extiende al ambiente familiar en general no afrontando las situaciones en esta esfera. Existe también una hostilidad no aceptada y fuertemente reprimida hacia la figura del hijo, la cual por no acep-

tarla, la transforma en una actitud de protección pasiva.

2o. estudio:

Ante la figura paterna, tiene una actitud de obediencia pasiva, sufriendo esta aparentemente con sumisión. Se vive ante el medio que la hostiliza y aísla de los demás (situación actual) se siente "secuestrada".

La relación hombre-mujer, en ocasiones es negada y transformada en relación fraterna, protectora de parte de la mujer hacia el hombre. En otras ocasiones en que aparentemente es aceptada surge una tendencia a la somatización de síntomas, para eludir así el aspecto sexual negándola; existe también sentimiento de abandono por parte de la figura masculina.

La figura materna es visualizada como protectora inicialmente pero posteriormente como "cómplice" con la figura paterna y se siente hostilizada por ambas.

Comparativamente tenemos que básicamente las dos pruebas muestran núcleos de conflicto muy semejantes, las historias en su mayoría son idénticas y lo mismo podríamos anotar de sus actitudes más sobresalientes, pudiendo advertir solamente que todos estos conflictos se encuentran más claramente expresados en la segunda ocasión, existiendo además un tinte depresivo en las dos ocasiones y una actitud de pasividad ante la realidad.

#### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1er. estudio:

Podemos apreciar aquí una capacidad intelectual baja inferior a la normal (No. y calidad de respuestas, bajo porcentaje de formas bien vistas, presencia de dos res---



puestas de movimiento humano negativas, etc), existiendo un tipo de pensamiento estereotipado ( $Ana\% = 81\%$  y perseveración en el contenido de estas respuestas) y sumamente rígido (alto  $Ana\%$ ) El tiempo de enfoque es W, DW, D, que dirige especialmente su percepción a situaciones globales, pero de manera somera y poco valiosa (respuestas globales pobres) enseguida tenemos otro enfoque de tipo aún menos adecuado como es el de las respuestas DW, o sea que enfoca la realidad distorsionándola según sus pobres capacidades internas, o bien en otras se dirige a detalles obvios de la realidad (respuestas de detalle grande)-

La capacidad de introspección es pobre y distorsionada en su mayoría al igual que la capacidad de identificación con semejantes (1 F# y 2 M-) y se refiere a aspectos instintivos, primitivos o como mencionamos a identificaciones falsas con figuras humanas y que expresan además un deterioro importante en la enferma (nos referimos a la presencia de dos respuestas de movimiento humano negativas). Su reacción ante estímulos afectivos del medio ambiente se encuentra totalmente bloqueada (ausencia de respuestas de color) sólo de manera secundaria y aislada surge respuesta y ésta es totalmente explosiva, con ausencia de control intelectual (1 respuesta de color puro secundaria).

Por lo tanto sus capacidades son pobres y se refieren a enfoque somero de la realidad que casi siempre distorsiona, siendo pues una personalidad rígida, perseverante, con responsividad limitada al ambiente, en ocasiones un tanto lenta.

Existen aquí sumamente claros signos descritos por Klopffer en los epilépticos tales como:

Perseveración (aquí existe en el contenido de tipo-

anatómico y dentro de éstas, la mayor parte son contenido: vagina, matriz, cadera, en general órganos genitales femeninos, y en casi todas las ocasiones, en situación de parto).

El F+ es sumamente bajo, como expresión de la visión distorsionada de la realidad.

La afectividad está bloqueada en gran parte y cuando surge aisladamente es explosiva.

El No. de respuestas es bajo (12)

Atracción por el rojo e interpretación de éste como "sangre".

Bajo porcentaje de respuestas bien vistas.

Presencia de dos respuestas de movimiento humano mal vistas, negativas, comunes a sujetos con un grado importante de demenciación.

Interpretaciones DW

Bajo porcentaje de respuestas de contenido animal.

Presencia de respuestas anatómicas perseveratorias.

Empleo frecuente de diminutivos para dar las respuestas.

Respuestas de posición en un alto número ( 5 en 12= 41%).

2o. estudio:

Encontramos aquí una prueba muy semejante a la anterior, por lo cual no repetiremos los datos antes dichos, puesto que básicamente es idéntica (Nó. de respuestas, ausencia de fallos, bajo porcentaje de respuestas bien vistas, estereotipia expresada en las respuestas anatómicas, etc.) sólo anotaremos algunos cambios que existieron y son:

Disminuyó el número de respuestas de movimiento humano negativo de 2 a 1, siendo éstas expresión de una capacidad

dad introspectiva pero mal enfocada y encontrados en mayor número cuanto mayor es el grado de demencia en los e pilépticos, puede ser en cierto modo favorable esta dis- minución, encontramos también que disminuyó el tiempo de reacción lo cual nos indicaría una mas rápida responsivi- dad hacia el ambiente, actitud más alerta ante lo que le rodea; se observa también la presencia de una respuesta- de movimiento inanimado secundaria, como expresión de -- que experimenta los impulsos de tipo instintivo como con- flicto interno, esto en un grado ínfimo ya que se trata sólo de una respuesta y ésta es secundaria.

Otro cambio bastante favorable en este caso es la - disminución de respuestas de posición que es muy importan- te en el primer estudio (5 respuestas= 41) siendo en la - segunda ocasión 3 respuestas o sea 25% del total. Aunque - siguen existiendo como una visión arbitraria y distorsio- nada del mundo externo, esto ha disminuído, siendo por -- tanto junto con la mayor rapidez de reacción y menor M-, - ciertos signos que indican una mejor visión de su mundo y elaboración un poco menos patológica de éste, aunque natu- ralmente sigue siendo pobre y estereotipado su pensamien- to y permanecido rígida y con dificultad para elaborar es- tímulos en forma adecuada, tanto internos como externos - debido a que existe ya un detríoro importante en la enfer- ma.

En resumen, podemos decir que la personalidad está -- funcionando de manera superficial y estereotipada, la in- teligencia es inferior a la normal (sub-normal) sin lle-- gar a ser demasiado deficiente. Sus conflictos con el me- dio se dirigen especialmente a figuras autoritarias y a - la masculina. Sus mecanismos más comunes son la negación. represión y transformación en lo contrario. Hay un blo--- queo afectivo que cuando se rompe surgen reacciones expló- sivas.

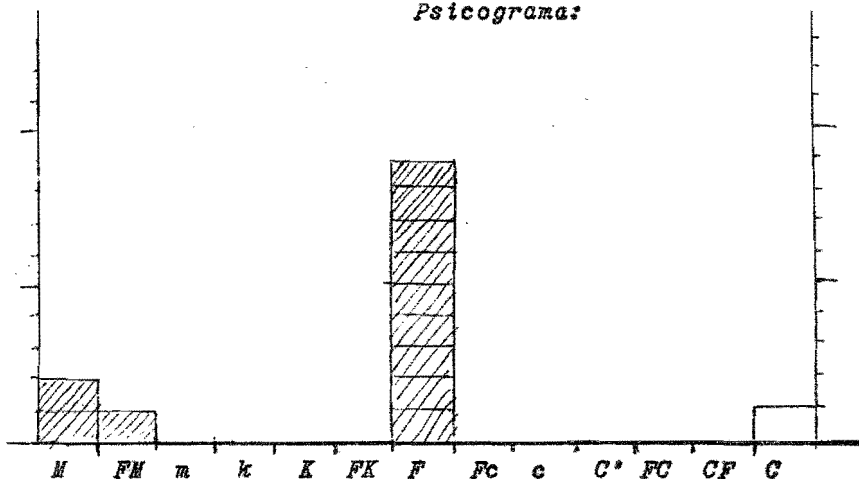
Referente a la comparación de los dos estudios consideramos que han existido algunos como son: en la prueba - de Bender mostró un poco menor capacidad de coordinación-motriz, pero los signos básicos se mantuvieron iguales, - en el Wechsler no existió diferencia, en el Rorschach existieron ciertos cambios favorables, como son, un estado de alerta mejor en relación al medio, disminución en - grado de algunos signos patológicos como son de las respuestas de posición, de las de movimiento humano negativo y por otra parte, una visión somera pero no existente en la primera ocasión de conflictos vividos como peligrosos - por parte de la enferma la afectividad lábil y explosiva - continuó así como los demás aspectos básicos, creemos que estos cambios son dignos de tomarse en cuenta pues aunque - no numerosos son importantes.

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 7

1er estudio

Psicogramas:



R= 12

Fallo= 0

T= 14'9"

T/R= 74"

T. reac. prom. lams.= 17"

T. reac. prom. lams. acroms.= 15"

T. reac. prom. lams. croms.= 18"

F%= 91%

F+A%= 10%

F% comp.= 100%

F+A% comp.= 16%

A%= 15%

Ana%= 81%

Suma de C= 0

N:C= 2:0

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 91\%$

No. de P= 2= 16%

No. de O= 0

(FM+m):(Fc+c+C')= 1:0

W:M= 6:2

W%= 41%

D%= 8%

DE%= 41%

d%= 0

Resps. de posición = 5=41%

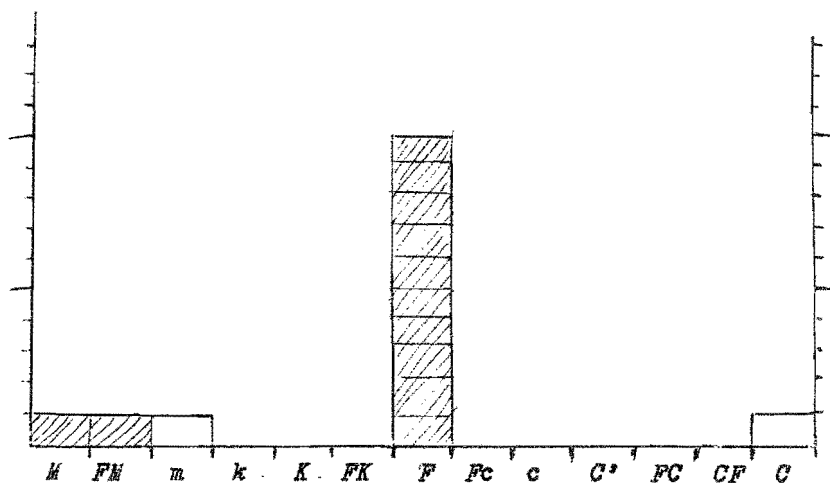
No. resps. VIII a X= 5=41%

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 7

2o. estudio

Psicograma:



R= 12

Fallo= 0

T/R= 74"

T. reac. prom. lams.= 24"

T. reac. prom. lams. acroms.= 22"

T. reac. prom. lams. croms.= 26"

F%= 91%

F+%= 10%

F% comp.= 100%

F+% comp.= 10%

A%= 16%

Ana%= 81%

Suma de C= 0

M:C= 1:0

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 91\%$

No. de P= 2 = 16%

No. de O= 0

(FH+m):(Fc+c+C\*)= 1:0

W:M= 5:1

W%= 50%

D%= 0

DW%= 50%

d%= 0

Resps. de posición= 3=25%

No. resps. lams. VIII a I= 25%

CASO No. 8

D.T.R., de 20 años de edad, sufre una epilepsia funcional de 10 años de evolución, caracterizada por crisis de gran mal, en ocasiones precedidas por una sensación de "desesperación", en el epigastrio, deseos de correr y de gritar. Otras veces la enferma únicamente presentaba una sensación de "debilidad" en las cuatro extremidades, sin pérdida del conocimiento ni convulsiones. La frecuencia de las crisis aumentó progresivamente en el transcurso del padecimiento, ocurriendo casi diariamente en las noches, durante los cinco meses anteriores a su internamiento, tiempo durante el cual la enferma ingería grandes cantidades de bebidas alcohólicas y llegó a presentar un estado de mal epiléptico. En una ocasión trató de golpear a su madre con un ladrillo y presentó alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes. Fue arrestada por la policía y después transferida al hospital.

El examen físico general y el examen neurológico fueron esencialmente negativos.

Los exámenes previos de laboratorio, mostraron, como únicos datos anormales, un cefalín colesterol dos cruces y el electroencefalograma, una distimia lenta generalizada y descargas epileptiformes generalizadas y bilaterales sincrónicas.

Se le trató durante un mes y medio con Hidantoína y fenobarbital. El cuadro psicótico y la agresividad desaparecieron gradualmente y solo presentó tres crisis convulsivas generalizadas.

Se inició el tratamiento con Ro-4-6006 a la dosis diaria de 7.5 mg. La enferma presentó 8 crisis en las dos primeras semanas de tratamiento. Sin embargo, su conduc-

ta siguió siendo adecuada. Se elevó la dosis a 15 mg y después a 20 mg diarios. Con estas dosis la enferma desarrolló ataxia severa y fué necesario mantenerla encamada; presentó además disartria, desorientación, indiferencia, confusión y continuó sufriendo crisis. Fue necesario disminuir la dosis de Ro-4-6006 a 7.5 mg y después a 5 mg. Con esto aumentó la frecuencia de las crisis (13 en 2 días) y se decidió suspender el tratamiento a la décimo-segunda semana. Nuevamente se le administró Hidantoína y fenobarbital, desapareciendo gradualmente sus molestias y controlándose las crisis convulsivas, por lo que se dió de alta.

Los exámenes de laboratorio durante el estudio, mostraron: cefalín colesterol una cruz. El electroencefalograma y el estudio psicológico no pudieron llevarse a cabo por las malas condiciones de la paciente.

#### Estudio Psicológico

Como ya se mencionó no fué posible realizar en esta enferma más que el primer estudio un mes y medio antes de iniciar el tratamiento con Ro-4-6006, siendo los resultados los siguientes:

Numerosos signos de organicidad (Bender) y percepción inadecuada del medio ambiente. La inteligencia funciona muy pobremente (I.Q. Wechsler=47: Debil Mental Profunda y en el Horschach, bajo No. de respuestas, pobre calidad, distorsiones perceptuales en el T.A.T. , etc.).

Existe rigidez y estereotipia del pensamiento (respuestas de contenido animal en el Horschach). La vida interna muestra aspectos de cierta capacidad introspectiva pero mezclada con distorsiones, y con emergencia de pul-



siones instintivas primitivas. Existe pobreza asociativa en general y bloqueo que contactos iniciales con el medio ambiente (fallo a las dos primeras láminas del ~~---~~ Rorschach).

El T.A.T. se reduce a someras descripciones de manera muy poco elaborada, sin llegar a establecer ninguna - relación con el objeto.

El segundo estudio no fué posible practicarlo por - el estado tóxico en que se encontraba la enferma (somnolencia, confusión, indiferencia, apatía, etc.), por lo - cual se considera el resultado negativo en este caso.

CASO No. 10

C.M.R., de 17 años, sufre una epilepsia orgánica (encefalopatía de etiología desconocida), de 12 años de evolución, con crisis generalizadas precedidas por fenómenos focales: desviación de la cabeza a la izquierda, elevación de la extremidad superior izquierda y movimientos clónicos en miembro superior derecho y en ocasiones por una sensación vertiginosa o de que se le vienen encima las cosas. Se desconoce la frecuencia exacta de las crisis aunque ocurrían sobre todo, antes de la menstruación. Su estado mental era simplista, trataba de ocultar sus errores de conducta; era mentirosa, cleptómana, con tendencias homosexuales y parece ser que vivía como vagabunda, por lo cual fué recogida y llevada al Tribunal para Menores de donde fué transferida al hospital.

El exámen neurológico mostró ligera ptosis hemivelopalatina izquierda. De corta estatura, extremidades muy cortas, manos pequeñas, lóbulo de la oreja adherido.

Exámenes previos de laboratorio: biometría hemática con eosinófilos 9%, linfocitos 44%. Electroencefalograma: disritmia lenta, generalizada y descargas epileptiformes generalizadas, bilaterales y sincrónicas.

Se trató durante 5 semanas con Hidantoína, fenobarbital y fenobarbital sódico intramuscular. En este lapso presentó 34 crisis, sin cambios en su estado mental.

Se le administró Ro-4-6006 a la dosis diaria inicial de 15 mg. La enferma continuó presentando numerosas crisis por lo que se elevó la dosis diaria a 30, 60, 90 y 120 mg. Los ataques disminuyeron en frecuencia e intensi-

dad pero sin llegar a controlarse totalmente. Durante el tratamiento presentó ataxia moderada, somnolencia y alucinaciones visuales transitorias. Su conducta mejoró, llegando a colaborar en el servicio. Al suspenderse el Ro-4-6006, presentó crisis.

Exámenes de laboratorio durante el estudio: Biometría hemática con eosinófilos 6%, linfocitos 22%. Electroencefalograma: mayor regularidad que la actividad de fondo y disminución en la intensidad de los fenómenos paroxísticos.

#### RESUMEN DE LA ENTREVISTA

Informa la enferma que su familia estaba constituida por sus padres y cuatro hermanos, de los cuales murieron 3 quedando solamente ella. Su madre murió cuando tenía 6 años, y su padre al contar 9; fué recogida por una señora desconocida, ya que no tenía parientes. Esta persona la dedicaba a ayudarle en el quehacer doméstico, la golpeaba a menudo y debido a esto huyó de la casa con una amiga, dedicándose a trabajar como mesera en un restorán, niega prostitución, aunque a veces lo ha admitido.

Fuó remitida de la Correccional adonde había ingresado hace 6 meses por vagabunda y debido a que presentaba crisis convulsivas frecuentes, trasladada al hospital. Escolaridad: nula, analfabeta.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

CASO No. 10

Actitud.- Coopera en la realización de las pruebas, su comprensión es regular. Se interrumpieron las entrevistas en dos ocasiones por presentar crisis la enferma.

BENDER GESTALT TEST

Signos:	1er. estudio	2o. estudio
Simplificación	5 láminas	5 láminas
Rotación parcial	3 láminas	3 láminas
Rotación total	1 láminas	0 láminas
Dificultad en ángulos	3 láminas	3 láminas
Dificultad en figuras superpuestas	2 láminas	2 láminas

Vemos en estas pruebas ciertos signos indicadores de una coordinación motora un tanto difícil (trazo, dificultad con ángulos y figuras superpuestas), así como otros significativos de lesión orgánica.

Comparativamente observamos que realmente no existen grandes cambios de una a otra, exceptuando la rotación total que se presentó en 1 lámina en la primera prueba y en ninguna en la segunda pero que siendo necesaria la presentación de cualquier signo en varias láminas no tiene gran significación.

WECHSLER WAIS

1er estudio:

- I.Q. Escala Verbal: 67
- I.Q. Escalade Ejecución: 58
- I.Q. Total: 61 = Débil Mental Media

2o. estudio:

- I.Q. Escala Verbal: 64
- I.Q. Escala de Ejecución: 57
- I.Q. Total: 60 = Débil Mental Media

Como podemos observar existe un rendimiento sumamente bajo en estas pruebas, no existiendo ningún cambio significativo en ellas.

T . A . T .

1er. estudio:

Existen en esta prueba como fuentes de conflicto muy importantes la figura materna, a la que capta como sumamente hostil, con una incapacidad total para entenderla y manejarla, la cual se extiende hacia las figuras autoritarias, con actitudes esporádicas de rebelión muy infantil, existiendo casi siempre una dependencia totalmente pasiva ante ella.

Ante la figura masculina existe un conflicto también de temor enorme con negación de la relación sexual y actitudes constantes de huida, con tendencia a la somatización de síntoma. Todo esto visto desde una visión sumamente infantil, como "niña asustada" e incapaz, con un tinte depresivo pero sin la capacidad suficiente para analizar objetivamente las situaciones que le rodean.

Existe perseveración de los contenidos ligados siempre a los aspectos ya mencionados, y la liga de varias láminas, así mismo algunas distorsiones perceptuales y omisiones.

2o. estudio:

En la segunda prueba el contenido es muy semejante a la primera con ciertas diferencias en que las actitudes hacia el medio son menos hostiles, como con mejor capacidad objetiva pero las fuentes de conflictos suelen ser las mismas. La hostilidad hacia la figura materna es más encubierta y la actitud depresiva y dependiente es igual.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1er. estudio:

Apreciamos en este protocolo, una capacidad intelectual baja (No. y calidad de respuestas, pobreza de elaboración y de contenido, etc. el pensamiento es sumamente estereotipado y las situaciones captadas por el sujeto se refieren en gran parte a aspectos populares. El tipo de enfoque es especialmente hacia situaciones globales, captadas como conjunto sin gran integración ni análisis (respuestas # o bien se dirige a detalles obvios, básicos de la vida cotidiana (D) y en ocasiones existe cierta distorsión en su enfoque (DW). no existiendo capacidad para analizar pequeños detalles.

La vida interna es escasa y se refiere a mecanismos de tipo instintivo básico ( 1 respuesta de movimiento animal) la reacción afectiva ante el ambiente se encuentra totalmente bloqueada (no existen respuestas cromáticas).

No hay bloqueo ante los estímulos en general (no fallios) sino que responde aunque en forma burda y estereotipada.

El nivel de percepción es bastante bueno (no hay muchas respuestas mal vistas).

2o. estudio:

Comparativamente no encontramos grandes diferencias, pues como puede observarse son muy semejantes las dos pruebas, excepto que en la segunda ocasión la percepción de los estímulos es un poco menos adecuada (respuestas de forma bien vistas y F% comp. en ambas pruebas), pero lo demás resultó casi idéntico, por lo que se reduce a la interpretación primera

En resumen podemos decir que en general no podemos apreciar muchos significativos en esta enferma. Funciona de una manera primitiva con baja capacidad intelectual, - bloqueo de tipo afectivo y signos patológicos de lesión orgánica.

Los aspectos conflictivos se refieren muy especialmente hacia la figura materna que resulta totalmente hostil y enseguida la figura masculina a la que rechaza, existen actitudes de pasividad o huida.

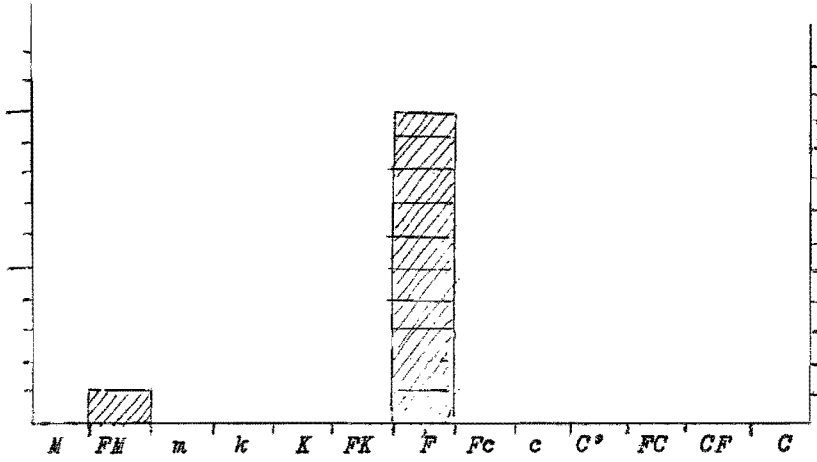
Disminuyó la capacidad perceptual y por lo tanto el control racional (Rorschach).

Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 10

1er. estudio

Psicograma:



R= 11

No. de P= 4

T= 2'4"

No. de O= 0

T/R= 13"

W:M= 5:0

T. reac. prom. lams.= 10"

W%= 45%

T. reac. prom. lams. acroms.= 12"

D%= 45%

T. reac. prom. lams. cromo.= 8"

DW%= 9%

F%= 90%

F+%= 80%

Resps. de posición= 0

F% comp.= 100%

No. resps. lams. VIII a I= 36%

F+% compr.= 90%

A%= 100%

Ana%= 0

Suma de C= 0

M:C= 0:0

$\frac{FK+F+Fc}{R} = 90\%$

R

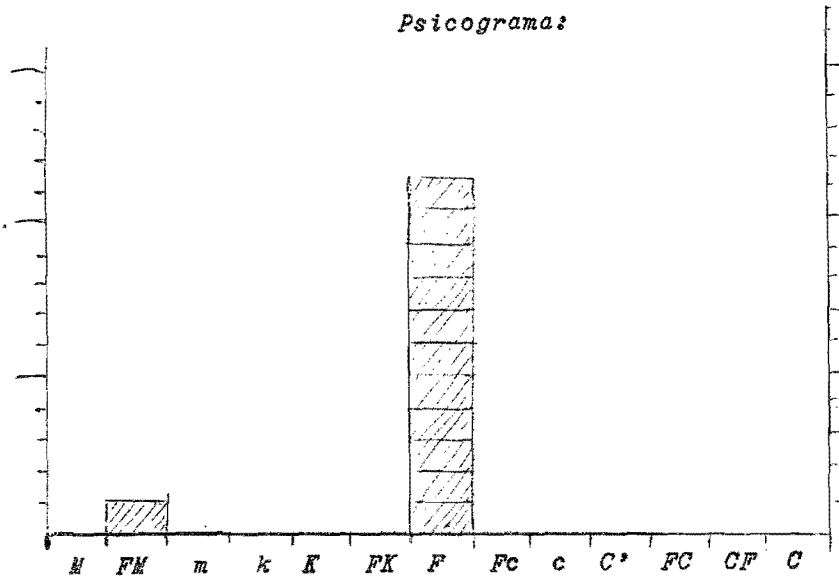


Psicodiagnóstico de Rorschach

Caso No. 10

2o. estudio

Psicograma:



R= 12

W:M= 6:0

T= 2\*2"

W%= 50%

T/R= 11"

D%= 41%

T. reac. prom. lams.= 10"

d%= 0

T. reac. prom. lams. acroms.= 13"

DW%= 8%

T. reac. prom. lasm. croms.= 8"

F%= 91%

F+%= 72%

No. de P= 4=25%

F% comp.= 100%

No. de O=0

F+% compr.= 73%

Resps. de posición= 0

A%= 100%

No. resps. lams. VIII a X= 25%

Suma de C= 0

H:C= 0:0

FK+F+Fc

R

Fig. No. 7

CUADRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

CASOS	BENDER	WECHSLER	T . A . T.	RORSCHACH
No.	E B R M	E B R M	E B R M	E B R H
1	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓	✓
8	✓	✓	✓	✓
10	✓	✓	✓	✓
Totales	3 5 0 1	1 6 1 1	2 6 0 1	2 5 1 1

*Excelentes: Cambios favorables muy notables.*

*Buenos: Permaneció igual o existen ciertos cambios favorables.*

*O bien, cambios favorables y algunos cambios desfavorables que hacen que se equilibre el resultado*

*Regulares: Cambios desfavorables no muy notables.*

*Malos: Cambios desfavorables muy notables.*

Fig. No. 8. CUADRO DE RESULTADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CRISIS Y OBSERVACION CLINICA.

Caso Nombre Exped. Edad	Diagnós- tico y tiempo de evolución	No. de crisis en período de control con 5.5 difenil- hidantoinato sódico y feno- barbital	No. de crisis con Ro-4-6006 Duración del tratamiento. Dosis máxima.	Resultados	Estado mental clínico
1 C.B.R. 54433 62 años	Epilepsia orgánica (probable lesión hi- potalámica) 44 años	30 crisis en 12 semanas (+ Sevenal)	4 crisis en 14 semanas. 15 mg	Buenos.	Excelente
2 A.N.C. 54495 17 años	Epilepsia orgánica (atrofia cerebral temporo-cen- tral dere- cha) 10 años	2 crisis en 6 semanas	13 crisis en 15 semanas 15 mg	Nulos	Nulos
3 M.A.M. 54580 32 años	Epilepsia orgánica (temporal) Alcoholismo 6 años	17 crisis en 8 semanas	8 crisis en 14 semanas 30 mg	Buenos	Excelente
4 A.R.M. 54750 32 años	Epilepsia orgánica. Etiología desconocida 10 años	0 crisis en 4 semanas	1 crisis (al comienzo) 5 mg	Buenos	Regular
5 G.F.A. 19 años 54645	Epilepsia orgánica. (atrofia ce- rebral iz- quierda) 12 años	5 crisis en 2 semanas	31 crisis en 16 semanas 150 mg	Buenos	Excelente
6 E.L.P. 54681 61 años	Epilepsia funcional	3 crisis en 2 semanas	6 crisis en 12 semanas 5 mg	Buenos	Regular

Continuación del cuadro anterior.

7 I.P.O. 57021 48 años	Epilepsia orgánica (lesión temporo-central izquierda) 29 años	0 crisis en 5 semanas	0 crisis en 14 semanas 5 mg	Excelentes	Excelente
8 D.T.R. 54579 20 años	Epilepsia funcional centro-encefálica 10 años	3 crisis en 6 semanas	31 crisis en 12 semanas 20 mg	Nulos	Nulo
9 V.I. 54752 15 años	Epilepsia orgánica (atrofia cerebral secundaria a anoxia neo-natal y trauma) 9 años	0 crisis en 4 semanas	0 crisis en 12 semanas 7.5 mg	Excelentes	Excelente
10 C.M.R. 54960 17 años	Epilepsia orgánica (encefalopatía de etiología desconocida) 12 años	34 crisis en 5 semanas (+ Seveal)	51 crisis en 12 semanas 120 mg	Buenos	Bueno
11 C.A. 54751 28 años	Epilepsia funcional 16 años	34 crisis en 4 semanas	24 crisis en 12 semanas 20 mg	Buenos	Nulo

## SUMARIO Y CONCLUSIONES

Se investigaron las propiedades anticonvulsivas, los cambios de la conducta y los efectos sobre el psiquismo del Ro-4-6006 (derivado de la benzodiazepina) en un grupo de 11 enfermas epilépticas crónicas, que sufrían crisis psicomotoras y de gran mal.

Todas las enfermas estuvieron en un período previo de observación de 2 a 12 semanas, durante el cual se llevó un control del número de crisis, presión arterial y conducta que cada enferma presentó con un tratamiento consistente en 5.5 difenilhidantoinato sódico (100 mg 3 veces al día) y fenobarbital (0.10 g).

Previamente se practicaron los siguientes estudios: examen físico general, examen neurológico, una batería de pruebas psicológicas (Bender Gestalt Test, Wechsler Wais, adultos, T.A.T. y Psicodiagnóstico de Rorschach en 8 de las enfermas), electroencefalograma, química sanguínea, biometría hemática, orina, pruebas de funcionamiento hepático, líquido cefalorraquídeo y radiografías simples de cráneo.

Cada paciente sirvió como su propio control al compararse el número de crisis, los cambios electroencefalográficos, neurológicos, psiquiátricos y psicológicos que presentaron durante el período de observación previo, con los registrados durante el tratamiento con Ro-4-6006.

La sustitución de los medicamentos se efectuó en forma brusca, en 3 casos se administró una dosis de 30 mg al día y todos presentaron fenómenos tóxicos -- caracterizados por: ataxia, sensación de mareo, somnolencia, etc, por lo cual fué necesario reducir la dosis inicial a 7.5 mg al día entre el 3o. y 4o. días del tratamiento, en los 8 casos restante, la dosis inicial varió entre 7.5 y 15 mg, lo cual evitó en la gran mayoría la aparición de fenómenos tóxicos, a partir de esta dosis, la droga se administró en forma -- progresiva hasta lograr efectos anticonvulsivos óptimos.

Desde el punto de vista del control de las crisis, el Ro-4-6006, demostró tener propiedades anticonvulsivas superiores a la asociación de Hidantoína 300 mg y fenobarbital 0.10 g, no obstante, desde el punto de vista del estado físico y psíquico, la droga, en parte por los numerosos fenómenos laterales que -- provoca, la hacen poco útil para el tratamiento de los enfermos que sufren crisis convulsivas, subrayaremos sin embargo, que los fenómenos secundarios y tóxicos son severos (ataxia, somnolencia, confusión, angustia, alucinaciones visuales, manifestaciones de tipo alérgico, etc) pero están en proporción con la dosis empleada, la edad del enfermo y el estado físico general.

Los estudios psicológicos practicados mostraron: 1o. En la prueba de Bender no existieron cambios desfavorables y algunos de ellos fueron notablemente mejores (Ver Figs. Nos. 1, 2, 3, 4, 5) dando idea de que el aspecto perceptual grueso del medio ambiente mejoró -- en el grupo.

20. En la prueba de Wechsler Wais, vemos poca variación. pues sólo en un caso se elevó el I.Q. (No. 6) y en otro disminuyó (No. 3), o sea que en general el rendimiento intelectual apreciado mediante esta prueba no se vió notablemente alterado en el grupo.

Ahora bien, el rendimiento en general es muy bajo. ya que el nivel más alto fué Sub-normal (Caso No. 7), funcionando el resto como débiles mentales en diversos grados, siendo la más baja en grado de idiocia (Caso No. 4, I.Q.= 21 y 22).

30. En el T.A.T. encontramos también variaciones. en su mayor parte positivas, ya que hubo disminución del número y grado de distorsiones perceptuales y omisiones, así como una mejor expresión de los conflictos en la mayor parte de ellas, así como establecimiento de relaciones no logradas en la primera ocasión entre sujeto y objetos, o relaciones interpersonales (Nos. 1, 4, 5, 6), estos cambios son dentro de una producción sumamente pobre como corresponde a sus niveles intelectuales y socio culturales, además de la patología grave existente en el grupo.

40. En el Psicodiagnóstico de Rorschach hubo también diversos cambios, de los cuales los más comunes al grupo fueron:

a) Mayor responsividad ante los estímulos ambientales en general (Desaparecieron los fallos, esto es, la ausencia de respuestas a las láminas)

b) Disminución o abolición de un bloqueo afectivo (ausencia de respuestas cromáticas en la primera prueba) así como mayor expresión de la vida interna (aumento de respuestas de movimiento)

c) En seis de los ocho casos (Nos. 2, 3, 4, 5, 6 y 10) el --

nivel perceptual disminuyó en calidad (Bajó el porcentaje de respuestas de forma positiva, F+%, y positivas en general F+% comprensivo), pudiendo ocurrir que, al ser mayor la responsividad hacia el ambiente y levantarse bloqueos de la esfera afectiva y de la vida interna, se aumentó también la posibilidad de expresión de la patología preexistente y dado que el material - del Rorschach es el menos conformado de todos, es allí donde aparecen, ya que como se ha mencionado, hacia - aspectos más gruesos, que requieren menor elaboración, mejoró la percepción, e incluso algunos mecanismos de adaptación superficial, pues vemos también que el grupo posee capacidades muy reducidas de expresión y realización (nivel intelectual muy bajo así como también el nivel socio-cultural). Los dos únicos casos en que no se presentó una reducción de la calidad de las respuestas son enfermas que tienen un mayor nivel intelectual y socio-culturales (Nos. 1 y 7).



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

1. Bender L. *Test Guestáltico Visomotor (B.G.)* Ed. Paidos. Bs. As. Argentina, 1955
2. Caso A. *Lecciones de Neurología*. Librería Universal. Distr. Ed. Interamericana, S.A. 202-216, México, 1961.
3. Caso A., Raphael G. *Estudio Neuropsiquiátrico de enfermos epilépticos tratados con diversos derivados de la Benzodiazepina*. *Neurol-Neurocir Psig.* Vol 3 Num 4, 184-197, México, 1962.
4. Klopfer B. *Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Ed. Paidos, Bs. As. Argentina, 1952.
5. Lennox G.W., Lennox A.W. *Epilepsy and Related Disorders*. Little, Brown and Co. Boston Toronto Vol 2, 659-699, U.S.A., 1960.
6. Murray H.A. *Test de Apercepción Temática*. Ed. Paidos, Bs. As. Argentina, 1958.
7. Orme Je. *Bender design recall and brain damage*. *Dis Nerv - Syst* 23:329-30, Jun 62.
8. Rapaport D. *Tests de Diagnóstico Psicológico*. Ed. Paidos, Bs. As. Argentina, 184-244, 1959.
9. Raphael G., Martínez C., Blanco C., Caso A., *Cambios observados en un grupo de enfermas epilépticas con el empleo de un nuevo derivado de la benzodiazepina. el Ro-4-6006. (En prensa)*
10. Swerdlin G. *Estudio preliminar sobre algunas modificaciones del funcionamiento del yo después de crisis inducidas en epilépticos*. *Tesis Profesional. Fac. de Filosofía y Letras. U.N.A.M., 1960.*
11. Tizard B. *Personality of epileptics: a discussion on the evidence*. *Psychol Bul* 59:196-210, May 62.

12. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale. The Psychol  
Corp, N.York. 1955.