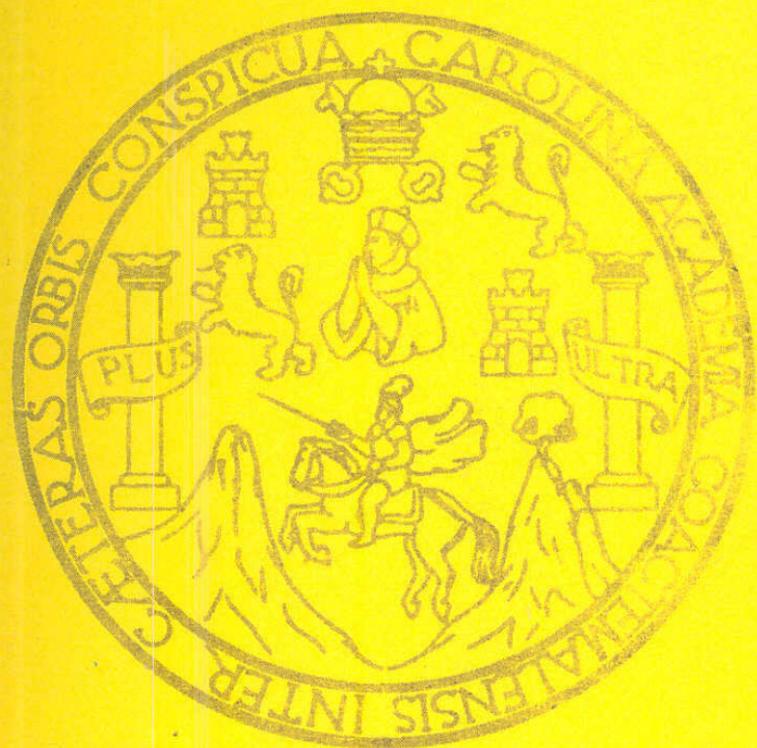


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"EPILEPSIA Y TRASTORNOS EMOCIONALES"
(PRUEBA DE GOODENOUGH)

MARIO ALFREDO LARA GARCIA

GUATEMALA, JUNIO DE 1977

"EPILEPSIA Y TRASTORNOS EMOCIONALES"

(PRUEBA DE GOODENOUGH)

PLAN DE TRABAJO

- I INTRODUCCION
 - A) DESARROLLO HISTORICO
 - B) CONSIDERACIONES GENERALES
- II MATERIAL Y METODO
- III RESULTADOS: CASUISTICA
- IV DISCUSION Y CONCLUSIONES
- V RECOMENDACIONES
- VI BIBLIOGRAFIA

A) Desarrollo histórico:

Posesión demoníaca? ¿Castigo divino? ¿Locura? De estas y otras formas fue calificado durante mucho tiempo el hecho de padecer de crisis convulsivas; los conocimientos científicos entonces eran manejados y controlados en su mayoría por personas relacionadas en una u otra forma con sectas religiosas quienes se encargaban de darle un toque mágico al cuadro, única explicación que se encontraban en capacidad de dar.

Desde tiempos inmemoriales los cuadros convulsivos han sido motivo de preocupación por los médicos por su aparatosa manera de manifestarse. 400 años A.C. el sabio médico Hipócrates dedicó un libro "La Sagrada Enfermedad" para describir lo que con bastante posteridad se clasificaría como EPILEPSIA.

En la biblia se hace mención de la cura de un epiléptico. Dice: "Maestro, te he traído a mi hijo que tiene espíritu mudo y dondequiera se apodera de él. Lo derriba y hace echar espumarajos por la boca, rechina los dientes y se queda rígido" (1) Cuando se lo presentaron a Jesús, se revolcaba por el suelo y echaba espumarajos. Preguntó a su padre..... Cuánto tiempo hace que le pasa esto? Contestó: Desde la infancia.

Los hallazgos de trepanaciones en cráneos encontrados de épocas mayas e incas hace pensar que estas civilizaciones tenían cierto conocimiento sobre problemas que se relacionaban con el cerebro y se han interpretado como posibles craneotomías, realizadas con fin curativo y/o diagnóstico.

(1) Biblia San Marcos 9-17 a 29. Mateo 17, 44-20.

En la actualidad, un estudio de anatomía patológica realizado por Southar y Thomas reporta haber hallado 119 cerebros anormales de 208 epilépticos autopsiados.

Los conocimientos extensos y la enorme posibilidad de esta época en cuanto a recursos diagnósticos han modificado todo el contexto del pensar acerca de los Síndromes Convulsivos aceptando al epiléptico no como un demente o un posesionado sino como un ser que mediante un control médico y una orientación psicológica adecuada, propia y de su constelación familiar, puede desenvolverse en su medio como un ente útil a sí mismo y a su sociedad.

B) Consideraciones Generales sobre epilepsia.

La palabra epilepsia proviene del griego *epilepsia* que significa apoderarse o "tomar posesión de", haciendo referencia a que en épocas remotas se consideraba al epiléptico "poseído por demonios". En la actualidad el término incluye convulsiones o trastornos convulsivos con pérdida del conocimiento así como ataques no convulsivos con solamente cambios ligeros del estado de conciencia.

Patogenia.

Se caracteriza por una actividad excesiva incontrolada por parte del sistema nervioso o parte de él. Teóricamente en un cerebro normal pueden ocurrir las crisis convulsivas (siempre que existan estímulos suficientes) pero en general se presentarán en individuos predispuestos cuando el nivel básico de excitabilidad de su sistema nervioso se eleve por encima de cierto umbral crítico. Se postula que las células nerviosas de los pacientes con epilepsia sufren trastornos metabólicos intrínsecos extra e intra

celulares los cuales al ser estimulados desencadenan la convulsión. Una vez iniciadas las descargas, difunden por el cerebro dependiendo las características de cada ataque del área cerebral primariamente excitada y la región del mismo a donde se difunde la descarga.

Etiología.

En general se acostumbra dividir la epilepsia en ideopática (cuando no se logra identificar una causa específica) y adquirida cuando sí se identifica dicho factor.

IDEOPATICA.

Se considera en este grupo que existe un factor predisponente genético tomando en cuenta la elevada frecuencia de parientes de determinados epilépticos que poseen alteraciones electroencefalográficas, pues se sabe que los parientes de epilépticos conocidos tienen una frecuencia de hasta diez veces mayor que la población general.

ADQUIRIDA.

Cualquier agente externo que afecte al feto intraútero como infecciones maternas (rubeola), toxemia grave del embarazo y otras, así como traumatismos obstétricos y asfixia pre, intra o post parto son causas frecuentes de epilepsia

Entre las causas "directas" que pueden desencadenar un proceso epiléptico tenemos infecciones agudas, subagudas y crónicas del cerebro y/o meninges que al curar dejan cicatrices. Se incluyen abscesos cerebrales, trombosis venosa del cerebro, empiema subdural que causan problemas convulsivos.

Las convulsiones febriles son causa relativamente frecuente de epilepsia pues se dan en niños clasificados como "predispuestos" encontrándose que hasta un 30% de estos niños desarrollan epilepsia al crecer.

Las heridas de la cabeza son una causa frecuente de epilepsia hallándose presentes en un 10% después de heridas cerradas y un 30-40% en heridas abiertas.

Generalmente los pacientes muestran una parálisis cerebral (disminución motora de origen nervioso central) y retraso mental.

Manifestaciones Clínicas.

Haciendo referencia al tipo de epilepsia gran mal se sabe que este tipo de ataques va precedido muchas veces por lo que se ha denominado "aura" o "aviso" lo cual está representado por ciertas y particulares sensaciones como un olor característico, una especial experiencia descrita por un pequeño número de pacientes que lo experimentan. Algunas veces dicha aura se manifiesta por una sacudida muscular localizada a lo que se denomina aura motora.

El ataque propiamente dicho consiste en convulsiones generalizadas especialmente tonico-clónicas; período durante el cual se pierde la conciencia. Se presenta una rigidez muscular generalizada y es particularmente delicada la mordedura de la lengua a consecuencia de la contracción brusca de los maseteros. Esa misma contracción a nivel abdominal puede provocar la evacuación de vejiga y recto.

Debido a la detención de los movimientos respiratorios, la palidez facial va seguida de cianosis en ocasiones muy intensas.

Posterior a esta fase (20-40 seg.) está la fase clónica de duración variable. Viene entonces una fase de confusión y estupor causados por disfunción neuronal.

Cuando se trata de la denominada epilepsia nocturna el paciente puede no darse cuenta del número de ataques que presentó durante su sueño y el apareamiento de orina, sangre (debido a mordeduras por ejemplo) o heces a la mañana siguiente serán los testigos de haber convulsionado, ignorándose cuántos ataques se presentaron variando este número de unos pocos a cientos de ellos.

II MATERIAL Y METODO

Las áreas de investigación fueron las siguientes:

Departamento de psicología del Hospital Roosevelt obteniendo una muestra de 30 casos al azar de pacientes con diagnóstico - Neurológico de Trastorno Convulsivo Gran Mal. Las edades de los pacientes oscilan entre 8 a 12 años de edad cronológica sin diferenciación de sexo. Los métodos científicos usados se dieron a base de los mecanismos de Análisis y Síntesis lógica; además de los métodos psicológicos y médicos que se describirán a continuación:

1- Pruebas médicas utilizadas para el diagnóstico fueron las siguientes:

- a) Historia clínica
- b) Examen fisiconeurológico
- c) Electroencefalograma
- d) Rontgenografía
- e) Hematología y Química Sanguínea

2- En el área psicológica se utilizaron las siguientes pruebas y métodos:

- a) Entrevista psicológica completa.
- b) Prueba de la Figura Humana. (Florence Goodenough)
- c) Observación clínica.

Para la correlación de la panorámica de la personalidad y el daño cerebral.

a- EXAMEN NEUROLOGICO:

Investiga la integridad del Sistema Nervioso Central y periférico con las interrelaciones que existen entre sus diferentes componentes (Pares craneanos, reflejos etc.)

EXAMEN NEUROLOGICO

DATOS ESTADISTICOS: Edad, sexo, soltero, casado, etc.

QUEJA PRINCIPAL:

ENFERMEDADES PRESENTES: Atención especial a cefaleas, vómitos y vértigos, debilidad visual, trastornos de la conciencia, convulsiones, trastornos de la vejiga y el intestino, dificultad con el sueño, traumatismo, movimientos musculares anormales, nerviosidad, fatiga, cambios del lenguaje, pérdida de la memoria, cambios de la personalidad, etaxia, sudoración, frío o calor, grado de Handicap.

HISTORIA PASADA: Nacido en, vive, enfermedades de la infancia, traumatismo, operaciones quirúrgicas, hospitalizaciones previas, ocupación, grado último en la escuela y edad en que terminó.

EVALUACION DE SISTEMAS: Cabeza, oídos, nariz, ojos, coordinación, G.I., G.U. Menstrual, etc. Cambio en el peso, hábitos, medicamentos.

HISTORIA SOCIAL: Matrimonio, ocupación.

HISTORIA FAMILIAR: Con énfasis en enfermedades nerviosas familiares y enfermedades mentales.

EXAMEN FISICO GENERAL: P.A.; T.; R.; un examen completo como en otros Deptos. pero escribir los hallazgos de importancia neurológica en el examen.

EXAMEN NEUROLOGICO: I EXAMEN MENTAL:

- a) Actividad del pensamiento y lenguaje.
- b) Bloqueo mental, pobreza integración, circunstancial, perseveración.
- c) Actividad aumentada, nerviosidad, fuga de ideas etc.
- d) Actividad rara o anormal.
- e) Notar estado alertamiento (al ambiente negativismo, postura, reacción al dolor espontaneidad de movimiento y emoción, modo, euforia, ansiedad y depresión.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y PREOCUPACIONES ESPECIALES: Obsesiones, compulsiones, de personalización, ideas de referencia, paranoides, sensación de pasividad, delusiones, alucinaciones, sueños, hipocondriasis.

EVALUACION DE CAPACIDAD INTELLECTUAL: Orientación, memoria, capacidad de retener y recordar, cálculo, información general; juicio, (pensamiento absurdo); sentido común afasia, apraxia, alexia.

II) EXAMEN SENSIBILIDAD:

- a) Superficial: toque ligero, dolor, temperatura.
- b) Profunda: dolor con presión, vibración movimiento y posición.
- c) Combinada: estereognosia, dermatografía.

III) NERVIOS CRANEANOS:

- I. Sentido del olor bilateralmente.
- II. Campos visuales, fondo de ojo y agudeza visual. III, IV, VI: Tamaño, igualdad y reacción de las pupilas, movimientos extra oculares, nistagmus, desvergencia, desviación conjugada, diplopia, ptosis, exoftalmos, igualdad y tamaño de la fisura palpebral.

MOTOR: Desviación de la mandíbula, maseteros y reflejo de la mandíbula SENSITIVO: sensación facial, reflejos corneales. VII: Movimientos faciales inferior y superior, inicial y voluntario, gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. VIII Agudeza auditiva Rinne y Weber. IX-X:Voz (ronquera); tos, deglución, reflejos del paladar; movimientos del paladar. XI Esternomastoideo y trapecio. XII: lengua: atrofia, desviación, temblor, faciculaciones, movimientos rápidos, lenguaje.

V) SISTEMA MOTOR:

- a) Estado muscular: fuerza, atrofia, hipertrofia, tono.
- b) Movimientos: activos y pasivos temblor atetosis, corea, etc.
- c) Coordinación o Cerebelo: diakokinesia, ataxia, dedonariz, talón-rodilla, test movimientos asociados, rebote.
- d) Etación y marcha, Romberg.
- e) Estado de los nervios periféricos: Palpación, dolor, hipertrofia, etc.

VI) REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:

- a) Superficial; abdominal, cremastérico.

b) Tendinoso Profundo: biceps, triceps, radial patelar con I-L, Aquiles.

SIGNOS PATOLOGICOS: Hoffmann, Marinesco, Radovicki, - Babinski, Chaddock Scheafer, - Oppenheim, Goron, Glonus.

SIGNOS MENINGEOS Y DE LAS PIERNAS EN POSICION SUPINA: Kernig, Brudzinski, rigidez de la nuca, Lasegue, Patrick, levantamiento de la pierna estirada.

b) ELECTROENCEFALOGRAMA:

Cuando se tiene un paciente, de quien se sospecha un trastorno convulsivo Gran Mal, es útil para la corroboración y medicación en el diagnóstico médico, esta técnica.

Bases fisiológicas: Origen de la actividad neuronal según teoría actual; es la representación eléctrica de IONES que se mueven a través de la membrana celular. Los ritmos representan la relación íntima entre el mecanismo respiratorio de la célula y la electricidad de la misma. El origen de las fluctuaciones eléctricas es una interacción entre los procesos de excitación e inhibición, probablemente químicos.

1- Factores que alteran un electroencefalograma:

- a- Nivel de conciencia
- b- Sueño
- c- Edad
- d- Drogas
- e- Variabilidad normal

- e- Variabilidad normal
- f- Actividad mental
- g- Ojos abiertos.

2- Métodos de Estimulación:

- a- Hiperventilación
- b- Fotoestimulación
- c- Sueño.

ELECTROENCEFALOGRAMA ANORMAL:

ONDAS ANORMALES

Se pueden detectar en los intervalos entre los ataques, consisten en ocasionales descargas en forma de aguja ondas lentas difusas, de alto voltaje o un tipo de trazado incognuente, con la edad cromológica del paciente. El electroencefalograma tomado durante un ataque de TGM muestra múltiples descargas paroxísticas de alto voltaje.

FORMAS ELECTRICAS ANORMALES:

- a- Ondas Lentas
- b- Espigas
- c- Actividad lenta o pilimorfa
- d- Paroxismo o descarga.

C) HISTORIA MEDICA:

Datos que se recaban de las personas encargadas del enfermo haciendo énfasis en: Características de las convulsiones, tiempo de evolución, factores desencadenantes, antecedentes persona-

es, con respecto a haber presentado convulsiones febriles en la infancia, antecedentes en otros miembros de la familia, etc.

D) RONTGENOGRAFIA:

Una placa de cráneo puede revelar calcificaciones anormales, desviación de la pineal calcificada o signos de hipertensión intracraneana. Existen además otras pruebas dirigidas a determinar áreas que se consideran pueden brindar una ayuda en el plan diagnóstico como sería: Ventriculografía, pneumoencefalograma arteriografía cerebral. Con el fin de un mejor recabamiento de datos pueden usarse radio-isotopos en el estudio del cerebro.

E) PRUEBAS DE LABORATORIO:

No existen datos de laboratorio que acompañen a los ataques mas debe realizarse una evaluación funcional renal para descartar el uso de determinadas drogas en caso de que haya algún problema, un recuento sanguíneo completo, glicemia para descartar otras causas de convulsiones, calcio, toda prueba que pudiera ayudar dependiendo de cada caso en particular. El líquido cefalo-raquídeo generalmente está normal aunque después de status o ataques recurrentes puede hallarse aumento de proteínas y del número de glóbulos blancos.

F) HEMATOLOGIA Y QUIMICA SANGUINEA:

CAUSAS GENERALES DEL SINDROME EPILEPTICO. (1)

- 1) Factores genéticos y natales:
 - a) Influencia genética (ideopática)

- b) Anormalidades congénitas incluyendo anormalidades cromosómicas.
- c) Factores prenatales y perinatales:
 - a. anoxia
 - b. enfermedad materna
 - c. ictericia

- 2) Factores infecciosos:
 - a) meningitis
 - b) encefalitis
 - c) virus, hongos, parásitos, absesos epidurales o subdurales.
- 3) Factores tóxicos:
 - a) sustancias inorgánicas, metálicas, orgánicas (drogas)
 - b) trastornos alérgicos (vacunación, ingestión de proteína extraña).
- 4) Trauma y agentes físicos:
 - a) trauma agudo cráneo cerebral.
 - b) efusión, hematoma epidural o subdural, cicatriz meningocerebral post traumática.
- 5) Trastornos circulatorios:
 - a) Arteriosclerosis.
 - b) hemorragia subaracnoidea.
 - c) encefalopatía hipertensiva.
- 6) Trastornos metabólicos nutricionales:
 - a) metabolismo de carbohidratos.
 - b) metabolismo de proteínas y grasas.
 - c) deficiencia de vitaminas.
 - d) enfermedades endócrinas.

- 7) Neoplasmas:
 a) cerebrales primarios metastásicos.
 b) linfomas, leucemia.
- 8) Enfermedades heredofamiliares degenerativas:
 a) esclerosis múltiple.
 b) leucoencefalopatía.
 c) esclerosis tuberosa.
 d) degeneración cerebelosa.
- 9) Causas psicógenas:
 a) reacción neurótica (tipo conversivo)
- 10) Origen desconocido.

CLASIFICACION DE NINDB EPILEPSY AN DE LAW BARROW
 AND FABRIRG 1966 2nd ED.

2- METODOS PSICOLOGICOS:

a- Entrevista psicológica:

Es el cúmulo de datos que se recaban del sujeto por intermedio de la persona responsable especialmente de posibles antecedentes patológicos, desarrollo psicomotriz, conducta del niño en el hogar, reacciones básicas ante los padres y con los demás miembros de la constelación familiar. La entrevista consta de los siguientes rubros principales: 1- Antecedentes de embarazo y parto, motivo de consulta. 2- Desarrollo psicomotriz. 3- Hábitos. 4- Historia médica. 5- Acciones y percepciones del sujeto durante la entrevista y la aplicación de la prueba. 6- Historia escolar. 7- Historia Familiar.

Todos los anteriores datos son importantes para que con ayuda de las pruebas psicológicas se pueda llegar a un diagnóstico emocional más acertado de la personalidad del niño.

b) Prueba de la figura humana:

Desarrollo histórico del dibujo de figuras.

Durante toda la historia de la humanidad ha podido percibirse el sentir de los hombres a través de dibujos que en una u otra forma mostraban aspectos importantes de su personalidad. Podemos ahora deducir qué quería dejar impreso el artista, analizando las distintas características de su expresión gráfica.

Cuando las ciencias psicológicas iniciaron sus actividades, los personeros que sabían la enorme información y proyección de un dibujo estimularon su investigación con el propósito de poseer en este campo una fórmula que pudiera usarse como normal para la aplicación clínica sistemática.

Por el año de 1935 Schilder (2) escribió su libro "The Image and Appearance of the Human Body" en el cual se encuentra dicha fórmula. Describe en este libro descripciones tales como "imagen del cuerpo", describiéndola como: "la figura de nuestro cuerpo que formamos en la mente". Consideró entre otras cosas que a través del dibujo el sujeto puede expresar dinamismos internos que de otra forma resultaría difícil evaluar pues muestran complejos en el proceso de actuar y reaccionar a su medio ambiente.

Observó y descubrió el uso de los revelado por el contenido de los dibujos, realizó análisis estricto de los esquemas gráficos, en donde se toman en cuenta, líneas rectas y su uso, curvas, ángulos relacionados todos con aspectos de la personalidad como pasividad agresividad y otros. Dedujo (tomando en

uenta contornos tamaño, imperfecciones, elementos primitivos (líneas, irregularidad en trazos) que estos reflejaban aspectos básicos de la personalidad del dibujante.

A partir de entonces, el análisis de la figura humana ha sido usado extensamente en la evaluación de aspectos psicológicos como una técnica valiosa y confiable. Machover y Buck han publicado trabajos sobre este tema en concreto. Machover fundamenta su test en los dibujos de un hombre y una mujer. El test de Buck hace la relación de el dibujo de una casa, un árbol agregados al de una persona; sus razones producto de expresiones clínicas son: "Cada uno de los objetos dibujados se debe considerar como un autorretrato.." pues cualquier dibujo es capaz de expresar y reflejar la proyección directa del YO.

La interpretación actual mas usada y mas exacta de la anterior prueba es la de la psicología estadounidense Florence Goodenough, célebre por su simplicidad de fundamentos, administración y evaluación. Trátase de una técnica para medir la inteligencia general, por el análisis de los pormenores de una mera e íntima expresión de su totalidad: La representación de la figura del hombre.

Por qué? el análisis de un dibujo hace estimar la inteligencia del dibujante? La autora parte de una hipótesis muy sencilla: "Cuando el niño traza una figura humana sobre el papel, no dibuja lo que ve, sino lo que sabe y ha percibido a su respecto, y por lo tanto no efectúa un trabajo estético sino intelectual: ofrece no una expresión de su capacidad artística sino su repertorio conceptual".

El volumen del repertorio mencionado por la autora va creciendo con la edad mental y este progreso se refleja en el di-

bujo de la figura humana. La valoración cuantitativa del saber implicado es la representación de la figura suministra una norma para establecer la edad mental del sujeto. En su sencillo acto de dibujar la figura humana (de expresar su saber de ella), el niño activa sus recursos mentales: 1- Asociar los rasgos gráficos con el objeto real. 2- Analizar los componentes del objeto y representarlos en un todo. 3- Valorar y seleccionar los elementos característicos:

- a- Relaciones espaciales
- b- posición
- c- proporcionalidad.

En fin una total y absoluta coordinación viso-motriz adaptando el esquema gráfico a su concepto del objeto representado. La prueba en sí como una medición y obtención del cociente intelectual se sirve de un protocolo u hoja de cómputo, que contiene: la descripción de los rasgos a calificar, además de una tabla estandarizada válida y confiable para la localización de la edad mental luego se aplica la fórmula:

CI: $\frac{\text{edad mental por 100}}{\text{edad cronológica}}$ logrando así tres datos importantes:

- 1- Punteo total o puntaje en bruto. 2- Edad mental utilizando la transformación de datos en la tabla. 3- Cociente intelectual. o sea la cuantificación y representación numérica de las capacidades intelectuales del sujeto. (ver hoja adjunta de cómputo).

Interpretación Psicológica:

El propósito de rastrear el desarrollo de los procesos mentales que gobiernan los primeros intentos del niño de realizar dibujos representativos nos retrotrae hasta la muy temprana infancia. La vida mental de recién nacido apenas puede ser algo

mas que una serie desorganizada de sensaciones que, con mayor o menor insistencia, según la intensidad del estímulo físico y la condición inmediata del organismo receptor, pugnan por devenir conscientes.

En forma vaga pero segura el niño empieza a diferenciar entre su madre y los demás seres con quienes se halla en contacto, entre el ambiente familiar el extraño etc. Estas primeras asociaciones están posiblemente relacionadas con un reflejo condicionado con el conocimiento de la vida ulterior.

A través de un proceso inadvertible el niño progresa de la etapa del reconocimiento de los objetos particulares a la del reconocimiento de las representaciones pictóricas de los objetos. Pérez y Darwin consideran que en el momento en que vistos en un espejo los objetos son claramente reconocidos como imágenes y no como los objetos mismos (cosa que el niño testimonia apartándose del espejo para dirigir sus ojos a la fuente de reflexión), marca uno de los primeros estadios en la evolución de la capacidad para reconocer los objetos en figuras. En los primeros dibujos de niños muy pequeños se ha registrado frecuentemente una circunstancia, el niño cuyo trabajo hasta cierto momento solo consistía en garabatos casuales advierte de pronto algún parecido entre las líneas incoherentes obtenidas al azar y un señalado objeto conocido. Entonces es cuando trata de completar o perfeccionar la semejanza y de este modo se procede el primer intento genuino de expresión gráfica. Se supone que estas asociaciones no serán totalmente espontáneas, es muy posible que surjan en forma directa de las preguntas o comentarios de las personas mayores.

La prueba de la figura humana además de ser en sí una prueba psicométrica exploratoria esto quiere decir que nos va a brindar un resultado cualitativo es también una prueba valiosí-

simas en cuanto a contenido proyectivo se refiere, haciéndose esto mediante una observación clínica acuciosa de la figura que nos ha proporcionado el niño, tomando en cuenta los principales rasgos básicos clasificados por la escuela de Goodenough, uniendo a ello, los conocimientos que de técnicas gráficas tenga el experimentador, los factores a analizar más importantes son:

- 1- Carencia de observación analítica por incapacidad o por falta de voluntad de observar. (aquí se deducen trastornos en la emocionalidad del niño que como síntoma primario observa una atención lábil). Además de daño cerebral mínimo, hiperkinesia etc.
- 2- Imaginación visual o defectuosa o fugaz. (investigará directamente problemas de percepción inadecuada) Lagunas mentales que presente el niño o pequeñas fugas o períodos de ausencia.
- 3- Coordinación visomotriz defectuosa. (Directamente problemas neurológicos, que no son observados por otras pruebas, defectos visuales y de coordinación a nivel de centro-cerebrales superiores).
- 4- Situación y colocación de la figura en la hoja. (Se observará a la hoja que se le da al sujeto como su realidad circundante) Haciendo una división de planos, por ejemplo, si es colocado hacia la izquierda de la hoja se observará tendencias a la introversión, hacia la derecha extroversión.
- 5- El anterior va unido al tamaño de la figura. (pequeña sentimientos de minusvalía e inferioridad, dependiendo de que parte de la anatomía sea de mayor tamaño.) Gran

de será lo opuesto. Aunque siempre tiene que existir una proporcionalidad dimensional.

- 6- Análisis de trazos en general: Se observará la calidad del trazo la sinuosidad, el uso de determinadas líneas ya sea curvas o rectas teniendo su índice cada una de ellas. La agresividad con que son realizadas las figuras, tiene una gran importancia por ello la prueba se realiza en lápiz.
- 7- Expresión de la figura, esto implica la reacción o impacto psicológico que produce en el espectador. Puede ser de dolor, de alegría de indiferencia, etc.
- 8- Análisis de las diferentes partes del cuerpo humano haciendo una interpretación psicoanalítica. Brazos, afectividad del sujeto, cabeza, Ego. Adornos de la figura, sexo adecuado o sea identificación sexual. Indicación de órganos sexuales (para detectar fijaciones) Las manos como productoras de placer oral y sexual unido a síntomas masturbatorios o sentimientos de culpa por actividades de este tipo, etc.
- 9- Proporcionalidad aunada a una adecuada unión de las partes, en un todo dará el grado de contacto con la realidad que tiene el sujeto, y sus posibles evasiones psicológicas. Detectando así problemas de psicosis o esquizofrenias incipientes. Las neurosis se detectarán mediante la concatenación de datos clínicos de la prueba y la observación del sujeto directa.
- 10- Es importante la concatenación que se haga de los datos a computar en la hoja de protocolo fenómenos especiales tales como: ausencia de brazos, cabeza, pies, agregaciones directas, esto se completa preguntándole al niño

qué está haciendo el muñeco que acaba de dibujar.

C) OBSERVACION CLINICA:

La observación que es parte importante de todo trabajo psicológico hizo posible la elaboración de un diagnóstico preciso de los casos estudiados, esta observación se basó en recabar datos importantes del comportamiento del paciente en el hogar y la observación directa de paciente en presencia del examinador, tratando de investigar y concatenar situaciones y posibles traumas que haya vivido el niño en su infancia y sobre todo en el proceso de su vida psicosexual.

TEST DE LA FIGURA HUMANA

ALUMNO: _____ PUNTEO: _____ E.M. _____ E.C.: _____

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| 1) Cabeza | _____ | 22) Presencia de dedos: | _____ |
| 2) Piernas (1 per. 2 ft)..... | _____ | 23) Número correcto de dedos | _____ |
| 3) Brazos | _____ | 24) Detalle de dedos: | _____ |
| 4) Tronco | _____ | 25) Posición del pulgar | _____ |
| 5) Tronco más largo que ancho. | _____ | 26) Mano distinta dedos | _____ |
| 6) Hombros | _____ | 27) Articulación brazo | _____ |
| 7) Unión de brazos y piernas .. | _____ | 28) Articulación piernas | _____ |
| (a cualquier altura) | _____ | 29) Cabeza proporcionada | _____ |
| 8) Ubicación brazos y piernas . | _____ | 30) Piernas proporcionadas .. | _____ |
| _____ | _____ | 31) Pies proporcionados | _____ |
| 9) Cuello | _____ | 32) Proporcionalidad dimensiones | _____ |
| 10) Contorno del cuello | _____ | 33) Tacones | _____ |
| 11) Ojos | _____ | 34) Coordinación Motriz | _____ |
| 12) Nariz | _____ | 35) Orejas | _____ |
| 13) Boca | _____ | 36) Cejas, pestañas o ambos .. | _____ |
| 14) Nariz y boca dimensional .. | _____ | 37) Pupilas | _____ |
| 15) Orificios de la nariz | _____ | 38) Proporción ojos | _____ |
| 16) Cabellos | _____ | 39) Mirada expresiva | _____ |
| 17) Cabello que cubre el cráneo | _____ | 40) Frente y mentón | _____ |
| sin contorno | _____ | 41) Proyección del mentón .. | _____ |
| 18) Adornos de ropa | _____ | 42) Perfil | _____ |
| 19) Ropa (dos prendas) | _____ | 43) Otros: a) | _____ |
| 20) Dibujo sin transferencias: .. | _____ | b) | _____ |
| 21) Detalles de ropa | _____ | | |

AÑOS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	-	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
3	-	5	9	13	17	21	25	29	33	37	41
6	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42
9	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	-

OBSERVACIONES GENERALES:

FECHA DE APLICACION: _____ EXAMINADOR: _____

III RESULTADOS: CASUISTICA

Los resultados de esta investigación, fueron obtenidos después de analizar cuidadosamente la muestra clasificándola en diferentes cuadros representados en diagramas de barras y otros, para visualizar de una manera mas adecuada la información cuantitativa.

Así es como a continuación se comentarán los diferentes cuadros y sus resultados.

CUADRO No. 3

Se observó que no existe determinado antecedente patológico que demarque la futura problemática o sintomatología del paciente que sufre Trastorno Convulsivo Gran Mal. La columna de mayor acumulación fué la que dice así: Sin antecedentes patológicos anormales, logrando un 35.48% de los 30 casos analizados.

En importancia le sigue la correspondiente a Anoxia Perinatal con un 12.90% lo cual representa a la causa mas frecuente (en este estudio) del posible origen de la Epilepsia Gran Mal y consecuentemente de los problemas psicomotrices descritos en esta tesis. (ver cuadro No. 7). Cuadro que demuestra un total de 70% siendo esto altamente significativo tomando en cuenta que únicamente 9 resultaron normales, o sea el 30% del total. Esto en lo que se refiere a desarrollo psicomotriz.

La segunda patología encontrada como antecedente está formada por dos ítems: Embarazo con problemas emocionales y antecedentes mentales, patología epiléptica familiar, con un

porcentaje de 9.67% cada uno.

Los demás parámetros estudiados no mostraron significación estadística, exceptuando: Convulsiones febriles y trauma materno, con un porcentaje de 3 casos cada uno del total de 30.

Las patologías que arrojaron un 3.22% o sea que representa 3 casos del total fueron: Parto anormal, parto gemelar, pre-eclamsia, forceps, hijo adoptivo y trauma en la niñez.

CUADRO No. 4

Incidencia de patologías emocionales observadas en 30 casos estudiados.

La anterior gráfica mostró los siguientes resultados:

(Haciendo la aclaración de que un mismo paciente pudo presentar más de un hallazgo patológico en la impresión clínica obtenida, después de la evaluación psicológica usando la prueba de la Figura humana de Goodenough).

La patología denominada personalidad (reacción neurótica) infantil logró una incidencia de 13 casos de los 30 observados, esto implica que estos niños (22.4%) presentaron problemas de desadaptación marcada a su ambiente, teniendo como base problemas de tipo afectivo producidos por una malformación de su EGO, irradiándose a los demás estratos de su personalidad produciendo así las comunes características de tipo Neurótico.

Las barras de reacción psicótica, cambios de conducta y problemas de aprendizaje comprenden un 6.89% (4 casos de cada uno). Esto implica que el sujeto que presenta problemas de

aprendizaje o sea mal rendimiento escolar, presentará cambios de conducta debido al período de inseguridad que la situación le provoca si la presión psicológica es mucha la desintegración de la personalidad puede llegar a un pronóstico serio esto implicaría (una reacción psicótica por ejemplo).

Llama la atención la correlación existente entre los 3 parámetros que se describirán a continuación; problemas de identificación sexual (5.17%) pueden desencadenar represión afectiva (fuerza del ID bloqueada) y como respuesta fisiológica inmediata Ansiedad que por lo general es flotante.

La segunda patología que presentó acumulación en el presente estudio fué la de Agresividad, que comprende un 17.24% o sea 10 de los 30 casos, analizados, esto significa una reacción sumamente primitiva en el sujeto, rasgos de poco autocontrol y por ende un ID sumamente reactivo e impulsivo inmediato. Esta agresividad produce un rechazo del medio hacia el sujeto llegando a tener como consecuencia desadaptaciones marcadas, siendo sumamente sencillo pasar a un grado de patología absoluta.

Las próximas patologías corresponden a problemas de expresión verbal, como Disartria y Dislalea, obteniendo un 10.34% para la primera y un 6.86% para la segunda siendo esto 4 de los 30 casos. Estos síntomas producen un mal control del ambiente, pues la mala comunicación no le permite explicar sus más mínimas necesidades limitándolo en cualquier relación que intente establecer.

El índice cuantitativo de correlación fué de un porcentaje de 5.17% para cada una de las entidades descritas, estableciéndose una relación perfecta entre los hallazgos estadísticos y la observación clínica situación que se observó al relacionar,

dislalea, disartria y reacción psicótica. Finalmente encontramos otra interesante relación entre: problemas de adolescencia (3.44%) con tendencias a la introversión (1.72%) y tendencias paranoides con un 1.72% también.

CUADRO No. 5

Este cuadro se refiere al cociente intelectual, aspecto que se logró mediante la aplicación de la prueba de la figura humana de Goodenough, que en este estudio fue determinante pues fué usado como principal instrumento. (ver protocolo de prueba y casuística).

Los resultados fueron altamente significativos, puesto que se obtuvo un 70% de cocientes anormales, (entre 10 y 89) siendo normales solamente nueve representando un 30% del total.

CUADRO No. 6

Esta gráfica muestra claramente que: A mayor edad mayor patología emocional fué encontrada, tomando en cuenta que los casos fueron tomados al azar.

CUADRO No. 7

Este representa el Sexo, observándose más o menos una igualdad entre los resultados: Sexo masculino 12 o sea el 40% Sexo femenino 18, obteniéndose un 60%, prorateando se consigue un 50%, indicando así que en los 30 casos observados se da tanto en el sexo femenino como en el masculino sin que esto influya en la aparición del Síndrome.

CUADRO No. 8

Representa el desarrollo psicomotriz, dividiéndolo en anormal y normal, observándose lo siguiente: Normal 9 de 30 un 33% anormal, 21 de 30 o sea el 70%, esta información es correlativa con los datos anteriores de cociente intelectual sugiriendo esto: A bajo desarrollo psicomotriz, bajo rendimiento intelectual, o sea déficit intelectual. (Cualquier clase de retraso mental).

CASUÍSTICA:

Se exponen a continuación 10 de los 30 casos estudiados, en todos los casos a exponer, se aplicó la prueba de la Figura Humana de Goodenough, dichos casos pertenecen al archivo de la Sección de Psicología del Hospital Roosevelt haciéndose dicha revisión, desde 1974 a 1977 inclusive.

CASO No. 1:

INICIALES: RAGC

No. de registro: 290385

Edad cronológica: 11 años 10 meses

Fecha de nacimiento: 26-6-63

Fecha de examen: 9-4-75

REFERENCIA:

Paciente producto de embarazo sin atención prenatal, parto eutócico simple atendido en hospital de Zacapa, peso al nacer de 8 libras, desarrollo psicomotriz retraso.

HISTORIA MEDICA:

Ha padecido de IRS frecuente, amigdalitis y diarreas. A los dos años presentó la primera convulsión por lo cual fué traída a la Unidad de Neurología del Hospital Roosevelt, donde el Neurólogo diagnosticó: Trastorno Convulsivo Tipo Gran Mal con un electroencefalograma anormal paraxístico compatible con TGM. Está siendo controlada con fenobarbital y Epamín.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Retraso mental situado en el III nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: Puede aprender habilidades académicas hasta el cuarto grado, no educación secundaria. (Educable).
- 2- Niña sumamente primitiva, insegura e inestable, rasgos compatibles con una personalidad neurótica.
- 3- Daño cerebral manifestado por retraso y trastorno. Convulsivo Tipo Gran Mal.

CASO No. 2:

INICIALES: MEC sexo masculino
No. de registro: 541,064
Edad cronológica: 10 años
Fecha de nacimiento: 7 de junio 1967
Fecha de examen: 14 de julio 1975.

REFERENCIA:

Producto de embarazo normal, parto eutócico simple, da-

tos dados por la madre adoptiva del menor. Peso al nacer 8 libras. Desarrollo psicomotriz retrasado.

HISTORIA MEDICA:

Ha padecido de Otitis en oído derecho, sufrió de intoxicación de gas además de varios golpes en la cabeza.

Los síntomas básicos son desmayos cada vez mas frecuentes y cefalea. El diagnóstico neurológico es: Trastorno convulsivo Gran Mal, con un electroencefalograma compatible con lo anterior. Con anticonvulsivante el paciente se encuentra asintomático.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Niño con retraso moderado situado en el IV nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: Educación hasta el sexto grado, no secundaria. (Educable)
- 2- Personalidad con las siguientes características: Agresividad, trauma por situación de adopción lo cual le provoca un bloqueo afectivo y desadaptación al medio, la cual ha sido aumentada por el actual descontrol neurológico del niño. Personalidad neurótica.

CASO No. 3:

INICIALES: CME Sexo Femenino.
No. de registro: 636 302
Edad cronológica: 8 años
Fecha de nacimiento: 8 de febrero 1969
Fecha de examen: Junio 1975.

REFERENCIA:

Producto de embarazo en el cual la madre tuvo un accidente automovilístico a los 7 meses, parto por cesárea. Pesó al nacer 7 libras. Desarrollo psicomotriz, normal.

HISTORIA MEDICA:

A los dos días de nacida la niña presentó las primeras convulsiones. De pequeña se le hicieron dilataciones uretrales por presentar infecciones a repetición.

Existen en la familia patologías mentales no definidas.

El diagnóstico del neurólogo es Trastorno convulsivo Tipo Gran Mal, electroencefalograma compatible.

Actualmente se encuentra controlada.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Niña que presenta retraso situado en el IV nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: de 6 a 21 años habilidades académicas hasta sexto grado. No educación secundaria. (Educable). Edad cronológica: 8 años
Edad mental: 6 años
CI: 83
- 2- La niña presenta dificultad motriz extremadamente marcada, lo cual ha sido secuela del daño cerebral que presenta.
- 3- Emocionalmente presenta fijaciones de tipo anal, insegura y aprehensiva.

CASO No. 4:

INICIALES: FMM sexo femenino.

No. de registro: 546,595

Edad cronológica: 8 años

Fecha de nacimiento: 9 de mayo de 1969

Fecha de examen: 20 de junio 1975.

REFERENCIA:

Producto de embarazo normal, parto eutócico simple. Pesó al nacer 7 libras. Desarrollo psicomotriz anormal. Madre sufrió de preeclampsia. Madre añosa (43 años)

HISTORIA MEDICA:

A la edad de 7 meses, BNM

Hace un año le dió la primera convulsión, paciente marcadamente estigmatizada, con un descuido higiénico evidente. No existe patología familiar.

El diagnóstico del neurólogo es: Microcefalea, Trastorno Convulsivo Gran Mal. Electroencefalograma compatible.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Niña con retraso mental situado en el III nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: Habilidades académicas hasta el cuarto grado educación especial en la adolescencia. (Educable) Edad cronológica: 8 años
Edad mental: 4 años
CI: 54.

2- Niña con daño cerebral manifestado por retraso, problemas de lenguaje control motriz y Trastorno Convulsivo Tipo Gran Mal.

3- Emocionalmente niña sobreprotegida, insegura con falta de estímulo emocional adecuado el cual la ha bloqueado. Personalidad neurótica.

CASO No. 5:

INICIALES: G.M.P. sexo femenino.
No. de registro: 392,565
Edad cronológica: 8 años
Fecha de nacimiento: 9 de octubre 1963
Fecha de examen: 22 abril 1975.

REFERENCIA:

Producto de un embarazo normal con control prenatal parto eutócico simple, pero la niña sufrió de anoxia pues refiere la madre que estaba moradita. Peso al nacer 9 libras. Desarrollo psicomotriz dentro de la normalidad.

HISTORIA MEDICA:

Ha padecido de las enfermedades de la niñez, a los 5 años se le presentó la primera convulsión y ha estado siendo controlada desde entonces con Fenobarbital. El electroencefalograma es conotaible, con trastorno Convulsivo Gran Mal. Su hermana menor presenta el mismo problema.

IMPRESION CLINICA:

1- Niña con retraso fronterizo situado en el IV nivel de la

escala de Sloan y Birch que dice así: Educación hasta el sexto grado no educable secundaria. (Educable).

Edad cronológica: 8 años

Edad mental: 7 años 3 meses

CI: 83.

2- Rasgos marcados de agresividad e inseguridad reprimidos.

3- Niña con problemas de rendimiento escolar, debido a su dificultad intelectual, además del inadecuado estímulo.

4- Presenta cambios bruscos de conducta, con evidentes síntomas de Neurosis infantil en proceso.

CASO No. 6:

INICIALES: A.L.P. sexo femenino
No. de registro: 303,746
Edad cronológica: 8 años
Fecha de nacimiento: 30 de mayo de 1969
Fecha de examen: 6 de mayo de 1977.

REFERENCIA:

Es producto de un embarazo normal, con control prenatal, parto resuelto por forceps con un peso al nacer de 6 libras. Desarrollo psicomotriz, anormal. Presentando actualmente problemas de expresión.

HISTORIA MEDICA:

Al año 4 meses se le presentó la primera convulsión, el diagnóstico neurológico fué el siguiente: Microcefalea. Retra

neuromuscular y Trastorno Convulsivo Gran Mal.

No existen antecedentes patológicos en la familia.

EDAD CRONOLOGICA: 8 años

EDAD MENTAL: 3 años CI: 37.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Niña con retraso mental situado en el II nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: de 6 a 21 años. Puede aprender a hablar y a comunicarse, escasa conciencia social no habilidades académicas. (Entrenable).
- 2- Niña con evidente daño cerebral manifestado por retraso en todas sus áreas especialmente en el área motriz, dislexia moderada.
- 3- Niña sumamente primitiva e infantil, con características anales fuertes, lo que es compatible con su desarrollo mental.

CASO No. 7:

INICIALES: M.M.G. sexo femenino

No. de registro: 311,805

Edad cronológica: 7 años 7 meses

Fecha de nacimiento: 23 de febrero de 1967

Fecha de examen: 26 de septiembre de 1975.

REFERENCIA:

Producto de embarazo normal y a término con atención prenatal, con parto normal y anoxia perinatal presentó cianosis

severa. Peso al nacer 8 libras. Desarrollo psicomotriz normal.

HISTORIA MEDICA:

A los dos años presentó la primera convulsión con el diagnóstico del neurólogo de: Trastorno convulsivo Tipo Gran Mal con un electroencefalograma compatible con lo anterior.

Padeció de enfermedades de la niñez.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Paciente con retraso mental situado en el IV nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: Puede aprender habilidades académicas hasta el sexto grado, no habilidades secundarias. (Educable). EDAD CRONOLOGICA: 8 años. EDAD MENTAL: 6 años 8 meses. COCIENTE INTELECTUAL: 78.
- 2- Niña que presenta agresividad reprimida, lo cual ha bloqueado su inteligencia la cual se encuentra rindiendo en un nivel inferior, presenta serios problemas en el área motriz.
- 3- Emocionalmente se encuentra en una etapa fálica la cual la está bloqueando pues el estímulo no es adecuado.

CASO No. 8:

INICIALES: M.V. sexo femenino

No. de registro: 365,587

Edad cronológica: 10 años

Fecha de nacimiento: 21 de abril 1965.

Fecha de examen: 1o. de abril de 1975.

REFERENCIA:

Es producto de embarazo normal y a término, con control prenatal adecuado atendido por comadrona. Peso al nacer de 7 libras. Desarrollo psicomotriz, normal.

HISTORIA MEDICA:

Presenta frecuentes hemorragias nasales. La paciente es traída desde San Pedro Sula para su evaluación. El diagnóstico del Neurólogo es el siguiente: Retraso neuromuscular, microcefalea, Trastorno Convulsivo Gran Mal. Electroencefalograma compatible con el anterior diagnóstico.

No existen antecedentes patológicos.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Niña con retraso mental situado en el II nivel de la escala de Sloan y Birch que dice así: Puede aprender a hablar, hábitos higiénicos no educación primaria. (Entrenable) EDAD CRONOLÓGICA: 10 años.
EDAD MENTAL: 3 años 6 meses
CI: 35
- 2- Niña con evidente daño cerebral manifestado por: Retraso en todas sus áreas especialmente en el área motriz.
- 3- Capacidades de concentración y retención se encuentran no estimuladas adecuadamente.
- 4- Emocionalmente la niña se encuentra en una etapa fálica de acuerdo a su desarrollo mental.

CASO No. 9:

INICIALES: J.A.G. sexo masculino.
No. de registro: 185,065
Edad cronológica: 9 años 10 meses
Fecha de nacimiento: 15 de julio de 1968
Fecha de examen: 27 de junio de 1975.

REFERENCIA:

Es producto de embarazo normal y a término con control prenatal adecuado, parto eutócico simple, peso al nacer de 7 libras. Desarrollo psicomotriz, normal.

HISTORIA MEDICA:

Sífilis congénita a los 8 meses, hernia inguinal, refiere - la madre que es muy delicado y enfermizo. A los 4 años se le presentó la primera crisis convulsiva, el diagnóstico médico es Trastorno convulsivo Gran Mal, con electroencefalograma compatible.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Inteligencia dentro de los límites de la normalidad.
EDAD CRONOLÓGICA: 9 años
EDAD MENTAL: 8 años
CI: 100.
- 2- Conflicto edipal no superado e inteligencia reprimida.
- 3- Rasgos evidentes de agresividad e inseguridad flotante sin llegar a patología evidente.

CASO No. 10:

INICIALES: R.M.R. sexo masculino
No. de registro: 20,207
Edad cronológica: 11 años
Fecha de nacimiento: 21 de enero de 1965
Fecha de examen: Febrero de 1977.

REFERENCIA:

Producto de embarazo normal, parto atendido por partera anoxia perinatal. Su desarrollo psicomotriz retrasado. Peso normal, 7 libras.

HISTORIA MEDICA:

Primera convulsión a los dos años de edad, en la familia refiere un caso de epilepsia por la rama paterna.

El diagnóstico neurológico es: Trastorno convulsivo Tipo Gran Mal, electroencefalograma anormal, presencia de actividad paroxística.

IMPRESION CLINICA:

- 1- Retraso mental situado en el III nivel de la escala de Sloan y Birch, CI: 51.
- 2- Su emocionalidad es totalmente primitiva e infantil, con fijación de tipo anal. Además existe falta de estimulación ambiental adecuada.
- 3- Niño con una reacción agresiva y de desadaptación especialmente familiar.

IV DISCUSION

Para el médico general es muy frecuente recibir pacientes cuya sintomatología es compatible con el diagnóstico de Trastorno Convulsivo Gran Mal; deberá entonces estar en plena capacidad de identificarlos adecuadamente y de brindarle el mejor tratamiento.

Describiré a continuación los aspectos que después de esta investigación llegaron a tener mayor relevancia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

- 1- Evaluación neurológica completa y exámenes complementarios (Rx, Electroencefalograma) y laboratorio cuando es es té indicado.
- 2- La reactividad emocional de un niño con síndrome epiléptico puede compararse a un mecanismo el cual puede desencadenar en cualquier momento problemas de conducta (ver cuadro No. 4), tan variados como los que se encontraron en esta investigación. Por ello es necesario y una situación ideal que a estos casos los acompañe en su diagnóstico una evaluación psicológica completa para descartar cualquier posible conflicto y así proporcionar un pronóstico favorable al niño epiléptico.

La parte mas importante de la evaluación psicológica es la orientación a los padres pues ella permitirá que conozcan a fondo el problema que afecta al niño.

- 3- El tratamiento de la epilepsia debe tener presente no solo al paciente sino a su familia y a su tipo general de vida, para hacer más fácil la adaptación del niño a su medio.

Existen muchos medicamentos anticonvulsivos, ninguno es capaz de controlar las crisis en su totalidad, pero una selección cuidadosa y una utilización adecuada para cada caso en particular permite obtener resultados muy favorables. Es importante para todo médico manejar determinado número de medicamentos anticonvulsivos y deberá estar a sí mismo en capacidad de detectar efectos secundarios de dichas drogas.

El mecanismo de acción básico de estos medicamentos no se conoce bien, se cree que aumentan la estabilidad de membranas neuronales excitables actuando sobre características electro-químicas en la permeabilidad y polarización de la membrana.

El efecto deseado es controlar los ataques, las drogas usadas con mayor frecuencia son del grupo de Hidantoínas, siendo la más común Difenilhidantoína Sódica, que se combina con fenobarbital.

La acetazolamida puede usarse como coadyugante del tratamiento. Su mecanismo de acción se debe a los efectos de inhibición de la anhidrasa carbónica y producción de acidosis, como se desarrolla tolerancia para este producto, debe ser administrado intermitentemente. (ver tabla de anticonvulsivantes).

Es de suma importancia para el facultativo determinar la causa de las crisis, pues en ciertos casos como parte del tratamiento (se incluyen intervenciones quirúrgicas) o sea resección de tumores o cicatrices cerebrales. El pronóstico dependerá tanto del diagnóstico como de la etiología precoz y precisa, además de un tratamiento bien dirigido médica y psicológicamente.

CONCLUSIONES:

- 1- Todo médico debe conocer a cabalidad los métodos de diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastorno Convulsivo Gran Mal, por ser este un cuadro de incidencia más elevado de lo que generalmente se piensa. En el Servicio de consulta Externa de la Unidad de Neurología en los años 1969 a 1973 se observó que de 1,723 pacientes vistos, 734 padecían de este síndrome.
- 2- Que todo niño epiléptico deberá considerársele como potencialmente útil, a sí mismo y a la sociedad, con el debido control médico y orientación psicológica.
- 3- Que del total de casos 70% presentaron un Cociente intelectual por debajo de lo normal, oscilando este entre 10 a 89 siendo únicamente el 30% restante evaluado como normal, implicando así que la gran mayoría de pacientes con TGM, padecen de alguna clase de retraso, siendo así sumamente importante la medición exacta del coeficiente intelectual, pues todo esto redundará positivamente en la emocionalidad del paciente.
- 4- Como coadyugante de lo anterior, debo anotar que es de suma importancia la cooperación de los padres y familia en general del paciente; esto se conseguirá mediante una orientación de tipo psicológico, utilizando métodos tales como terapia de grupo o familiar, si fuese necesario.
- 5- Que de las patologías encontradas, la de mayor incidencia fue: Personalidad Neurótica con un 22% estando presente dicha entidad en 13 de los 30 casos atendidos.

V RECOMENDACIONES:

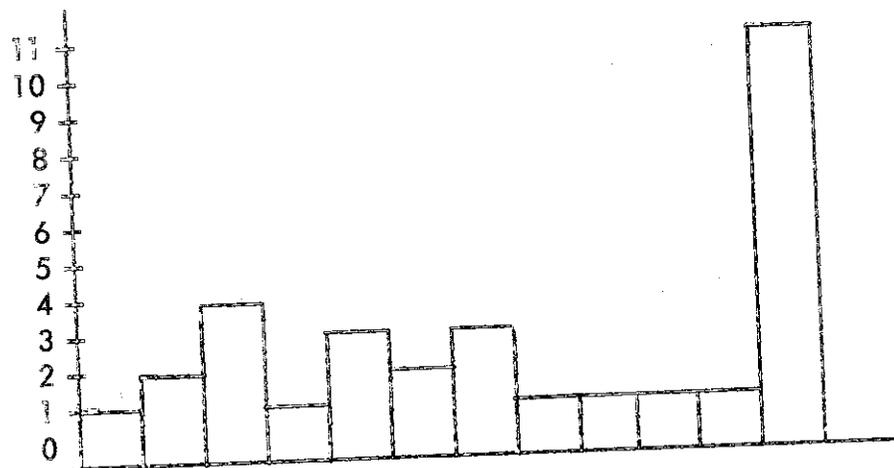
1- Que el médico general debe evaluar a un paciente multi disciplinariamente para no pasar aspectos importantes de este Síndrome.

2- Que cuando un niño presente convulsiones febriles en la infancia debe ser adecuadamente evaluado por un facultativo capaz para detectar un posible TGM.

3- Que cada paciente con trastorno Convulsivo declarado debe ser evaluado en el campo de la psicología clínica para evitar conflictos posteriores.

4- Que los padres de un niño epiléptico deben ser adecuadamente concientizados del diagnóstico y sobre todo del tratamiento médico así como de la panorámica de la personalidad.

CUADRO No. 3
INCIDENCIA DE ANTECEDENTES
PATOLOGICOS



3.22% Parto Normal.

6.45% Convulsiones Febriles.

12.90% Anoxia-Perinatal.

3.22% Parto Gemelar.

9.67% Embarazo con problemas emocionales.

6.45% Trauma Materno.

9.67% Antecedentes mentales y Patología Epiléptica.

3.22% Preeclamsia.

3.22% Forceps.

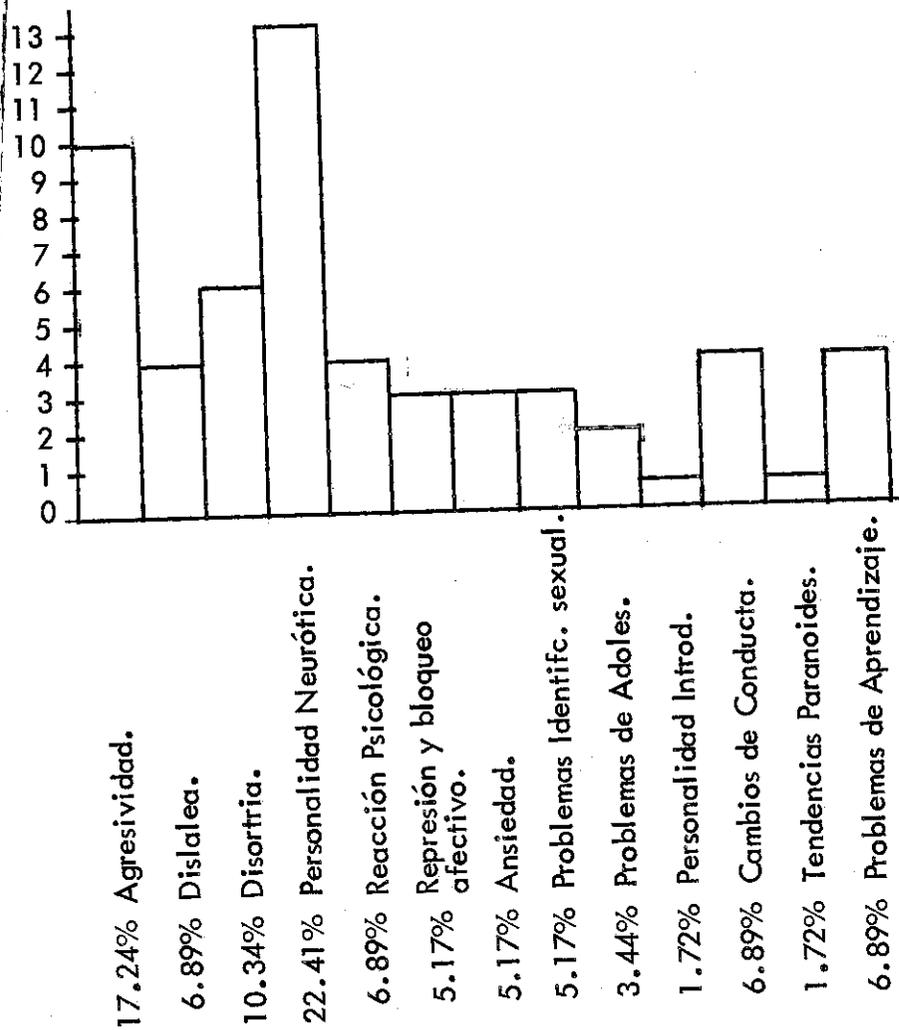
3.22% Hijo Adaptivo.

3.22% Trauma Niñez.

35.48% Sin antecedentes anormales.

CUADRO No. 4

INCIDENCIA DE PATOLOGIAS OBSERVADAS EN LOS TREINTA CASOS TOMADOS DE MUESTRA

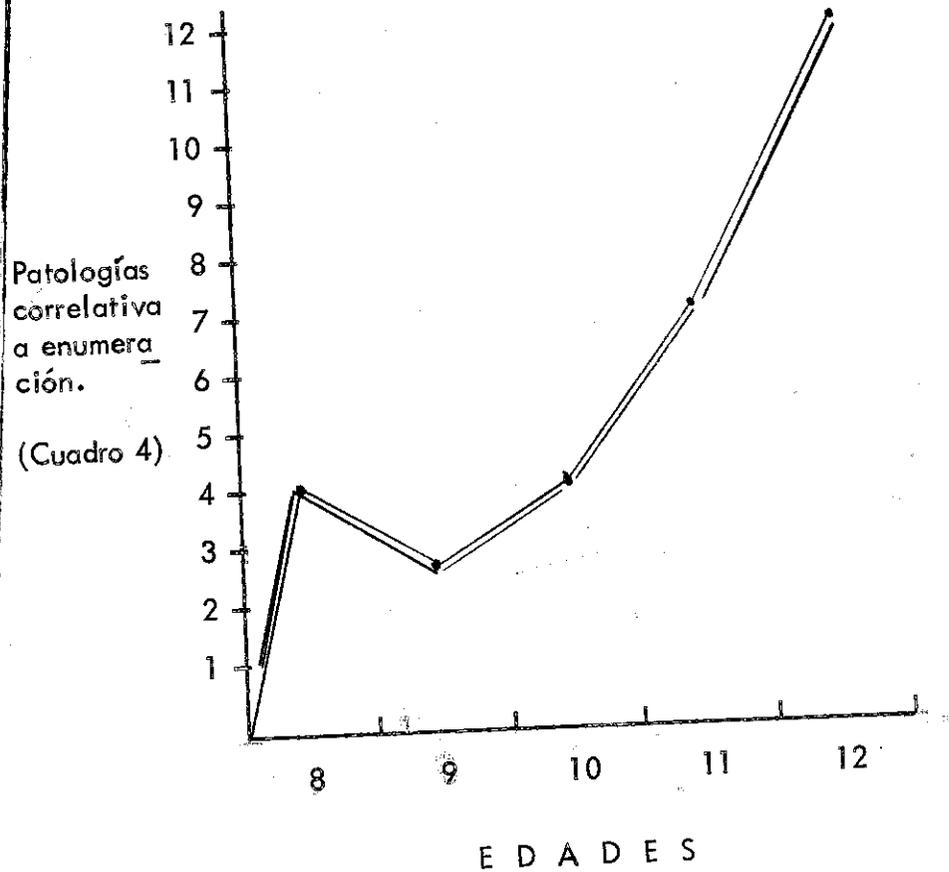


CUADRO No. 5

REPRESENTACION DE COCIENTE INTELLECTUAL

INTERVALOS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
10	29	} 70% Anormales
30	49	
50	69	
70	89	
90	110	} 30% Normales
111	130	

CUADRO No. 6
 PATOLOGIAS Y EDADES



CUADRO No. 7

SEXO

Masculino	12	40 %
Femenino	18	60 %

CUADRO No. 8

DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Normal	9	33%
Anormal	21	70%

**DOSIS REPRESENTATIVAS SEGUN LA EDAD DE MEDICAMENTOS
ANTICONVULSIVOS**

MEDICAMENTO	MG (kg de peso Aprox) 24 horas	0 a 1 años	1 a 2 años	2 a 6 años	6 a 12 años
FENOBARBITAL	1 - 5	45	60	90	120 a 200
Difenilhidantoína to Sódico	3 - 8	75	100	200	300 a 600
PRIMIDONA	12 - 25	150	350	500	750
MEPABARBITAL	2 - 8	90	120	240	240

MERCK SHARP & DOHME RESEARCH LABORATORIES
Manual de Merck EUA 1968. Pág. 674.

BIBLIOGRAFIA

- 1- NELSON, VAUGHAN, MCKAY
Tratado de Pediatría. Barcelona Salvat Editores. 1971 Pág. 1285, 1295.
- 2- Arthur, G. GUSTEN
Tratado de Fisiología Médica. Traducido por: Dr. Alberto Folen y PI México Nueva Editorial Interamericana. 1971 Pág. 760-762.
- 3- DR. H. FISCHGOLD, DR. C. DREYFUS- BRISAC.
Cómo Interpretar un Electroencefalograma. Traducido por Dr. Abraham Masovich. Barcelona Ediciones Daiman 1963.
- 4- CECIL LOEB
Tratado de Medicina Interna Traducido por Dr. Alberto Folch 13 edición 1972. Pág. 276-289.
- 5- GOODMAN Y GILMAN
Farmacological Basis of Therapeutics.
- 6- DR. DE FLORAN MANRIBOT
Estado Mental de Paciente Hospitalario Tesis Universidad de San Carlos. Facultad de Medicina 1973.
- 7- LIC. MORAN ROSALES ROSALINA
Problemas emocionales y Conductuales del niño con Síndrome epiléptico. Tesis, Universidad Rafael Landívar Facultad de Psicología 1974.

- 8- FLORENCE L. GOODENOUGH.
TEST DE INTELIGENCIA INFANTIL
Manual Editorial Paidós Buenos Aires.
- 9- LEON MICHAUX
"Psiquiatria Infantil"
Editorial Miracle, Barcelona 1957, pág. 59.
- 10- MICHEL DUGAS
"Personalidad del Niño Epiléptico"
Hospitales de Paris Clínica Psiquiátrica Infantil, 1971.

Mano Lara
MARIO ALFREDO LARA GARCIA

Rosalina
Lic. Rosalina Morán Rosales

Coralino
Dr. Coralino Mejicanos

Julio de León
Director de Fac. II.
Dr. Julio de León

Manano Guerrero
Dr. Manano Guerrero

Carlos Amador Soto
Dr. Carlos Amador Soto