

Tegretol y trastornos de conducta en la infancia

S. Cervera* y E. Estrella**

RESUMEN

El autor estudia en total 34 pacientes a los que clasifica según sus características en los siguientes grupos:

1. Deficiencia mental y trastornos de conducta	10
2. Crisis convulsivas, alteraciones caracteriales con o sin deficiencia mental	7
3. Trastorno grave de la personalidad y problemas de conducta	3
4. Disfunción cerebral mínima y trastornos de conducta	14

Dichos enfermos son tratados con Tegretol a dosis progresivas comenzando con 100 mg. diarios y alcanzando los 600-800 mg/día. En algunos casos se asocia alguno de los siguientes preparados: Gaba, Gabob, Diacepán, etc. Después de escoger la muestra de acuerdo con criterios etiológicos, nivel intelectual, problemas personales y rasgos caracterológicos y estudiar la acción del preparado sobre cada una de estas variantes, los resultados obtenidos permiten afirmar las siguientes conclusiones:

1. Tegretol es eficaz en los trastornos de conducta de la infancia.
2. Los rasgos caracterológicos más beneficiados son: la obstinación, intranquilidad e irritabilidad.
3. El efecto terapéutico logrado es mayor en los niños con cocientes intelectuales normales o próximos a la normalidad aunque también es bueno en tipos de nivel intelectual menor.
4. Parece existir relación entre acción psicotrópica de Tegretol y EEG patológico o ligeramente alterado.

El problema de los trastornos de conducta en la infancia es complejo por la se-

rie de factores implicados^{1, 6}. Ningún factor parece jugar un papel aislado sino que más bien es una constelación etiológica la responsable de la aparición del síndrome. En general, consideramos que son tres los aspectos que más influyen en el niño para la instauración de un cuadro

* Profesor Adjunto. Psiquiatra infantil del Centro Isterria.

** Departamento de Radioisótopos, Escuela Politécnica Nacional, Facultad de Medicina, Universidad Central. Quito (Ecuador).

caracterológico anómalo: a) su propia personalidad; b) el núcleo familiar; c) el entorno social. Por la plasticidad y adaptabilidad del desarrollo comportamental del niño, estos tres aspectos están tan íntimamente relacionados, que en la mayor parte de los casos resulta difícil determinar a cuál de ellos obedece principalmente el trastorno.

Si bien consideramos que lo más adecuado es actuar sobre los tres aspectos citados, muchas veces la falta de posibilidades o la diversidad de posturas predominantes, según la época, hacen que prestemos más atención a una sola de ellas y muy especialmente al factor individual, encontrando en numerosas ocasiones que esta acción unilateral no sólo produce un resultado asaz satisfactorio sobre el trastorno de conducta sino que también, repercute directa o indirectamente sobre los demás.

La acción de Tegretol en diversas formas de epilepsia puede considerarse demostrada gracias a la amplia experiencia clínica que hoy día poseemos del fármaco, registrada en numerosas publicaciones^{5, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17}. Sin embargo, la acción psicótropa del preparado, aunque puesta en evidencia a través de varios estudios, sigue siendo de máximo interés debido en gran parte a las dificultades de control y objetivación que presentan los *síntomas psíquicos* de tales pacientes.

Dentro de este amplio capítulo, uno de los temas que merece mayor atención lo constituye el estudio de la acción de Tegretol sobre los trastornos de conducta en la infancia, tanto en aquellos niños que presenten alteraciones electroencefalográficas específicas o no específicas como en los que muestran un trazado normal.

Revisando la bibliografía llegada a nosotros hemos podido apreciar que, en general, los trabajos relacionados con la acción psicótropa de Tegretol adolecen de

una metodología que no refleja en qué aspectos de la investigación caracterológica puede actuar mejor el preparado y que, además, ofrece valoraciones puramente estimativas, sin precisar demasiado en el control de los *síntomas psíquicos*. De ahí que una de las razones principales de este estudio haya sido, precisamente, plantear un método que dé cierta objetivación a los componentes del trastorno de conducta infantil, completando así las aportaciones de otros autores.

En segundo lugar, y en orden a nuestras posibilidades, quisimos estudiar la acción psicótropa de Tegretol, en trastornos de conducta infantiles de distinta naturaleza (*inquietud psicomotriz, grave trastorno de personalidad, desadaptación familiar, inestabilidad y trastornos afectivos diversos, etc.*), tanto con alteraciones electroencefalográficas como sin ellas. Y, como punto preferencial, quizás nuestro interés se ha hecho más evidente en dos entidades *paidopsiquiátricas*: el retraso mental y el síndrome de disfunción cerebral mínima. Como los criterios definitorios de esta última entidad clínica y el concepto de la misma varían según los autores, hemos creído necesario hacer a continuación una breve exposición del síndrome.

Desde que Strauss y Lehtinen¹⁴ hicieron los primeros intentos terapéuticos en niños con anomalías de conducta, dificultades de aprendizaje y alteraciones neurológicas, el concepto de "lesión cerebral mínima" o "disfunción cerebral mínima" fue haciéndose cada vez más conocido en la literatura médica. Aunque todavía hay autores que niegan la existencia de la entidad, su diagnóstico es frecuente a tenor de los criterios establecidos por Birch y Clements^{2, 4}. A esta entidad clínica pertenece un grupo heterogéneo de niños que muestran en mayor o menor grado, trastornos de la coordinación motora (torpeza, retraso en la marcha), alteraciones de conducta (terquedad, hiperactividad), retraso escolar desproporcionado al nivel intelectual, disminución de la atención

(distracción, falta de concentración) y manifestaciones neurológicas (apraxia, hiper-cinesias coreicas) o electroencefalográficas poco específicas. El síndrome se hace más patente durante los años de escolaridad a causa de las dificultades de aprendizaje.

MÉTODOS

La muestra está constituida por un total de 34 enfermos, de ellos 26 en tratamiento ambulatorio y 8 en régimen de internado, escogidos entre un número mayor de casos (328 niños) que habitualmente vienen siendo atendidos por nosotros en el Plan de Asistencia a subnormales dependiente de la Caja de Ahorros de Navarra. El criterio de selección aplicado tuvo en cuenta: a) las condiciones óptimas para una valoración adecuada del trabajo y b) el fracaso anterior con otros tipos de terapéutica.

Los datos anamnésticos, exploratorios y relacionados con la adaptación personal y social del enfermo se consignaron en fichas adecuadas al objeto, que constaban de los siguientes apartados³:

1. Datos generales

Nombre del enfermo. Sexo. Edad. Residencia. Nivel cultural de los padres. Posición ordinal respecto al número de hijos vivos en la familia.

2. Datos etiológicos y psicométricos

Para el factor etiológico adoptamos la clasificación sugerida por Heber⁸ en 1959 y aconsejada por la *American Association on Mental Deficiency*. Los datos obtenidos tras la aplicación de diversos tests (Terman, Pintner-Paterson, Raven, Escalas de Alexander y Goodenough) se agruparon en términos de cociente intelectual según estos niveles: Normales y Casos Límites (C. I. superior a 70); Educables

(C. I. de 70 a 51); Adiestrables (C. I. de 50 a 25); No Adiestrables (C. I. inferior a 25).

3. Factores personales

Hemos considerado cinco aspectos, cada uno de los cuales vamos a describir sucintamente:

a) *Grado de desarrollo social*

Para la evaluación del progreso en el desarrollo social se ha seguido la Forma I del P. A. C. de Gunzburg^{3, 7}, que proporciona un control gráfico de la situación del niño en las cuatro áreas principales de su desarrollo social: ayuda de sí mismo, comunicación, socialización y ocupación. En el P. A. C. vienen clasificados una serie de juicios sobre aptitud y comportamiento en manifestaciones típicas, con lo que los avances y deficiencias pueden puntualizarse con mucha exactitud.

b) *Problemas de salud*

Se refiere al estado general de salud del paciente, así como a las enfermedades que ha padecido. La respuesta se obtuvo de la madre y se utilizaron categorías de salud buena, regular o mala en unos casos; y en otros salud estable, con incapacidad física total o como grave problema de salud.

c) *Invalidez especial*

Agrupamos aquí los estados de invalidez crónica, que hemos clasificado según el tipo y gravedad. En el tipo están comprendidas la epilepsia, los trastornos motóricos, enfermedad cardíaca, etc. El grado de invalidez fue catalogado como moderado o grave.

d) *Temperamento*

Sobre la conducta del hijo preguntó-

se a la madre: si siempre o casi siempre estaba tranquilo o presentaba cambios de humor, irritabilidad, apatía o excitabilidad incontrolable. Se estableció una escala temperamental con cuatro apartados: normal, hipactivo, hiperactivo e incontrolable.

e) *Problemas de vida cotidiana*

La dificultad que cada familia tiene en atender a su hijo se valoró mediante una escala de tres puntos en la que se consideró la habilidad de aquella en manejarse con el enfermo, las limitaciones que la presencia de éste imponía sobre las actividades familiares y las atenciones que requería. Estos tres puntos fueron clasificados como: no problema, algún problema o gran problema.

Para la especial valoración de los rasgos caracterológicos anómalos nos hemos basado en el cuestionario de personalidad confeccionado por C. Gómez Ferrer⁵, modificado parcialmente por nosotros al tener que ser aplicado únicamente a niños. Consta de los siguientes apartados:

— *Obstinación*

¿Se le convence fácilmente? ¿Admite las ideas o consejos de los demás? ¿Se conforma cuando no se sale con la suya? ¿Es francamente obstinado en todas sus cosas?

— *Intranquilidad*

— *Irritabilidad*

¿Le molesta que le contraríen? ¿Es una persona irritable? ¿Se enfada con facilidad? ¿Le molestan aun las cosas más insignificantes?

— *Agresividad*

¿Tiene el genio un poco violento? ¿Está siempre como a punto de saltar? ¿Discute frecuentemente con los demás? ¿Da portazos para descargar su

malhumor? ¿Cuando se enfurece: insulta, rompe cosas, profiere amenazas?

— *Desajuste familiar*

¿Es comunicativo? ¿Participa en el medio familiar? ¿Discute o riñe con sus familiares? ¿Respeta a sus padres? ¿Crea verdaderos problemas en la casa?

— *Impulsividad*

¿Hace las cosas sin premeditación?

— *Afectividad anómala*

¿Es bastante inexpresivo y necesitado de cariño? ¿Es huraño. Celoso? ¿Evita relaciones afectivas, incluso aunque las desee? ¿Presenta una conducta anómala con el fin de atraer la atención de los demás?

4. Factores familiares

Fueron evaluados los siguientes aspectos:

a) *Situación económica*

Se clasificó la situación económica familiar en tres grupos según los ingresos y el número de personas de la familia: clase alta (2.000 ptas. mensuales o más per capita), clase media (entre 2.000 y 500 ptas. mensuales per capita) y clase baja (menos de 500 ptas. mensuales per capita).

b) *Vivienda*

La conformidad de la vivienda se determinó primero por un índice de habitabilidad y segundo por una escala en la que aquella es evaluada de acuerdo con su adecuación a las necesidades de la familia. De esta forma, una vivienda que puede ser adecuada para una familia que sólo tiene un niño puede no serlo para otra con un niño con grave trastorno psíquico.

c) *Contactos sociales*

Se solicitó información sobre el grado en que la presencia de un niño con una serie de problemas alteraba la situación familiar y su relación social. Se utilizó una escala de tres valores: normal, limitado y muy limitado.

d) *Salud familiar*

Se puso especial interés en conocer no sólo la existencia de enfermedades físicas de tipo crónico en los miembros de la familia sino también

el estado de salud mental de cada uno de ellos, especialmente de la madre.

e) *Disposición familiar*

Valoración de la actitud de los padres respecto a nuestras orientaciones sobre la forma más adecuada de ayudar a su hijo (programa familiar). Fue clasificada en: buena, regular o mala.

Con objeto de clasificar y elaborar los resultados se distribuyeron los 34 casos de la muestra en cuatro grupos (tabla I).

TABLA I

Grupo	Características	N.º casos
I	Deficiencia mental Trastornos de conducta	10
II	Crisis convulsivas Alteraciones de carácter con o sin deficiencia mental	7
III	Trastorno grave de la personalidad Problemas de conducta	3
IV	Disfunción cerebral mínima Trastornos de conducta	14
Total		34

Administración del fármaco

En todos los casos se realizó la administración de Tegretol mediante dosis progresivas, comenzando por medio comprimido (100 mg.) los tres primeros días y

aumentando hasta tres o cuatro comprimidos (600-800 mg.) diarios, según la respuesta del paciente.

En la tabla II expresamos el tiempo de observación bajo tratamiento.

TABLA II

Tiempo de tratamiento	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
Menos de seis meses	1	—	2	5	8
De seis a doce meses	2	1	—	4	7
Más de doce meses	7	5	1	5	18
Abandonado		1			

Durante este tiempo de observación se efectuaron controles periódicos de tratamiento, más frecuentes al comienzo con

el fin de detectar eventuales efectos secundarios y más espaciados a partir del tercer mes. En ningún momento fueron

informados los familiares del niño de los posibles efectos terapéuticos, con el fin de evitar una valoración anómala de los resultados.

Como la mayor parte de los enfermos recibían ya un tratamiento medicamentoso para las crisis convulsivas o el trastorno caracterial la administración de Tegretol se hizo generalmente asociada a alguno de estos fármacos, pero conociendo de antemano que aquellos no habían producido unos efectos terapéuticos efectivos

y estables sobre el trastorno de conducta.

En general, la asociación más frecuente de Tegretol ha sido con reguladores de la actividad cerebral (GABA y GABOB y similares), aunque otras veces se ha administrado junto a sedantes suaves (Diacepán, etc.), e incluso neurolépticos. Sin embargo, queremos insistir una vez más en el hecho de que dichos medicamentos habían sido utilizados antes de Tegretol sin buenos resultados.

Características de la muestra

TABLA III

Sexo	N.º de casos	Edad	N.º de casos
Varones	26	De 5 a 8 años	11
Hembras	8	De 9 a 12 años	12
		De 13 a 16 años	3
		De más de 17 años	8
Total	34	Total	34

Factores etiológicos y nivel intelectual

Hemos querido presentar una distribución de los casos de acuerdo con el factor

etiológico y el nivel intelectual alcanzado en los tests con el fin de estudiar las posibles influencias terapéuticas de Tegretol según ambos aspectos (tablas IV y V).

TABLA IV

Etiología	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
Meningoencefalitis	1	—	—	2	3
Encef. Postinmunización	1	—	—	—	1
Anoxia neonatal	5	—	—	3	8
Prenatal desconocida	1	—	—	1	2
Enf. degenerativa	1	—	—	—	1
Desórdenes motores	—	—	—	1	1
Epilepsia	—	6	—	—	6
Síndrome de Lennox	—	1	—	—	1
Retraso familiar-cult.	1	—	—	4	5
Psicosis y desórdenes mayores de la personalidad	—	—	3	3	6
Total	10 (29%)	7 (21%)	3 (9%)	14 (41%)	34 (100%)

TABLA V

Nivel intelectual	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
No adiestrables	3	1	2	—	6 (18%)
Adiestrables	2	1	—	—	3 (9%)
Educables	5	2	1	9	17 (50%)
Normales	—	3	0	5	8 (23%)
Total	10	7	3	14	34 (100%)

Problemas personales

Este es uno de los apartados al que mayor atención hemos prestado en este estudio, ya que el denominador común de todos los casos viene constituido por los trastornos de conducta y deseábamos encontrar un medio relativamente objetivo que nos permitiese valorar adecuadamente el posible efecto terapéutico del fármaco.

Aunque no se nos oculta que las alteraciones caracteriales están determinadas por numerosos factores, si se presentan de una manera estable como en los casos de nuestro estudio podemos suponer que son atribuibles a situaciones conflictivas también estables. Como representativas de los problemas personales hemos escogido las que a continuación referimos (tabla VI).

TABLA VI

Problemas personales	No problema	Algún problema	Gran problema
Grado de desarrollo social	9	19	6
Salud física	23	11	—
Invalidez especial	19	11	4
Vida cotidiana	1	24	9
Temperamento	—	11	23

De acuerdo con la observación directa de los síntomas e información aportada por los familiares, reflejado todo ello en el cuestionario de rasgos caracterológicos,

los valores absolutos determinados antes de iniciar el tratamiento fueron los siguientes (tabla VII).

TABLA VII

Rasgos caracterológicos	Ausente	Ligero	Mediano	Grave
Intranquilidad	5	9	10	10
Irritabilidad	4	9	15	6
Agresividad	6	18	7	3
Impulsividad	4	16	8	6
Obstinación	1	0	12	21
Desajuste familiar	10	12	9	3
Afectividad anómala	16	13	3	2
Total	46 (20%)	77 (32%)	64 (26%)	51 (22%)

Como puede apreciarse en esta tabla, obstinación, irritabilidad e intranquilidad son los rasgos caracterológicos con mayor matiz patológico. Por otro lado, agresividad e impulsividad se encuentran tam-

bién presentes en la mayor parte de los casos, aunque con menos intensidad.

Problemas familiares

Los valores encontrados han sido (tabla VIII).

TABLA VIII

Problemas familiares	No problema	Algún problema	Gran problema
Situación económica	12	13	9
Vivienda	23	5	6
Contactos sociales	7	21	6
Salud familiar	20	12	2
Disposición familiar	28	5	1

RESULTADOS

De acuerdo con la metodología descrita, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Acción psicotrópica de Tegretol

Para valorar mejor los posibles efectos terapéuticos de Tegretol sobre los trastor-

nos de conducta, hemos juzgado interesante presentar los resultados según distintos apartados.

1. Modificación de los rasgos caracterológicos

Se ha hecho un estudio porcentual de la modificación de los síntomas en aquellos casos que los presentaban (tabla IX).

TABLA IX

Rasgos Caracterológicos	Supresión 100 %	Reducción 75 %	Reducción 50 %	No modificación	Número de rasgos
Intranquilidad	2 (7%)	16 (55%)	9 (31%)	2 (7%)	29 (100%)
Irritabilidad	2 (7%)	15 (50%)	11 (36%)	2 (7%)	30 (100%)
Agresividad	2 (7%)	9 (32%)	12 (43%)	5 (18%)	28 (100%)
Impulsividad	1 (3%)	4 (13%)	19 (64%)	6 (20%)	30 (100%)
Obstinación	2 (6%)	17 (52%)	10 (30%)	4 (12%)	33 (100%)
Desajuste familiar	0	8 (33%)	12 (50%)	4 (17%)	24 (100%)
Afectv. anómala	0	9 (50%)	6 (33%)	3 (17%)	18 (100%)
Total	9 (5%)	78 (41%)	79 (41%)	26 (13%)	192 (100%)

Estos resultados, distribuidos según la modificación de los síntomas de acuerdo con los cuatro grupos de la muestra, dan los siguientes valores (tabla X).

TABLA X

Rasgos Caracterológicos	Grupo I (10 casos)				Grupo II (7 casos)			
	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.
Intranquilidad	0	4	3	1	0	4	1	1
Irritabilidad	0	4	4	2	0	4	2	1
Agresividad	0	1	4	2	1	1	4	1
Impulsividad	0	1	6	1	1	1	3	1
Obstinación	0	2	6	1	0	6	0	1
Desajuste familiar	0	3	3	1	0	2	4	1
Afectv. anómala	0	3	2	1	0	0	1	2
Total	0	18(33%)	28(51%)	9(16%)	2(4%)	18(42%)	15(35%)	8(19%)

Rasgos Caracterológicos	Grupo III (3 casos)				Grupo IV (14 casos)			
	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.
Intranquilidad	1	0	2	0	1	8	3	4
Irritabilidad	0	1	1	1	2	7	4	0
Agresividad	0	1	0	2	1	5	4	0
Impulsividad	0	0	1	2	0	2	9	1
Obstinación	0	1	0	2	2	8	4	0
Desajuste familiar	0	0	0	1	0	3	5	1
Afectv. anómala	0	1	1	1	0	5	2	0
Total	1(5%)	4(21%)	5(26%)	9(48%)	6(8%)	38(49%)	31(40%)	2(3%)

2. Acción de Tegretol según el nivel intelectual de la muestra

Nos ha parecido interesante la realización

de este estudio, cuyos resultados se indican a continuación (tabla XI).

TABLA XI

Rasgos Caracterológicos	No adiestrable				Adiestrable			
	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.
Intranquilidad	1	1	3	0	0	2	1	0
Irritabilidad	0	3	2	0	0	2	1	0
Agresividad	0	2	1	2	0	0	3	0
Impulsividad	1	0	3	2	0	2	1	0
Obstinación	0	2	3	1	0	2	1	0
Desajuste familiar	0	1	2	1	0	1	2	0
Afectv. anómala	0	3	0	1	0	1	1	0
Total	2(6%)	12(34%)	14(40%)	7(20%)	0	10(50%)	10(50%)	0

Rasgos Caracterológicos	Educatible				Normal			
	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.
Intranquilidad	1	7	6	1	0	6	0	0
Irritabilidad	1	8	4	1	1	2	4	0
Agresividad	1	4	6	2	1	3	1	0
Impulsividad	0	2	9	3	0	0	6	0
Obstinación	1	8	5	2	1	5	1	0
Desajuste familiar	0	4	6	2	0	2	2	0
Afectv. anómala	0	4	2	1	0	1	3	1
Total	4(5%)	37(41%)	38(41%)	12(13%)	3(8%)	19(46%)	17(43%)	1(3%)

3. Relación con problemas personales

En la muestra de 34 enfermos, el número de problemas personales que presentaba cada caso se distribuyó como sigue:

- Con un problema, un caso.
- Con dos problemas, cinco casos.
- Con tres problemas, doce casos.
- Con cuatro problemas, nueve casos.
- Con cinco problemas, siete casos.

Distribuidos según la intensidad dominante en cada uno de ellos encontramos:

Intensidad dominante	Algún problema	Gran problema
Número de casos	23	11

Y de acuerdo con los rasgos caracterológicos (tabla XII):

TABLA XII

Rasgos Caracterológicos	Algún problema				Gran problema			
	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.	Supr. 100%	Reduc. 75%	Reduc. 50%	No mo- dif.
Intranquilidad	1	12	5	1	1	3	5	1
Irritabilidad	1	10	7	2	1	5	3	1
Agresividad	1	7	8	3	1	7	3	3
Impulsividad	0	3	12	4	1	0	8	2
Obstinación	2	11	7	2	0	4	5	2
Desajuste familiar	0	5	8	3	0	3	3	3
Afectv. anómala	0	4	5	1	0	4	2	3
Total	5(4%)	52(41%)	52(41%)	16(14%)	4(5%)	26(35%)	29(40%)	15(20%)

Tolerancia

Pocos efectos secundarios hemos encontrado en los 34 enfermos estudiados. De los síntomas descritos como más comunes (exantema, hipotonía, malestar gástrico, somnolencia, etc.) únicamente hemos observado la presencia de exantema urticariforme (dos casos) y somnolencia (un caso). La intensidad de los síntomas no fue muy grande y su aparición coincidió con las primeras administraciones del fármaco. Pese a ello no hubo necesidad de suprimir la medicación, bastando únicamente la reducción de la dosis. En una enferma de 11 años el exantema urticariforme fue generalizado y algo intenso, debido sin duda a una incorrecta administración del fármaco pues los padres, en vez de iniciar el tratamiento con dosis progresivas, interpretaron que debían administrar los 600 mg. de Tegretol desde el primer día. Bastó con la supresión del fármaco durante cuatro días y una iniciación correcta del tratamiento para que se resolviese favorablemente este fenómeno de intolerancia.

El único caso de abandono, una chica de trece años, fue a consecuencia de presentarse somnolencia. Debemos indicar que la intensidad de este efecto secundario no fue mayor que la observada con otros medicamentos pero, debido a que el tratamiento se hizo en régimen ambulatorio, los padres interpretaron este síntoma como muy desfavorable y a pesar de haberseles indicado la posible disminución de la somnolencia en pocos días, prefirieron suspender el tratamiento. Pensamos que de haber tenido la oportunidad de hacer el mismo tratamiento en régimen de observación en clínica, probablemente no habríamos encontrado ningún impedimento mayor para seguir con la medicación.

DISCUSIÓN

Al expresar en porcentajes los valores absolutos de la tabla IX observamos que la acción terapéutica de Tegretol ha resultado muy beneficiosa para la muestra: del total de rasgos caracterológicos pre-

sentes (192 rasgos), 5 % desaparecieron y 82 % se modificaron de forma favorable.

Donde más se aprecia la acción del fármaco es en obstinación, intranquilidad e irritabilidad. La *obstinación*, que estaba presente en 33 de los 34 casos, se ha modificado positivamente en el 88 %: en dos casos (6 %) desapareció totalmente y en veintisiete (82 %) se redujo de forma apreciable; únicamente permaneció inalterada en cuatro enfermos (12 %).

Para intranquilidad e irritabilidad estos porcentajes son todavía algo más altos. Así, de veintinueve niños con *intranquilidad*, sólo dos (7 %) no modificaron este rasgo caracterológico y veintisiete lo redujeron de modo notable en forma de supresión (2 casos) o modificación marcada (25 casos). Hubo, por tanto, supresión del rasgo en el 7 % y modificación en el 86 %. Los porcentajes encontrados en el rasgo *irritabilidad* fueron: de treint

ta casos que lo presentaban, en dos (7 %) desapareció el síntoma, se modificó ampliamente en veintisiete (86 %) y permaneció inalterable en otros dos (7 %).

Sobre los restantes rasgos (agresividad, impulsividad, desajuste familiar y afectividad anómala) los porcentajes obtenidos indican un efecto terapéutico todavía beneficioso, aunque menos intenso, dado que el número de rasgos que no se modificaron con el fármaco es mayor y, sobre todo, porque los porcentajes de supresión o reducción intensa son menores. Citaremos algún ejemplo: Al iniciar el estudio veintiocho enfermos han presentado *agresividad*; el rasgo no se ha modificado en cinco casos (18 %) y sí en el resto (82 %) pero, teniendo en cuenta que de ese ochenta y dos por ciento sólo corresponde a supresión el 7 % (2 casos) y reducción intensa el treinta y dos por ciento (9 casos). Algo similar ocurre con *impulsividad* y *desajuste familiar* (fig. 1).

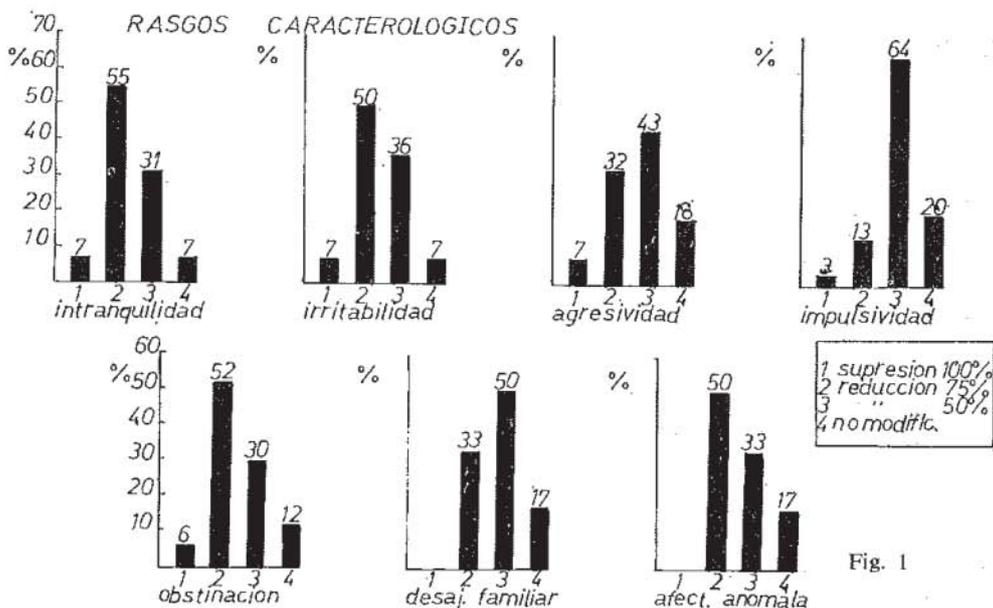


Fig. 1

Que existe una acción psicotropa de Tegretol es evidente por lo que venimos observando, pero un matiz que puede resultar interesante es el que hace referencia a esta acción psicotropa y su relación con la intensidad dominante en los problemas personales. Para los 23 casos con algún problema y los 11 con gran problema los resultados obtenidos (tabla XII) no muestran diferencias muy marcadas pero, lo que sí podemos afirmar es que, en general, cuanto menor es el número de problemas personales, mayor es la acción del fármaco.

Por tanto, podemos afirmar que la acción de Tegretol nos brinda una buena posibilidad de modificar los trastornos de conducta en la infancia. Y en nuestro interés por conocer si esta acción terapéutica se establece de forma general o, por el contrario, guarda relación con algún factor determinado en los casos de nuestro estudio, quisimos relacionar sus efectos con estos dos aspectos:

1. Grupos etiológicos.
2. Nivel intelectual.

1. Grupos etiológicos

En la figura 2 están representados los porcentajes encontrados para los grupos etiológicos.

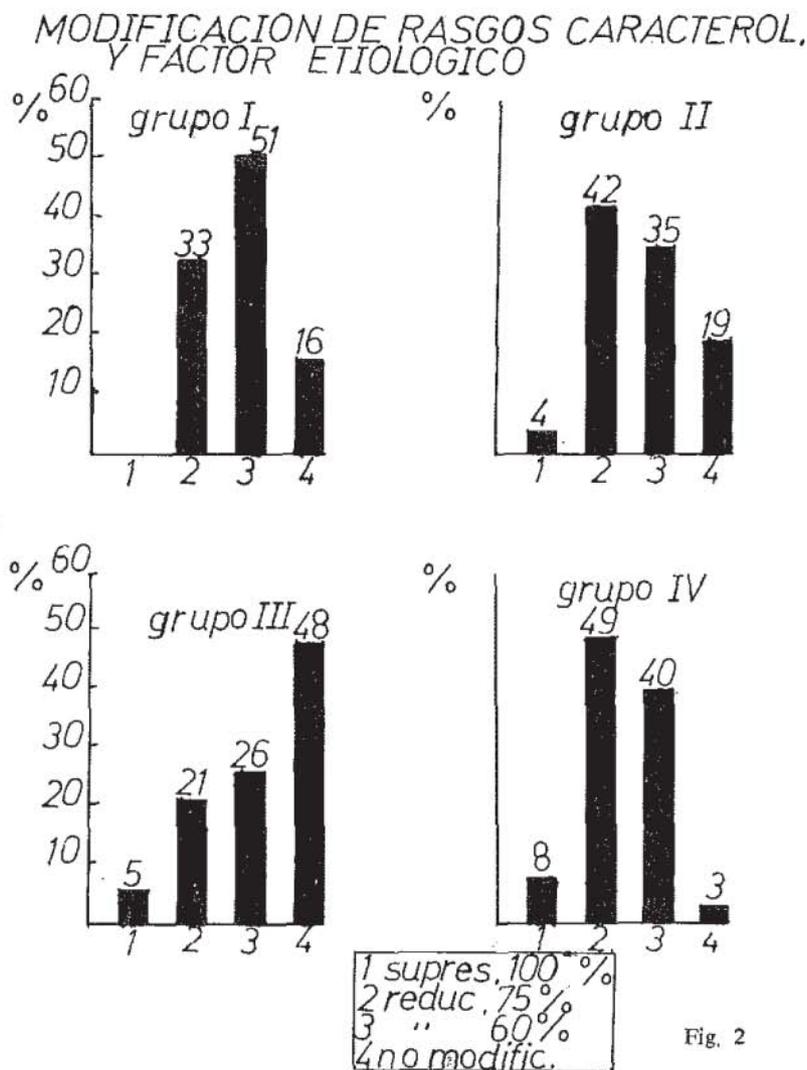
Estudiando los resultados en la tabla X observamos que el grupo I, compuesto por diez casos con deficiencia mental y trastornos de conducta, responde frente al Tegretol de forma positiva aunque no muy intensa ya que en ningún caso se ha producido supresión de la anormalidad caracterológica o ésta se ha reducido de modo notable en sólo el 30 % de los rasgos presentes al iniciar el estudio.

Los siete enfermos con crisis convulsivas y alteraciones caracterológicas, asociadas o no a retraso mental, que componen el grupo II, experimentan también

un efecto terapéutico favorable del fármaco. Del total de rasgos presentes únicamente desapareció el 4 % observándose no obstante, la modificación del 75 % (42 % de forma intensa y 35 % moderada). Estos valores obtenidos por nosotros son análogos a los encontrados por otros autores^{5, 10, 12, 13} al estudiar la acción psicotropa de Tegretol en enfermos epilépticos. En general, pensamos que la disparidad de resultados (30 a 75 % de mejorías) es consecuencia de la dificultad con la que desde el punto de vista clínico nos encontramos al valorar objetivamente un síntoma psíquico, difícilmente mensurable y numéricamente inaprehensible. Sin embargo, aún conociendo las objeciones a que este procedimiento da lugar hemos optado por él ya que es uno de los pocos caminos disponibles para la representación gráfica de unos resultados terapéuticos.

Respecto al grupo III, que como se recordará está formado por tres casos con grave alteración de la personalidad y trastornos de conducta, poco podemos indicar dado lo reducido de la casuística. Los resultados son, por tanto, susceptibles de cierta reserva. En general, nos encontramos con que no hemos obtenido una acción terapéutica muy eficaz puesto que el fármaco no modificó el 48 % de los rasgos presentes para este grupo y sólo redujo moderadamente un 28 %. Una mejoría intensa apareció en el 21 % de los rasgos caracterológicos y en un 6 % se logró la supresión. Como en la bibliografía consultada no nos consta la experimentación de la acción psicotropa de Tegretol para esta entidad clínica quizá resulte interesante llevar a cabo ulteriores estudios que, con una muestra más amplia, confirmen o no el efecto terapéutico.

Donde resulta más interesante la acción psicotropa de Tegretol es en los catorce casos que forman el grupo IV, es decir, niños con trastornos de conducta y signos



de disfunción cerebral mínima. Recordando los valores expresados para este grupo en la tabla X encontramos que el medicamento llegó a suprimir el 8 % de los rasgos caracterológicos anómalos, siendo los más beneficiados de esa supresión la obstinación y la irritabilidad. En un 49 % se produjo una reducción muy notable del síntoma y en el 40 %

hubo reducción moderada. Como sólo persistió inalterado el 3 % de los rasgos, podemos afirmar que es precisamente en este grupo etiológico donde se hace más patente la acción psicótropa del fármaco, mejorando siempre la obstinación, agresividad, irritabilidad e intranquilidad, es decir, los rasgos nucleares de todo trastorno de conducta.

Con los resultados obtenidos, buenos con el grupo I y notables con el IV, creemos haber confirmado una vez más, y hasta cierto punto ampliado, las experiencias obtenidas por otros autores^{9, 10, 11, 12}. Martínez Lage⁹ afirma que Tegretol actúa de forma psicótropa no sólo en enfermos epilépticos sino también en diferentes síndromes psíquicos que van acompañados de alteraciones electroencefalográficas en regiones temporales sin presentar auténticas crisis clínicas y Oliveras de la Riva¹¹ refiere efectos similares en niños con

disarcácter cuyo trazado electroencefalográfico, sin ser crítico, mostraba ciertas alteraciones; elementos puntiagudos difusos, ondas lentas posteriores, etc... Por todo ello, hemos querido indagar, aunque de forma muy superficial, si esta mejoría del trastorno de conducta observada con Tegretol se relacionaba con el tipo de trazado electroencefalográfico. De los 34 casos estudiados pudimos registrar el E. E. G. en 26 niños, agrupados por su morfología de la siguiente manera: tabla XII

TABLA XII

1. Trazado dentro de límites normales	6 casos
2. Trazado inespecífico con rasgos de inmadurez bioeléctrica, ondas lentas y a veces signos irritativos difusos	9 casos
3. Trazado claramente patológico (descargas bilaterales, signos de focalidad, etc.)	11 casos

Como los demás autores, no hemos encontrado cambios sensibles del trazado después de la administración del fármaco, pero sí hemos podido apreciar que Tegretol se muestra más eficaz en los casos de trastornos de conducta y electroencefalograma claramente patológico o ligeramente alterado. Sin embargo, pensamos que esta consideración es susceptible de confirmación, y por no ser éste el motivo fundamental de nuestro estudio únicamente la citamos.

2. Nivel intelectual

Después de los trabajos de Rett¹³ y Parelada¹², determinando el primero las distintas respuestas terapéuticas de Tegretol según el nivel intelectual de los casos (el 60 % de éxito total obtenido en niños con cociente intelectual normal disminuye a un 51 % en los débiles mentales, a un 41 % en los imbeciles y a un

8 % en los idiotas) y las afirmaciones del segundo sobre la eficacia de este fármaco en la debilidad mental, encontramos sugestivo el análisis, según nivel intelectual, de los rasgos caracterológicos en nuestros 34 casos y las modificaciones que se obtuvieron tras el tratamiento.

En la figura 3 representamos los porcentajes indicados en la tabla XI.

Para los seis casos que constituyen el grupo con déficit intelectual profundo (No Adiestrables) la modificación de los rasgos caracterológicos es buena, aunque no muy intensa, después de la administración de Tegretol, ya que un 20 % de los rasgos presentes al iniciar el estudio no sufrieron modificación y un 40 % lo hicieron de forma moderada. Algo similar ocurre con los niños con nivel intelectual Adiestrable pero, aunque la modificación se reparte por igual entre una re-

MODIFICACION DE RASGOS CARACTEROLOG.
Y NIVEL INTELECTUAL

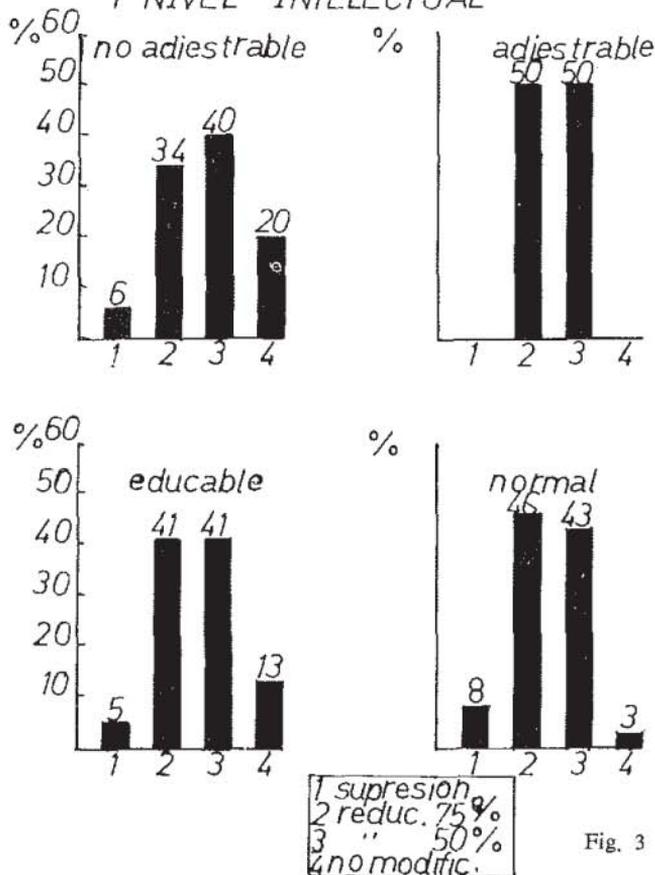


Fig. 3

ducción intensa (50%) y moderada (50%), los pocos casos (3 niños) que integran este grupo nos hacen ser cautos en la interpretación de los resultados.

En el grupo de Educables, formado por 17 casos, observamos que la modificación de los rasgos tras la administración del fármaco puede catalogarse como muy buena, ya que obtuvimos una supresión de los mismos en el 5% y una reducción notable en el 41% o moderada en otro 41%. Finalmente, los niños con nivel intelectual normal (ocho casos) son los que mejor responden al tratamiento: única-

mente permaneció inmodificado el 3% de los rasgos, mientras que se redujo moderadamente el 43%, de forma intensa el 46% y se suprimió totalmente el 8%. Por los resultados obtenidos podemos decir que nuestras experiencias confirman lo indicado por otros autores, es decir, que aunque la acción psicotrópica de Tegretol se hace evidente a cualquier nivel intelectual, observamos no obstante, un efecto terapéutico más marcado en aquellos niños que presentan un nivel intelectual normal o próximo a lo normal (debilidad mental).

CONCLUSIONES

1. Tegretol puede considerarse un fármaco eficaz en los trastornos de conducta de la infancia. Su acción psicotropa se hace evidente no sólo en enfermos con crisis convulsivas sino, también, en cuadros de disfunción cerebral mínima y deficiencia mental.
2. Los rasgos caracterológicos que más se benefician de la acción de Tegretol son la obstinación, intranquilidad e irritabilidad. En segundo término, agresividad e impulsividad.
3. Aunque hemos obtenido buenos resultados con cualquier tipo de nivel intelectual, el efecto terapéutico del fármaco es mayor cuando se trata de niños con cocientes intelectuales normales o próximos a la normalidad (Debilidad mental).
4. Parece existir relación entre acción psicotropa de Tegretol y electroencefalograma con trazado patológico o ligeramente alterado (inmadurez bioeléctrica, etc.).

SUMMARY

Tegretol and behavior disorders in infancy

The author studies a total of 34 patients classified according to their characteristics under the following groups:

- | | |
|--|----|
| 1. Mental Deficiency and behavior disorders | 10 |
| 2. Convulsive crises, character alteration with or without mental deficiency | 7 |
| 3. Severe personality problems and behavior disorders | 3 |
| 4. Minimum cerebral disfunction and behavior disorders | 14 |

These patients are treated with progressive doses of Tegretol, beginning with 100 mg. reaching 600-800 mg. daily. In some cases one of the following drugs are administered together with Tegretol: Gaba, Gabob, Dia-

cepan etc. After selecting the group according to etiological criteria, intellectual level, personal disorders and characterological traits and studying the action of Tegretol on each of the variants, the results allowed to arrive to the following conclusions:

1. Tegretol demonstrated efficacy in behavior disorders in infancy.
2. The most benefited traits are: obstinación, irritability and intranquility.
3. The therapeutic effect accomplished is higher with children of normal I.Q. and near normal although it also works appropriately on children of lower I.Q.
4. There seems to be a relation between the psychotropic action of Tegretol and the pathologic or slightly altered EEG.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJURIAGUERRA, J. *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1970.
2. BIRCH, H. G. *Brain damage in children, the biological and social aspects*, Williams and Wilkins, Baltimore 1964.
3. CERVERA, S. *Aspectos etiológicos y sociales de la Deficiencia Mental*, Confederación Española Cajas de Ahorros, Madrid, 1970.
4. CLEMENTS, S. D. *Minimal brain dysfunction in children*, NINBD Monograph n.º 3. U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1966.
5. GÓMEZ-FERRER, C. *Valoración de la acción psicotropa de Tegretol en la epilepsia*. *Becas invest. terap.* Geigy 1: 73, 1966-67.

6. GUTIÉRREZ GÓMEZ, D. *Trastornos de conducta infantil*, Salud Mental n.º 6. Madrid, 1970.
7. GUNZBURG, H. C. *The Assesment and Evaluation of Social Development in the Mentally Handicapped Child*, Premier Congress de l'Association pour l'étude scientifique de l'arriération mentale. Montpellier, 1967.
8. HEBER, R. *A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, Amer. J. ment. Defic. 64, supp 3-4, 1959.
9. MARTÍNEZ LAGE, J. M., MOLINA, P., MADDOZ, P. y VILLANUEVA, J. A. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 10: 195, 1966.
10. NIETO, M. *Rev. esp. Ped.*, 24: 107, 1968.
11. OLIVERAS DE LA RIVA, C. *Rapp. psicol. psiquiat. Pediat.*, 3: 12, 1969.
12. PARELLADA, D. *Inform. psiquiat.*, 11: 11, 1968.
13. RETT, A. *Neue öst. Z. Kinderheilk.*, 7: 178, 1962-63.
14. STRAUSS, A. y LEHTINEN, L. *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child.*, Grune-Stratton, New York, 1966.
15. SUBIRANA, A., OLLER DAURELLA, L. CHILLON, D. *Rev. clin. esp.* 104: 336, 1967.
16. TCHICALOFF, M. y PENNETTI, F. *Schweiz. med. Wschr.*, 93: 1664, 1963.
17. VIANNA, U., GROISMAN, M., TERRA, S. *L'emploi d'un dérivé de l'iminostilbène chez des malades présentant des anomalies du comportement avec altérations électroencéphalographiques, mais sans crises comitiales.* Proc. IV World Congr. Psychiat. Madrid, 1966.

