

C2 F39

**FOTOCOPIADORA**  
**C.E.Psi**

100 PsicoDiagnostica

---

Folio 163 S/F 1  
D/F 1

FOTOCOPIAS DIAGONAL

Carpeta: PsicoDIAG

Folio Nº 125

D/F 1 S/F 1

La prueba de Bender.

Su valor en el diagnóstico de las epilepsias en correlación con la clínica y el EEG.

Por Haydée Nodelis (\*)

**INTRODUCCION**

Este trabajo intenta ser un aporte al problema que se plantea frente al diagnóstico diferencial clínico de pacientes que por su sintomatología obligan habitualmente a solicitar un electroencefalograma (EEG). En este sentido, la prueba de Bender suele ser un valioso auxiliar, pues el método psicométrico permite constatar alteraciones patológicas en forma inmediata. Esto, unido a la interpretación clínica de los síntomas y al recurso Electroencefalográfico permite un diagnóstico diferencial más certero y tratamiento posterior.

Cabe consignar que, si bien los signos a los que se refiere la presente investigación son los clásicos descriptos por la autora del test (L. Bender) y por otros continuadores (como M. Hutt), su aplicación en observaciones personales me han permitido arribar a interesantes conclusiones de gran utilidad práctica.

Un ejemplo de ello es la asociación específica de algunos indicadores de la prueba con trastornos clínicos de la serie epiléptica.

Cuando éstos se presentan de determinada forma, en general, se refuerzan las probabilidades de acompañarse de un EEG anormal. Este hecho no puede, claro está ser comprobado en forma absoluta -ver resultados y conclusiones- no obstante, estimo, que en realidad, ningún indicador por sí solo puede cumplir esta exigencia, en especial en el diagnóstico de las epilepsias en general y de las "psiquiátricas" en particular. En muchos casos, aún el EEG tiene valor relativo y debe correlacionarse con otros elementos de juicio.

Particularmente valiosa resulta a este respecto la aparición de absorción (ver más abajo) en la figura A del Bender y la perseveración motora en las figuras 1 y 2 y otros signos como el punto relleno en las figuras 1 y 3 y la ejecución enlentecida como pauta general, con frecuencia todo esto unido a la presencia de choque, ejecución rápida, spikes. No obstante la salvedad hecha, la presencia de estos signos en el Bender ha mostrado una correlación estrecha con alteraciones y variaciones en el EEG.

**DESCRIPCION DE LOS SIGNOS**

En primer término, es útil recordar aquí brevemente los signos enunciados arriba:

- 1) El signo de absorción consiste en la superposición de los bordes de dos figuras que solo deben tocarse (lámina A y 4 del test), de modo tal, que si bien hay contacto entre las partes, la punta de una de ellas falta debido a la intersección con la otra.

1

1

14

125 S/F 3 D/F 1

Este signo, según mi experiencia, parece relacionarse específicamente con patologías del lóbulo temporal (lesiones difusas, epilepsia) aunque es descrito por otros autores como indicador general de organicidad (Gay de Wojtusi, M.C. Eudeba, 1979). La presencia de este factor ha demostrado ser extremadamente sensible para determinar dichas alteraciones cerebrales.

- 2) El signo de perseveración motora; se refiere a la imposibilidad de rectificar o detener el impulso motor, provocando la repetición persistente del estímulo o la ejecución reiterada de una actividad. Puede apreciarse en el Bender en la monótona repetición de figuras.
- 3) El punto relleno, como su nombre lo indica sugiere tensión interna. Indica que una considerable cantidad de energía se estaría invirtiendo en una tarea relativamente simple y suele constituir un esfuerzo compensatorio para mantener el control. Su presencia permite inferir, tendencia al descontrol motriz, impulsividad.
- 4) La ejecución entrecida como pauta que se mantiene durante toda la toma indica cierto grado de "adherencia" al estímulo y en estos casos se observa directamente como el tiempo de ejecución se prolonga más de lo habitual.
- 5) El trazo en "spikes" es también denominado "saltativo" y consiste en un movimiento de la línea irregular que adopta la forma -como lo señala su nombre- de espiga o serrucho.
- 6) El signo de choque o cohesión se refiere a la superposición entre dos o más figuras.
- 7) Otros signos que suelen presentarse asociados a los anteriores son: rotación perceptual; de una parte de la figura o bien de la figura completa (puede ocurrir una vez o más) apunta a la rotación del eje mayor de la figura (estando el modelo de copia y la hoja de prueba en posición correcta). Ángulos malogrados; se trata de fallos en el sentido de una dificultad para realizar adecuadamente los ángulos de las figuras. Ejecución rápida; puede ocurrir que el tipo de ejecución este abreviado o acortado evidenciando falta de planeamiento o autocrítica, la cual (según mi opinión) indicaría una "fuga" ( si en el entrecimiento hay una adherencia, en la fuga hay evasión ) del estímulo.

#### DESCRIPCIÓN DE LOS SINTOMAS

Los signos expuestos, a su vez, se hallaron en concordancia con la siguiente sintomatología: crisis epilépticas o sus equivalentes psicomotores; cefaleas; tendencias impulsivas; alteraciones de la cc.; trastornos de conducta; irritabilidad; agresividad; antecedentes de encefalopatías; trastornos peri-natales; antecedentes familiares de epilepsia; etc.

#### SELECCION DE LA MUESTRA Y METODO:

Las presentes observaciones fueron efectuadas en el transcurso de aproximadamente seis años (1988-1994) en los Servicios de Internación y Consultorios Externos del Hospital B. Moyano en un grupo de 80 (ochenta) pacientes con diagnósticos clínicos de: epilepsia, disritmia, distimia y/o epilepsia temporal, epilepsia post-traumática, deterioro epiléptico y otros como: trastorno de la personalidad, epilepsia-oligofrenia, psicosis cicloide, etc. Dentro del grupo considerado arriba (80), 73 pacientes (89%) contaban con un EEG previo. De las citadas, 36 (45%) presentó EEG normal; 30 (37,5%) tenía EEG patológico; 7 (8,75%) había mostrado fluctuaciones sucesivas entre EEG normal y EEG patológico y finalmente 7 (8,75%) del total de la muestra no tenía EEG previo. En todos los casos se administró la prueba de Bender antes o después del EEG y a posteriori de la evaluación por la clínica.

## RESULTADOS

Nro. de pacientes	EEG	Bender (NORMAL)	Bender (PATOLÓGICO)
A) 36 (45%)	Normal	7	29
B) 30 (37,5%)	Patológico	1	29
C) 7 (8,75%)	Variable	2* (en concord. con N.F. del EEG)	5
D) 7 (8,75%)	Sin	0	7

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

**Grupo A** (pacientes que presentaron EEG normal) : un 20% muestra correlación con Bender normal con diagnósticos de: T.de la Personalidad y Psicosis Residual. El otro 80% presenta Bender patológico y los diagnósticos de mayor incidencia fueron: Distimia y/o Epilepsia Temporal; Psicosis Cicloide; Personalidad post-traumática; Crisis comiciales y cuatro casos sin diagnóstico clínico.

**Grupo B** : muestra una correspondencia del 100% entre los resultados EEG-BENDER y fueron diagnosticados como: Distimia y/o Epilepsia Temporal; Epilepsia post-traumática; Epilepsia-oligofrenia; Deterioro epiléptico y otros.

**Grupo C** : casos que presentaron un EEG variable muestran una correspondencia del 100% con Bender patológico. Cabe consignar que en dos casos\* se comprobó la desaparición del signo de absorción en concordancia con la normalización del EEG durante los episodios psicóticos agudos.

**Grupo D** : también se observa una correlación estrecha entre la clínica y el Bender.

### CONCLUSIONES

En todos los casos, los signos que se observaron y fueron descriptos aquí coincidieron con alteraciones epileptógenas y hallaron una correspondencia del 100% con la clínica y con EEG patológicos. Exceptuando un 20% del total de la muestra que no mostró correlación EEG-BENDER.

(\*) Doctora en Psicología, profesional del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Braulio A. Moyano.

### Bibliografía:

- BARNES, T.C.; EEG VALIDATION OF RORSCHACH, HUNT, AND BENDER GESTALT TEST; AMERICAN PSYCHOLOGY; 5: 322; 1950.
- BENDER, L.; TEST GUESTALTICO VISO-MOTOR; BS.AS.; PAIDOS; 1968.
- ERVIN, F.; EPSTEIN, A.W.; and FING, H.; BEHAVIOR OF EPILEPTIC AND NO-EPILEPTIC PATIENTS WITH TEMPORAL SPIKES; ARCH. NEUR. PSYCH.; 74: 488; 1955.
- HUTT, M.; LA ADAPTACIÓN HUTT DEL TEST GUESTALTICO DE BENDER; BS.AS.; GUADALUPE; 1980.
- NODELIS, H.E.; LAS PSICOSIS MARGINALES; REV. ACTA PSIQ. Y PSIC.; VOL. XXXVII; Nro. 1; Marzo; 1991.