

171
2 ej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Estudio Comparativo de Adaptación Personal en
Niños Epilépticos y no Epilépticos**

T E S I S

Que para obtener el título de:
licenciado en psicología

p r e s e n t a :

SONIA SEQUEIROS VALDES

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Página

Introducción	1
--------------------	---

PARTE I

MARCO TEORICO

Antecedentes.....	6
Historia de la Epilepsia.....	7
Definición de Epilepsia.....	13
Conducta de las Descargas Epilépticas...	17
Clasificación de la Epilepsia.....	18
Características sintomáticas de la Epilepsia	25
Otras variedades de Epilepsia.....	38
Carl. Rogers. Su enfoque acerca de la Adaptación.....	49

PARTE II

METODOLOGIA

Problema de Investigación	57
Hipótesis.....	57
Variables.....	58
Sujetos.....	58
Instrumentos.....	60

Procedimiento.....	62
Tratamiento Estadístico.....	63

PARTE III

Resultados.....	68
Discusión	71
Limitaciones y sugerencias.....	76

PARTE IV

Cuadros 1 a 6.....	78
Figuras 1 a 15.....	91

APENDICES

Cuestionario de Adaptación Personal de Rogers (Forma V).....	105
Cuestionario de Adaptación Personal de Rogers (Forma N).....	110
Bibliografía.....	114

El estudio de la literatura acerca de la enfermedad epiléptica y los síntomas asociados proporciona, más que una guía, el tema de una reflexión. Del concepto casi religioso de "mal sagrado" de nuestros antepasados, se ha pasado; en el decurso de los siglos y debido a los trabajos de diversos autores, a una contemplación más comprensiva y más científica de la enfermedad (3).

Se conoce desde hace tiempo que los niños tienen una mayor predisposición a las crisis convulsivas que los adultos. Aproximadamente el 36% de los epilépticos sufren su primera crisis entre 1 y 10 años y otro 36% entre los 10 y los 20 años (Mayer-Gross) (1).

El ambiente familiar del epiléptico y de las relaciones que en él establece, con función de su enfermedad y sus consecuencias a nivel de los padres ha sido estudiada por D. Freudenberg y A. Grasset. Estos autores describen determinado número de actitudes de los padres bastante habituales frente al niño enfermo, oponiendo o combinando conductas hiperprotectoras o de rechazo, negando la enfermedad, disociando la pareja.

Los epilépticos sufren trastornos de tipo reaccional en relación con el modo de relación con los padres y con la actitud de una sociedad que les es hostil, que les teme y que les rechaza. Al principio los padres se apiadan de este niño sin defensa y se sienten implicados en su enfermedad.

Más o menos conscientemente van compartiendo el prejuicio hacia el "mal sagrado". Buscando ayuda y socorro, consultan numerosos médicos a fin de que se les tranquilice sobre el origen accidental y no hereditario de la enfermedad, que se encuentre una medicación eficaz y definitiva y que se les afirme que no se trata de una enfermedad crónica. El niño será rechazado o sobreprotegido a menudo tema vergonzoso, su actitud casi siempre será ambivalente. Este rechazo como dice D. Freudenberg, puede manifestarse de diferentes formas: impaciencia, falta de afecto, grandes castigos para faltas pequeñas, disgusto hacia las crisis y hacia el niño enfermo, piedad demostrativa de desprecio hacia el niño; hiperprotección que oculta agresividad reprimida, pero a veces según este autor, los padres se identifican totalmente con el niño, frente a la sociedad, luchan con todas sus fuerzas por los derechos del niño que se convierte entonces en el centro de sus pensamientos y los demás niños deben soportar constantemente sus exigencias (1).

Otros autores, entre ellos Ajuriaguerra en 1966 escribe: "Todos los niños epilépticos no presentan (necesariamente) cambios de personalidad. Esos cambios o alteraciones de personalidad pueden detectarse en niños cuyo nivel de inteligencia es normal. Las alteraciones de personalidad no son específicas de los niños epilépticos, porque no existen cambios equivalentes en los niños que tienen enfermedades cerebrales orgánicas sin epilepsia".

Para la escuela anglosajona (Price, Bridge, Pond, etc.) la reacción psicológica del enfermo ante su enfermedad es uno de los factores más importantes en la determinación de la personalidad epiléptica. Por ejemplo, el que las personas normales vean con miedo al enfermo epiléptico, por considerar las crisis peligrosas o contagiosas, tanto el medio hostil donde se desenvuelven, hacen que éste reaccione violentamente o se encierre en sí mismo (12). Por tanto muchos trastornos se explicarían así. Si el enfermo tiene crisis desde la infancia se ve relegado con frecuencia a un lugar inferior; le consideran distinto de los otros niños, etc. Si se trata de un adulto que sufre una crisis cuando ha vivido ya una época de su vida como individuo normal, establece inevitablemente comparaciones dolorosas entre su época anterior y las limitaciones y peligros que le esperan después del primer ataque. Se explican igualmente por el mismo motivo diversos signos de neurosis y obsesión encontrados en los epilépticos, así como la deficiente capacidad de adaptación e identificación con los demás seres humanos.

En 1970, Pond describió como responsables de los trastornos psiquiátricos del niño estos cinco factores: el terreno constitucional o genético; el trastorno cerebral o la lesión que se halla en el origen de la epilepsia; las consecuencias de las crisis de epilepsia, por sí mismas, el medio social y psicológico del niño (lo cual es de por sí al menos tan importante como pueda serlo cualquier trastorno cerebral subyacente); los efectos de los anticonvulsivos.

Puede decirse que estos niños epilépticos sufren un problema definido de desadaptación social, o si se quiere de una pobre socialización de la personalidad que dificulta la opción a una adecuada integración al grupo social de pertenencia. De ahí que me surgiera la inquietud de hacer un estudio para comparar la adaptación personal entre niños epilépticos y no epilépticos. Por medio de este estudio se podría contribuir a enriquecer el conocimiento de la dinámica del niño epiléptico y a mejorar las técnicas de rehabilitación y psicoterapia en beneficio de los que padecen de epilepsia y a sus familias.

M A R C O T E O R I C O

ANTECEDENTES

1962. Epilepsia. Una Revisión.

1963. Resultados del Psicodiagnóstico de Rorschach. Aplicado a un Grupo de Epilépticos (12).

1971. Análisis Psicológico Pre y Postoperatorio de Pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal (5).

Los estudios que anteceden al presente, fueron realizados utilizando muestras constituídas por pacientes epilépticos adultos y utilizando pruebas como son: Wais, Bender y Rorschach .

En 1984 se realizó un estudio aplicando el Inventario de Adaptación Personal de Rogers con una muestra constituída por menores infractores (varones y niñas) (7).

No se encuentran estudios similares al presente desde 1962 a la fecha.

HISTORIA DE LA EPILEPSIA

La historia de la epilepsia es muy larga. En los días en que el hombre creía que el mundo estaba habitado por espíritus invisibles, no es sorprendente que ellos vieran en un ataque epiléptico no una enfermedad sino un presagio, un hechizo impuesto a la víctima por un demonio hostil. Y así, fue que el hombre dirigió su atención a la magia y al encanto para la cura. La idea de que la Epilepsia era una enfermedad y no un hechizo, debe haber sido sospechada por los médicos mucho antes de Hipócrates. En el Código de HAMMURABI (2080 a.c.) están acuñadas leyes relacionadas con el matrimonio entre personas epilépticas, la validez de su testimonio en los juicios se hace referencia también a la Epilepsia entre las reglas sanitarias más antiguas de los Hebreos (8).

Pero la historia de la Epilepsia como una entidad clínica puede decirse que se inicia con Hipócrates (467-357 a.c.) quién escribió un libro acerca del "mal sagrado", tratando de demostrar que la epilepsia no era más sagrada que cualquier otra enfermedad. Como se pensaba en un origen divino del padecimiento, su curación misma no podía ser humana sino sobrenatural. De acuerdo con esto, se utilizó una gran cantidad de remedios para los que existían algunas reglas que podrían considerarse ingenuas, pero lógicas y otras que eran simplemente el resultado de los ritos mágicos de entonces. A los pacientes epilépti-

cos se les prohibían los baños, algunos pescados, las carnes (especialmente la de cabra), el uso de ropa negra y el tocar la piel de cabra, así como el cruzar las manos o los pies. Posiblemente la más atroz de las prescripciones de aquellos tiempos fue la utilización de sangre humana, que se inició en el siglo V a. c. y se prolongó hasta la época romana, cuando los enfermos bebían la sangre que manaba de las heridas de los gladiadores. Se mencionaba que el muérdago que se recoge en la luna nueva, sin la ayuda de un instrumento de hierro, podía curar la epilepsia si no había tocado la tierra. También había otros amuletos vegetales, tales como la peonia y la mandrágora. Estos fueron presentados por Galeno, quién afirmaba que usados como amuletos eran capaces de liberar de las convulsiones a los niños (8).

También fueron procedimientos frecuentes el rasurar la cabeza, la aplicación de un cataplasma de vinagre, así como evitar la violencia y la actividad sexual. Debido a que la enfermedad era fría y flemática, se recomendaba al paciente que viviera en un país caliente y seco. La sugerencia de Galeno de que el paciente epiléptico debería tomar alrededor de las 10 de la mañana un poco de pan de centeno, cuidadosamente preparado, que pudiera prevenir los ataques debidos a "un estómago vacío", recuerdan la colación matutina que se prescribe para evitar las crisis producidas por hipoglucemia.

Es natural que cuando alguien quiere encontrar apoyo a una teoría acomode los hechos biológicos al propio conocimiento, y co-

mo se consideraba que la epilepsia era una enfermedad fría y flemática, se explicaba su curación en la pubertad por el cambio de la temperatura, ya que entonces el cuerpo se vuelve más seco y caliente.

La pócima galénica a la que se daba énfasis especial era el vinagre diluído con miel de abeja. Galeno consideraba esta bebida casi un remedio específico, especialmente si se añadía jugo de cebolla. Esta bebida debía de tomarse después de la purga, el procedimiento debía tener lugar al principio de la primavera y hacerse cada día antes de que el joven dejara su casa para ir al gimnasio. Se ponía como condición que el paciente bebiera ajeno una o dos veces después de la purga y antes de usar la droga.

ERA CRISTIANA

No debe olvidarse que la práctica de curaciones era una demostración de vocación mesiánica, y así se relatan diversas curaciones realizadas por Jesús de Nazaret. En el Evangelio según San Mateo (17:15.16): "Cuando llegaron a donde estaba la gente, se acercó a Jesús un hombre que se arrodilló adelante de él y le dijo: Señor ten lástima de mi hijo, ya que le dan ataques y sufre terriblemente, muchas veces cae en el fuego, o en el agua. Aquí lo traje a tus discípulos, pero no ha podido sanar. Jesús le contestó: ¡Oh! gente incrédula y perversa ¿hasta cuándo tengo que estar con ustedes? ¿hasta cuándo tengo que -

aguantarlos? Traigan acá al muchacho. Entonces Jesús reprendió al espíritu malo y lo hizo salir del muchacho, que quedó sano desde ese momento. Después los discípulos hablaron con Jesús aparte y le preguntaron: ¿Por qué no pudimos nosotros sacar al espíritu malo? Jesús les dijo: Porque ustedes tienen muy poca fé. En verdad les digo que si tienen fé, siquiera del tamaño de una semilla de mostaza, dirán a este cerro: Quítate de aquí y vete a otro lugar, y el cerro se quitará. Nada les será imposible si de veras tienen fé. Pero esta clase de espíritus solamente se hace salir con oración y ayuno". Probablemente es esta la referencia bíblica más clara en relación al factor benéfico del ayuno en algunas formas de epilepsia.

SIGLO XIX

Los cambios más notables que ocurrieron en el siglo XIX fueron la humanización del tratamiento, el descubrimiento de los reflejos por Marshall Hall, en 1833, y la aparición de los conceptos neurológicos de John Hughlings Jackson entre 1861 y 1870. Sorprenden las razones que adujeron para la separación de los pacientes epilépticos de los enfermos mentales.

Esquirol, con su autoridad afirmaba: "no es justo que se les permita a los enfermos mentales presenciar el ataque de un epiléptico, ya que si a una persona sana le afecta en forma importante, qué

tanto más podrá afectar a un enfermo mental". Para otros, esta separación se debió a que consideraban a la epilepsia como una enfermedad infecciosa, y por ello al ver repetidas veces una crisis podría hacer que éstas se produjeran en el observador (*morbus inusitatus*).

Hughlings Jackson establece en 1970:

"Una convulsión no es más que un síntoma, e implica la existencia de una descarga ocasional, excesiva y desordenada del tejido nervioso. Las convulsiones se pueden agrupar en: 1) Aquellas en las que el espasmo afecta ambos lados del cuerpo casi contemporáneamente. En estos casos hay una sensación en el epigastrio, o un sentimiento indescifrable en la cabeza. Estos casos son generalmente epilépticos, y algunas ocasiones Epilepsia genuina o "idiopática". 2) Aquellos en los que el espasmo se inicia en un lado del cuerpo, y en las cuales las partes del cuerpo van siendo afectadas una después de la otra... Confío que estoy estudiando el sujeto general de la convulsión metódicamente, cuando trabajo con las variedades más simples de espasmos ocasional que puedo encontrar" (Jackson, *Selected Writings*) (9).

También menciona que "Las Epilepsias son resultados de la segunda clase de cambios funcionales; son, en breve, LESIONES DESCARGANTES. Pero hay muchas variedades de descarga. Definido desde el punto de vista de las crisis, una Epilepsia es una descarga rápida, excesiva y repentina de la sustancia gris de alguna parte del

cerebro; es una descarga local" (Jackson Selected Writings p. 94).

Las convulsiones Gran Mal y Pequeño Mal también son incluidas en el concepto de Epilepsia Focal de Jackson "Yo creo que el vértigo epiléptico..... y el gran mal epiléptico son, desde un punto de vista anatómico y fisiológico, simplemente grados diferentes, o sea, que dependen de fuerzas de descarga diferentes, que se originan y dispersan de la misma parte del cerebro. La descarga en cada uno de ellos se inicia en los centros más altos de los hemisferios cerebrales, o sea, en los sustratos anatómicos de la conciencia" (Jackson Selected Writings, p. 193).

En algunos países comenzó a surgir el interés por el estudio de la epilepsia, y así se fundaron los primeros hospitales, de los cuales los más famosos son el Hospital Nacional para Paralizados y Epilépticos, que está en Queen Square, en Londres, Inglaterra, fundado en 1859 y llamado "el almácigo de la neurología británica"; el Hospital de Bethel, cerca de la Villa de Bielefeld, en Alemania, fundado en 1867, y el Gallipolis, en Ohio, Estados Unidos de América, establecido en 1891.

Lennox, Jasper, Penfield y Gastaut todavía no son historia pero como el avance ha sido continuo, en los próximos años habrá muchos datos que añadir a la historia (8).

Podemos considerar a la Epilepsia como un síntoma de descarga neuronal transitoria excesiva producida por causas intracraneales o extracraneales; se caracteriza por episodios separados, que tienden a ser recurrentes, en los que hay una alteración del movimiento, de la sensación, de la conducta, de la percepción, de la conciencia o de todo ello. Los mecanismos precisos que intervienen en la producción de la descarga neuronal excesiva de la epilepsia no han sido dilucidados por completo. Al parecer existen varios mecanismos posibles para que un grupo de neuronas puedan volverse hiperexcitables y propensas a descargar en exceso (17).

I. ALTERACION DE LOS POTENCIALES DE MEMBRANA NEURONALES

Las neuronas permanecen en estado de excitabilidad gracias a los gradientes de concentración iónica a través de sus membranas.

La concentración de iones Na^+ dentro de la neurona es mucho menor que la existente en el líquido extracelular, en tanto que la concentración iónica intracelular de K^+ es mucho mayor que su respectiva concentración extracelular. Estos gradientes de concentración mantienen polarizada la membrana neuronal, quedando el interior de la célula con un potencial más negativo en relación con el exterior. Las enfermedades que alteran la concentración extracelular de Na^+ (o de Ca^{++}) pueden afectar la excitabilidad neuronal de todo el sistema nervioso. Si la concentración extracelular de Na^+ o Ca^{++} disminuye en rela-

ción a su concentración extracelular (como en la enfermedad de Addison o el hipoparatiroidismo), la diferencia de potencial a través de la membrana puede disminuir el umbral de producción de potenciales de acción autopropagados. Debido a lo anterior, las neuronas se vuelven hiperexcitables y aumenta el riesgo de epilepsia.

2. ALTERACION DE LA TRASMISION SINAPTICA

La liberación de transmisores químicos dentro del espacio sináptico puede afectar la excitabilidad de la membrana postsináptica neuronal.

Por ejemplo, en determinadas sinapsis la acetilcolina tiene un efecto excitatorio, en tanto que en otras sinápsis el ácido gamma-aminobutírico (GABA) actúa como transmisor inhibitorio. Una deficiencia de fosfato piridoxal, que cataliza la síntesis del GABA, puede disminuir de tal forma la inhibición mediada por GABA que ciertos sitios del encéfalo pueden volverse suficientemente hiperexcitables para causar epilepsia. Se desconoce si las lesiones encefálicas localizadas son capaces de producir epilepsia al alterar la actividad de los transmisores sinápticos, aunque esta posibilidad existe. Algunos medicamentos que previenen las crisis epilépticas alteran las concentraciones de los transmisores sinápticos, incluyendo el GABA, la serotonina y la noradrenalina.

3. ALTERACION DE LA ACTIVIDAD DE LOS CENTROS NEURONALES

INHIBITORIOS

Exclusivamente en la corteza cerebral existen grupos de neuronas cuya función es la de inhibir otras neuronas. Si se produce una lesión sobre estos centros neuronales, se elimina la inhibición que ejercían sobre las demás neuronas, volviéndose éstas últimas hiperexcitables. Se piensa que este mecanismo de desinhibición local es el que desencadena epilepsia en los casos de lesión cerebral localizada por traumatismo, infección, isquemia o neoplasias.

4. ALTERACION GENERALIZADA DE LA EXCITABILIDAD NEURONAL

Además de los factores que pueden incrementar la excitabilidad neuronal por mecanismos conocidos, existen otros factores que pueden aumentar la excitabilidad neuronal en forma difusa a través de mecanismos bioquímicos o bioeléctricos que aún no se comprenden del todo. Tales factores incluyen fiebre, hipoxia, sobrehidratación, alcalosis, supresión barbitúrica, enfermedad cerebral difusa (por ejemplo, neurolipoidosis) y varias toxinas.

Quizá algunos de estos factores (por ejemplo, sobrehidratación o alcalosis) alteren los potenciales de membrana de la célula nerviosa mientras que otros alteran la actividad de los transmisores sinápticos, pero aún no se han dilucidado con detalle los mecanismos de acción. Estos factores incrementan en forma difusa la excitabilidad neuronal, por lo que si hay grupos de neuronas que posean una excita-

bilidad anormalmente aumentada, éstas pueden ser llevadas hasta un punto en que originen descargas epilépticas en forma más fácil que otras neuronas.

5. ALTERACION DEL UMBRAL EPILEPTICO DEL ENCEFALO

Cada cerebro en vida puede ser lo suficientemente hiperexcitado para producir crisis epilépticas si se expone a un flujo eléctrico de intensidad adecuada. La intensidad que se requiere varía de persona a persona. De lo anterior surge el concepto de umbral encefálico de convulsión, y este concepto puede incluir no sólo las convulsiones inducidas por descargas eléctricas. El umbral de convulsión probablemente está determinado por peculiaridades de la función bioquímica y bioeléctrica de cada encéfalo, pero dichas características aún no se conocen en la actualidad.

En ocasiones puede ser heredado un umbral de convulsión bajo, en el que algunos mecanismos genéticamente determinados producen mayor susceptibilidad a la epilepsia en los miembros de una familia. Un umbral de convulsión muy bajo puede ser rebasado cuando se eleva la excitabilidad del encéfalo por factores como la fiebre, la hipoglucemia o la supresión de medicamentos. Cuando existen lesiones intracraneales (por ejemplo, las originadas por traumatismo, infección, enfermedad vascular o neoplasia), el umbral individual de convulsión puede ser determinante para que ocurra o no la epilepsia.

CONDUCTA DE LAS DESCARGAS EPILEPTICAS

La manera como una descarga epiléptica se manifiesta clínicamente depende de la zona del encéfalo en que se origina la descarga excesiva y de las zonas a las que se difunde. Las descargas originadas en la parte alta del tallo encefálico (formación reticular mesodiencefálica; sistema centroencefálico) se proyectan en forma difusa y simultánea a todo el encéfalo. Esta descarga primariamente generalizada se asocia con pérdida de la conciencia con fenómenos motores bilaterales o sin ellos. Una descarga epiléptica que se inicie en la corteza cerebral puede mantenerse localizada o propagarse localmente para afectar neuronas corticales adyacentes; o bien, difundirse por vías cortico-talámicas para activar los mecanismos mesodiencefálicos de la sustancia gris profunda del tallo encefálico alto para producir una descarga secundariamente generalizada. La descarga local de una zona de la corteza cerebral provoca eventos que semejan las manifestaciones comunes de la función de esa zona y de las zonas a las que se disemina. Si la descarga se generaliza en forma secundaria, las manifestaciones típicas de la descarga epiléptica generalizada (pérdida de la conciencia con fenómenos motores bilaterales o sin ellos) se superponen a las manifestaciones de la descarga cortical local. Por ejemplo, una crisis motora focal (jacksoniana) puede mantenerse localizada a los dedos de una mano; puede propagarse localmente para afectar la mano, el antebrazo, el

brazo y quizá la pierna del mismo lado; o la manifestación local de la descarga cortical puede ir seguida de una convulsión generalizada y pérdida de la conciencia, resultantes de una descarga primariamente generalizada originada en la formación reticular mesodiencefálica.

Si la descarga cortical focal se origina en una área silenciosa del encéfalo (por ejemplo, los lóbulos frontales o el lóbulo temporal no dominante) puede no producir ninguna sintomatología aparente. Pero si esta misma descarga se disemina a la formación reticular mesodiencefálica, el paciente puede presentar las manifestaciones clínicas de una descarga generalizada sin que haya síntomas previos sugerentes de que la descarga se originó en la corteza cerebral.

CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA

Algunos pacientes presentan epilepsia por una causa demostrable conocida (por ejemplo, lesión craneal, neoplasia cerebral, hipoglucemia, supresión de medicamentos), mientras que otros pacientes presentan crisis epilépticas sin causa demostrable.

Por lo tanto, es posible clasificar a la epilepsia en base a su etiología, como se indica en el cuadro 1. La Liga Internacional contra la Epilepsia ha propuesto una clasificación probable de origen en el encéfalo, con la correlación subsecuente entre el criterio primario y la etiología de la epilepsia, ver cuadro 2. En esta clasificación de las crisis generalizadas se caracterizan por los siguientes puntos:

1. La descarga anormal se origina en la formación reticular mesodiencefálica o en un sitio muy cercano a la misma y casi instantáneamente se proyecta en forma amplia y difusa a todo el encéfalo.
2. El electroencefalograma muestra descargas difusas, sincrónicas y simétricas en forma de espigas y ondas lentas.
3. Clínicamente, desde el principio puede ocurrir alteración de la conciencia y fenómenos motores bilaterales; ambas alteraciones varían en gravedad y duración, por lo que las crisis pueden ir desde lapsos transitorios de inconsciencia (ausencias; pequeño mal), lapso de inconsciencia con proporción variable de contracciones clónicas bilaterales (ausencias mioclónicas) hasta convulsiones tónicas, clónicas y tonicoclónicas (gran mal).
4. Etiológicamente, la descarga excesiva de la formación reticular mesodiencefálica puede estar relacionada con factores genéticos que vuelven inestable el sistema. Con menos frecuencia puede deberse a causas orgánicas o químicas. Es posible que sólo, o principalmente, los tipos hereditarios de epilepsia generalizada comiencen en la formación reticular mesodiencefálica.

En la epilepsia primariamente generalizada de causa adquirida, la descarga excesiva puede originarse fuera de la formación reticular mesodiencefálica, pero diseminarse tan rápido a esta región, que su proyección generalizada subsecuente sólo se manifiesta en forma clínica o electroencefalográfica. En estos enfermos la colocación de elec-

tros profundos puede indicar el origen verdadero de la descarga excesiva.

Las crisis parciales tienen las siguientes características:

1. La descarga excesiva se origina en un grupo de neuronas en cualquier parte del encéfalo que no sea el sistema mesodiencefálico. La descarga puede mantenerse localizada, difundirse localmente o diseminarse con amplitud para afectar el sistema mesodiencefálico, el cual puede entonces ser activado y producir una crisis generalizada secundaria al fenómeno cortical primario.
2. En el electroencefalograma las descargas se inician localmente, aunque después pueden volverse bilaterales o difusas.
3. Las manifestaciones clínicas dependen del sitio en donde se produce la descarga local y de si permanece localizada o se disemina en forma amplia para afectar la formación reticular mesodiencefálica. Sus manifestaciones son diversas.
4. Por su etiología, la epilepsia parcial siempre es producida por alteraciones locales del encéfalo (aunque esta alteración en ocasiones sea hereditaria, como en la esclerosis tuberosa).

La alteración local del encéfalo que causa la epilepsia puede ser clasificada de acuerdo a la edad del paciente:

Infancia y Adolescencia;

Lesión cerebral al nacimiento, anóxica o de otro tipo.

Anomalías congénitas y del desarrollo, incluyendo malformación arteriovenosa.

Secuelas de meningitis o encefalitis.

Vida adulta por abajo de los 50 años:

Lesión craneal.

Esclerosis medial del lóbulo temporal, con frecuencia debida a hipoxia cerebral temprana.

Tumores cerebrales, a menudo primarios.

Malformación arteriovenosa.

Vida adulta por arriba de los 50 años:

Enfermedad oclusiva cerebrovascular.

Tumores cerebrales, primarios o metastásicos.

Atrofia cerebral.

LAS CAUSAS EXTRACRANEALES DE LA EPILEPSIA INCLUYEN:

Trastorno anóxico
por ejemplo, paro cardiaco o respiratorio.

Trastorno endocrino
por ejemplo, hipoglucemia; hipocalcemia.

Enfermedad renal
por ejemplo, uremia

Embarazo
por ejemplo, eclampsia

Venenos y sustancias tóxicas
Por ejemplo, alcohol, plomo, hidrocarburos clorados (insecticidas, supresión barbitúrica).

CUADRO 1. CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA SEGUN SU ETIOLOGIA

1. EPILEPSIA IDIOPATICA (primaria o constitucional)

Sin causa aparente

Caracterizada clínicamente por:

Crisis mayores (gran mal)

Crisis menores (ausencias, pequeño mal)

(crisis mioclónicas)

(crisis acinéticas)

2. EPILEPSIA SINTOMATICA (secundaria)

a. Debida a causas intracraneales.

b. Debida a causas extracraneales.

Caracterizada clínicamente por:

Síntomas corticales focales.

Síntomas corticales focales que preceden a una crisis mayor.

Crisis mioclónicas.

CLASIFICACION DE LA EPILEPSIA ADAPTADA DE LA CLASIFICACION
PROPUESTA POR LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA

1. Crisis Generalizada

Crisis simétricas bilaterales sin inicio local; clínicamente manifestadas
por:

- a. Ausencias
- b. Mioclonos bilaterales
- c. Espasmos infantiles
- d. Crisis clónicas
- e. Crisis tónicas
- f. Crisis tonicoclónicas
- g. Crisis acinéticas.

2. Crisis parciales

Las crisis se inician localmente con:

- a. Sintomatología elemental
 - motora
 - sensorial
 - autónoma
- b. Sintomatología compleja
 - alteración de la conciencia
 - alucinaciones complejas

síntomas afectivos
automatismo

c. Crisis parciales que se tornan en crisis tonicoclónicas generalizadas.

3. Crisis no clasificables

Crisis que no pueden ser clasificadas debido a datos incompletos.

CARACTERISTICAS SINTOMATICAS DE LA EPILEPSIA

EPILEPSIA GENERALIZADA

Las descargas epilépticas que se originan en la formación reticular mesodiencefálica, o aquellas que rápido la alcanzan pueden proyectarse en forma súbita y sincrónica a todo el encéfalo. Cuando esto ocurre, en la forma más leve de esta epilepsia generalizada cada descarga pronto es seguida de una onda de supresión cortical y la crisis que se produce está caracterizada por un corto lapso de inconsciencia (una ausencia o de crisis de pequeño mal). Cuando la inhibición cortical es menos eficaz, el paso de inconsciencia puede acompañarse de una o varias contracciones musculares bilaterales breves (varias formas de crisis mioclónicas). Cuando existe relativamente poca inhibición cortical, los fenómenos motores bilaterales dominan el cuadro clínico aún cuando persista pérdida de la conciencia. La epilepsia generalizada puede manifestarse por alguno de los siguientes tipos de crisis:

1. Ausencias
2. Miocloro Bilateral
3. Espasmos Infantiles
4. Crisis Clónicas
5. Crisis Tónicas
6. Crisis Tonicoclónicas
7. Crisis Acinéticas

Criterio diagnóstico de la epilepsia generalizada:

1. Patrón sintomático de la crisis
2. Edad de inicio casi siempre durante la primera o segunda década de la vida.
3. Frecuentemente con tendencia familiar
4. Sin signos neurológicos anormales en la variedad primaria (hereditaria)
5. Cambios electroencefalográficos característicos por lo general presentes.

AUSENCIAS

(Crisis menores, pequeño mal)

Las ausencias (ataques de lapso o crisis de pequeño mal) son de corta duración, prolongándose rara vez más de unos pocos segundos. En estas pérdidas transitorias de la continuidad de la conciencia, el paciente, que por lo general es un niño actúa característicamente de la siguiente manera:

1. Repentinamente interrumpe lo que está haciendo ya sea comiendo, jugando o hablando.
2. Puede fijar la vista al frente o girar los ojos hacia arriba.
3. Durante algunos segundos no responde, ni habla, ni entiende las palabras.

4. Después de esto, continua lo que estaba haciendo antes de la crisis y tal vez no se dé cuenta del episodio.

Tales crisis pueden ser muy frecuentes, presentándose 10, 20 e incluso hasta 100 al día, y en algunos enfermos las descargas eléctricas anormales ocurren casi continuamente (estado de ausencia o de pequeño mal), permaneciendo el paciente en un relativo estado de confusión.

CRISIS ACINETICAS Y MIOCLONICAS

El mioclono es mejor considerado como la expresión motora de un sistema neuronal hiperexcitable. Puede originarse en un nervio craneal (por ejemplo, el nervio facial), la médula espinal o el tallo encefálico (mioclono palatino), pero estas manifestaciones por lo común no son consideradas como epilépticas. El mioclono epiléptico parece provenir de descargas bilaterales originadas dentro o cerca de la formación reticular mesodiencefálica. En general se manifiesta por contracciones de las dos extremidades superiores, las dos extremidades inferiores, o ambas, y puede asociarse con crisis de pérdida del tono postural (crisis acinéticas) o con crisis tonicoclónicas (mayores).

Las crisis mioclónicas pueden presentarse en la epilepsia idiopática (a menudo asociadas con cambios electroencefalográficos muy similares a los de las ausencias del pequeño mal). También ocurren crisis semejantes, con diversos tipos de paroxismos electroencefalográficos

bilaterales, como manifestaciones de epilepsia adquirida en las siguientes circunstancias:

1. Patología difusa del encéfalo, por ejemplo, lipidosis, encefalitis esclerosante subaguda, esclerosis tuberosa (algunas veces ocurre mioclonos por un susto, por ejemplo, un golpe soplivo sobre la mesa de exploración o un palmoteo).
2. Epilepsia mioclónica familiar. Un estado degenerativo progresivo familiar caracterizado por:
 - a. Crisis mioclónicas y acinéticas
 - b. Crisis tonicoclónicas mayores
 - c. Síntomas extrapiramidales
 - d. Síntomas cerebelosos
 - e. Demencia
3. Mioclonos de acción. Una secuela de lesión hipóxica o encefalitis.
4. Espasmos infantiles (hipsarritmia; Síndrome de West).
5. Síndrome de Lennox-Gastaut.
6. Trastornos bioquímicos, por ejemplo uremia, insuficiencia hepática.

Por lo general, el mioclonos nocturno, una contracción mioclónica súbita que ocurre cuando el individuo está por dormirse, es completamente benigno y no tiene significado clínico o epiléptico. Puede ser considerado de significado similar a las experiencias ocasionales de "lo ya visto" (déja vu) en que ambas son señales de inestabilidad potencial del sistema nervioso normal.

Espasmos infantiles: Esta variedad particular de epilepsia generalizada (sintomática) ocurre en los lactantes. Parece haber dos grupos etiológicos.

1. Espasmos infantiles posiblemente relacionados con retardo en la maduración del cerebro.
2. Este trastorno asociado con patología cerebral difusa, por ejemplo, traumatismo cerebral al nacimiento, varios tipos de encefalopatía, esclerosis tuberosa, defectos congénitos.

El inicio generalmente es entre los tres y los siete meses de edad, siendo el síntoma inicial breves ataques de cabeceo a menudo considerados en forma errónea como ausencias de pequeño mal, ataques de de navaja de bolsillo (en los que el cuerpo súbitamente se flexiona hacia adelante) o ataques de zalema (caracterizados por movimientos hacia arriba de los brazos y luego flexión del tronco). En algunos pacientes puede haber extensión de una pierna sobre la cadera y los espasmos con frecuencia se asocian a un grito. Estos espasmos por lo común ocurren en grupos de ataques sucesivos varias veces al día y, como lo sugiere el nombre "espasmo" o su sinónimo "crisis relámpago" en general son momentáneos. Estos espasmos ocurren con un fondo de movimientos inquietos y la mayoría de los lactantes afectados son, o se tornan, mentalmente subnormales. También puede desarrollar crisis epilépticas tonicoclónicas generalizadas.

Síndrome de Lennox-Gastaut. Esta variedad de epilepsia mioclónica, a veces eufemísticamente llamada epilepsia "motora menor", tiende a iniciarse en la niñez, a menudo alrededor de los cuatro o seis años de edad. Este trastorno por lo general es de causa adquirida. Existen contracciones mioclónicas bilaterales repetidas, en ocasiones de considerable gravedad. El niño puede ser lanzado al suelo por la violencia de las contracciones y lesionarse por la caída.

Crisis Tónicas: Están caracterizadas por una postura anormal que adopta el individuo durante segundos o minutos con o sin pérdida de la conciencia. Generalmente hay flexión de las extremidades superiores y extensión de las inferiores. Este trastorno tal vez se relaciona con liberación de los ganglios basales de su control cortical. Este tipo de crisis puede presentarse en los trastornos intracraneales (por ejemplo, encefalitis, traumatismo al nacimiento) o extracraneales (por ejemplo, hipocalcemia).

CRISIS TONICOCLONICAS

(Crisis mayores, gran mal, convulsiones generalizadas)

Están caracterizadas por la siguiente secuencia de acontecimientos:

1. En ocasiones puede existir un periodo prodrómico de irritabilidad o tensión que dura varias horas o días.

2. En la epilepsia originada en la formación reticular mesodiencefálica no hay aura. El paciente por lo general pierde la conciencia en forma súbita e imprevista, aparece rigidez en extensión, en ocasiones con un grito, cae al piso, puede orinarse y estar apnéico.
3. Después de algunos segundos de intenso espasmo de la cara, tronco y extremidades, prosigue un breve periodo de interrupción del tono muscular, apareciendo posteriormente contracciones sincrónicas bilaterales y generalizadas.
4. Estos movimientos clónicos poco a poco se hacen frecuentes menos intensos y por último desaparecen, dejando al paciente comatoso y flácido.
5. Lentamente retorna la conciencia, a menudo con síntomas postictales de confusión, cefalea y somnolencia.

Las crisis tonicoclónicas son la manifestación más grave de la epilepsia generalizada.

EPILEPSIA PARCIAL (SINTOMÁTICA)

El concepto de que la epilepsia puede tener un origen focal en el encéfalo no es nuevo. En 1888, Jughlings Jackson describió crisis epilépticas producidas por lesiones del uncus. La descarga eléctrica anormal inicial de la epilepsia parcial puede permanecer localizada (por ejemplo, el temblor de un dedo puede ser la única manifesta-

ción epiléptica) o puede diseminarse por varias vías.

1. La descarga puede difundirse en forma secuencial a lo largo de una circunvolución en un fenómeno Jacksoniano (por ejemplo, del dedo a la muñeca, al antebrazo y al brazo).
2. La descarga puede difundirse en forma centrífuga desde su sitio de origen (por ejemplo, en una crisis originada en el lóbulo temporal o frontal, la diseminación de la descarga a la corteza premotora puede provocar rotación contralateral de la cabeza).
3. La descarga que comenzó focalmente en la corteza puede difundirse a través de las vías corticotalámicas hasta alcanzar la formación reticular mesodiencefálica con pérdida de la conciencia y crisis tonico-clónica mayor secundaria a la generalización de la descarga.

La sintomatología de la crisis parcial dependerá del sitio en que ocurre la descarga anormal y a menudo constituye una verdadera evidencia de localización. Se ha sugerido que la epilepsia parcial puede estar causada por una descarga eléctrica anormal en cualquier extremo del eje corticotalámico y que un foco irritativo en el diencefalo puede descargar por las vías talamocorticales hasta algún segmento de la corteza. Sin embargo, para fines clínicos la epilepsia parcial deberá tomarse como sinónimo de epilepsia sintomática, casi siempre debida a patología cortical focal.

SINTOMAS

Las crisis originadas en la corteza motora producen movimientos clónicos, a veces tónicos, que se inician localmente en una extremidad o parte de la misma; si es en la corteza parietal sensorial (posrolándica) pueden experimentarse parestesias o, más raramente disestesias. Las lesiones de la corteza occipital producen fenómenos de crisis negativa (alteración súbita y breve de la visión en parte o en todo el campo visual) o positiva (en general alucinaciones visuales amorfas, por ejemplo, luces centelleantes). Si también está afectado el lóbulo temporal adyacente, pueden experimentarse alucinaciones formes, por ejemplo, una escena compleja. Las crisis del lóbulo frontal con frecuencia están desprovistas de manifestaciones focales por lo que, cuando la descarga se generaliza, hay pérdida de la conciencia sin actos previos, lo que sugiere en forma equivocada un diagnóstico clínico de epilepsia generalizada (idiopática). En ocasiones hay crisis con contenido psíquico cuyo origen está en el lóbulo frontal.

CRISIS DE LOBULO TEMPORAL

Estas comprenden cerca de una tercera parte de todas las epilepsias, y el contenido psíquico de las crisis las hacen en especial susceptibles a un diagnóstico equivocado.

CAUSAS

El lóbulo temporal es particularmente vulnerable a la lesión y, por lo tanto, a la producción de focos epileptógenos por las siguientes razones:

1. Herniación del hipocampo a través del borde libre de la tienda del cerebelo y que puede ocurrir durante el nacimiento o como resultado de edema cerebral en el lactante. Esta herniación impide la circulación sanguínea del lóbulo temporal a través de las arterias carótidas anterior y posterior, con la consiguiente lesión anóxica y gliosis (esclerosis incisural; esclerosis del cuerpo de Ammon; esclerosis medial del lóbulo temporal).
2. Algunas zonas del lóbulo temporal parecen ser en particular susceptibles a la anoxia de cualquier tipo y también a la hipoglucemia.
3. Lesiones craneales por aceleración y desaceleración en la vida adulta con frecuencia hacen que el ala esfenoidal lesione las superficies anterior e inferior del lóbulo temporal.
5. Aunque los infartos, neoplasias, hamartomas y malformaciones vasculares pueden afectar cualquier parte del encéfalo, cuando ocurren estas lesiones en relación a la superficie medial del lóbulo temporal parecen tener una mayor potencialidad epileptógena que las lesiones similares ocurridas en otra parte.

SINTOMAS

La epilepsia parcial del tipo del lóbulo temporal puede dar origen a síntomas extremadamente variados en diferentes personas, los que pueden resumirse como:

SENSACION EPIGASTRICA

Esta alucinación somática es uno de los síntomas más comunes y consiste en una sensación peculiar, generalmente molesta, a menudo descrita como aprensión, que comienza en el epigastrio y asciende hacia el tórax y la garganta. Puede estar asociada con sensaciones en la boca y los labios y con deglución involuntaria.

ALUCINACIONES

Estas pueden afectar la percepción del olfato, del gusto, de la audición, de la vista y de la postura (vértigo). Algunas veces la alteración visual es una ilusión más que una alucinación, pareciendo los objetos pequeños, lejanos o distorsionados.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Pueden experimentarse sensaciones de lo ya visto (sensación indebida de familiaridad con un ambiente no familiar), de lo jamás visto (sensación de no familiaridad con un ambiente familiar), de que el tiempo se detiene o de recuerdos que pasan vertiginosamente, como en la memoria panorámica. En ocasiones hay evocación forzada de escenas, palabras o frases.

ESTADOS ONIRICOS

También se experimentan sensaciones de irrealidad (desrealización o despersonalización).

AUTOMATISMO PRIMARIO

El automatismo primario debe distinguirse del automatismo secundario, el cual comúnmente sigue a las crisis mayores. En algunos ataques del lóbulo temporal el automatismo puede ser la única manifestación epiléptica o puede ocurrir como preludeo de una crisis mayor.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Como la superficie interna del lóbulo temporal incluye al sistema límbico, no es sorprendente que se puedan presentar trastornos de la emoción en la epilepsia del lóbulo temporal, estos trastornos incluyen episodios de ansiedad, miedo, éxtasis, depresión, sentimientos paranoides o puede haber una mezcla de emociones.

Una crisis focal del lóbulo temporal puede producir una manifestación aislada o puede abarcar una sintomatología complicada con gran sobreposición. Por lo tanto, puede ser difícil localizar el origen de una descarga dentro del lóbulo temporal o aún lateralizarla, aunque la disfasia sugiere afección del hemisferio dominante. Los síntomas complejos descritos son las "rúbricas" del lóbulo temporal e indican que

la descarga focal se originó en esa parte del cerebro y, por lo tanto, es una variedad de epilepsia parcial.

Al igual que en otras variedades de epilepsia parcial, después de la manifestación focal puede desencadenarse una crisis mayor; en la epilepsia del lóbulo temporal, esto con frecuencia es nocturno. No pocas veces la crisis generalizada toma la forma de un breve periodo de amnesia. Si la manifestación focal del trastorno del lóbulo temporal es mínima u olvida, las ausencias epilépticas del lóbulo temporal pueden semejar al pequeño mal idiopático, a menudo hay algo de confusión postictal.

OTRAS VARIEDADES DE EPILEPSIA

Con el paso de los años se han descrito otras variedades de Epilepsia. Estas epilepsias no son variantes de los trastornos que existen en los otros tipos de Epilepsia ya descritos. Son importantes patrones clínicos de Epilepsia que eran bien conocidos antes de que entrara en uso la Clasificación de la Crisis Epilépticas de la Liga Internacional, sólo que en tal clasificación no son denominadas como tales (17).

EPILEPSIA REFLEJA

Epilepsia refleja es un término empleado para indicar las variedades de epilepsia, generalizada o parcial, en las que la crisis es desencadenada por estímulos más o menos definidos. Se ha hecho uso de este fenómeno en la electroencefalografía, empleándose respiración forzada y estímulos luminosos para provocar anomalías paroxísticas en el EEG.

El mecanismo de hiperventilación en este contexto es incierto, pero es posible que al producir alcalosis extracelular permita un movimiento de iones Na^+ hacia el interior de la neurona, con la consiguiente reducción de la polaridad de la membrana y con un mayor riesgo de descarga neuronal. La hiperventilación también causa hipocapnia, que tiende a producir vasoconstricción intracraneal y disminución del flujo sanguíneo cerebral. Estos efectos de la respiración forzada pueden po-

ner de manifiesto anormalidades latentes de epilepsia generalizada o parcial. Las ausencias (pequeño mal) son particularmente susceptibles de ser desencadenadas por la hiperventilación. La estimulación luminosa se lleva a cabo con un estroboscopio que produce destellos luminosos de alta intensidad a frecuencias variables de 0.5 Hz cerca de los ojos del sujeto. En muchas personas normales la estimulación con el estroboscopio afecta las frecuencias occipitales del electroencefalograma, de manera que estas frecuencias tienden a seguir la velocidad de los destellos producidos por el estroboscopio. En algunos individuos las descargas anormales se limitan a las regiones occipitales, mientras que en unos cuantos en particular aquéllos con epilepsia generalizada, se producen descargas paroxífticas diseminadas de espiga y onda.

LA EPILEPSIA FOTOGENA

Se presenta clínicamente en diversas circunstancias, que incluyen pasar de la penumbra a la luz intensa, manejar un vehículo por un camino sembrado de árboles cuando la luz del sol pasa a través de las ramas, observar una rueda giratoria o un péndulo oscilante y ver televisión muy cerca, en particular si la pantalla tiene fluctuaciones frecuentes. En los niños con epilepsia fotógena puede encontrarse en ocasiones una conducta neurótica, a menudo compulsiva, en la que ellos mismos producen las crisis al fijar la vista en una luz intensa y parpadear rápidamente o agitar una mano de un lado a otro frente a sus ojos.

La epilepsia fotógena es una manifestación de epilepsia generalizada. Aunque rara, puede ocurrir otra variedad de epilepsia generalizada inducida en forma refleja después de la lectura prolongada o concentrada (epilepsia por la lectura).

Los estímulos auditivos también pueden inducir epilepsia refleja. Un ruido intenso puede provocar una crisis o, como en la epilepsia musicógena, el ataque puede ser desencadenado por una melodía particular, por el sonido de determinado instrumento o aún por el repique de cierta campana. La epilepsia musicógena parece ser una epilepsia parcial (del lóbulo temporal).

Un sobresalto o impresión puede precipitar un ataque epiléptico y también lo puede inducir un movimiento brusco. Esta epilepsia inducida por movimientos puede tener una presentación familiar y comúnmente el trastorno ocurre por primera vez en la niñez o en la adolescencia. Tales ataques tienden a presentarse después de un movimiento brusco, como levantarse de una silla o empezar a correr, y las crisis se caracterizan por un espasmo tónico asociado con movimientos atetoides o coreiformes de una extremidad, un brazo o una pierna, o de toda la musculatura, aunque se mantiene la conciencia. La causa no es clara; tales episodios pueden ser una variedad de epilepsia generalizada (a menudo mioclónica), ya sea primaria o sintomática, o pueden indicar una lesión focal en el área motora suplementaria de la corteza o en los ganglios basales. Suele haber una respuesta satisfactoria a la terapéu-

tica anticonvulsivante.

En ocasiones, la estimulación de una zona particular de la piel puede desencadenar en forma refleja una crisis motora parcial que se inicia en los músculos vecinos, mientras que la estimulación de otra área cutánea cercana puede hacer abortar una crisis inducida cuando ésta no ha progresado demasiado.

Los factores psicológicos, principalmente los trastornos emocionales, pueden provocar un ataque epiléptico, y en algunos pacientes un pensamiento particular puede ser el anuncio de una crisis. (Sin embargo, es posible que el pensamiento particular sea ya el primer síntoma de una descarga del lóbulo temporal). Las ausencias del pequeño mal y la epilepsia del lóbulo temporal son en especial sensibles a la emoción.

En ocasiones el paciente puede detener el ataque al distraer en forma consciente su pensamiento en alguna otra cosa, por ejemplo concentrarse con intensidad en una cuenta o en un cálculo matemático.

EPILEPSIA POSTRAUMÁTICA

Es bien sabido que la epilepsia puede ser consecuencia de una lesión craneal, pero al considerar la frecuencia de la epilepsia posttraumática es necesario subdividir a tales pacientes en: 1) pacientes con heridas craneanas por proyectil y 2) pacientes con lesiones cra-

neales cerradas.

HERIDAS CRANEALES POR PROYECTIL

La frecuencia total de epilepsia postraumática en heridas craneales por proyectil es alrededor de 33%.

LESIONES CRANEALES CERRADAS

La epilepsia postraumática en los pacientes con lesiones craneales cerradas puede clasificarse en: 1) inmediata, 2) tardía y 3) temprana.

EPILEPSIA INMEDIATA

Este raro fenómeno se presenta unos minutos después del traumatismo, el que a menudo es relativamente leve. Por lo general, sólo existe una crisis que nunca más se repite. Este es un trastorno benigno y su pronóstico es excelente.

EPILEPSIA TEMPRANA

Esta puede definirse como crisis que se presentan durante la primera semana, pero no en los primeros minutos, después del traumatismo. Parece ser más común cuando hay fractura de cráneo, cuando hay signos neurológicos de lesión cerebral orgánica y cuando el periodo de amnesia postraumática es prolongado. La principal importancia de esta variedad de epilepsia postraumática es la mayor tendencia en tales pacientes a presentar epilepsia tardía. Hay algunas pruebas de que la administración de anticonvulsivos durante doce a veinticuatro

meses después del traumatismo disminuye el riesgo.

EPILEPSIA TARDIA

Esta epilepsia se presenta después de lesiones craneales cerradas y puede ser definida como crisis que ocurren en un intervalo de más de una semana a partir del momento del traumatismo. Aunque el riesgo total de que se desarrolle este trastorno es de 5%, la frecuencia varía ampliamente de acuerdo al tipo de lesión. Así la epilepsia temprana o la presencia de un hematoma intracerebral, incrementa el riesgo hasta 25% ó 30% de probabilidad. Este llega aproximadamente hasta 50% cuando existe fractura deprimida asociada con desgarramiento de la duramadre junto con epilepsia temprana o amnesia postraumática de más de 24 horas de duración. Al estimar el posible riesgo de que un paciente con lesión craneal presente epilepsia, la duración de la amnesia postraumática por sí misma, es poco importante, siendo los tres factores de mayor importancia la presencia de epilepsia temprana, la existencia de una fractura deprimida o el desarrollo de un hematoma intracraneal.

TRASTORNOS EPISODICOS DE LA CONDUCTA EN LOS NIÑOS

Los trastornos de la conducta en los niños pueden subdividirse en dos grupos principales, un tipo psicógeno y otro, menos frecuente, epiléptico, aunque hay también trastornos de la conducta resultantes de una combinación de factores psicológicos y epilepsia.

GRUPO PSICOGENO

En estos pacientes los trastornos de la conducta se relacionan con factores genéticos, ambientales o paternos, o con tensiones emocionales asociadas, por ejemplo, rivalidad entre los hermanos. Tales pacientes (y sus padres) son mejor tratados con medidas psicoterapéuticas.

GRUPO EPILEPTICO

Los trastornos episódicos de la conducta, de naturaleza epiléptica, se encuentran entre los niños con: 1) episodios de conducta impulsiva con amnesia o sin ella, para el episodio, 2) paroxismos de conducta anormal que ocurren ante un antecedente de conducta por lo general mala.

En este grupo de pacientes, el electroencefalograma puede mostrar un exceso inespecífico de actividad lenta bilateral sobre los lóbulos temporales o sobre la mitad posterior de la cabeza, o bien, alteraciones paroxísticas frecuentemente sobre las regiones temporales posteriores. Para que el trastorno se considere epiléptico con más probabilidad, deberá encontrarse que la conducta anormal ocurra sin provocación y que el electroencefalograma muestre anomalías paroxísticas.

El que la conducta sea mejor después de administrar drogas antiepilépticas, no basta para argumentar que el trastorno de la conducta es de origen epiléptico, ya que a menudo los medicamentos an__

tepilépticos tienen propiedades tranquilizantes y cualquier tranquilizante puede mejorar tales trastornos.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA PSICOGENO-EPILEPTICOS

Los trastornos de conducta pueden ser resultado de una combinación de factores psicógenos y epilépticos. Por el hecho de tener epilepsia algunos niños buscan aislarse de sus compañeros, originándose trastornos psicológicos y de conducta. Tales niños, debido a su dificultad para aceptar la enseñanza normal y la disciplina escolar, con frecuencia se unen a grupos marginados y desarrollan una tendencia a las actividades antisociales.

CONVULSIONES FEBRILES SIMPLES O BENIGNAS

Esta es una variedad de epilepsia generalizada que merece consideración especial debido a ciertas características que posee, en particular el buen pronóstico en cuanto a que las convulsiones por lo general desaparecen en la segunda década de la vida. Las siguientes características permiten hacer un diagnóstico de convulsiones febriles benignas:

1. Convulsiones generalizadas repetidas, sin crisis focal, asociadas con y sólo con enfermedades febriles.
2. Un antecedente familiar de convulsiones asociadas con enfermedades febriles durante la niñez.

3. Un electroencefalograma normal tomado fuera de las crisis y un exámen neurológico normal.
4. Inicio por lo general durante los primeros tres años de vida y desaparición de las crisis a los cinco o seis años de edad.

Las convulsiones febriles son mejor clasificadas como una variedad de epilepsia generalizada (primaria) en la que, durante la primera década de la vida, existe un umbral de convulsión bajo que está determinado genéticamente. En época posterior, el umbral de convulsión alcanza niveles más "normales" A la gran mayoría de los niños con convulsiones febriles como las ya definidas "se les pasa con la edad", pero en raras ocasiones puede producirse lesión cerebral, presumiblemente de naturaleza anóxica, por una convulsión febril prolongada, y si esta zona lesionada resulta ser epileptógena se superpone una epilepsia parcial (sintomática) a la variedad primaria (generalizada) continuando con crisis epilépticas en la vida adulta.

EPILEPSIA EN LA LACTANCIA Y EN LA INFANCIA

El lactante y el niño de corta edad presentan problemas especiales en el manejo de la epilepsia. Las crisis tienden a ser atípicas en los primeros años de la vida y pueden tomar la forma de episodios de apnea, flacidez, espasmo tónico de las extremidades y el tronco, espasmos unilaterales tónicos o clónicos de extremidades diferentes

en cada ataque, fijación de la mirada, contracciones mioclónicas o espasmos infantiles con crisis de cabeceo o de zalema. A mayor edad, y mayor madurez del sistema nervioso, las crisis pueden modificarse y por último adquirir las características de cualquiera de los tipos de crisis epilépticas del adulto.

Además en los lactantes y niños pequeños puede ser difícil interpretar un EEG único. Sin embargo, los trazos seriados a menudo proporcionarán información de valor e importancia.

Atendiendo a la etiología de las crisis, la edad de inicio es de particular importancia.

En los primeros pocos meses de vida las causas incluyen anomalías congénitas del encéfalo, traumatismo al nacimiento, hipoxia perinatal, hipoglucemia y kernicterus. También debe considerarse la hipocalcemia ya que el riñón inmaduro tiene una relativa incapacidad para excretar fósforo, con la resultante hiperfosfatemia y la consiguiente hipocalcemia. En los lactantes alimentados al seno materno puede ocurrir deficiencia de piridoxina y se sabe que ciertas mezclas de leche son deficientes en vitamina B6. La fenilcetonuria puede asociarse con crisis epilépticas, y en este grupo de edad es donde se presentan los espasmos infantiles.

Entre los seis meses y los dos años de edad ocurren convulsiones febriles benignas. En otras circunstancias merecen considerarse la toxoplasmosis congénita (con corioiditis, hidrocefalia y retraso

mental) y la neurosífilis congénita. Una de las secuelas de encefalopatía y meningitis es la epilepsia, en tanto que la presencia de una lesión cardíaca orgánica puede sugerir que la crisis epiléptica sea una manifestación de embolia cerebral. En ocasiones la hipoglucemia (Idiopática, por hiperinsulinismo o por disfunción hipofisiaria) puede aparecer con crisis epilépticas. De los dos años de edad en adelante ocurren crisis mayores primarias (epilepsia generalizada) así como crisis corticales focales (epilepsia parcial) debidas a traumatismo al nacimiento, errores congénitos del metabolismo, malformaciones arteriovenosas, y a ciertos venenos y toxinas como el plomo y los insecticidas. Desde los cuatro años de edad, las ausencias pueden deberse a epilepsia generalizada hereditaria (pequeño mal), y la epilepsia en un niño expuesto a perros y gatos, cuya sangre muestre eosinofilia, puede deberse a infección por toxocara canis.

De los 5 a los 15 años de edad el cuadro clínico constituido por deterioro en las labores escolares, cambio en la personalidad y presencia de crisis parciales o generalizadas, en general contracciones mioclónicas, asociadas con trastornos piramidales o extrapiramidales, sugiere la presencia de panencefalitis esclerosante subaguda. (El EEG, a menudo muestra descargas bilaterales periódicas consistentes en ondas puntiagudas solitarias). La epilepsia parcial debida a lesión cerebral al nacimiento con frecuencia comienza en este grupo de edad (17).

Carl R. Rogers pertenece a la corriente humanista. Esta teoría es de carácter básicamente fenomenológica y se basa ampliamente en el concepto de sí mismo como construcción explicativa. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenomenológico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, situación que, si se logra, significa librarse de tensiones y ansiedad internas potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente, el establecimiento de un sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana igualmente bien adaptada (14).

Carl R. Rogers inició sus estudios universitarios en Wisconsin en el campo de la Agricultura, en 1924 perdió el interés por la Agricultura Científica y se decidió por el ministerio sacerdotal y empezó a prepararse para el trabajo religioso asistiendo al Union Theological Seminary donde estuvo en contacto con grandes eruditos y maestros, en particular con el Dr. A.C. Mc Giffert, quién creía en la libertad de inquirir y esforzarse por hallar la verdad, donde quiera que ésta nos lleve. En el Unión se empezó a sentir atraído por los cursos y conferencias sobre Psicología y Psiquiatría y asistió a cursos en el Teachers' College de la Universidad de Columbia y comenzó sus prácticas clínicas con niños, bajo la supervisión de Leta Stetter Hollingworth. Mientras estaba en el Teachers' College solicitó y obtuvo una beca en el Instituto de Orientación Infantil patrocinada por Commonwealth Fund. Posteriormente em-

pezó a trabajar como psicólogo en el Departamento de Estudios Infantiles de la Sociedad para la Protección de la Infancia contra la Crueldad en Rochester, Nueva York. Más adelante cuando se creó la Asociación Norteamericana de Psicología Aplicada, empezó a desempeñarse activamente como psicólogo. En 1940 aceptó el puesto de profesor en la Universidad del Estado de Ohio (15).

Para C. Rogers la inadaptación psicológica se produce cuando el organismo rechaza de la conciencia experiencias sensoriales y viscerales significativas, que en consecuencia no son simbolizadas y organizadas en la totalidad de la estructura de su sí-mismo. Cuando se produce esta situación hay una tensión psicológica básica y potencial. Si consideramos la estructura del sí-mismo como una elaboración simbólica de una parte del mundo privado de las experiencias del organismo, podemos comprender que cuando niega la simbolización a gran parte de este mundo privado resultan ciertas tensiones básicas. Luego encontramos que hay una discrepancia real entre el organismo experienciante tal como existe, y el concepto de sí, que ejerce una influencia tan dominadora en la conducta. Este sí-mismo representa muy inadecuadamente la experiencia del organismo. El control consciente se hace más difícil cuando el organismo lucha por satisfacer necesidades que son admitidas conscientemente, y por reaccionar ante las experiencias rechazadas por el sí-mismo consciente. Se produce la tensión, y si el individuo toma conciencia de esta tensión o discrepancia se siente ansioso, siente que no está unificado o integra-

do, que no está seguro de su propia dirección. Estas afirmaciones no son meramente una explicación superficial se relaciona más a menudo con las dificultades ambientales que se enfrentan. El individuo generalmente comunica el sentimiento de falta de integración interna cuando se siente libre para revelar una mayor parte del campo perceptual que es accesible a su conciencia. De este modo, afirmaciones tales como: "No sé qué es lo que temo", "no sé lo que quiero", "no puedo decidirme por nada", "no tengo ningún objetivo verdadero" son muy frecuentes en los casos de consejo, e indican la falta de una dirección intencional integrada en la cual se mueve el individuo. Un ejemplo breve para ilustrar la naturaleza de la inadaptación sería el cuadro familiar de una madre que se podría considerar como rechazante. Como parte de su concepto de sí misma tiene toda una constelación que se puede sintetizar en las palabras: "Soy una madre buena y amante". Esta conceptualización de sí misma se basa en parte, en una simbolización exacta de su experiencia, y en parte en una simbolización distorsionada por la cual introyecta los valores sostenidos por otros como si fueran sus propias experiencias. Con este concepto de sí misma puede aceptar y asimilar aquellas sensaciones orgánicas de afecto que siente hacia su hijo. Pero su sí mismo consciente rechaza la experiencia orgánica de desagrado, disgusto u odio hacia su hijo. La experiencia existe, pero no es posible su simbolización exacta. Hay una necesidad orgánica de realizar actos agresivos que actualizarán estas actitudes y satisfacerán la tensión. El organismo lu-

cha por alcanzar dicha satisfacción pero sólo puede hacerlo a través de canales compatibles con el concepto del yo de una "buena madre". Puesto que la madre buena podría ser agresiva hacia su hijo sólo si éste mereciera un castigo, percibe gran parte de la conducta del niño como mala, merecedora de castigos, y por lo tanto puede llevar a cabo los actos agresivos, sin contradecir los valores organizados en su imagen de sí misma. Si en una situación de gran tensión, en algún momento le gritara a su hijo "te odio", rápidamente podría explicar "no era yo misma" que esa conducta se produjo fuera de su control. "no sé qué me hizo decir eso, porque, por supuesto, no es eso lo que pienso". Este es un buen ejemplo de la mayor parte de las inadaptaciones, en que el organismo lucha por alcanzar ciertas satisfacciones en el campo tal como lo experimenta orgánicamente, en tanto que el concepto de sí es más restringido y no puede admitir en la conciencia muchas de las experiencias reales. Clínicamente se observan dos grados algo diferentes de esta tensión. En el ejemplo anterior, el individuo tiene un concepto de sí definido y organizado, basado en parte, en las experiencias orgánicas (en este caso, sentimientos o afectos) del individuo. Este concepto de madre buena ha sido introyectado a partir de los contactos sociales, también se ha formado a partir de algunas de las sensaciones experimentadas realmente por el individuo, y se ha convertido así en más genuinamente suyo.

En otros casos, el individuo siente, cuando explora su ina

daptación, que no tiene sí mismo, que es un cero, que su único sí mismo consiste en emprender lo que los demás creen que él debiera hacer. El concepto de sí se basa casi completamente en evaluaciones de la experiencia que se toman de los demás, y contiene un mínimo de simbolización exacta de la experiencia y un mínimo de evaluación orgánica directa de la experiencia. Puesto que los valores que sostienen los otros no tienen necesariamente una relación con las experiencias orgánicas reales del individuo, la discrepancia entre la estructura del sí-mismo y el mundo experiencial gradualmente se llega a expresar como un sentimiento de tensión y angustia (14).

La adaptación psicológica existe cuando el concepto de sí mismo es tal que todas las experiencias sensoriales y viscerales del organismo son, o pueden ser, asimiladas en un nivel simbólico en relación compatible con el concepto que tiene de sí. Podemos decir que no hay tensión interna, o hay adaptación psicológica, cuando el concepto de sí es al menos en líneas generales congruente con todas las experiencias del organismo. La mujer que percibe y acepta sus propios deseos sexuales, y también percibe y acepta como parte de su realidad los valores culturales ligados a la supresión de esos deseos, aceptará y asimilará todas las pruebas sensoriales experimentadas por el organismo en este sentido. Esto sólo es posible sólo si su concepto de sí misma en esta área es lo suficientemente amplio como para incluir tanto sus deseos sexuales como su deseo de vivir armónicamente en su cultura. La madre que

"rechaza" a su hijo puede aliviar las tensiones internas relativas a su relación con él, si tiene un concepto de sí misma que le permite aceptar sus sentimientos de desagrado hacia el niño, e igualmente sus sentimientos de afecto y agrado.

La sensación de reducción de la tensión interna es algo que los clientes experimentan a medida que progresan en "Ser yo mismo" o en desarrollar un "nuevo sentimiento acerca de sí mismo". Un cliente después de abandonar gradualmente la noción de que gran parte de su conducta implicaba "no ser yo misma" y de aceptar el hecho de que su yo podía incluir las experiencias y conductas que hasta el momento había excluído, expresó su sensación con estas palabras: "puedo recordar una sensación orgánica de relajación. No tenía ya necesidad de mantener la lucha para cubrir y ocultar a esa persona vergonzosa". Es muy alto el precio de mantener alerta las defensas para impedir que las diversas experiencias surjan en la conciencia. La mejor definición de lo que es la integración parece ser la afirmación de que todas las experiencias sensoriales y viscerales son accesibles a la conciencia a través de la simbolización exacta, y se pueden organizar en un sistema internamente compatible y relacionado con la estructura de sí mismo. Producido este tipo de integración, la tendencia hacia el crecimiento puede operar plenamente, y el individuo avanza en la dirección normal de toda vida orgánica. Cuando la estructura del sí-mismo es capaz de aceptar e incluir en la conciencia las experiencias orgánicas, cuando el sis-

tema organizacional se puede expandir lo suficiente como para contenerlas, entonces se logra una clara integración y un sentido de dirección, y el individuo siente que su fuerza puede dirigirse, y se dirige hacia la realización y el desarrollo de un organismo unificado (14).

M E T O D O L O G I A

PROBLEMA DE INVESTIGACION

Nuestra investigación se centró fundamentalmente en encontrar el nivel de adaptación de los menores epilépticos y no epilépticos, para tal efecto se plantearon hipótesis, a continuación se presentan algunas de ellas.

HIPOTESIS

Hipótesis Nula 1: No existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) con respecto al nivel de adaptación personal.

Hipótesis Alternativa 1: Existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) con respecto al nivel de adaptación personal.

Hipótesis Nula 2: No existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inferioridad personal.

Hipótesis Alternativa 2: Existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inferioridad personal.

Hipótesis Nula 3: No existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inadaptación social.

Hipótesis Alternativa 3: Existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inadaptación social.

nes y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inadaptación social.

Hipótesis Nula 4: No existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inadaptación familiar.

Hipótesis Alternativa 4: Existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de inadaptación familiar.

Hipótesis Nula 5: No existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de fantaseo.

Hipótesis Alternativa 5: Existe diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas) en el área de fantaseo.

METODO

VARIABLES

Variable Independiente: Epilepsia y No-Epilepsia.

Variable Dependiente: Nivel de adaptación personal, inferioridad personal, inadaptación social, inadaptación familiar y fantaseo.

SUJETOS

Se tomó una muestra de 50 niños de ambos sexos, cu-

yas edades oscilaban entre 9 y 13 años, con diagnóstico clínico y electroencefalográfico de epilepsia los cuales se encuentran bajo tratamiento médico en La Clínica de Neuropsiquiatría perteneciente al ISSSTE ubicada en Tlatelolco.

Se tomó otra muestra de 50 niños de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 9 y 13 años, que no padecían epilepsia descartándose la enfermedad por medio del diagnóstico clínico y electroencefalográfico, los cuales son atendidos de diferentes padecimientos en la Clínica de Neuropsiquiatría perteneciente al ISSSTE.

<u>GRUPO CONTROL</u>	
=	
<u>SUJETOS NO EPILEPTICOS</u>	
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	6
Trastorno de Conducta	35
Cefaleas	6
Onicofagia	1
Lento Aprendizaje	2
<u>Total</u>	<u>50</u>

<u>GRUPO EXPERIMENTAL</u>	
=	
<u>SUJETOS EPILEPTICOS</u>	
Ausencias (Crisis Menores, Pequeño Mal)	30
Crisis Tonicoclónicas (Crisis Mayores, Gran Mal)	7
Crisis del Lóbulo Temporal	2
Gran Mal y Pequeño Mal	2
Psicomotora	4
Crisis Convulsivas de tipo Indeterminado	5
<u>Total</u>	<u>50</u>

INSTRUMENTOS

Inventario de Adaptación Personal de Rogers

El inventario es un instrumento ideado para evaluar de un modo general en qué medida un niño está satisfactoriamente adaptado a sus amigos, a su familia y a sí mismo.

También procura obtener alguna información acerca de sus métodos de enfrentar las dificultades. El inventario se presenta en cuaderno, en dos formas una para varones (forma V) y una para niñas (forma N). En general está planeado para administrarse a niños de 9 a 13 años de edad (apéndices A y B).

Puede administrarse en forma individual o grupal.

Se obtienen 4 puntajes de diagnóstico:

1) Puntaje de Inferioridad Personal: Indica aproximadamente la medida en que el niño se siente física y mentalmente inadap-
tado.

2) Puntaje de Inadaptación Social: Trata de medir la adaptación o inadaptación del niño al grupo, en qué grado es infeliz en sus contactos de grupo y en qué grado carece de habilidades sociales para hacer amigos.

3) Puntaje de Inadaptación Familiar: Mide la cantidad de conflicto o desajustes del niño en sus relaciones con sus padres y hermanos.

4) Puntaje de fantaseo: Se trata de la evaluación global de la magnitud de la fantasía del niño, es particularmente valiosa considerarlo en relación con los demás puntajes, pues es signo de cómo el niño resuelve sus problemas.

La calificación está basada en la selección de items correspondientes a cada una de las áreas, dándoles un puntaje específico. Como base para el diagnóstico, se usa una tabla aproximativa de normas. En ésta un puntaje bajo indica que el niño evidencia una adaptación menor que la media. Un puntaje medio indica, que si bien demuestra alguna infelicidad conflicto o dificultad, el niño ha logrado una adaptación media a la vida. Un puntaje alto es indicador de un grado de adaptación más bien grave. Si un niño produce puntajes altos en

más de una área, puede afirmarse que presenta más de la cantidad media de dificultades de personalidad, y que no es un niño bien adaptado.

ENTREVISTA

Se entrevistó a la madre o al padre de cada uno de los menores para obtener información relevante sobre los niños incluyendo: Ficha de identificación, familliograma, historia familiar, social y escolar. Se investigó asimismo algunos puntos específicos en relación con la situación de los niños y que son:

Agresividad, farmacodependencia de uno de los padres, psicosis en alguno de los padres, problemas en la pareja, alcoholismo en uno de los padres, rechazo de alguno de los padres hacia el menor, padres separados, bajo rendimiento escolar del menor, rivalidad entre hermanos, padres sobreprotectores, menor que no socializa, conciencia de enfermedad, padres que piden orientación, supresión de algún juego o deporte al menor, vagancia, negación de la enfermedad, ser objeto de burla, padres en terapia de pareja, menor que recibe un trato diferente del de sus hermanos, otros métodos curativos.

PROCEDIMIENTO

El estudio se inició consultando a las autoridades correspondientes del ISSSTE para pedirles su autorización para la realización del estudio.

Posteriormente se revisaron las listas de los niños epilépticos que son atendidos en la Clínica de Neuropsiquiatría del ISSSTE ubicada en Tlatelolco y se tomaron 50 niños con diagnóstico clínico y electroencefalográfico de epilepsia, de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 9 y 13 años.

Se tomaron también 50 niños de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 9 y 13 años, que no eran epilépticos descartando la enfermedad por medio del diagnóstico clínico y electroencefalográfico los cuales son atendidos de diferentes padecimientos en la Clínica de Neuropsiquiatría del ISSSTE. Se les aplicó respectivamente el Inventario de Adaptación Personal de Rogers en sus formas para varones y niñas. Se entrevistó al padre o a la madre de cada uno de los sujetos.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

Para tener una idea de la distribución de los datos, primeramente se agruparon en tablas de distribución de frecuencias los puntajes obtenidos por el grupo de epilépticos (varones y niñas) como de no epilépticos (varones y niñas) en el Inventario de Adaptación Personal de Rogers. Posteriormente se obtuvieron sus promedios y las desviaciones estándar correspondientes.

Una vez obtenidas estas medidas de tendencia central y de dispersión recurrimos al procedimiento estadístico conocido como prueba de hipótesis de diferencia de promedios haciendo uso de la ca-

lificación Z ya que el tamaño de la muestra N es mayor de 30 elementos. Para ver si existía alguna diferencia significativa entre el grupo de epilépticos (niñas y varones) y el grupo de no epilépticos (niñas y varones) y así poder contrastar nuestras hipótesis en las 5 áreas del Inventario de Adaptación Personal de Rogers:

Inferioridad Personal

Inadaptación Social

Inadaptación Familiar

Fantaseo

Adaptación Personal

Se recurrió a la fórmula:

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Con los mismos fines se utilizó asimismo, la prueba t ya que al hacer la partición de los grupos el tamaño de la muestra era inferior a 30 elementos. Con dicha prueba es posible contrastar las hipótesis, es decir comprobar si existe alguna diferencia significativa entre los puntajes promedios obtenidos entre niñas epilépticas y niñas no epilépticas en las áreas del Inventario siguientes:

Inferioridad Personal

Inadaptación Social

Inadaptación Familiar

Fantaseo

Adaptación Personal

La fórmula utilizada en este caso fué:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^2}{N_1} + \frac{N_2 S_2^2}{N_2}}}$$

$$\sqrt{\frac{N_1 S_1^2}{N_1} + \frac{N_2 S_2^2}{N_2}} \quad \sqrt{\frac{I}{N_1} + \frac{I}{N_2}}$$

Se alternaron por tanto, estos dos procedimientos estadísticos en la medida en que el tamaño de la muestra fuese mayor o menor de 30 elementos, así por ejemplo, se utilizó la prueba Z para observar si existía alguna diferencia significativa entre:

VARONES EPILEPTICOS Y NIÑAS NO EPILEPTICAS

NIÑAS EPILEPTICAS Y VARONES NO EPILEPTICOS

NIÑAS EPILEPTICAS Y VARONES EPILEPTICOS

VARONES NO EPILEPTICOS Y NIÑAS NO EPILEPTICAS

VARONES NO EPILEPTICOS Y VARONES EPILEPTICOS

en las áreas del Inventario de Adaptación Personal de Rogers:

Inferioridad Personal

Inadaptación Social

Inadaptación Familiar

Fantaseo

Adaptación Personal. (ver cuadros 3 y 4).

En ambas pruebas el nivel de significancia adoptado fué de 0.05- pre-
tendiendo, con ello, tener 95% de confianza en la toma de decisiones.
Asimismo con los datos obtenidos de las entrevistas a los padres de fami-
lia se realizó un cuadro que contiene la frecuencia de presentación de:
Agresividad en el menor, farmacodependencia de uno de los padres, psico-
sis de alguno de los padres, problemas en la pareja, alcoholismo en uno
de los padres, rechazo de alguno de los padres hacia el menor, padres
separados, bajo rendimiento escolar del menor, rivalidad entre hermanos,
padres sobreprotectores, menor que no socializa, conciencia de enferme-
dad, padres que piden orientación, supresión de algún juego o deporte al
menor, vagancia, negación de la enfermedad, ser objeto de burla, padres
en terapia de pareja, menor que recibe un trato diferente del de sus her-
manos, otros métodos curativos.

De cada uno de ellos se obtuvieron las proporciones tanto para el
grupo de epilépticos como de no epilépticos. Una vez obtenidos estos da-
tos se utilizó el procedimiento conocido como Prueba de Hipótesis de Di-
ferencia de Proporciones, utilizando para tal efecto la fórmula siguiente:

$$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1 Q_1}{N_1} + \frac{P_2 Q_2}{N_2}}}$$

cuyo resultado comparado con una frontera de decisiones en base al nivel de significancia adoptado nos indica si existe alguna diferencia significativa entre el grupo de epilépticos (varones y niñas) y el grupo de no epilépticos (varones y niñas), en cada uno de los aspectos obtenidos de las entrevistas anteriormente mencionadas. (ver cuadro 5).

RESULTADOS

Del análisis estadístico de los puntajes obtenidos del grupo control (cuadro 1) y del grupo experimental (cuadro 2), se desprenden los siguientes resultados (cuadro 3):

1. No existe diferencia significativa con respecto al nivel de adaptación personal entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas).
2. No existe diferencia significativa en el área de inferioridad personal, entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas).
3. No existe diferencia significativa en el área de inadaptación social entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas).
4. No existe diferencia significativa en el área de inadaptación familiar entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas).
5. No existe diferencia significativa en el área de fantaseo entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas).

Se pueden observar gráficamente estos resultados en las figuras (1, 2, 3, 4, y 5).

Del análisis estadístico que se realizó para ver si había una diferencia significativa entre:

VARONES EPILEPTICOS Y NIÑAS NO EPILEPTICAS

NIÑAS EPILEPTICAS Y VARONES NO EPILEPTICOS

NIÑAS EPILEPTICAS Y VARONES EPILEPTICOS

VARONES NO EPILEPTICOS Y NIÑAS NO EPILEPTICAS

VARONES NO EPILEPTICOS Y VARONES EPILEPTICOS

se desprenden los siguientes resultados (cuadro 4):

1. Se encontró que existe una diferencia significativa en el área de inadaptación social entre niñas epilépticas y varones epilépticos siendo mayor la inadaptación de las niñas epilépticas.
2. Existe una diferencia significativa en el área de inadaptación social entre niñas epilépticas y varones no epilépticos, siendo mayor la inadaptación de las niñas epilépticas.
3. Existe una diferencia significativa en el área de fantaseo entre varones no epilépticos y niñas no epilépticas, siendo mayor el promedio de las niñas no epilépticas.
4. Hay una diferencia significativa en el área de inadaptación social entre niñas no epilépticas y niñas epilépticas, siendo mayor la inadaptación en las niñas epilépticas.

Se pueden observar gráficamente estos resultados en las figuras (6 a 15).

Del análisis estadístico de los datos obtenidos de las entrevistas, (cuadro 6), se obtuvieron los siguientes resultados, ver (cuadro 5):

1. En cuanto a presentar agresividad, hay una diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y los menores no epilépticos, (varones y niñas), siendo mayor el promedio de los menores epilépticos.
2. También es significativa la diferencia en cuanto a tener padres sobreprotectores entre menores epilépticos (varones y niñas), y menores no epilépticos, siendo mayor el promedio de los menores epilépticos.
3. Se comprobó una diferencia significativa entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas), en cuanto a ser objeto de burla, siendo mayor el promedio de los menores epilépticos.
4. También existe una diferencia significativa en cuanto a usar otros métodos curativos entre menores epilépticos (varones y niñas) y menores no epilépticos (varones y niñas); siendo mayor el promedio de los menores epilépticos.
5. No existe diferencia significativa entre el grupo de epilépticos (varones y niñas) y el grupo de no epilépticos (varones y niñas), en cuanto a la frecuencia de presentación de:

Farmacodependencia en uno de los padres; Psicosis en uno de los padres; Problemas en la pareja; Menor que no socializa; Conciencia de enfermedad en el menor; Padres que piden orientación; Supresión de algún juego o deporte; Alcoholismo en uno de los padres; Rechazo del padre hacia el menor; Padres separados; Bajo rendimiento escolar del menor; Rivalidad entre hermanos; Vagancia; Padres en terapia; Menor que recibe un trato diferente.

DISCUSION

En el área de Inadaptación Familiar, no se encontró diferencia significativa a nivel estadístico, siendo el nivel de inadaptación predominantemente alto en ambos grupos. En general se pudo apreciar por medio de las entrevistas a los padres, que hay tensiones en el clima familiar en los dos grupos estudiados, es decir, en la mayoría de los casos encontramos que sus familias presentan problemas que les afectan y que resuenan en el clima y en la dinámica familiar, como son: alcoholismo o farmacodependencia de uno de los padres; ausencia o enfermedad de uno de los progenitores; problemas económicos; desavenencias conyugales; psicosis en uno de los padres, etc, no siendo la epilepsia por sí misma, la fuente principal de tensión familiar, por lo que el niño que no es epiléptico puede estar inadaptado a su grupo familiar, en tanto que un niño epiléptico puede estar adaptado a su familia, si en ésta existe un clima de afecto y aceptación. Natham Ackerman, el principal defensor de la "Psiquiatría de la familia", opina que "todos los problemas psicológicos del niño deben verse en el contexto de la interacción familiar. Aspira a comprender el estado de salud, mediante el toma y dá de las relaciones familiares. No centrarse en los problemas del niño o de los padres por separado, sino en la interacción total del niño y de su familia". (18).

Como se pudo ver en esta estudio, las niñas epilépticas están más inadaptadas socialmente que los varones y niñas no epilépticas e incluso que los varones epilépticos, ésto nos habla de que las niñas epilépticas

son infelices en sus contactos de grupo y de que tienen dificultad para hacer amigos, ésto está directamente en relación con la situación en que se encuentra el enfermo epiléptico y del rechazo más o menos acentuado del que es objeto por parte de sus compañeros, maestros de la escuela a la que asisten y del público en general, ya que existe mucha ignorancia respecto a que es epilepsia y también un velo de estigma que rodea al epiléptico, sea varón o mujer. En ciertos casos tienen que dejar de asistir a la escuela o buscar una de educación especial, en donde por fin logran sentirse iguales a sus compañeros y también en algunos casos por el rechazo de sus padres, quienes les niegan su atención dejándolos solos y desprotegidos en un ambiente que también les es hostil, de esta manera estos niños sufren sus crisis en la calle sin que nadie les dé la mínima atención necesaria y sí siendo objeto de burlas y golpes por parte de otros niños y adultos también, lo que reafirma el hecho de que hay una diferencia significativa entre menores epilépticos y no epilépticos, en cuanto a ser objeto de burla, siendo el menor epiléptico objeto de risas, de apodos, etc., ya sea por considerarlo "loco", "raro", "enfermo", ya sea por quedarse dormido en la clase (por efecto del medicamento), por ver "estrellitas", por convulsionar en la calle o en la escuela, por las cicatrices en la cabeza y en su cara y por muchas situaciones más, que hacen difícil su adaptación social. Además en este estudio vemos que son las niñas epilépticas las más inadap-
tadas socialmente, coincidiendo ésto con ser las que presentan un problema más grave, ya sea porque no se han logrado controlar las crisis, por los trastornos a ellas asociados, por la necesidad de hospitalización, etc.

En el área de inferioridad personal, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre niños epilépticos (varones y niñas) y no epilépticos (varones y niñas), habiéndose recogido puntajes altos en ambos grupos, que indican la presencia de sentimientos de inferioridad manifestados en el sentir que les falta inteligencia, fuerza, belleza, etc., encontrándose con frecuencia respuestas en el Inventario como son:

"Me gustaría ser más fuerte de lo que soy ahora"; "me gustaría ser más inteligente"; "no soy nada lindo"; "quiero ser un personaje famoso y hacer grandes cosas, de las que hable la gente". Lo que nos muestra que no solamente el menor epiléptico tiene sentimientos de inferioridad personal y que se pueden encontrar también en niños no epilépticos, no siendo la determinante de éstos.

En el área de fantaseo a nivel estadístico, se encontró diferencia entre varones no epilépticos y niñas no epilépticas, siendo mayor el promedio de las niñas, es decir que el recurso del fantaseo es utilizado en una menor medida por el grupo de varones que coincide con una actitud más objetiva y realista ante la vida, en tanto que la niña recurre más a la fantasía en donde puede compensar sus carencias y expresar sus impulsos, además de que viven la etapa de desarrollo por la que atraviezan antes que los varones, es decir que las primeras manifestaciones de la atracción sexual, cambios anatómo-fisiológicos y psicológicos, actividades de grupo aparecen precozmente en la niña. (Pubertad precoz) (4) y por lo tanto, canaliza su fantasía hacia aspectos más sensualizados mismos que el varón por el moldeamiento social ha aprendido a manejar más abiertamente,

lo que en cierta forma lo acerca a una situación de mayor impulsividad y por consiguiente de menor conflicto interno.

En cuanto a que es mayor el promedio de padres sobreprotectores de menores epilépticos, en relación con los no epilépticos, este dato apoya a lo dicho por (Henry Ey) (6). "Cuando la epilepsia se remonta a la infancia, es casi imposible que el grupo familiar no haya desarrollado frente a la enfermedad una serie de conductas dominadas por la ansiedad y hasta por la culpabilidad imaginaria incluso. De ahí provienen frecuentes actitudes de sobreprotección de los padres o a veces de rechazo implícito: aplazamientos repetidos, negación de la enfermedad, etc. Estas diversas actitudes avocan a una inmadurez afectiva, que a su vez genera dificultades de carácter y en la educación".

Strozca (I) subraya la importancia del sentimiento de culpabilidad de los padres, y, en particular de la madre y la frecuencia de las relaciones neuróticas implicadas con otros problemas.

Los varones y las niñas epilépticas son más agresivos que las niñas y varones no epilépticos. A este respecto, debe hacerse mención que "entre los trastornos epilépticos tenemos, inestabilidad del humor, tendencia a la explosividad y viscosidad psicoafectiva.

La inestabilidad del humor se manifiesta en alteraciones de periodos con tranquilidad y periodos de disforia, con pesimismo, inhibición a la acción, descargas agresivas e impulsos violentos". (2).

Entre los trastornos del Síndrome del Lóbulo Temporal, se encuentran notables manifestaciones de agresividad y destructividad. (6).

También existe diferencia significativa en cuanto a usar otros métodos curativos entre menores epilépticos y menores no epilépticos, siendo mayor el promedio en los menores epilépticos, esto es de que a pesar de la época en que vivimos, etc., todavía de alguna manera se conserva la idea de buscar una cura sobrenatural para la epilepsia, el dirigir la atención a la magia y al encanto para la cura como en el pasado. (8).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La muestra del grupo experimental incluyó pacientes con epilepsia parcial y pacientes con epilepsia generalizada, por lo que, para próximas investigaciones sería conveniente utilizar una muestra más específica que incluyera por ejemplo: solamente pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, lo cual nos reportaría resultados más concretos y no generales, como los del presente estudio.

El grupo control estuvo constituido por pacientes con diferentes padecimientos, que por sí mismos nos hablan de una problemática a nivel psicológico y que otra vez como en el punto anterior reportan resultados a nivel general, por lo que sería de interés realizar un estudio que incluyera en el grupo control: niños con un padecimiento similar.

Sería importante realizar un estudio haciendo una comparación en el nivel de adaptación personal entre niños epilépticos y niños "normales". ya que el presente se limitó a estudiar a niños atendidos de diferentes padecimientos en la Clínica de Neuropsiquiatría del I.S.S.S.T.E.

Existe una población de epilépticos graves ya sea por la frecuencia de las crisis, ya sea por los trastornos a ellas asociados, que exige una asistencia completa, una vez más, el estudio detallado de todos los casos permitirá una relativa adaptación de una parte de ellos.

La orientación e información al personal que labora en las escuelas

de educación tradicional, es un aspecto esencial para tratar de readaptar al niño epiléptico a su medio ambiente sociocultural.

Información, orientación y sensibilización a los padres de niños epilépticos para que manejen mejor el problema, no agravándolo cuando el pronóstico es bueno.

La psicoterapia representa una dimensión necesaria del tratamiento del niño epiléptico y de su familia.

Sería conveniente realizar otros estudios con una muestra mayor en la que también se incluyeran sujetos de más de trece años, ya que sería importante conocer como es la adaptación personal del adolescente epiléptico.

PUNTAJES OBTENIDOS POR EL GRUPO CONTROL EN
 LAS AREAS DEL INVENTARIO DE ADAPTACION PERSONAL
 DE ROGERS

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
13	15	9	7	44
16	18	6	4	44
17	26	18	4	65
18	12	16	2	48
10	11	13	6	40
16	15	12	7	50
6	11	13	5	35
10	13	12	4	39
18	21	9	7	55
21	19	6	4	50
13	15	6	2	36
24	15	17	5	61
17	10	12	2	41
10	10	15	5	40
17	22	12	6	57
15	17	11	6	49
18	19	15	3	55
25	12	10	3	50

CUADRO 1

Continuación del Cuadro 1

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
10	10	15	3	38
21	16	10	0	47
13	15	9	8	45
10	15	10	8	43
13	22	11	6	52
22	13	12	6	53
13	25	12	8	58
20	15	11	6	52
22	18	7	7	54
14	21	6	2	43
20	11	9	4	44
15	12	13	2	42
10	22	7	4	43
15	17	5	1	38
16	10	7	7	40
15	17	10	9	51
10	15	11	8	44
19	18	11	6	54
17	20	19	2	58
21	16	10	6	53
20	19	14	8	61

Continuación del Cuadro 1

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
10	15	9	0	34
20	18	17	5	60
12	17	9	4	42
22	16	11	5	54
12	23	12	4	51
18	10	11	5	44
14	22	9	3	48
6	19	16	6	47
9	21	15	6	51
23	17	10	12	62
19	16	4	2	41

PUNTAJES OBTENIDOS POR EL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LAS AREAS DEL INVENTARIO DE ADAPTACION PERSONAL DE ROGERS

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
20	8	16	4	48
19	14	8	0	41
13	17	15	7	52
16	26	12	7	61
7	13	13	6	39
6	17	13	7	43
14	16	8	6	44
17	17	16	4	54
19	15	12	7	53
15	19	6	7	47
20	20	21	7	68
16	22	15	7	60
12	15	10	7	44
10	13	13	2	38
18	9	15	0	42
12	14	18	3	47
17	21	7	7	52
7	22	10	8	47

CUADRO 2

Continuación del Cuadro 2

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
16	16	8	3	43
13	16	11	3	43
10	23	6	4	43
18	30	19	3	70
20	14	5	7	46
13	16	15	4	48
16	18	8	2	44
8	18	6	0	32
13	12	7	4	36
13	22	21	10	66
11	19	17	3	50
20	22	8	7	57
9	29	11	7	56
12	20	7	7	46
23	14	14	9	60
11	26	8	6	51
14	12	12	4	42
18	16	6	2	42
11	14	7	5	37
12	29	11	9	61
17	22	10	8	57

Continuación del Cuadro 2

Inferioridad Personal	Inadaptación Social	Inadaptación Familiar	Fantaseo	Adaptación Personal
10	21	8	4	43
15	15	11	2	43
19	18	13	9	59
17	18	10	4	49
14	23	14	6	57
15	18	7	2	42
14	19	12	5	50
13	15	14	4	46
14	18	9	4	45
22	13	14	4	53
14	18	10	2	44

PROMEDIOS

DESVIACION ESTANDAR

Conceptos	Grupo Control	Grupo Experi- mental	Grupo Control	Grupo Experi- mental	Puntaje Z	Aceptación o Rechazo de HO
Inferiori- dad per- sonal	15.42	14.46	5.41	4.18	0.099	No Rechazo HO
Inadapta- ción So- cial	16.46	18.06	4.22	4.92	-1.74	No Rechazo HO
Inadapta- ción Fa- miliar	10.94	11.36	3.57	3.96	0.559	No Rechazo HO
Fantaseo	5.8	5.08	2.49	2.6	1.418	No Rechazo HO
Adapta- ción Per- sonal	48.2	49.08	7.62	8.35	0.551	No Rechazo HO

CUADRO 3

CONCEPTOS	PROMEDIOS				DESVIACION ESTANDAR				ACEPTACION O RECHAZO																	
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		VC	NC	VC	NE	NE	VE	VC	NC	VC	NE	NE	VE	VC	NC	VC	NE	NE	VE
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	VE	NE	NC	VC	VE	NC	VE	NE	VC	NE	VE	NC	VE	NE	VC	NE	VE	NC
INFERIORIDAD PERSONAL	15.55	16.35	13.84	15.67	4.05	5.52	4.32	2.74	1.65	.454	.529	.126	1.83	-1.63	No Re-chazo											
INADAPTACION SOCIAL	16.36	16.76	16.97	20.17	4.66	2.92	4.34	4.70	-.546	2.50	-.372	2.78	2.37	2.00	No Re-chazo	Si Re-chazo	No Re-chazo	Si Re-chazo	Si Re-chazo	No Re-chazo						
INADAPTACION FAMILIAR	10.82	11.05	11.78	10.67	3.76	2.50	4.49	3.35	-.932	.373	-.289	-.147	-1	.73	No Re-chazo											
FANTASEO	4.36	5.94	4.84	5	2.74	2.04	2.62	2	.726	1.35	-.230	.95	.24	-1.62	No Re-chazo	No Re-chazo	Si Re-chazo	No Re-chazo								
INADAPTACION PERSONAL	47.45	49.59	47.62	51.5	7.89	6.43	8.51	7.63	-.083	-.779	-1.029	1.79	1.66	-.912	No Re-chazo											

VC= VARONES CONTROL
NC= NIÑAS CONTROL

VE= VARONES EXPERIMENTAL
NE= NIÑAS EXPERIMENTAL

(CUADRO 4)

Conceptos	P 1	P 2	Puntaje Z	Aceptación o Rechazo de HO
	Grupo Experimental	Grupo Control		
Agresivi- dad	0.64	0.10	6.75	Acepto HI
Farmaco- dependencia en P.	0.02	0	1.15	Acepto HO
Psicosis en uno de los P.	0.06	0.02	1.08	Acepto HO
Problemas en la pa- reja	0.6	.54	.612	Acepto HO
Padres so- breprotec- tores	0.7	0	10.93	Acepto HI
Menor que no socializa	.22	.2	.024	Acepto HO
Conciencia de Enfer- medad	0.9	0.98	-1.78	Acepto HO
Padres que piden orien- tación	0.02	0	1.15	Acepto HO
Supresión de algún Juego o deporte	.08	.02	1.5	Acepto HO
Alcoholís- mo en uno de los pa-				

CUADRO 5

Continuación del Cuadro 5

Conceptos	P 1	P 2	Puntaje Z	Aceptación o Rechazo de HO
	Grupo Experimental	Grupo Control		
dres	.22	.24	-.240	Acepto HO
Rechazo del padre hacia el menor	.12	0.04	1.53	Acepto HO
Padres se- parados	.34	.26	.89	Acepto HO
Bajo rendi- miento esco- lar	0.2	0.2	0	Acepto HO
Rivalidad en- tre hermanos	0.3	0.3	0	Acepto HO
Vagancia	0.02	0	1.15	Acepto HO
Ser objeto de burla	0.2	.04	2.58	Acepto HI
Padres en terapia	0.06	0.02	1.08	Acepto HO
Menor que recibe un trato dife- rente	.92	1	-0.296	Acepto HO
Otros mé- todos cu- rativos	.1	0	2.38	Acepto HI

Conceptos	Frecuencia Grupo Experimental	Frecuencia Grupo Control
Farmacodependencia en uno de los padres	1	0
Psicosis en uno de los padres	3	1
Agresividad	32	5
Problemas en la pareja	30	27
Alcoholismo en uno de los padres	11	12
Rechazo del padre hacia el menor	6	2
Padres separados	17	13
Bajo rendimiento escolar	10	10
Rivalidad entre hermanos	15	15
Padres sobre protectores	35	0
Menor que no socializa	11	10
Conciencia de enfermedad	45	49
Padres que piden orientación	1	0

CUADRO 6

Continuación del Cuadro 6

Conceptos	Frecuencia Grupo Experimental	Frecuencia Grupo Control
Supresión de algún juego o deporte	4	1
Vagancia	1	0
Negación de la enfermedad	5	0
Ser objeto de burla	10	2
Padres en terapia	3	1
Menor que recibe un trato diferente	4	0
Otros métodos curativos	5	0

FIGURAS

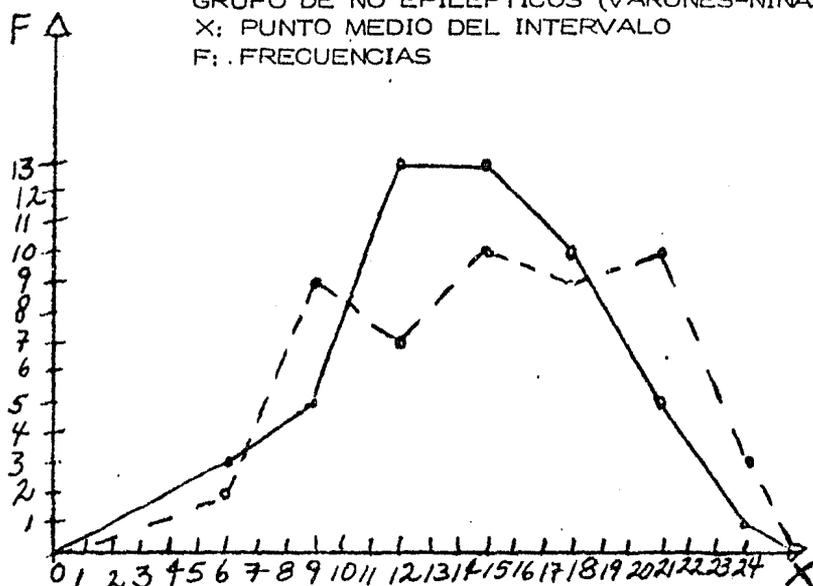
HISTOGRAMA DEL AREA DE INFERIORIDAD PERSONAL

GRUPO DE EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): —●—

GRUPO DE NO EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): - - -○-

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS



(FIGURA 1)

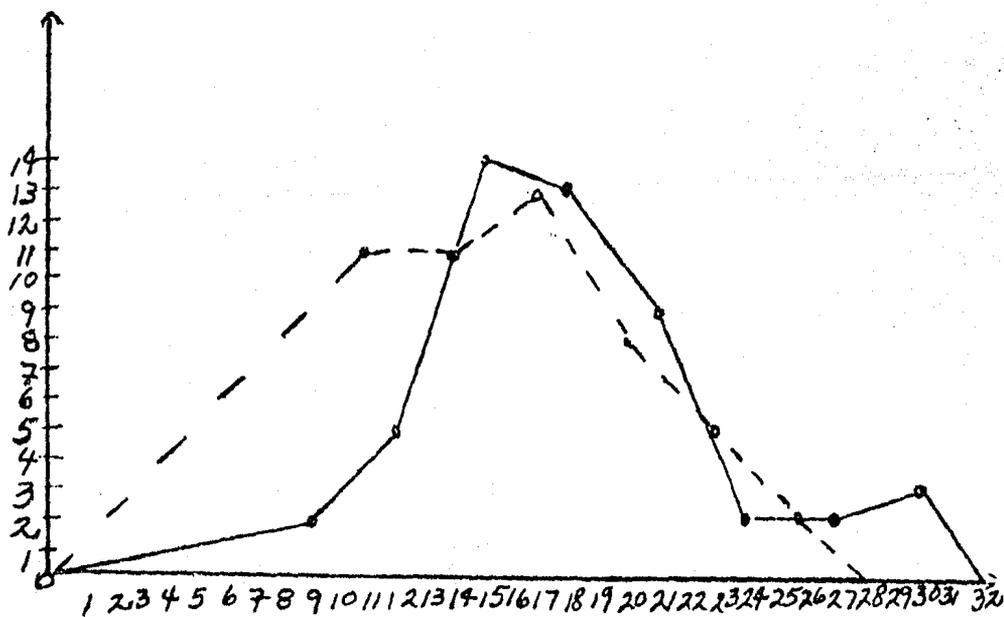
HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION SOCIAL

GRUPO DE EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): —●—

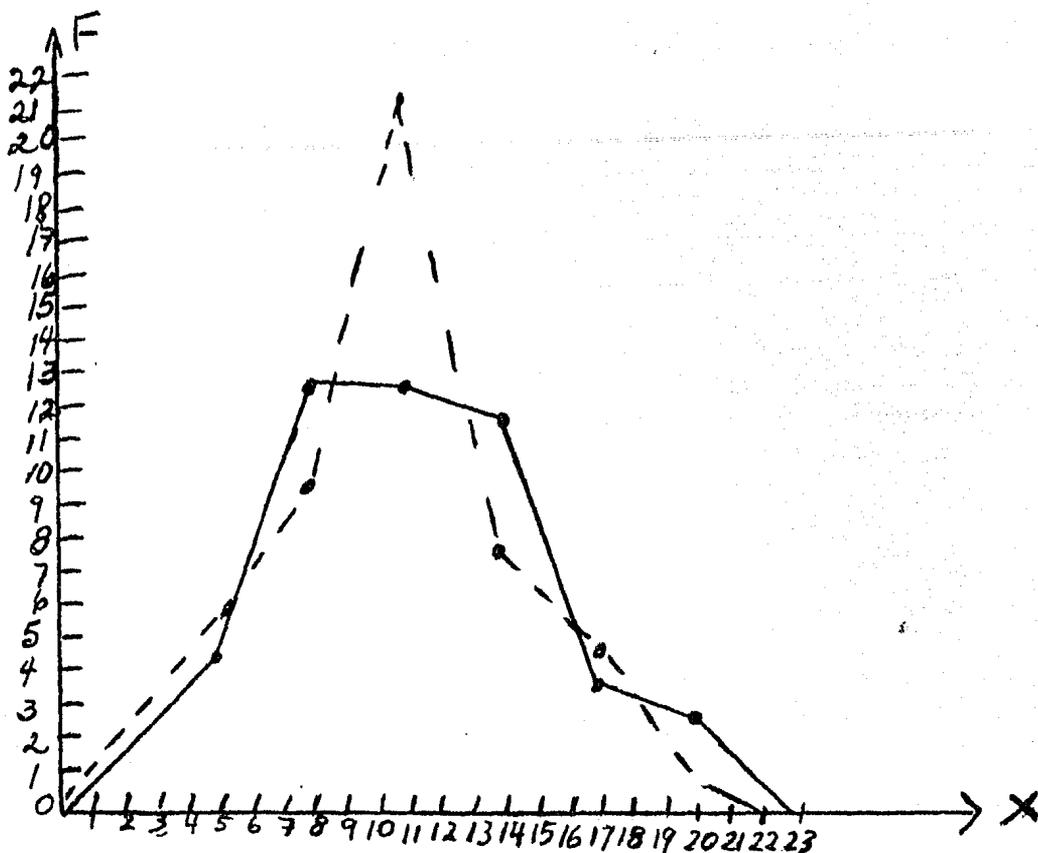
GRUPO DE NO EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): - - -○-

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS



(FIGURA 2)



(FIGURA 3)

HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION FAMILIAR

GRUPO DE EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): _____

GRUPO DE NO EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

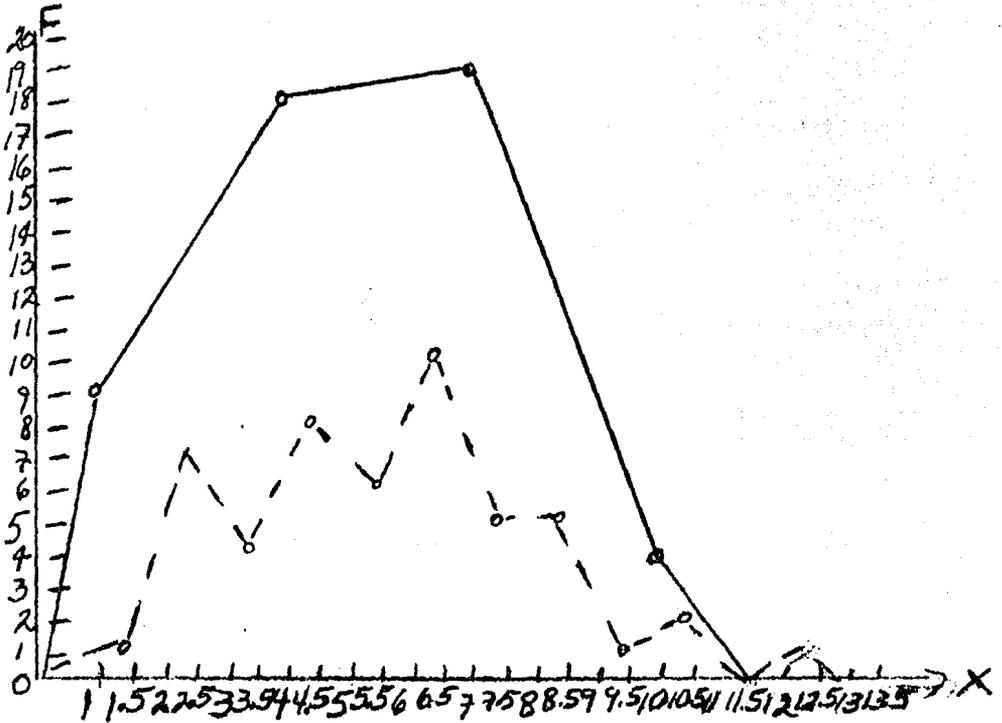
F: FRECUENCIAS

GRUPO DE EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): _____

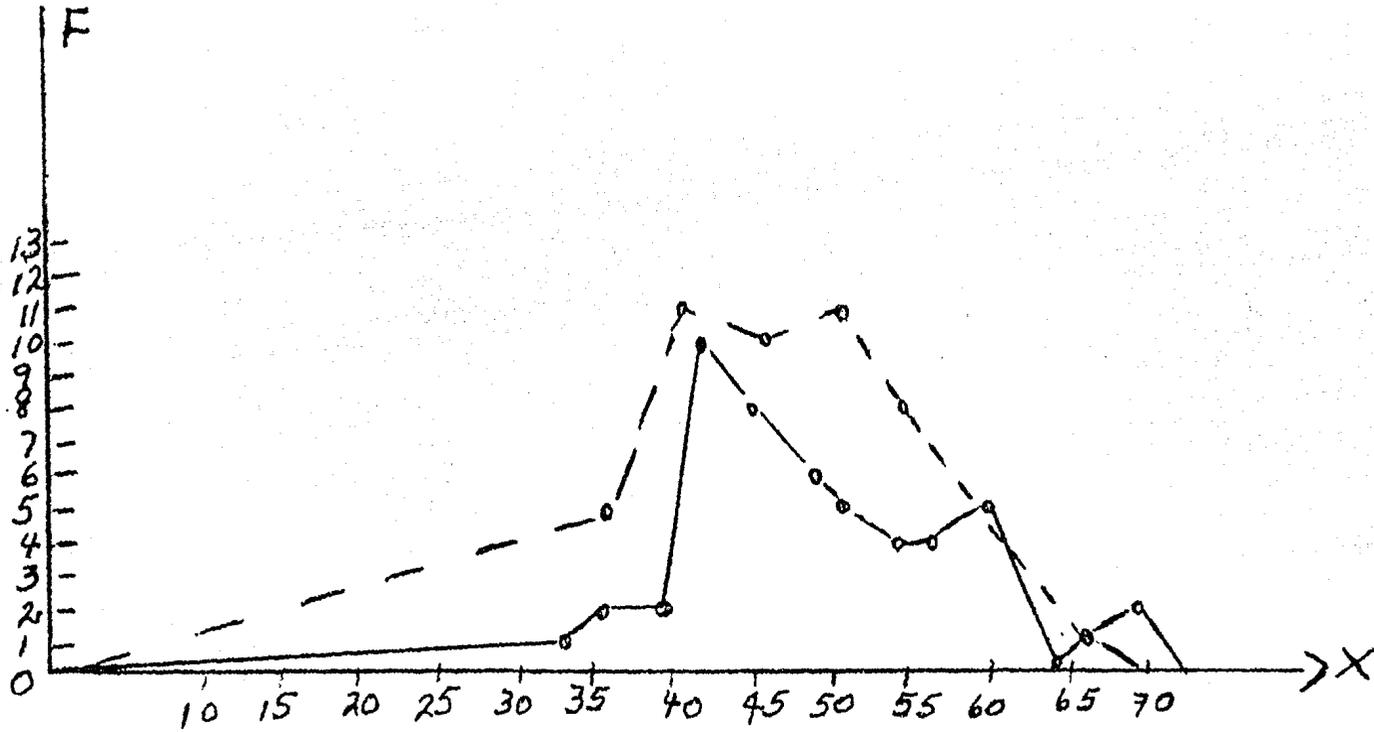
GRUPO DE NO EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS



(FIGURA 4)



HISTOGRAMA DEL AREA DE ADAPTACION PERSONAL

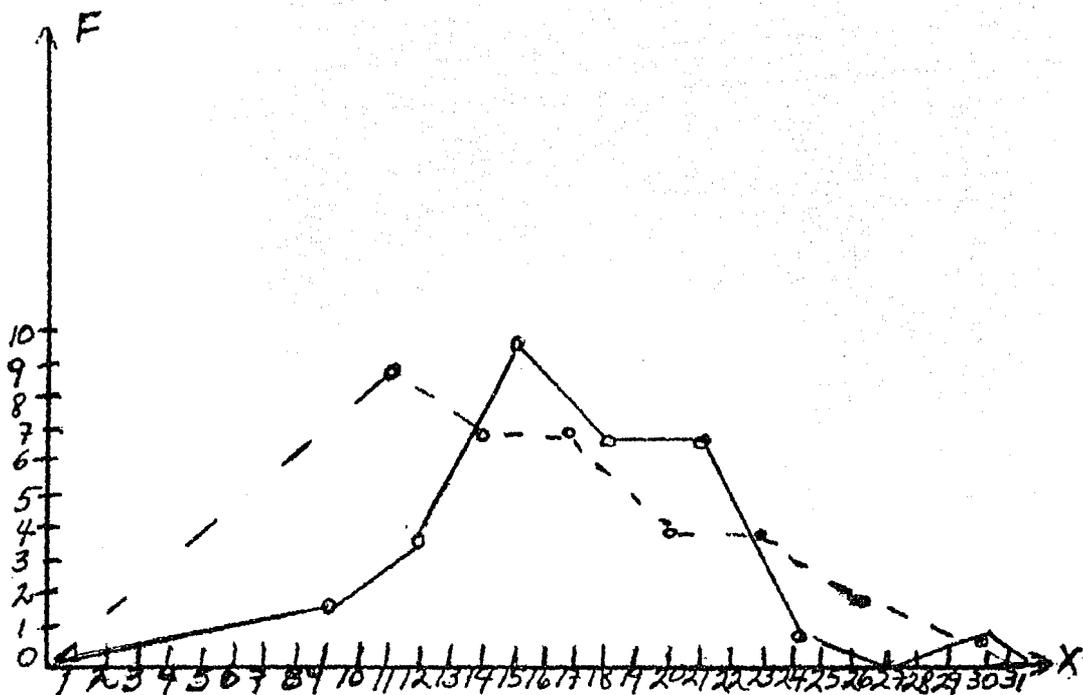
(FIGURA 5)

GRUPO DE EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): _____

GRUPO DE NO EPILEPTICOS (VARONES-NIÑAS): - - - - -

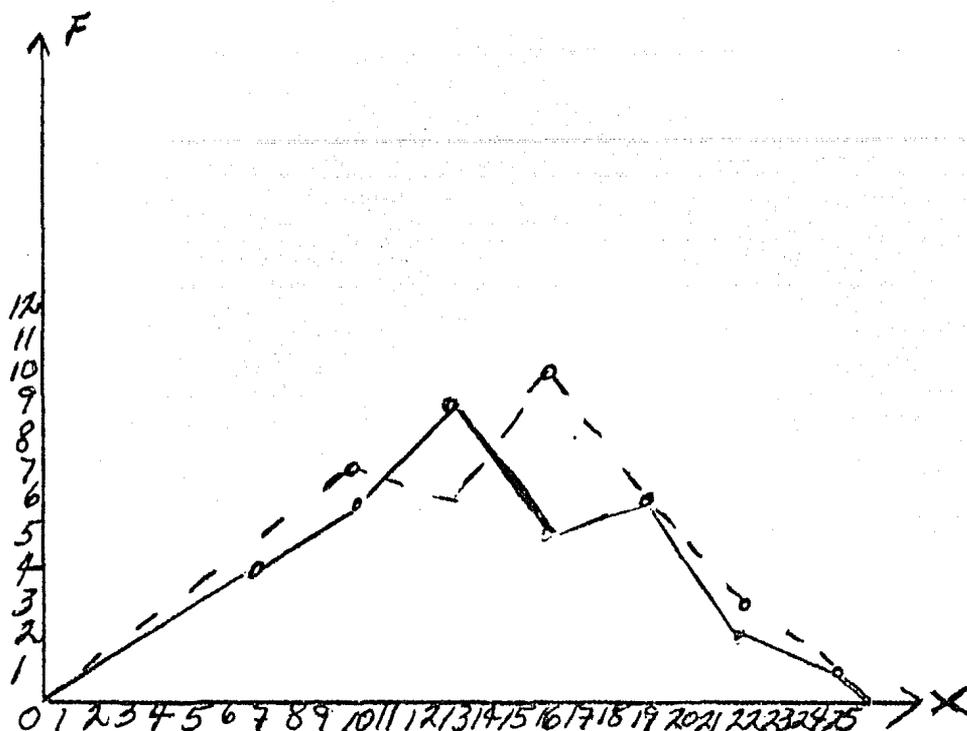
X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS



(FIGURA 6)

HISTOGRAMA DEL AREA DE INFERIORIDAD PERSONAL
 VARONES EPILEPTICOS _____
 VARONES NO EPILEPTICOS - - - - -
 X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO
 F: FRECUENCIAS



(FIGURA 7)

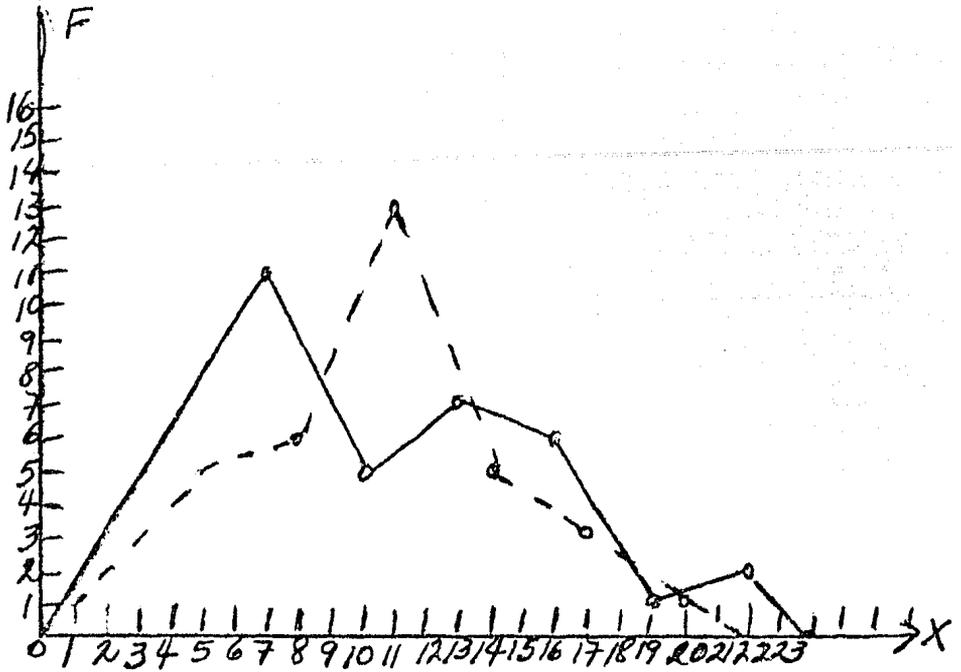
HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION SOCIAL

VARONES EPILEPTICOS: _____

VARONES NO EPILEPTICOS - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS.

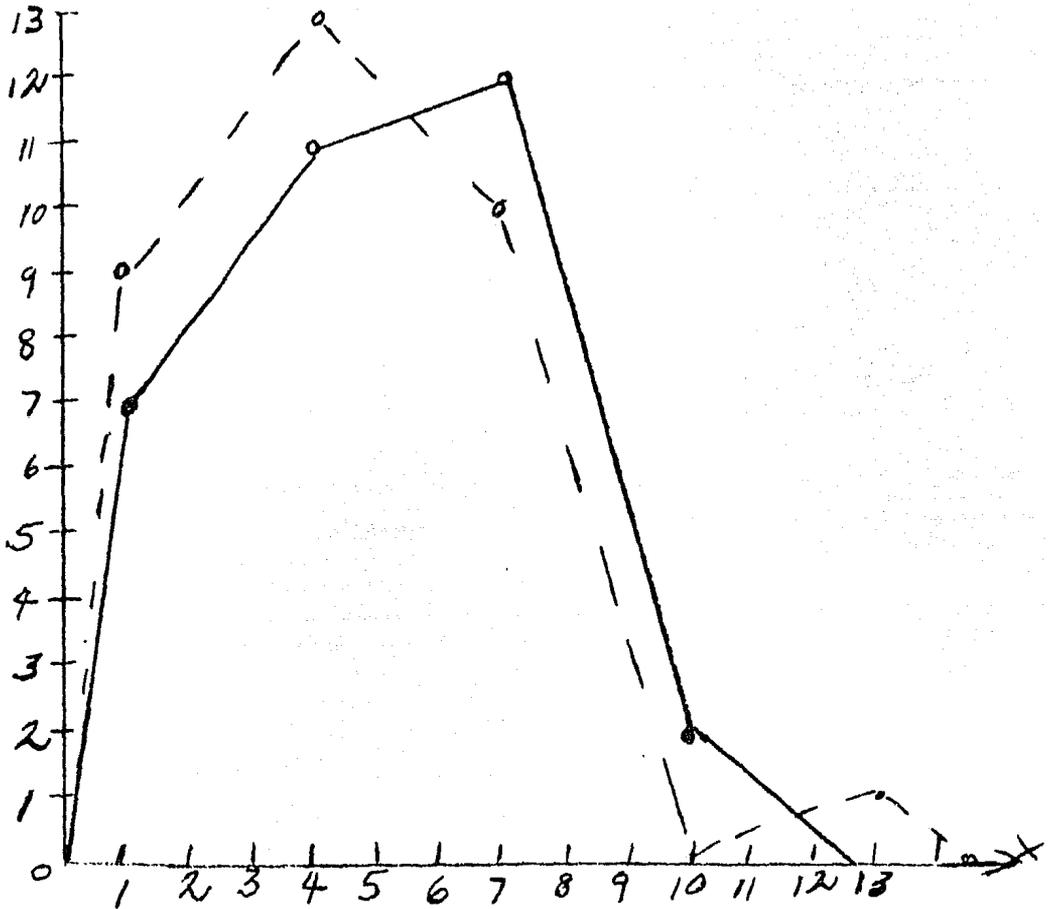


(FIGURA 8)

HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION FAMILIAR

VARONES EPILEPTICOS: _____

VARONES NO EPILEPTICOS: - - - - -



(FIGURA 9)

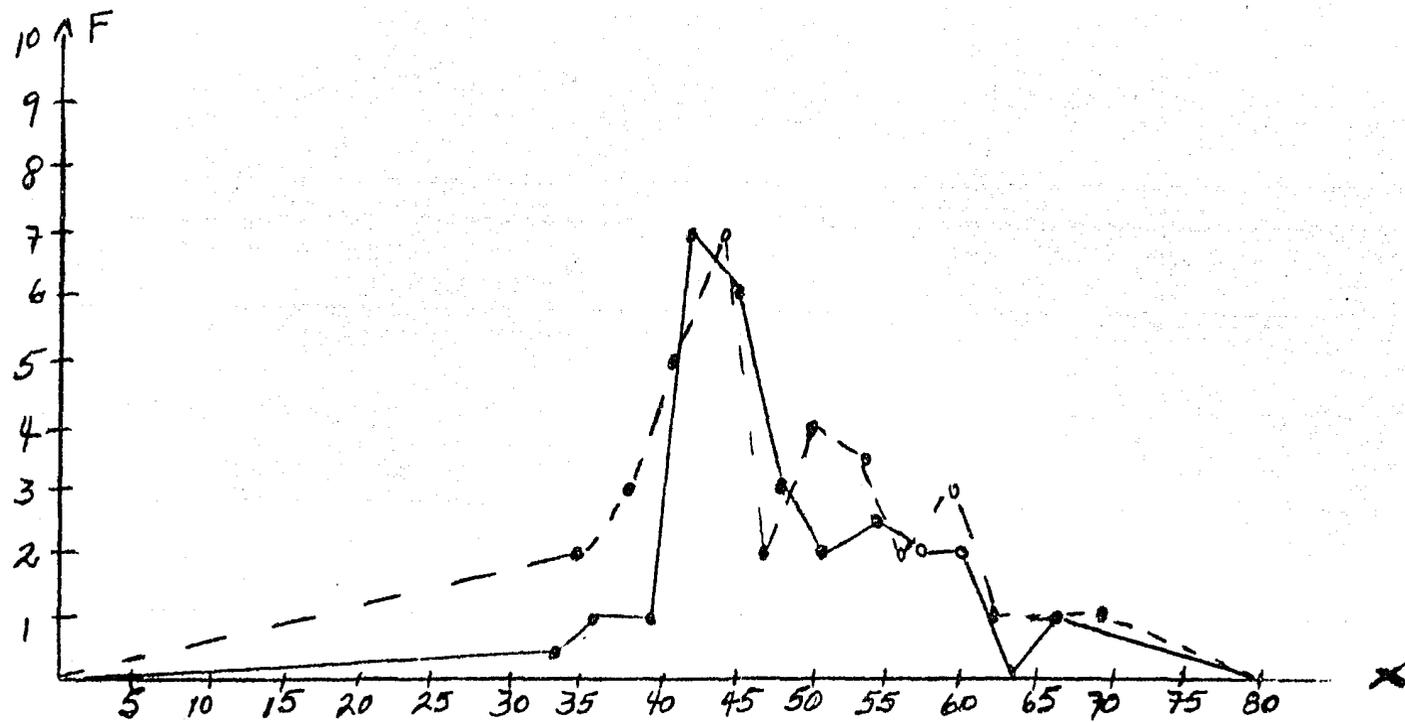
HISTOGRAMA DEL AREA DE FANTASEO

VARONES EPILEPTICOS: _____

VARONES NO EPILEPTICOS: - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS.



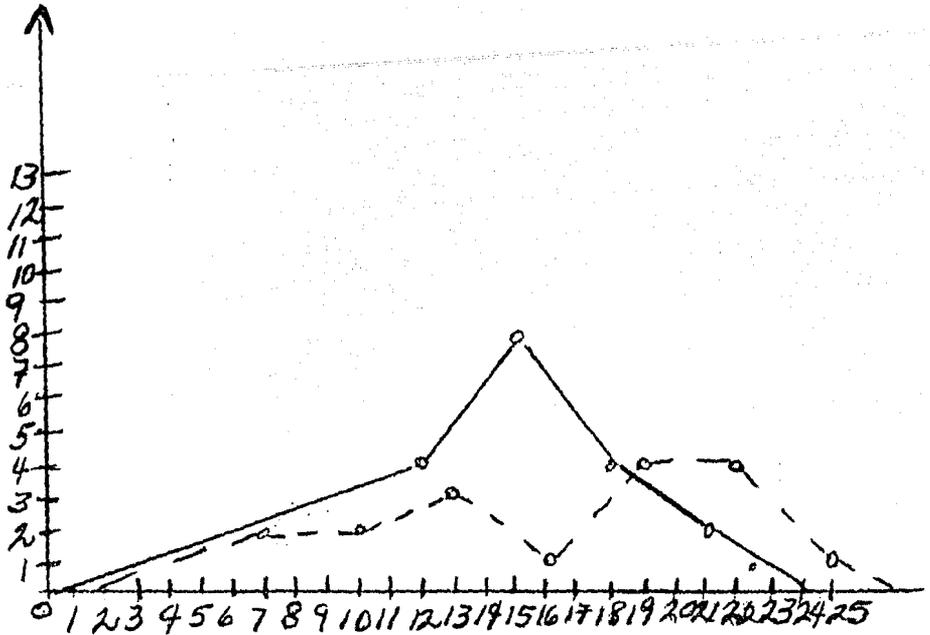
(FIGURA 10)

HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION PERSONAL
 VARONES EPILEPTICOS: _____

VARONES NO EPILEPTICOS: - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS.



(FIGURA 11)

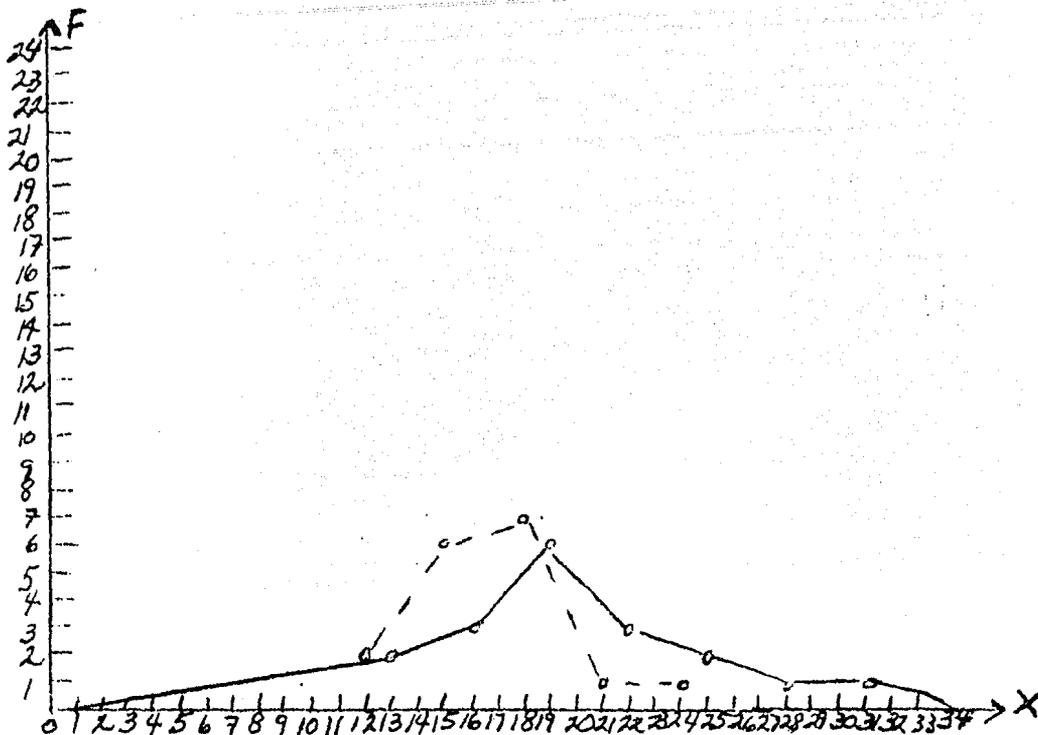
HISTOGRAMA DEL AREA DE INFERIORIDAD PERSONAL

NIÑAS EPILEPTICAS _____

NIÑAS NO EPILEPTICAS - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS



(FIGURA 12)

HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION SOCIAL

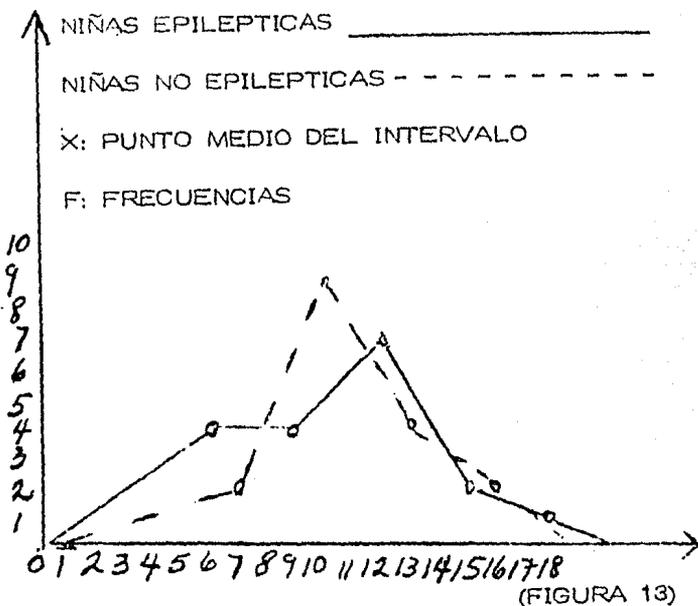
NIÑAS EPILEPTICAS _____

NIÑAS NO EPILEPTICAS - - - - -

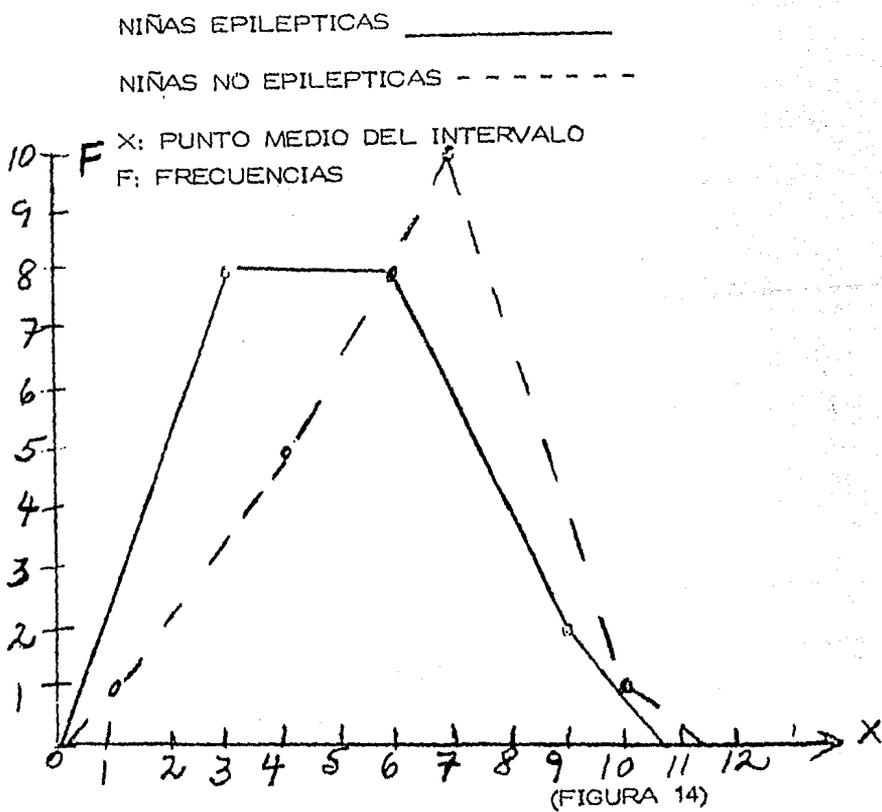
F: FRECUENCIAS

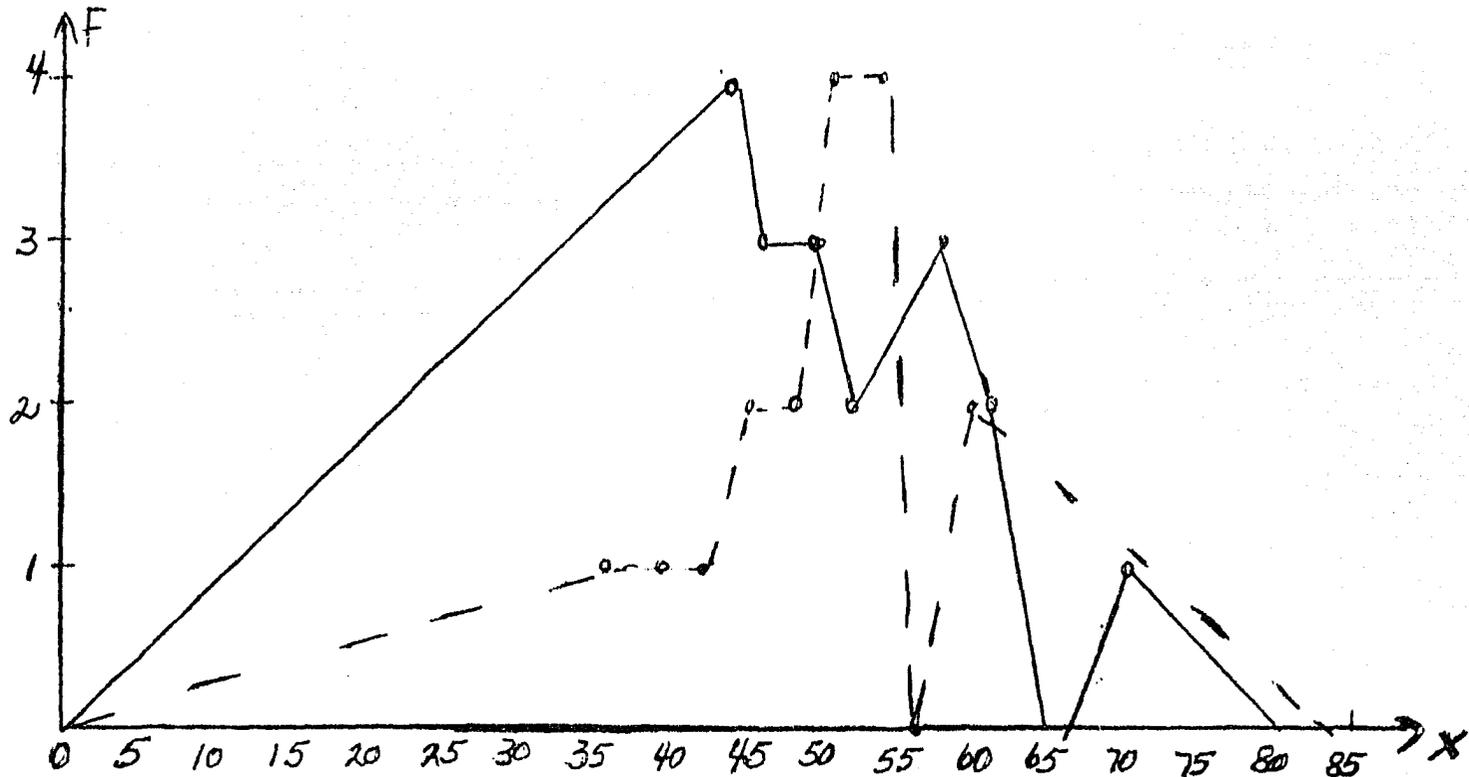
X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

HISTOGRAMA DEL AREA DE INADAPTACION FAMILIAR



HISTOGRAMA DEL AREA DE FANTASEO





HISTOGRAMA DEL AREA DE ADAPTACION PERSONAL

(FIGURA 15)

NIÑAS EPILEPTICAS: _____

NIÑAS NO EPILEPTICAS: - - - - -

X: PUNTO MEDIO DEL INTERVALO

F: FRECUENCIAS

A P E N D I C E S

(FORMA V)

NÚMERO UNO

Supongamos que, con sólo desearlo, pudieras cambiarte en este momento por cualquier clase de persona, en la persona que quisieras. ¿Cuál de las personas que se indican a continuación te gustaría ser? Elige sólo tres entre todas las que figuran en las dos columnas de abajo. Escribe un 1 delante de la que eliges en primer lugar, por ser la que más te gusta; un 2 delante de la que eliges en segundo lugar y un 3 delante de la que eliges en tercer lugar. Fíjate bien que sólo tienes que escribir una sola vez el 1, una sola vez el 2 y una sola vez el 3. Lee la lista completa antes de elegir.

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| (a) un ama de casa | (n) un bombero |
| (b) un maestro | (ñ) un poeta |
| (c) un artista de cine | (o) un detective |
| (d) un secretario | (p) un médico |
| (e) un comerciante | (q) una enfermera |
| (f) un cowboy | (r) un ingeniero |
| (g) un hombre de negocios | (s) una actriz |
| (h) una mujer de negocios | (t) un boxeador profesional |
| (i) una princesa | (u) un rey |
| (j) un inventor | (v) un cantante de televisión |
| (k) un policía | (x) un abogado |
| (l) un piloto de avión a chorro | (y) un viajante de comercio |
| (m) un capitán del Ejército | (z) un artista |

¿Hay alguna otra clase de persona que te gustaría ser? Si es así, escríbelo aquí:

NÚMERO DOS

Supongamos ahora que pudieras realizar tres de los deseos escritos más abajo. ¿Cuál de ellos querías que se cumpliese de verdad? Escribe un 1 delante de tu mayor deseo, un 2 delante de tu segundo deseo y un 3 delante del tercero. Lee la lista completa antes de elegir.

Me gustaría:

- | |
|--|
| (a) Ser más fuerte de lo que soy ahora |
| (b) Agradar más a los chicos y a las chicas |
| (c) Llevarme mejor con mi padre y con mi madre |
| (d) Ser más inteligente |
| (e) Ser mejor en deportes |
| (f) Tener padres diferentes |
| (g) Ser un varón (si eres niña) |
| (h) Ser una chica (si eres varón) |
| (i) Ser más alta |
| (j) Tener más dinero para gastar |
| (k) Ser una persona mayor y poder irme de casa |
| (l) Tener más amigos y amigas |
| (m) Ser más lindo. |
| (n) Que mi padre y mi madre me quisieran más |

NÚMERO TRES

Supongamos que fueras a vivir a una isla desierta y que pudieras llevar contigo solamente tres personas. ¿A quiénes elegirías? Escribe aquí los nombres de las tres personas que elegirías:

1 2

3

Fíjate bien. Ahora debes leer los tres nombres de las personas que acabas de escribir y pondrás a continuación qué tienes que ver con cada una de esas personas.

10. Ricardo tiene más amigos que cualquiera de sus compañeros.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

11. César es bastante torpe en sus trabajos de la escuela.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

12. A Francisco no le importa lo que le digan su padre y su madre. Sabe que es ya bastante grande para decidir las cosas por sí mismo.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

13. Gustavo tiene más dinero para gastar que los otros.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

14. Oscar es el más inteligente de la clase.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

15. A Martín le gusta estar solo y ponerse a pensar e imaginar cosas. Cree que esto es más divertido que jugar.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

16. Jaime se pelea mucho con su hermano y con su hermana, por más que trate de no hacerlo.

¿Soy yo como él?	Si														No
¿Desearía ser como él?	Si														No

17. ¿Cuál de todos estos dieciséis chicos que hemos nombrado le gustaría más a tu mamá? Escribe aquí su nombre.

.....

18. ¿Cuál de todos estos dieciséis chicos que hemos nombrado le gustaría más a tu papá? Escribe aquí su nombre.

.....

NÚMERO CINCO

En las preguntas que siguen se debe poner una x delante de la respuesta que corresponda, excepto cuando se indique otra cosa.

1. —¿Cómo juegas al fútbol?

- (a) No sé jugar nada.
- (b) Sé jugar un poco.
- (c) Sé jugar bien.
- (d) Soy la que mejor juega del grado.

2. —¿Cuántos amigos o amigas te gustaría tener?

- (a) Ninguno.
- (b) Uno o dos.
- (c) Uno, pocos buenos amigos.
- (d) Muchos amigos.
- (e) Centenares de amigos.

3. —¿Cómo eres de fuerte?

- (a) Muy débil.
- (b) No muy fuerte.
- (c) Fuerte.
- (d) La más fuerte del grado.

4. —¿Qué quieres ser cuando seas mayor?

- (a) Quiero ser un personaje famoso y hacer grandes cosas, de las que habla la gente.
- (b) Quiero ser una persona importante en la ciudad donde viva.
- (c) Quiero ser una persona corriente, feliz y con un buen empleo.
- (d) Preferiría no ser nunca mayor.

5. —¿Te gusta jugar con los otros chicos y chicas?

- (a) No me gusta, porque no sé jugar muy bien.
- (b) No quieren que juegue con ellos, porque no sé jugar muy bien.
- (c) Me gusta bastante.
- (d) No gusta mucho.
- (e) Me gusta más que cualquier otra cosa.

6. —(En esta pregunta, sólo en ésta, escribe un 1 delante de lo que elijas primero; un 2 delante de lo que elijas segundo, y un 3 delante de lo que elijas en tercer lugar.)

¿Con quién prefieres ir al circo?

- (a) con mi papá.
- (b) con mi mejor amiga.
- (c) con un grupo de amigas.
- (d) con mi mamá.
- (e) sola.

ATENCIÓN. — En todas las preguntas que siguen debes volver a contestar marcando una x delante de la respuesta que corresponda, como lo venías haciendo antes.

7. —¿Te gustaría ser ya grande?

- (a) Estoy muy impaciente por llegar a ser grande.
- (b) Me gustaría ser grande.
- (c) No quiero ser grande. Preferiría ser siempre como soy ahora.
- (d) Lo que más me gustaría es tener algunos años menos que ahora.

APENDICE B

(FORMA N°)
NUMERO UNO

Supongamos que, con sólo desearlo, pudieras cambiarte en este momento por cualquier clase de persona, en la persona que quisieras. ¿Cuál de las personas que se indican a continuación te gustaría ser? Elige sólo tres entre todas las que figuran en las dos columnas de abajo. Escribe un 1 delante de la que eliges en primer lugar, por ser la que más te gusta; un 2 delante de la que eliges en segundo lugar y un 3 delante de la que eliges en tercer lugar. Fíjate bien que sólo tienes que escribir una sola vez el 1, una sola vez el 2 y una sola vez el 3. Lee la lista completa antes de elegir.

- | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------|---------------------------|
| (a) | un ama de casa | (n) | un bombero |
| (b) | un maestro | (ñ) | un poeta |
| (c) | un artista de cine | (o) | un detective |
| (d) | un secretario | (p) | un médico |
| (e) | un comerciante | (q) | una enfermera |
| (f) | un cowboy | (r) | un ingeniero |
| (g) | un hombre de negocios | (s) | una actriz |
| (h) | una mujer de negocios | (t) | un borrador profesional |
| (i) | una princesa | (u) | un rey |
| (j) | un inventor | (v) | un cantante de televisión |
| (k) | un policía | (x) | un abogado |
| (l) | un piloto de avión a chorro | (y) | un viajante de comercio |
| (m) | un capitán del Ejército | (z) | un artista |

¿Hay alguna otra clase de persona que te gustaría ser? Si es así, escríbelo aquí: _____

NUMERO DOS

Supongamos ahora que pudieras realizar tres de los deseos escritos más abajo. ¿Cuál de ellos quisieras que se cumpliera de verdad? Escribe un 1 delante de tu mayor deseo, un 2 delante de tu segundo deseo y un 3 delante del tercero. Lee la lista completa antes de elegir.

Me gustaría:

- | | |
|-----------|--|
| (a) | Ser más fuerte de lo que soy ahora |
| (b) | Agradar más a los chicos y a las chicas |
| (c) | Llevarme mejor con mi padre y con mi madre |
| (d) | Ser más inteligente |
| (e) | Ser mejor en deportes |
| (f) | Tener padres diferentes |
| (g) | Ser un varón (si eres niña) |
| (h) | Ser una chica (si eres varón) |
| (i) | Ser más alta |
| (j) | Tener más dinero para gastar |
| (k) | Ser una persona mayor y poder irme de casa |
| (l) | Tener más amigos y amigas |
| (m) | Ser más linda |
| (n) | Que mi padre y mi madre me quisieran más |

NUMERO TRES

Supongamos que fueras a vivir a una isla desierta y que pudieras llevar contigo solamente tres personas. ¿A quiénes elegirías? Escribe aquí los nombres de las tres personas que elegirías:

- | | |
|---------|---------|
| 1 | 2 |
| 3 | |

Fíjate bien. Ahora debes leer los tres nombres de las personas que acabas de escribir y pensarás a continuación qué tiene que ver con cada una de esas personas.

HOMERO CINCO

En las preguntas que siguen se debe poner una x delante de la respuesta que corresponda, excepto cuando se indique otra cosa.

1. — ¿Cómo juegas al fútbol?

- (a) No sé jugar nada.
- (b) Sé jugar un poco.
- (c) Sé jugar bien.
- (d) Soy la que mejor juega del grado.

2. — ¿Cuántos amigos o amigas te gustaría tener?

- (a) Ninguno.
- (b) Uno o dos.
- (c) Unos pocos buenos amigos.
- (d) Muchos amigos.
- (e) Centenares de amigos.

3. — ¿Cómo eres de fuerte?

- (a) Muy débil.
- (b) No muy fuerte.
- (c) Fuerte.
- (d) La más fuerte del grado.

4. — ¿Qué quieres ser cuando seas mayor?

- (a) Quiero ser un personaje famoso y hacer grandes cosas, de las que hablo la gente.
- (b) Quiero ser una persona importante en la ciudad donde viva.
- (c) Quiero ser una persona corriente, feliz y con un buen empleo.
- (d) Preferiría no ser nunca mayor.

5. — ¿Te gusta jugar con los otros chicos y chicas?

- (a) No me gusta, porque no sé jugar muy bien.
- (b) No quieren que juegue con ellos, porque no sé jugar muy bien.
- (c) Me gusta bastante.
- (d) Me gusta mucho.
- (e) Me gusta más que cualquier otra cosa.

6. — (En esta pregunta, sólo en ésta, escribe un 1 delante de lo que elijas primero; un 2 delante de lo que elijas segundo, y un 3 delante de lo que elijas en tercer lugar.)

¿Con quién prefieres ir al circo?

- (a) con mi papá.
- (b) con mi mejor amiga.
- (c) con un grupo de amigas.
- (d) con mi mamá.
- (e) sola.

ATENCIÓN: — En todas las preguntas que siguen debes volver a contestar marcando una x delante de la respuesta que corresponda, como lo venías haciendo antes.

7. — ¿Te gustaría ser ya grande?

- (a) Estoy muy impaciente por llegar a ser grande.
- (b) Me gustaría ser grande.
- (c) No quiero ser grande. Preferiría ser siempre como soy ahora.
- (d) Lo que más me gustaría es tener algunos años menos que ahora.

17. — ¿Vas bien vestida?

- (a) No tengo ninguna ropa buena.
- (b) Voy bastante bien vestida.
- (c) Tengo ropa muy buena.

18. — ¿Qué quieren tu papá y tu mamá que seas cuando seas grande?

- (a) Quieren que sea un personaje famoso y que realice grandes cosas que den que hablar a la gente.
- (b) Quieren que sea una persona importante de la ciudad en que viva.
- (c) Quieren que sea una persona corriente, feliz y con buen empleo.
- (d) No quieren que crezca y llegue a ser grande.

19. — ¿Te aprecian más los chicos o las chicas?

- (a) Los chicos me aprecian más que las chicas.
- (b) Las chicas me aprecian más que los chicos.
- (c) Me aprecian tanto los chicos como las chicas.
- (d) No me aprecian los chicos ni las chicas.

20. — ¿Cuál te parece que es la edad más linda de la vida?

- (a) Cuando se tiene menos de 9 años.
- (b) Entre los 9 y los 12 años.
- (c) Entre los 12 y los 25 años.
- (d) Después de los 25 años.

21. — ¿Deseas que la gente te aprecie?

- (a) No puedo soportar que la gente no me quiera.
- (b) Siempre hago todo lo posible para que la gente me quiera.
- (c) No me preocupo mucho, pero me agrada cuando la gente me aprecia.
- (d) Me da lo mismo que la gente me quiera o no.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra De, J. Manual de Psiquiatría Infantil, España: Editorial Masson, 1983.
2. Aronson, A. Exámen Clínico Neurológico; Ediciones Navarra, 1980.
3. Bouchard, R. Epilepsia Esencial en el Niño. Barcelona: Editorial Planeta, 1980.
4. Bustos, L y Guerrero, M. Actitud del mexicano ante la superación de la mujer. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM. 1982.
5. Escalante, C. Análisis Psicológico Pre y Postoperatorio de pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología, UNAM. 1971.
6. Ey, H. Tratado de Psiquiatría. España: Editorial Toray-Masson, 1980. 294-321.
7. García, S. y Willcox, R. Estudio comparativo de adaptación personal con respecto al sexo en menores infractores. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM. 1984.
8. Hernández, J. Epilepsia. México: Editorial Fournier, 1983, 1-88

9. Jackson, J. Selected Writings. New York: Books Inc., 1959, Vol. I.
10. Masters, W. y Johnson, V. El vínculo del placer. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1978, pp. 17-34.
11. Penfields, W. y Rasmussen, T. The cerebral cortex of Man; a clinical study of localization of function. New York: Mc Millan, 1952.
12. Rangel, M. Resultados del psicodiagnóstico de Rorschach. Aplicado a un grupo de epilépticos. Tesis para obtener la Maestría en Psicología, UNAM. 1968.
13. Remington, B. y Schorck, M. Estadística biométrica y sanitaria. España: Paidós, 1984, pp. 15-35.
14. 14. Rogers, C. Psicoterapia centrada en el cliente. España, Editorial, Paidós, 1981, pp. 409-450.
15. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. España Editorial Paidós, 1984, pp. 15-35.
16. Romero, G. Rasgos de personalidad encontrados en un grupo de madres de niños epilépticos. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología, UNAM. 1968.
17. Sutherland, J. y Tait, H. Epilepsias. México, Editorial: El Manual Moderno, 1980, pp. 1-49.
18. Wolff, S. Trastornos psíquicos del niño, causas y tratamiento. México: Editorial Siglo XXI, 1981, pp. 57-75, 167-176.