



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

01962
6
2ej

PERSONALIDAD DE LOS NIÑOS CON CRISIS
CONVULSIVAS TONICO-CLONICAS, PERCIBIDO
POR LOS PADRES
EVALUADA A TRAVES DEL INVENTARIO DE PERSONALIDAD
PARA NIÑOS (I.P.N.)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A,

AMALIA MAZA AGUIRRE

Directora de Tesis: Dra. Aida Brener B.
Dr. Augusto Fernández G.
Mtra. Mirta M. Flores G.
Dra. Rosa María Valle
Dra. Dolores Rodríguez O.



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE

INTRODUCCION

MARCO TEORICO.....	1
--------------------	---

CAPÍTULO 1 LA EPILEPSIA

1.1. Antecedentes.....	8
1.2. Definición.....	9
1.3. Fases de las Crisis Epilepticas.....	10
1.4. Tipos de Epilepsia.....	11
1.5. Crisis Convulsivas Tónico-Clónicas.....	11
1.6. Trastornos de la conducta en el epileptico.....	12

CAPITULO 2 LA PERCEPCION

2.1. Definición.....	18
2.2. Características de la percepción.....	18
2.3. Teoría de la Percepción según S. Freud.....	19
2.4. Actitud Parental.....	22

CAPITULO 3 TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES Y LA CONFORMACION DE LA PERSONALIDAD

3.1. Definiciones.....	25
3.2. Antecedentes.....	26
3.3. Los diferentes usos que hizo S.Freud del termino objeto.....	26
3.4. Modelos de la estructura mental.....	28
3.5. Principales exponentes de la teoría de las Relaciones Objetales.....	30
3.5.1. Fairbairn, R.D.....	30
3.5.2. Melanie Klein.....	31
3.5.3. Otto Kernberg.....	36

CAPITULO 4	METODO	
4.1.	Planteamiento del problema.....	42
4.1.1.	Objetivos y Justificación.....	42
4.1.2.	Hipótesis.....	42
4.1.3.	Variables.....	43
4.2.	Tipo de estudio y diseño.....	45
4.3.	Sujetos.....	45
4.4.	Instrumento.....	46
4.5.	Procedimiento.....	48
4.6.	Analisis de datos.....	49
CAPITULO 5	RESULTADOS	
5.1.	Resultados descriptivos.....	50
5.2.	Resultados inferenciales.....	64
CAPITULO 6	DISCUSION.....	87
CAPITULO 7	CONCLUSIONES.....	93
CAPITULO 8	LIMITACIONES.....	95
CAPITULO 9	SUGERENCIAS.....	96
<hr/>		
ANEXOS		
1)	Cuadro de la clasificación funcional de los tipos de epilepsia.....	97
2)	Folleto de administracion del I.P.N.....	101
3)	Informacion general del I.P.N.....	116
4)	Perfil del Personalidad Infantil en relacion a la condicion de epilepsia.....	122
GLOSARIO.....		123
BIBLIOGRAFIA.....		129

INTRODUCCION

El trabajo como psicóloga del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital General de México, de la Secretaría de Salud, me ha permitido entrevistar y atender a un número considerable de niños, adolescentes y adultos que padecen epilepsia. En esta confrontación diaria, llama mi atención el escaso conocimiento que tienen sobre su padecimiento, así como la mezcla de creencias supersticiosas, místicas y religiosas que le atribuyen a los diferentes tipos de epilepsia; creencias, que solo repiten una serie de conceptos erróneos que a través de los siglos se han divulgado en nuestra sociedad, e impiden un tratamiento y una rehabilitación adecuada.

En el programa prioritario de Epilepsia de la S.S.A. de 1989 se señala que : "La epilepsia como resultado de una afección cerebral, se presenta por varios padecimientos del sistema nervioso central, es un síndrome, que en la mayoría de las veces el tratamiento médico es sintomático y pocas veces etiológico, como en la extirpación de una neoplasia, o malformación vascular cerebral" (p.85). Por lo que es de suma importancia que las personas con epilepsia se preocupen por los factores biológicos de su padecimiento y cumplan con las indicaciones médicas para obtener un buen control de su enfermedad, pero también es indispensable tomar en cuenta los factores psicológicos que les afectan, porque cada paciente tiene sus propias circunstancias, así como la variedad de crisis que padecen poseen características particulares, y pueden afectarlos si no hay un manejo integral adecuado, de las funciones mentales, de la personalidad y/o de la conducta.

Al observar la reacción de los adultos ante el diagnóstico de epilepsia, surge una preocupación en relación a los niños que la padecen, porque además de recibir el diagnóstico, reciben la carga emocional de sus padres, y les plantea problemas no solo en el manejo de la enfermedad, también en lo educativo y en las perspectivas al futuro.

Es importante pues que el niño epileptico reciba un tratamiento adecuado tanto médico como psicológico para un desarrollo normal y se logra no solo con la ayuda de los especialistas, sino que además los padres estén totalmente vinculados con los diferentes tratamientos brindando todo su apoyo y amor a sus hijos. Benedek Th. y Gerard, M. W. 1967 dicen al respecto: "el niño en nuestra sociedad se educa dentro de una unidad familiar, por lo que es esencial unos padres sanos y cariñosos. Todo lo que fomenta la salud mental del adulto, es una piedra angular para la salud mental del niño" (p.140).

Lewis M. A.; Hatton C.L.; Salas I. y cols. 1991 trabajaron en un programa para niños epilepticos dirigido a los padres y usaron un modelo de intervención educativa que permitia: a) afrontar el enojo, resentimiento y duelo relacionado a la pérdida del hijo normal; b) incrementar el conocimiento acerca del cuidado de sus hijos; c) reducir la ansiedad de tener un hijo con convulsiones; d) mejorar sus habilidades en la toma de decisiones. Encontraron que con

la implementación de este modelo la ansiedad que presentaban los padres disminuyó significativamente.

Los padres son el primer espejo del niño; a través de ellos, el niño se conoce y reconoce, se valora y acepta, por lo que de acuerdo a la forma en que ambos padres perciben la enfermedad, serán sus respuestas y actitudes hacia ellos. En efecto en su vida diaria los padres expresan al hijo sus esperanzas, gratificaciones, temores y frustraciones y estas son transmitidas en forma verbal y no verbal. Esto aunado a que el hijo en sus primeros años de vida, presenta una dependencia con la madre para su subsistencia y se coloca en una situación receptiva que permite que Madre-Hijo vivan situaciones repetitivas, que provocan en el bebé sensación de fusión con la madre, es decir se convierte en una misma cosa con el objeto lo que explica la influencia que los padres ejercen en el desarrollo y conformación de la personalidad.

Cavazzuti G. B.; Nalin A. 1990 señalan que el inicio temprano del proceso epileptico tiene un efecto profundo en la organización de los procesos relacionales primarios de la estructuración del yo, y encontraron que los factores de mayor influencia son: la edad de inicio de la enfermedad, el tipo de síndrome epileptico, el patrón del EEG y las drogas usadas.

La capacidad del infante para adaptarse a su medio va a coincidir, por tanto, con el desarrollo de la relación Madre-Hijo, y las tendencias receptivas e incorporativas y su representación psíquica explican los procesos psicodinámicos de la primera infancia y la influencia que tienen los padres en la personalidad de sus hijos. De ahí que me interese la personalidad en los niños que presentan crisis convulsivas tónico-clónicas evaluada por sus padres por ser las más impactantes y que provocan un mayor rechazo en los padres y en la sociedad por su espectacularidad.

Los hijos en la mayoría de los casos son una afirmación de la esperanza, los cuidados humanos y el amor. Establecen una conexión con el pasado y también con el futuro. Son la esperanza de reponer pérdidas pasadas así como deseos. Estimulan fantasías apenas conscientes o transforman anteriores frustraciones en esperanzas realistas o irrealistas, además la presencia del hijo, puede hacer arriorar todos los temores y pensamientos raras veces reconocidos. Así que cuando un niño presenta una convulsión se producen cambios en las relaciones intra-familiares. La mamá o el papá no actúan como antes y el recibir el diagnóstico de epilepsia tipo crisis convulsiva generalizada tónico-clónica genera en los padres una serie de reacciones que incluyen miedo, ira, culpa, tristeza, siendo común que la angustia se exprese en una interrogante ¿Porqué a nosotros, o porque a mi hijo?.

Freud S. 1914, en Introducción al Narcisismo al considerar la actitud de los padres carinosos respecto a sus hijos, señala que es una "reviviscencia y una reproducción del propio narcisismo", es decir del amor a sí mismos. Esto hace que atribuyan al hijo todas las perfecciones y tiendan a negar y olvidar sus defectos, creen que el niño es el centro y nódulo de la creación. Freud le llamó "Su

majestad el niño" (p. 2027), porque en un día es lo que creyeron ser los padres, y esperan que realizarán los deseos incumplidos de sus progenitores, así, imaginan que será un gran nombre, un héroe, en lugar del padre y si es mujer, se casará con un príncipe para la tardía compensación de la madre. Este amor parental tan conmovedor y tan infantil, en el fondo, es solo una resurrección del Narcisismo de los padres.

Así existen características que comparten padre-madre-hijo, donde los padres se identifican con su hijo y repiten inconscientemente, sus propias aspiraciones y esperanzas, a fin de alcanzar la perfección a través de él. De ahí que la percepción parental estará en función de lo que los padres observan, y piensen de sus hijos pero también en función de sus propias aspiraciones y frustraciones, por el convivir diario y por los procesos de internalización, el niño introyecta lo que ambos padres le transmiten a nivel verbal y no verbal, esto forma parte de su identidad y estructura psíquica, porque lo que uno conoce y registra se convierte en parte de uno mismo.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que hay una mayor incidencia de problemas neuróticos y alteraciones de carácter entre los epilépticos y, por lo general, se cree que esto se debe a factores ambientales como son la ansiedad por tener un ataque, las consecuencias sociales respecto a si se debe revelar el problema o si se enterarán los demás, el temor al rechazo que esto puede ocasionar etc..

Los diversos estudios concuerdan respecto de los principales tipos de trastornos encontrados, sin embargo hay muchas contradicciones entre las conclusiones.

Bagley C. 1981, resume los principales tipos de trastornos de la conducta en los epilépticos:

- 1) Un cuadro neurotico con ansiedad, depresión, temores e inhibición.
- 2) Agresión con berrinches y conducta antisocial.
- 3) Conducta hiperactiva e hiperkinética.
- 4) Defecto mental.

Este autor realizó un estudio con una muestra consistente en 118 niños con epilepsia, encontrando que su conducta podía dividirse en dos claras categorías, agresiva y ansiosa. Sin embargo estas mismas categorías eran similares a las encontradas en estudios con niños no epilépticos.

Fejerman N., Medina C. S. 1986, señalan algunas actitudes parentales y dice que "la ira es una reacción natural del ser humano" (p.342), puede darse el caso de que en una etapa inicial los padres ante el diagnóstico de epilepsia busquen negar lo terrible del padecimiento, como una forma de protegerse contra lo doloroso, no comprenden u olvidan el diagnóstico, sin embargo, con esta conducta se corre el riesgo de no buscar comprender ni conocer el

padecimiento. Señala otra etapa que es de enojo y agresión contra el mundo o contra su propio hijo, y esto les impide ayudar a sus hijos en forma adecuada.

Señala que los factores que influyen sobre los aspectos psicologicos de los epilepticos principalmente en niños y adolescentes son:

- 1) Circunstancias ambientales (familia y sociedad).
- 2) Edad de comienzo de la enfermedad, y época del desarrollo evolutivo de los pacientes.
- 3) Formas clinicas de epilepsia, con mayor riesgo de compromiso psicologico.
- 4) Presencia de daño cerebral estructural asociado.
- 5) La influencia del tratamiento medicamentoso.

Por lo que necesitan apoyo interdisciplinario para recuperar la salud, en su sentido de equilibrio biologico, psiquico y social.

Hoare D.; Kerles S. 1990, trabajaron con una muestra de 108 niños con epilepsia y sus familiares. Encontraron que el 50% mostraban alteraciones psicologicas significativas, principalmente trastornos emocionales, con un rango similar en niños y en niñas. Señalan que estas alteraciones estan relacionadas con varios factores que son: la variable epilepsia; factores familiares; características individuales de los niños; y ansiedades de las madres sobre la epilepsia.

En pacientes epilepticos el no poder predecir una convulsion y el temor a la perdida del control provocan restricción consciente o inconsciente de las oportunidades y experiencias de los niños que la padecen y a su vez les reducen las habilidades y posibilidades de integración a su ambiente cultural, social, escolar y familiar.

Snyder M. 1990, encuentra que los mayores estresores en pacientes epilepticos son: la necesidad de tomar medicamento en forma regular y la incertidumbre de una nueva convulsion. Señala que las estrategias mas adecuadas para afrontar esos estresores son: 1) tener un adecuado control sobre la situación, 2) tener esperanza de alcanzar una mejoría y 3) tratar de encontrar solución al problema.

Los factores psicologicos que se ven alterados por la epilepsia son esencialmente el foco de mi interes. Propongo que la personalidad de los niños con crisis convulsivas tónico-clónicas se vera influida por un lado por factores externos, es decir por la situación en que se encuentran en relación a la epilepsia -Condición epileptica- y que dependera de si continúan o no con crisis convulsivas, y por otro lado a factores internos, es decir a factores que dependen de la vida emocional tanto de los niños como de los padres.

Los padres de niños con crisis convulsivas tónico clónicas se muestran menos angustiados ante un tratamiento médico que ayude a disminuir la frecuencia de las crisis, a diferencia de los padres cuyos hijos continúan presentando crisis convulsivas tónico clónicas, a pesar del tratamiento médico. Ante una situación en la que se pide a los padres que valoren las actitudes, conductas y pensamientos de sus hijos, es decir lo que perciben de ellos, el nivel de ansiedad que viven en ese momento los lleva a ser más objetivos o menos según el caso, de ahí la importancia de hacer un estudio que aporte un conocimiento más amplio sobre:

- 1) La personalidad de los niños con crisis convulsivas tónico clónicas, (percibido por los padres) cuyo mal aun no ha sido controlado.
- 2) La personalidad de los niños con crisis convulsivas tónico clónicas cuyo mal ya fue controlado médicamente y
- 3) Comparar la personalidad de estos dos grupos de niños epilépticos, con el perfil de la personalidad de niños que no padecen crisis convulsivas tónico-clónicas.

El estudio de la personalidad de niños con crisis convulsivas tónico clónicas evaluado a través de las expectativas y percepción de los padres (esto debido a cuestiones técnicas pero también propositivas), permite hacer inferencias sobre las motivaciones inconscientes que se ponen en juego ante una situación extrema como es el tener en casa a un hijo con este padecimiento. Benedek T.H. y Gerard M. W. 1967, señalan que la personalidad es una función continua, resultante de innumerables acciones recíprocas entre el sujeto y su sociedad, y la define como "La capacidad de la totalidad del organismo de funcionar como un todo que lo hace un sujeto único, discernible, diferente" (p.7), por lo que las fuerzas biológicas y culturales se organizan y forman la personalidad, sin embargo es importante señalar que la conducta de los padres está arraigada en el desarrollo de la personalidad de cada uno de ellos y se va a expresar en amor, cuidado, ternura, impaciencia, ira y castigos hacia sus hijos y mediante incontables procesos de identificaciones y proyecciones recíprocas la relación Padres-Hijos forman una unidad psicodinámica.

Para entender el desarrollo y conformación de la personalidad, se recurrió a la teoría de las relaciones objetales, que permite explicar como la relación madre-hijo influye en la formación, y organización de la estructura intrapsíquica, tanto del hijo sano como enfermo.

Esta teoría que es una evolución post-Freudiana de la Teoría Psicoanalítica, pone énfasis en la importancia de la relación Padre-hijo, es decir, las primeras relaciones de objeto, por ser ahí como menciona Bleichmar, N.M.; Bleichmar, C. 1989 donde aparecen los rudimentos de la conformación de la personalidad y considera al niño en interacción con su medio, a diferencia de la Teoría Clásica

Psicoanalítica del desarrollo de la personalidad que originariamente fue formulada por S. Freud y K. Abraham, basada en la teoría de la libido. Benedek, Th. Gerad M. W. 1967 dice: "La teoría psicoanalítica de la personalidad está integrada por conceptos relativos a la personalidad, como organización del aparato mental en general y por conceptos relativos a los procesos que conducen a las diferencias específicas del individuo en particular" (p.7).

Los teóricos principales que se toman para esta investigación son:

S. Freud, quien en su interés por encontrar la génesis del instinto y sus vicisitudes aborda el concepto de objeto en diferentes escritos y estas investigaciones dan las bases para el desarrollo de la teoría de las Relaciones Objetales.

Fairbairn, R. D. 1962, quien propuso modificaciones a la teoría pulsional de S. Freud sobre la base de reconsiderar el papel de la relación objetal y su internalización a partir de la energía libidinal. La formula desde el ángulo de la estructura del yo para explicar el desarrollo del infante durante los primeros meses de vida. Propone un esquema sobre las etapas del desarrollo de las relaciones objetales que él llama "teoría del desarrollo de las Relaciones de Objeto" basadas en el tipo de dependencia del objeto, dicha teoría plantea tres etapas: a) De dependencia infantil; b) de transición y c) de dependencia madura.

Melanie Klein 1983, quien también pone énfasis en la importancia de la temprana relación madre-hijo, y aborda el estudio de las relaciones objetales distinguiendo dos periodos durante el primer año de vida a los que llamo posiciones esquizo-paranoide y depresiva, donde es primordial el papel jugado por los instintos.

Su posición es instintivista, elabora su concepción de la psique a partir de la existencia de dos instintos fundamentales, eros y tanatos.

Otto Kernberg 1979, con extensas aportaciones a la Teoría de las relaciones objetales internalizadas, intenta conciliar diversas aportaciones de autores como Klein, Fairbairn, Jacobson y Mahler. Describe tres tipos de procesos de internalización que son; introyección, internalización y la identidad del yo, y sugiere que una estructura intrapsíquica se forma porque se internaliza una representación del sí mismo, del objeto y del estado afectivo del vínculo.

En la convivencia con niños epilépticos se observa que expresan confusión y ansiedad y en general una serie de sentimientos que los hace sentirse inseguros, incapacitados, y en desventaja con otros niños que no presentan epilepsia, por consecuencia, también en los padres se observa una gama de sentimientos como enojo, ira, frustración y culpa. Sentimientos provocados por una enfermedad como la epilepsia y que es necesario abordarlos para así poder ayudar y orientar en forma directa y sistemática tanto a los padres como a los hijos para un mejor desarrollo.

El presente estudio tiene el objetivo fundamental de investigar la personalidad de niños con crisis convulsivas tónico clónicas que acuden al Hospital General de México, al Hospital Infantil "Federico Gomez" y al Instituto de Salud Mental (I.N.S.A.M.E.).

La personalidad de los niños es evaluada a través de la percepción que tienen los padres, haciendo uso del Inventario de Personalidad para niños (I.P.N.). Este instrumento es una herramienta útil en la obtención de un perfil de personalidad, logrado con base en las opiniones y propuestas de los padres.

El I.P.N. está creado a semejanza del M.M.P.I. construido empírica y racionalmente. Este instrumento busca proveer de una descripción de la personalidad de los niños, desde un punto de vista clínico principalmente en un rango de edades entre los 6 y 16 años y está formada por 4 escalas de ajuste y 12 escalas clínicas que son: L (mentiras); F (falsedades); DEF (defensividad); ADJ (ajuste social); ACH (redimiento académico); IS (desempeño intelectual); DVL (desarrollo psicomotriz); SOM (preocupación somática); D (depresión); FAM (relaciones familiares); DLQ (tendencias delincuentes sociopáticas); WDL (retraimiento); ANX (ansiedad); PSY (psicosis); HPK (hiperactividad); SKK (habilidades sociales). El cuestionario contiene 600 preguntas las cuales pueden ser contestadas como cierto o falso, de acuerdo a la opinión que tiene el "respondiente" (padre ó madre) sobre el comportamiento, la actitud y las relaciones familiares del niño.

La forma directa para la obtención de las preguntas usadas en el M.M.P.I. era prácticamente imposible en el I.P.N., debido a que los niños pequeños no podían leer las preguntas adecuadamente, ni entenderlas, así como la falta de motivación y comprensión necesaria de los conceptos involucrados, debido a esto, los autores de la prueba decidieron que, con base a la experiencia clínica y a otras investigaciones Roskos 1974, Blackwell 1976, Cichon 1977, Klinedinst 1972, las personas que podían contestar el inventario, gracias al conocimiento que tienen del desarrollo del niño, eran los padres (Wirt R.D. et al. 1977). Por lo tanto el I.P.N. lo que mide en sí, es la personalidad de los niños desde el punto de vista de los padres, y con estos datos es posible hacer inferencias válidas sobre la influencia que ejercen los padres en la conformación y desarrollo futuro de la personalidad infantil.

A la fecha, no existe ninguna investigación que explore la personalidad de niños con crisis convulsivas tónico-clónicas que use el instrumento que en este trabajo se utiliza, por lo que los resultados muestran datos valiosos que permiten mayor comprensión de estos pacientes esperando lograr con ello que el niño epileptico reciba un tratamiento adecuado, tanto médico como psicológico, que permita explorar la visión del niño ante su enfermedad y al mismo tiempo comprender a los padres, compartir información sobre la enfermedad, las causas los riesgos, el pronóstico, el porque de la medicación y darles la oportunidad de expresar sus temores y fantasías. Acciones todas que propician una mayor adherencia terapéutica y propician además una mejor calidad de vida.

CAPITULO 1 LA EPILEPSIA

1.1) Antecedentes

Velasco M. y cols. en 1985 informan que "El primero en haber utilizado el termino de epilepsia, derivado del antiguo verbo griego "epilambanin", fue el medico árabe Avicena (Bagdad, 980-1037) y desde entonces ha sido universalmente adoptado. La palabra griega significaba "ser sorprendido o atacado". el verbo es pasivo y sugiere el ataque de una fuerza extraña" (p. 13).

Es indudable que lo que más resaltaba y lo que más preocupaba en la antigüedad de la epilepsia, es lo característico y dramático de la convulsión de todos los músculos corporales, y la abrupta pérdida de la conciencia. De ahí que siglos antes y después de Cristo el padecimiento llevara el nombre de sus síntomas prominentes como son: "mal comicial", "mal de caída", "desplome convulsivo", "mal caduco" etc. Estas características hacían pensar en espíritus o demonios que atrapaban al sujeto provocando en él, tan desagradable espectáculo. Sin embargo también se le atribuyó un carácter sagrado por hombres que pretendían poseer dotes excepcionales como los magos, purificadores, y curanderos, (los cuales gozaban sin lugar a duda de un altísimo prestigio) afirmando que era un "mal divino" el cual solo los elegidos lo padecían.

En el 400 A. C. Hipócrates negó la idea de que el epileptico fuera un poseído. El afirmaba que la divinidad fungía como un pretexto para justificar la asistencia sacerdotal sobre una enfermedad que se pensaba sagrada. Su origen, decía, puede carecer de impurezas, y puede ser hereditaria como otras enfermedades.

Galeno: 500 años después de Hipócrates, aún cuando reconoció que los ataques provenían del cerebro, aceptaba que algunas partes del cuerpo ajenas a este desempeñaban un papel importante en las crisis, y divide a la epilepsia en tres grupos según sus causas; 1) la epilepsia causada por "discrasias" de los humores cerebrales y conocida como "idiopática"; 2) epilepsias dadas por una irritación causada por sustancias ajenas o propias del cuerpo, lo que resulta en una convulsión por el esfuerzo cerebral de repelerlas (ésta es una analogía con el hipo como esfuerzo convulsivo del estómago para eliminar el material ofensivo) y 3) la epilepsia debida a un humor patológico formado en una de las extremidades por donde se iniciaba la convulsión y que se extendía a la cabeza (concepción análoga al proceso del veneno de una serpiente o un insecto que se derrama desde el sitio de la inoculación hasta el cerebro y en el que la amputación o el torniquete resultan acciones preventivas).

Sin embargo la epilepsia durante mucho tiempo posterior a Galeno fue considerada como un mal proveniente de fuerzas externas al cuerpo, en muchos casos debidas a "maléficos" o "castigos divinos". Esto se puede entender debido a la creciente fuerza de la Iglesia y a la consecuente necesidad de justificar su presencia en todas las actividades del hombre. Los resultados fueron evidentes, en general.

durante esta época, la humanidad se sumió en un periodo de "oscurantismo", el cual no permitió un avance científico sostenido y en constante crecimiento como se venía dando en la Grecia antigua.

En el siglo pasado John Hughlings Jackson, médico y filósofo, en colaboración con Gowers sienta las bases científicas para entender el "fenómeno crítico de la descarga brusca de un foco de neuronas y la posible generalización del ataque por el avance de la descarga entre esas neuronas epileptógenas que al reclutar más células, desorganizan las funciones cerebrales cuando se produce la parálisis transitoria de todas ellas". Asimismo, sentó las bases "anatomofuncionales de los fenómenos psicoalucinatorios temporounclnados en la epilepsia" (pp. 20-24).

Weisberg, L.A. Struben, R.L. Garcia, C.A. en 1986 señalan que Jackson definió a la epilepsia como: "un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de descargas nerviosas paroxísticas y excesivas que producen una brusca alteración de la función neurológica. Los términos epilepsia y trastorno convulsivo hacen referencia a entidades similares; sin embargo, epilepsia se refiere a crisis recurrentes e implica la presencia de una disritmia cerebral y algunas veces puede haber una base genética subyacente. Las crisis epilépticas pueden ser sintomáticas de una lesión cerebral macroscópica o microscópica subyacente o de un estado metabólico alterado, o pueden ocurrir en ausencia de anomalías patológicas o bioquímicas conocidas (epilepsia idiopática)" (p. 169). Esta definición aún hoy día, sigue siendo considerada como una de las más acertadas, ha tenido pequeñas modificaciones, debido, a los nuevos descubrimientos sin embargo en esencia sigue siendo la misma.

En los aspectos psiconeurológicos alcanza gran importancia el estudio de los trastornos de la conducta, la personalidad, la inteligencia y la capacidad productiva de los enfermos de epilepsia.

Es en el segundo decenio de este siglo cuando la farmacología entra en auxilio de la terapéutica para la epilepsia. Y es después, en 1924 (año en que Berger registra la actividad eléctrica cerebral), cuando el electroencefalograma empezó a utilizarse en el diagnóstico.

La comprensión de la epilepsia ha sido lento y aún hoy en día permanece, en algunos de sus aspectos (idiopáticos), como hace 2000 años, especialmente en cuanto al aspecto social del problema se refiere. Los ataques siempre han preocupado a doctos y a profanos, y la explicación de las convulsiones aun es poco comprensible para la gente común, además de que algunas viejas creencias siguen estando presentes.

1.2) Definición de la Epilepsia

Sutherland, J.M. Tait, H. Eadie, M.J. en 1980 proponen definir y considerar a la epilepsia como "un síntoma de descarga neural 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" (p. 2).

1.3) Fases de las Crisis Epilépticas

A continuación se hace un listado de las fases de la crisis epiléptica según Weisberg, L.A. Struben, R.L. García, C.A., 1986 para una mejor comprensión de lo que sucede antes, durante y después de ella, ya que los cambios del carácter y el comportamiento que experimentan los niños durante estas fases (prodromos, aura, crisis, post-crisis), provocan en ellos confusión y angustia, al sentir algo "raro" que no entienden y en los padres, también provocan reacciones emocionales por temor a que su hijo se deteriore o muera.

Prodromos.- "Estos pueden durar varias horas o días. Puede haber un ligero cambio de carácter, comportamiento o pensamiento, con aumento de la ansiedad, depresión o una dificultad para concentrarse. Las personas que conviven estrechamente con el paciente pueden ser capaces de distinguir estos cambios y predecir el ataque. Durante esta etapa no hay alteraciones en el EEG" (pp. 169-170).

Aura.- "Esta es la fase inicial de la crisis que el paciente recuerda; hay alteraciones del patrón EEG que señalan su origen focal. El aura ocurre en las crisis parciales con sintomatología elemental (pequeños movimientos o parestesias localizadas en un dedo de la mano) o en las crisis parciales complejas (olor desagradable, sensación que asciende desde el estomago o desde el torax, sabor amargo o alteración de los pensamientos). El aura suele durar varios segundos o minutos" (p.170).

Crisis.- "Esta hace referencia al ataque en sí. La crisis comienza bruscamente, el paciente puede estar normal en un momento dado e inconsciente o totalmente desconectado pocos segundos más tarde. La crisis aislada puede durar 25 a 30 segundos o algo más en las ausencias, de 2 a 5 minutos en las crisis motoras generalizadas, o hasta 20 minutos en las crisis parciales complejas. El EEG suele ser anormal si se registra en la fase crítica, con la excepción de algunos casos de crisis parciales complejas donde el EEG es normal durante esta fase. El paciente suele tener amnesia de la crisis en las complejas parciales y en las generalizadas" (p.170).

Fase Postcrítica.- "Esta representa la fase que continúa inmediatamente a la crisis. Después de algunas crisis el paciente puede estar perfectamente alerta y reanudar la conversación o el trabajo en el punto donde lo dejó, o el paciente puede estar aturdido, confuso o desorientado. La familia puede referir que algunas mañanas el paciente se despierta con aspecto de no estar del todo bien; esto sugiere que ha tenido una crisis nocturna. Durante el periodo postcrítico, el paciente debe ser explorado cuidadosamente en busca de déficit neurológicos focales (hemiparesia, afasia, déficit hemisensorial, asimetría de reflejos, signo de Babinski y defectos del campo visual). El EEG suele normalizarse después de haber

mostrado descargas de ondas agudas y/o lentas, mientras que en otros casos aparece una actividad de ondas lentas difusa o focal con supresión de la actividad normal de fondo" (p. 172).

Periodo intercritico.- "La exploración neurológica puede realizarse durante la fase intercritica o postcritica. En la fase intercritica hay que dirigir la atención hacia el descubrimiento de alteraciones mentales (pérdida de memoria o demencia), déficit neurológicos focales o evidencia de hipertensión intracraneal" (p. 173).

1.4) Tipos de Epilepsia

Hay varios tipos de epilepsia estos son: a) Crisis Generalizadas que se subdividen en; crisis tónico-clónicas, crisis de ausencia (pueden ser simples o complejas), crisis mioclónicas, espasmos infantiles y crisis atónicas. Y b) Crisis Parciales, que se subdividen en: parciales simples (con síntomas motores, síntomas somatosensitivos y síntomas sensitivos especiales -auditivos y visuales-), o parciales complejas (psíquicas, cognitivas y arectivas). La comisión de clasificación y terminología de la liga internacional contra la epilepsia propuso una clasificación funcional que permita identificar correctamente el tipo clínico de las crisis desde el punto de vista clínico y electroencefalográfico publicado en 1981 y a la fecha continua vigente, la cual facilita una terapéutica anti-epileptica eficaz (Anexo 1).

En este estudio el interes recae en el tipo Generalizado tónico-clónico por lo que se describe a continuación.

1.5) Crisis Convulsivas Tónico-Clónicas o de Gran Mal.-

Llamadas también generalizadas primarias, motoras mayores. Estas comienzan en forma brusca sin aura, inicialmente hay una pérdida de conciencia brusca. Si el paciente esta de pie, se cae al suelo en una postura rígida (hipertónica) y puede lesionarse. El tronco y el cuello están hiperextendidos, los hombros y los brazos están extendidos y en aproximación, las muñecas en supinación, las piernas están extendidas y los pies están en flexión plantar. El grito epiléptico se produce cuando se expulsa el aire forzosamente contra unas cuerdas vocales aproximadas. El paciente puede ponerse cianótico, pero no son frecuentes la apnea ni el paro respiratorio. La lengua puede macerarse y puede haber incontinencia urinaria o fecal.

La fase tónica se interrumpe por la fase clónica, durante la cual hay movimientos convulsivos rítmicos y simétricos de la cabeza, cuerpo y extremidades. La crisis suele durar de dos a cinco minutos. Si la crisis es nocturna, la única evidencia puede ser que el paciente se despierte en el suelo, tenga macerada la lengua o con sangre o se despierte con la cama mojada.

Postcriticamente el paciente está confuso y soñoliento, pudiendo durar esta situación desde varios minutos a 24 horas. Debido a la intensa contracción muscular pueden persistir durante varias horas

miagias intensas. Durante este periodo en el caso de los niños, puede resultar difícil despertar a la criatura o incluso hacerla reaccionar de alguna forma. Los reflejos se hallan deprimidos o son anómalos. Muchos padres y madres que nunca han visto una convulsión generalizada a veces piensan, erróneamente, que las criaturas han perdido el conocimiento a causa de un golpe en la cabeza sufrido al caer, o incluso llegan a temer que se estén muriendo. Tras la angustiada experiencia de presenciar una crisis de gran mal, el estado postcrítico también puede resultar aterrador. La respiración puede ser tan superficial que los padres llegan a temer un paro respiratorio. Sin embargo las criaturas respiran regularmente. El estado postcrítico se debe probablemente a un agotamiento de las células del cerebro y puede representar un útil periodo de recuperación de energías.

Al despertar, el niño estará fatigado y puede tener un fuerte dolor de cabeza, que puede aliviarse con un analgésico. No recordará nada de lo ocurrido. Durante el ataque no se sufre dolor, aunque ésta es una de las preocupaciones más frecuentes de los padres.

No es raro que la primera convulsión se produzca hacia el final de la niñez; esto desconcierta a los padres, que a menudo preguntan: "Si mi hijo tiene epilepsia, ¿cómo no se le manifestó inmediatamente después de nacer?" Las convulsiones primarias generalizadas, que con frecuencia son hereditarias, pueden empezar a manifestarse incluso en la segunda o tercera décadas de vida, aunque pueden estar precedidas de crisis de ausencia (pequeño mal) o convulsiones micoclónicas.

Según James, E. Jan y col. 1985, la mayoría de estos niños no presentan señales de lesión cerebral y se desenvuelven bien en la vida. En líneas generales, cuanto más tardío sea el inicio de las crisis más favorables son las perspectivas de llegar a controlarlas. Fejerman, N. (1986) por otro lado cuestiona la existencia de gran mal como expresión de una forma específica de epilepsia generalizada y dice: "en el niño las crisis generalizadas gran mal, no encadenan la sucesión de fenómenos como en el adulto, porque pueden presentar aspectos parciales de las descargas..." (p.84), es decir se puede producir solo una fase de las ya mencionadas (tónica, clónica, relajación).

1.6) Trastornos de la conducta en el epileptico:

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que hay una mayor incidencia de problemas neuróticos y alteraciones de carácter entre los epilepticos y, por lo general, se cree que esto se debe a factores ambientales como son la ansiedad por tener un ataque, las consecuencias sociales respecto a si se debe revelar el problema o si se enteran, el temor al rechazo que esto pueda ocasionar etc.

Los diversos estudios concuerdan respecto de los principales tipos de trastornos encontrados, aunque cuando se les analiza con más detalle, hay muchas contradicciones entre las conclusiones.

Bagley C. (1971) citado por Shakespeare R. en 1981, resume en la siguiente forma los principales tipos de trastornos de la conducta en los epilepticos: 1) Un cuadro neurotico con ansiedad, depresión, temores e inhibición; 2) Agresión con berrinches y conducta antisocial; 3) Conducta hiperactiva e hipercinética y 4) Defecto mental. Este autor realizo un estudio con una muestra consistente en 118 niños con epilepsia, encontrando que su conducta podia dividirse en dos claras categorías, agresiva y ansiosa, y que estas categorías eran similares a las encontradas en estudios de niños no epilepticos.

Los trastornos de la conducta en los niños con epilepsia estaban relacionados con factores adversos en el ambiente del niño, lo cual tambien se presenta en la muestra con niños no epilepticos. Las condiciones como el hacinamiento, la pobreza, la muerte o el abandono de uno de los padres, establecian una clara distinción entre los niños epilepticos con o sin transtorno de la conducta de cualquier tipo, -ansiedad, agresión o ambas-.

Ademas encontro que las actitudes adversas en los padres de niños epilepticos eran mas comunes en los casos en que los niños eran agresivos. despues venian los padres con niños con ansiedad y la dirección de estas actitudes era, solo un poco distinta a las actitudes de los padres cuyos niños no eran ansiosos ni agresivos. Las actitudes adversas estaban relacionadas con la ansiedad materna, la incapacidad de la madre para hacer frente a los problemas, el padre que criticaba al niño, los padres que tomaban una actitud de falta de apoyo frente a los problemas ocasionados por la enfermedad del niño etc..

Por lo tanto, habia una gran variedad de factores interrelacionados, todos los cuales influian en la conducta del niño y se afectaban entre si, ya que los padres que tenían un gran número de problemas ambientales a los que hacer frente, era más factible que tuvieran tambien actitudes y conducta perturbadas.

Fejerman, N.; Medina, C. S. (1986) señalan algunas actitudes parentales y dice "la ira es una reacción natural del ser humano" (p. 342), puede darse el caso de que en una etapa inicial los padres ante el diagnostico de epilepsia busquen negar lo terrible del padecimiento, como una forma de protegerse contra lo doloroso, no comprenden u olvidan el diagnostico. Con esta conducta se corre el riesgo de no buscar comprender ni conocer el padecimiento. Señala otras etapas que es de enojo y agresión contra el mundo o contra su propio, niño, y esto le impide ayudarlo en forma adecuada.

Concluye que los factores que influyen sobre los aspectos psicologicos de las epilepsias especialmente en niños y adolescentes son:

- 1) Circunstancias ambientales (familia y sociedad)
- 2) Edad de comienzo de la enfermedad y epoca del desarrollo evolutivo de los pacientes

- 3) Formas clínicas de epilepsia con mayor riesgo de compromiso psicológico
- 4) Presencia de daño cerebral estructural asociado
- 5) Influencia del tratamiento farmacológico

Finalmente señala la necesidad de proporcionar un apoyo interdisciplinario para recuperar la salud en su sentido de equilibrio biológico, psíquico y social.

A la fecha no existe reporte de ninguna investigación que explore la personalidad de niños con crisis convulsivas tónico-clónicas, con el instrumento que en esta investigación se utiliza. En la búsqueda de material semejante se encontró solo una investigación sobre epilepsia tipo gran mal. Niemenn H; Boemick H.E.; Schmidt R. C. y cols (1985) en una muestra de 37 niños de 12 a 18 años, residentes de una colonia de epilepticos, exploran la influencia en el desarrollo cognoscitivo de la actividad epileptica y la extensión de la patología cerebral subyacente, tomaron también otros factores considerados con la posibilidad de influir en el desarrollo, estos fueron, edad de inicio de las convulsiones; duración de la enfermedad, y uso de medicamentos. Para evaluar el nivel de desempeño se utilizaron tests que miden funciones cognoscitivas y visomotoras - WISC-R, Frostig-. Encontraron una influencia significativa de dos factores que son:

La actividad de descarga y el nivel de medicación. Ambos influyen significativamente en algunos aspectos particulares del desempeño cognoscitivo. También reportan que no fue posible documentar una influencia de patología cerebral estadísticamente.

En las investigaciones de 1991 sobre epilepsia en general se encontró lo siguiente.

Matuja W B (1990) reporta sobre la presencia de desórdenes psicológicos en epilepticos africanos de Tanzania, con una muestra de N = 138 de una clínica de Neurología que ameritaban intervención. 81 por ciento presentaban desórdenes menores -trastornos neuróticos, reacción histérica, agorafobia- 19 por ciento desórdenes mayores -psicosis tipo esquizofreniforme, depresión severa-. Encontró que los trastornos orgánicos cerebrales se asociaron significativamente con desórdenes psicológicos. Arriba del 80 por ciento de los sujetos con desórdenes mayores tenían epilepsia y lesión cerebral. El 77 por ciento de sujetos con desórdenes menores tenían evidencia de una lesión orgánica cerebral, ambas, la lesión orgánica cerebral y el desorden psicológico se asociaron con desventajas sociales. El autor comenta que a pesar de que la actitud social a la epilepsia sigue siendo negativa en África los desórdenes psicológicos y la desventaja social en Tanzania los encuentra relacionados a una lesión orgánica cerebral más que al resultado de una reacción individual por los prejuicios sociales.

Snyder M. (1990). señala que faltan conocimientos acerca de la naturaleza de las experiencias estresantes en sujetos con epilepsia y explora la epilepsia y estresores específicos en una muestra de $N = 107$ adultos que presentaban epilepsia y necesidad de tomar medicamentos como mínimo durante un año, sin seguridad acerca de los resultados. Los estresores marcados en el nivel más alto fueron: -necesidad de medicamento con regularidad-, -incertidumbre sobre momento de la crisis-. Las estrategias de afrontamiento fueron: tratar de mantener algún control sobre la situación; tener la esperanza de que las cosas mejoraran; pensar sobre las diferentes maneras de dar solución al problema. Encontró que los sujetos que percibieron su salud con mejoría utilizaron más estrategias orientadas a solución de problemas que aquellos que calificaron su salud como pobre. El nivel promedio de ansiedad rasgo fue de 42.1 el cual es más alto que la población normal. El autor plantea la necesidad de más estudios que permitan identificar con claridad estresores experimentados en varios momentos de la trayectoria de la epilepsia; así como las estrategias precisas de afrontamiento utilizados para esos estresores específicos.

Lewis M A; Halton C L; Salas I; y cols (1991) reportan el impacto del programa para niños con Epilepsia sobre los padres. Se condujo un randomized controlled trial en Santiago de Chile para evaluar la eficacia del programa de niños epilépticos con una intervención centrada en los padres. Un grupo piloto fue evaluado en Los Angeles Cal. Se usó el modelo de orientación para padres de niños que necesitaban ayuda por presentar disturbios, que les permite afrontar el enojo, resentimiento y duelo relacionado por la pérdida de un niño normal; incrementar el conocimiento acerca del cuidado de sus hijos; reducir la ansiedad relacionada con tener a los niños con trastornos convulsivos y mejorar sus habilidades para la toma de decisiones. Se aplicó a los padres un test de ansiedad al inicio del programa y un retest cinco meses después de la intervención educacional. Los padres del grupo experimental con $N = 185$ y sus hijos fueron atendidos en forma separada en sesiones de hora y media, al final de cada sesión se reunían para compartir las experiencias de aprendizaje, los padres del grupo de comparación $N = 180$ asistieron junto con sus hijos a tres sesiones de lectura de dos horas, seguidas de periodos de preguntas y respuestas. Encontraron que aunque el conocimiento de la epilepsia que tenían los padres era relativamente alto, en ambos grupos se incrementó el conocimiento. Con respecto a la ansiedad que se evaluó a los cinco meses los padres del grupo experimental en particular las madres, se mostraron menos ansiosas y con mayor claridad sobre el programa en relación a los padres del grupo de comparación, $p < 0.001$ y la ansiedad medida con la escala de Taylor se redujo significativamente $p < 0.01$.

Cavazzuti, G B; Nalin A. 1990, señalan que los disturbios psicoconductuales son frecuentes en niños epilépticos y varían en cuanto al tipo y grado. Esta diversidad depende de varios factores: edad de inicio; tipo de síndrome epiléptico; patrón de EEG y drogas usadas. El inicio temprano del proceso epiléptico -primer año de vida- tiene un efecto profundo en la organización de los procesos relacionales primarios de la estructuración del yo. El daño

conductual y cognitivo resultante puede hacerse evidente después de solo algunas convulsiones y puede persistir através del tiempo cuando tal daño no es definitivo. La epilepsia cuando su inicio es en la infancia puede estar acompañada de deficit prognóstico -conocimiento de la practica- y daños de la memoria, atención y razonamiento analítico. Estos deficits ocurren mas frecuentemente en las formas sintomáticas. En las formas adolescentes de la epilepsia prevalentemente idiopática, son comunes los desordenes del tipo neurotico, los desordenes psicoconductuales relacionados con drogas se aprecian principalmente con el uso de fenobarbital -hiperactividad y tiempo de reaccion prologada- fenitoina -lentitud, torpeza. e..

Hoare, P; Keries, S. 1990 realizaron un estudio cruzado sobre la morbilidad psicossocial en una muestra de N = 108 niños con epilepsia cronica y sus familiares. Encontraron que aproximadamente la mitad de los niños mostraban evidencia de desordenes psicologicos significativos. Los trastornos neuroticos o emocionales fue la categoría de diagnostico mas comun con rangos similares entre niños y niñas. Estos hallazgos no habian sido reportados previamente. Los desordenes conductuales estuvieron asociados fuertemente con variables de epilepsia, factores familiares, características individuales de los niños y con la ansiedad de las madres sobre la epilepsia. Señalan que son muchos los factores responsables de este incremento y se requiere mayor estudio para dilucidarlos asi como para disminuir la incidencia de morbilidad psicossocial en los niños.

Taylor D C; Lochery M. 1991, describieron algunas de sus experiencias en una clinica especial psiquiátrica para niños con epilepsia tomando un grupo de 50 niños, se observó que las consecuencias de los desordenes del compartimiento de los epilepticos no puede ser adecuadamente descrita haciendo uso de la clasificación nosologica de que se dispone. Como una alternativa se identificaron una serie de comportamientos que los niños de hecho requieren para mantener su existencia social.

En resumen no se puede afirmar categóricamente que un niño epileptico tenga a consecuencia de su enfermedad, un transtorno psicologico, mas bien es multifactorial como lo menciona Bagley y los autores revizados. Ademas como se puede ver la actitud parental es significativa en el desenvolvimiento del niño. En esta investigación me propongo ahondar mas en el tema. Quiero aclarar finalmente que la actitud tanto de los padres como de la sociedad en general está directamente influida por la percepción que se tenga de una enfermedad como la epilepsia.

El objetivo final de esta investigación es conocer la personalidad de los niños con crisis epilepticas tonico-clonicas. Para ello se utiliza un test (I.P.N.) que nos permita de una manera rapida y valida obtener un perfil de su personalidad. Se sabe que el

desarrollo de la personalidad es un proceso que se inicia en el nacimiento y se consolida en la adolescencia por lo que se constituye y diferencia mediante una serie de identificaciones con los objetos importantes con quienes interactúa el niño, que son padre, madre o sustitutos. Al proponer el uso del I.P.N., test que obtiene sus datos a partir de la percepción que tienen los padres de sus hijos, no se hace más que investigar las ideas, hábitos, comportamiento, etc. que los padres observan en sus hijos pero al mismo tiempo, debido a la interacción constante y la dependencia de sus hijos para con ellos, también expresan sus expectativas y motivaciones inconscientes, depositadas en sus hijos y que con el transcurso del tiempo influyen y moderan la personalidad infantil.

A continuación se analizará al fenómeno perceptual, para pasar a la relación padres-hijos entendida a través de la teoría de las Relaciones Objetuales y las viscosidades a las cuales se pueden enfrentar tanto los padres como los niños con dicho padecimiento.

El estudio de la percepción, no es tarea fácil y aún hoy día, no ha sido posible entender del todo los mecanismos que la regulan. Lo que sabemos de este fenómeno es el resultado de una acumulación de información sobre él; más que un conocimiento bien estructurado y sistemático. Nos percatamos de la gran variedad de eventos que ocurren dentro de este proceso; así como su influencia en la conducta humana en general. No es mi interés hacer un estudio exhaustivo del fenómeno perceptual ya que este apartado va dirigido a un elemento muy focalizado del fenómeno en cuestión, a saber la percepción de los padres en relación a la personalidad con hijos que padecen una enfermedad como la epilepsia.

2.1) Definiciones

Isaias López, 1988 señala que la percepción es el mecanismo mental en el que el significado de los estímulos sensoriales es reconocido a través del uso de los sentidos para integrar e interpretar experiencias en respuestas a estímulos externos, define la percepción parental como: " el conjunto de percepciones que tienen los padres respecto a sus hijos y que son influidos por las expectativas y motivaciones inconscientes que tienen en relación a ellos" (p. 54).

La percepción desde un punto de vista puramente biológico ha sido definido por Bartley S. 1973 como... "la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente (o acompaña) a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos..." recalándose además que "el aparato sensorial es el mediador entre las actividades que se desarrollan en el interior del organismo y los eventos que tienen lugar en el exterior; tal mediación precede a la utilización..." (p. 542). Esta definición es muy general del fenómeno, implicando su vinculación inmediata con las pautas de energía que llegan a los órganos de los sentidos.

2.2) Características de la percepción

Bartley S. 1973, señala una gran cantidad de características que son propias del fenómeno en cuestión entre las que resaltan la capacidad discriminativa de la percepción, sustentada por la actividad de la corteza cerebral. Esto indica que la percepción a diferencia del fenómeno del "reflejo" (el cual también es una respuesta motora que sigue inmediatamente al estímulo), lleva a cabo una reacción selectiva, en la cual las condiciones del contexto, juegan un papel decisivo.

Hay además de esta característica discriminativa de la percepción, todo un listado que permite apreciar la complejidad de este fenómeno. Bartley da 6 características que son: 1) La percepción

es simbólica, es decir es una conducta que manifiesta una relación abstracta entre el organismo y su ambiente; 2) Clasificatoria, al expresar el hecho de que las reacciones a la situación inmediata se dan, como si dicha circunstancia no estuviera totalmente aislada y fuera única; 3) Evaluativa, ya que lleva una amplia cantidad de prejuicios por parte de los individuos; 4) Todas las percepciones son potencialmente selectivas y predictivas; 5) Autoconsistencia interna que implica que para que un objeto exista debe poseer ciertas características ya sea de tamaño, forma y posición estables y finalmente; 6) El resultado final está determinado por el campo, es decir que un sistema de fuerzas o actividades interrelacionadas lo producen.

Así la percepción según Rubinstein J.L. 1982 se encuentra entre dos mundos totalmente diferentes que son:

1) Mundo físico que proporciona la energía que excita a los órganos de los sentidos, por los que se establece la interacción entre organismo y medio.

2) Mundo de las experiencias, en la que el organismo se da cuenta de sí y de los objetos, de ciertas propiedades y actividades de ambos y de ciertas relaciones entre ellos.

Todo lo anterior permite suponer que al estudiar la percepción se necesita reconocer que el mundo está compuesto de elementos que no se asemejan al producto final; por tanto la percepción no es una copia y los objetos percibidos, no son entidades que existen en el mundo externo con las características visuales, táctiles, térmicas y de solidez con que las experimentamos. Por tanto al ocuparnos de la percepción se estudia lo que el organismo experimenta, no lo que el mundo físico contiene o su naturaleza, por lo que en la percepción se refleja la psíquica vida del humano, sus actitudes sus intereses su orientación general y las experiencias, y ello no solo en representaciones aisladas sino en todo el ser real de la persona y de su vida real.

A los investigadores les han preocupado dos cuestiones principales, por un lado, el hecho de que la percepción de los objetos no sea del todo semejante a la realidad externa (ya que esta seguirá siendo incognoscible), y por otro lado, la reacción ante la percepción de estímulos internos provenientes del organismo. De ahí que hayan elaborado toda una serie de teorías para entender y explicar este fenómeno.

2.3) Teoría de la percepción de S. Freud

Freud S. en el Yo y el Ello 1923 afirma que la percepción de los objetos, sean personas o cosas, no es del todo semejante a la realidad externa ya que esta "siempre seguirá siendo incognoscible" (p. 2705), porque la percepción se ve influida por factores individuales, sociales y culturales. Para poder explicar la evolución e influencia del fenómeno perceptual, Freud la engloba dentro del esquema del funcionamiento del aparato psíquico elaborado por él.

Explica que la percepción primitiva se halla precisamente caracterizada por ser sumamente cercana a la reacción motora. Percibir significa, en primer término, un cambio en nuestro cuerpo, por influencia del objeto percibido, y luego la toma de conocimiento de este cambio corporal.

Freud S. menciona en el citado artículo que "el núcleo de nuestra esencia está formado por el Ello, que no se comunica directamente con el mundo exterior y sólo es accesible a nuestro conocimiento por intermedio de otra instancia psíquica. El Ello, aislado del mundo exterior, tiene un mundo propio de percepciones" (pp. 2701-2710). El Ello entonces es capaz de percibir con extraordinaria agudeza ciertas alteraciones de su interior especialmente las oscilaciones en la tensión de sus necesidades instintuales, oscilaciones que (de llegar a la conciencia) se perciben como sensaciones de la serie placer-displacer. Estas sensaciones indudablemente ejercen su influencia sobre todos nosotros. La otra instancia psíquica, el denominado Yo se ha desarrollado de aquella capa cortical del Ello que, adaptada a la recepción y a la exclusión de estímulos, se encuentra en contacto directo con el mundo exterior. Su función psicológica consiste en elevar los procesos del Ello a un nivel dinámico superior, su función constructiva, en cambio consiste en interponer entre la exigencia instintual y el acto destinado a satisfacerla una actividad intelectual que, previa orientación en el presente y utilizando experiencias anteriores, trata de proveer las consecuencias de los actos propuestos por medio de acciones experimentales o tanteos. Así como el Ello persigue exclusivamente el beneficio placentero, así el Yo está dominado por la consideración de la seguridad. El Yo tiene por función la autoconservación.

Mascoxsky A. 1956, señala que Freud al ubicar a los procesos perceptuales conscientes dentro del Yo, le dá a esta instancia psíquica una característica típica de la percepción, que parece ser diseñada por el Ello. El Yo utiliza pues las sensaciones de angustia como señales que indican peligros amenazantes para su integridad.

Laplanche, J. Pontalis, J.V. 1977 dicen que la percepción de los eventos externos y la conciencia, es lo mismo desde el punto de vista Freudiano ya que para él, la conciencia es la cara subjetiva de una parte de los procesos físicos que se producen en el sistema neuronal, especialmente los procesos perceptivos. Concediendo una prioridad, dentro del renombrado de la conciencia, a la percepción, y principalmente a la percepción de mundo exterior: El acceso a la conciencia va unido ante todo a las percepciones que nuestros órganos sensoriales reciben del mundo exterior.

La noción de un Yo que media entre el Ello y el mundo exterior, que asume las demandas instintuales del primero para conducir las a su satisfacción, que recoge percepciones en el segundo y las utiliza como recuerdos, que, preocupado por su propia conservación, se defiende contra demandas excesivas de ambas partes, guiándose en todas sus decisiones por los consejos de un principio del placer modificado; esta noción sólo rige, en realidad, para el Yo hasta el

final del primer periodo infantil alrededor de los cinco años. Hacia esa época se produce una importante modificación. Una parte del mundo exterior es abandonada, por lo menos parcialmente como objeto, y en cambio es incorporada al Yo mediante la identificación; es decir, se convierte en parte integrante del mundo interior. Esta nueva instancia psíquica continúa las funciones que anteriormente desempeñaron las personas correspondientes del mundo exterior: observa al Yo, le imparte ordenes, lo corrige y lo amenaza con castigos, tal como lo hicieron los padres, cuya plaza ha venido a ocupar. Esta instancia es el Superyo, el cual continúa desempeñando ante el Yo el papel de un mundo exterior, por más que se haya convertido en parte integrante del mundo interior. El mundo exterior, al cual se encuentra expuesto el individuo una vez separado de los padres, representa el poderío del presente; su Ello, en cambio, con todas sus tendencias heredadas, representa el pasado orgánico; por fin, el Superyo, adquirido más tarde, representa ante todo el pasado cultural. De tal manera, el Superyo asume una especie de posición intermedia entre el Ello y el mundo exterior, reúne en sí las influencias del presente y del pasado. En el establecimiento del Superyo vemos, en cierta manera, un ejemplo de como el presente se convierte en el pasado. Freud con esta explicación abarca todo el proceso mental, el cual es fundamento de la teoría psicoanalítica. La percepción está englobada en el Yo, sin embargo, esta no se da de manera aislada. Para la teoría psicoanalítica, el Yo está dividido entre un Yo preconscious-consciente y un Yo inconsciente, entonces se percibe si, un objeto o una situación dada en el presente, pero se elabora internamente y despierta sentimientos que habían estado inconscientes o reprimidos ante una situación determinada o en la vida en general hacen su aparición, lo que obliga al Yo a hacer ajustes y modificaciones. Por eso lo que perciben los padres en relación a sus hijos, estará influido en el presente por las manifestaciones de la enfermedad y su conexión con sentimientos internos inconscientes y reprimidos en relación a la enfermedad y lo que esperaban de sus hijos. Por otro lado la angustia presente también evoca angustias pasadas, lo cual es a mi manera de ver producto de la influencia del Superyo, que ha sido movilizado por el yo, o que ejerce su influencia sobre este.

Se hace evidente que la percepción a la luz de los descubrimientos Psicoanalíticos, resulta ser sumamente compleja y abarca una gran cantidad de elementos psicológicos. Según esta teoría en realidad se aprende a percibir al mundo, a través del contacto con él; pero es muy reveladora la idea de que también lo percibido está matizado por las emociones, sensaciones y experiencias del pasado, porque la percepción no es una respuesta rígida ligada al estímulo y determinado exclusivamente por las características físicas del medio ambiente sino un proceso bipolar que resulta de la interacción de las condiciones del estímulo por una parte y por otra de los factores que actúan dentro del observador.

La capacidad de ver sentir, oír, etc. se adquiere poco a poco, mediante un proceso de enseñanza en el marco de la experiencia afectiva, que proporcionan las relaciones de objeto (interpersonales), es decir la relación con figuras primarias (padre-

madre). Así al hablar de la percepción que tienen los padres de sus hijos epilépticos se hace referencia no solo a la percepción a través de los órganos de los sentidos y a las cualidades físicas que poseen los hijos en sí, sino a toda una serie de complejas integraciones y adaptaciones que se dan en el aparato psíquico de los padres, y que rebasa el aspecto perceptual puramente biológico. Para los objetivos de esta investigación se utiliza la definición de percepción parental "como el conjunto de percepciones que tienen los padres respecto a su hijo y que son influidas por las expectativas y motivaciones inconscientes que tienen en relación a ellos" (Isaías López 1988).

La percepción de los padres respecto a la personalidad de sus hijos se verá influida por sus miedos y deseos, es decir por factores emocionales que a su vez están determinados por sus primeras experiencias amorosas. La conducta de los padres está arraigada en el desarrollo de la personalidad de cada uno de ellos y mediante incontables procesos de identificaciones y proyecciones recíprocas la relación padres-hijos forma una unidad psicodinámica, que determina en gran medida la posterior relación del hijo con su mundo. Sin embargo no es nuestro interés abocarnos a desentrañar este proceso, sino exclusivamente hacer una descripción de como funciona este en casos particulares como son los niños epilépticos. La retroalimentación básica que existe en la relación diádica, nos permite aproximarnos al problema a través de la percepción parental. Percepción que aun cuando objetivamente tenga una validez explícita, ya que son ellos (los padres), los que finalmente conocen mejor a sus hijos, es importante recalcar que a través de las propias percepciones paternas podemos encontrar temores básicos, tanto de los hijos como de los padres, y que crean una situación de "angustia", en el seno familiar.

2.4) Actitud Parental

El nacimiento de un hijo en la mayoría de los casos, es una afirmación de la esperanza, los cuidados humanos y el amor. Establece una conexión con el pasado y también con el futuro. Los recién nacidos son el florecimiento de unos deseos que pueden ser una respuesta a pérdidas pasadas y remordimientos. Ahora, o en el futuro, pueden estimular fantasías apenas conscientes sobre uno mismo o transformar anteriores desesperaciones en esperanzas realistas o irreales. Además la presencia del niño puede hacer aflorar todos los temores y pensamientos raras veces reconocidos.

Freud S. 1914, al considerar la actitud de los padres cariñosos respecto a sus hijos, señala que es una "reviviscencia y una reproducción del propio Narcisismo" (p.2027), es decir del amor a sí mismos. Esto hace que atribuyan al hijo todas las perfecciones y tiendan a negar y olvidar sus defectos, creen que el hijo es el centro y nudo de la creación. Freud le llamo "su majestad el niño", porque en un día es lo que creyeron ser los padres, y esperan que realizarán los deseos incumplidos de sus progenitores, así, imaginan que será un gran hombre, un héroe, en lugar del padre y si es mujer, se casará con un príncipe para la tardía compensación de la madre. Este amor parental tan conmovedor y tan infantil, en el fondo, es solo una resurrección del Narcisismo de los padres.

A partir del momento en que el niño tiene una convulsión se producen cambios en las relaciones intra-familiares. La mamá o el papá ya no actúan como antes. La ansiedad y dolor que genera la experiencia provoca miedos racionales e irracionales que en ocasiones propicia la sobreprotección o limitación del niño enfermo. De esto se desprende que la percepción de los padres respecto a sus hijos se vea influida por sus miedos y deseos, es decir factores emocionales y factores socio-culturales.

Es necesario aclarar que la relación de los padres con sus hijos esta influida por la relación que tuvieron a su vez ellos con sus progenitores. Esta afirmación no hace más que reiterar lo que se ha observado en la experiencia analítica. No se parte de cero cuando nos enfrentamos a una situación nueva sino que al contrario reaccionamos de acuerdo a nuestra experiencia pasada y a la forma en que hemos introyectado a nuestro medio. Así la conducta de los padres está arraigada en el desarrollo de la personalidad de cada uno de ellos y mediante incontables procesos de identificación y proyección recíprocas, la relación padres-hijos forman una unidad psicodinámica que determina el desarrollo de la personalidad de sus hijos que es un proceso que se inicia en el nacimiento y se consolida en la adolescencia.

Aunque los datos científicos han proliferado enormemente, los sentimientos varían muy poco. El interrogante más pertinente para la angustia que acompaña a la madre o al padre de un niño enfermo es este perpetuo ¿por qué?. A lo largo de los siglos se ha responsabilizando a los padres. Ellos eran los causantes del problema. No es sorprendente, por tanto, que estos niños despierten sentimientos de culpabilidad en sus madres y padres desde el momento en que se manifiesta la epilepsia. Su problema recuerda a sus padres sus propias insuficiencias y fracasos. Lo cual puede dar paso a la tristeza y la indignación. Lo anterior nos muestra que:

a) la percepción es un fenómeno complejo desde el punto de vista psicoanalítico, existiendo tanto percepciones internas, y percepciones externas (estas no guardan una relación directa con el objeto real, ya que en el proceso de integración y asimilación de estas, ciertos factores inconscientes influirán en su distorsión; el yo es la instancia psíquica que tiene como una de sus funciones captar lo que sucede a su alrededor y sintetizar tanto las percepciones internas como las externas, sin embargo el superyo también tiene una tarea importante que cumplir aquí ya que el es el representante interno de personas externas del pasado; la percepción actual se verá influida también por esta otra instancia psíquica).

b) En la percepción parental se ven involucrados factores, sociales, culturales, históricos, familiares y psicológicos.

Se entiende que percepción y personalidad están íntimamente entrelazadas en la dinámica madre-hijo de forma tanto verbal como no verbal, por lo que la percepción que tienen los padres de la personalidad de sus hijos se toma como una evaluación válida que permite conocer finalmente la personalidad de sus hijos, ya que ésta es un proceso que se inicia en el nacimiento, se consolida en la adolescencia y se va a constituir y diferenciar mediante una serie de identificaciones con los objetos importantes con quienes interactúa el niño, es decir la mamá, el papá o sustitutos, de ahí la importancia de abordar desde la teoría de las relaciones objetales la interacción madre-padre-hijo como determinante en el desarrollo de la personalidad.

Michaca P. 1987 señala que la literatura psicoanalítica contemporánea presenta diversas líneas de investigación, una de ellas es la teoría psicoanalítica clásica basada en la teoría de la libido, formulada por S. Freud y K. Abraham, posteriormente S. Freud desarrolló el concepto estructural de la personalidad y definió sus funciones interactuantes como ello, yo y superyo. Otra línea de investigación de gran importancia tanto a nivel teórico como clínico es la teoría de las relaciones objetales que considera al sujeto en interacción con su medio ambiente. Kernberg, O. 1988, menciona que esta teoría deriva de la teoría estructural tal como fue presentada en el Yo y el Ello por S. Freud 1923. Freud S. en un pasaje dice: "El carácter del yo es un residuo de las cargas de objeto abandonadas, y contiene la historia de tales elecciones de objeto" (p.2711). Con lo que señala que los efectos de las primeras identificaciones de la temprana infancia serán profundos y duraderos.

Los psicoanalistas post-freudianos observan dentro de las sesiones clínicas, lo importante y significativo que son los primeros años de vida en la formación de la personalidad y su patología. Los pacientes en tratamiento señalaban esto, en su constante referencia hacia su infancia la interacción Madre-Hijo, como raíz de sus conflictos presentes. Así se dedican a estudiar los procesos pre-edípicos o diádicos de relación entre la madre y el hijo, es decir las primeras relaciones del bebé con sus objetos, por ser así, como menciona Bleichmar, N.M. Lieberman C.B. 1989, donde aparecen los rudimentos de la conformación de la personalidad considerando también la influencia en la formación, organización y desviación de la estructura intrapsíquica.

3.1) Definiciones

No existe un total acuerdo de lo que se entiende por relación de objeto o relación objetal. Se encuentra en Laplanche J. y Pontalis J.V. 1977 la siguiente definición: "Un término que se utiliza para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes" (p.374).

Kernberg O. 1976, da otra definición de las Relaciones Objetales y dice: "Estas se centran en la constitución de representaciones intrapsíquicas diádicas o bipolares (imágenes de sí mismo o imágenes objetales) como reflejos de la primitiva relación Madre-Hijo y su ulterior desarrollo en las relaciones externas interpersonales diádicas, triangulares y múltiples" (p.48).

Para los objetivos de esta investigación, ambas definiciones son de utilidad ya que una intenta señalar el modo de relación del sujeto en interacción con sus objetos y su influencia en el desarrollo de la personalidad. La otra, señala la forma en que los padres influyen sobre la formación de la estructura intrapsíquica y el desarrollo de las relaciones interpersonales futuras.

3.2.) Antecedentes

Fue S. Freud 1905 quien con sus investigaciones sentó las bases para el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales. El utiliza el término objeto en diferentes escritos para referirse a una persona como objeto de la pulsión, como en Tres ensayos para una teoría sexual, es decir, un objeto real o fantaseado, al cual se dirige la pulsión para alcanzar su fin.

En Instintos y sus destinos S. Freud 1915 señala: "así caemos en la cuenta que los conceptos de amor y odio no son aplicables a las relaciones de los instintos con sus objetos y deben reservarse para las relaciones del yo total con los objetos" (p.205). También en Esquema del Psicoanálisis 1973, aclara el momento en que el objeto psicologico sexual bajo la forma del pecho de la madre se convierte para el Yo del niño en un objeto psicológicamente significativo. La precondition necesaria es la diferenciación entre el ser del niño y el ser de la madre, y dice: "El primer objeto erótico del niño es el pecho de la madre que lo amamanta, el amor se origina junto con la satisfacción de la necesidad de alimento. En primer lugar, el niño no hace diferencia entre el pecho, de su propio cuerpo cuando el seno es separado del cuerpo y llevado al exterior, se lleva con él como un objeto, una parte de la catexia libidinal narcisista primitiva (p.122).

Como puede observarse, Freud, se mostraba interesado en encontrar la genesis del instinto y sus viscositudes y no en abordar el concepto de objeto como tal, por lo que en sus diferentes escritos se encuentran diferentes connotaciones que le va dando al término "objeto" en la medida que profundiza en sus investigaciones, de ahí que Baranger W.; Del Campo E.; Goldstein R. y Cols. 1980, señalen la importancia de no mezclar los conceptos de diversas categorías ni el significado que representa el término, en las diferentes etapas evolutivas por lo que para evitar la confusión y mezcla del significado de los términos, realizan las siguientes aclaraciones.

3.3) Los diferentes usos que hizo S.Freud del término objeto:

1) Objeto de Percepción

Con este término se refiere al objeto real externo accesible. Este objeto lo capta el yo, un yo que se define como sede de funciones psicológicas (se incluyen aquí los objetos imaginarios u objetos de fantasía como replicas deformadas o no de los objetos externos).

- 2) Objeto de Pulsión Se distingue entre:
- a) Del yo hacia la madre y corresponde a necesidades biológicas.
 - b) De la libido, de las pulsiones sexuales y de deseo (aquí entran en consideración todas las viscositudes y condiciones de la elección de objeto).
 - c) De la relación objetual. Cuando habla como objeto pulsión sin aclarar a que se refiere. Según Baranger incluye la relación de objeto y la pulsión de muerte.
- 3) Objeto de Identificación Fundamentalmente en la constitución del sujeto. El concepto del yo se refiere aquí como precipitado de identificaciones.
- 4) Objeto interno o
Estructura Endopsíquica Se define por su función estructurante, en relación con instancias psíquicas (como en Duelo y Melancolía, en el que se trata de un objeto de introyección).

En sus diferentes escritos en los que va utilizando el término objeto se encuentran así las diferentes connotaciones que arriba se señalan con respecto al término Objeto, y se encuentra que en el primero y segundo uso del término, se hace referencia a una relación de objeto de representación y el tercero y cuarto uso, hace referencia a un objeto de estructura, es decir a aquel objeto que facilita la estructuración del aparato psíquico, por lo tanto que permite la conformación de la personalidad.

Michaca P. 1987 señala que hablar de objeto es referirse a las condiciones específicas con las cuales el sujeto se enfrenta a la satisfacción de sus necesidades. Por ende hablar de objeto es hablar de cultura.

Al utilizar el término objeto, dentro de la teoría de las relaciones objetuales, no solo se hace referencia a la relación con la persona real o fantaseada a la cual se dirige la pulsión, ya que en especial esta relación se vuelve secundaria. Cuando se utiliza el término relación se está señalando que existe una interacción entre objeto y sujeto, con esto se hace referencia a la forma como el sujeto constituye sus objetos y la forma en que éstos modelan su actividad. De ahí que se diga que dentro de la interacción Madre-Hijo, los padres van a influir en la personalidad de sus hijos por un lado, ya que en la medida que el niño va madurando y conformando su personalidad, va recibiendo la influencia de la madre, del padre o de algunos componentes maternos y paternos, y por otro lado influirán también en la conformación de la personalidad algunas condiciones socio-culturales en las que se encuentran insertados.

3.4.) Modelos de la estructura mental

Michaca P. 1987, menciona que a la fecha se presentan tres grandes enfoques respecto a los modelos superpuestos en relación a la estructura de la mente y estos son:

1) Energetico Estructural.- Este enfoque enfatiza los aspectos intrapsíquicos como motivadores de conducta. Se encuentra en relación a la técnica clásica psicoanalítica, la cual separa la representación del afecto. En él se habla de un quantum de energía y el problema central es el destino de la energía, siendo el afecto el resultado de la energía. Así este enfoque hace referencia a un aparato de predominio energético, en el que el conflicto resulta de una lucha entre impulso y defensa. La pulsión original del impulso tiene una base biológica. El objeto externo es necesario para la descarga pulsional y definen el placer como provocado por la disminución de la tensión. A través del concepto de descarga. Así explican que el ser humano tiene una determinación pulsional biológica, frente a la cual se alzan las barreras que impone la cultura.

2) Personalístico.- Enfatizan la importancia que tiene la relación temprana del niño con sus objetos principales (padre-madre) para el establecimiento de su conducta.

Enfoca las relaciones internalizadas de vínculos interpersonales. Explica el afecto como producto de las relaciones de objeto internalizadas, con la base de un prototipo heredado y es resultado de las vicisitudes de las relaciones interpersonales.

Postulan que las potencialidades innatas deben ser activadas por el amor empático y los cuidados maternos que promueva una matriz con capacidad de goce, que le dan una significación diferente de la tensión y descarga. Muestra al niño necesitado de su madre, en un sentido psicológico profundo, como objeto de amor, para que ella lo humanice, organice su mente y le confiera su emocionalidad.

3) Posicional o estructuralista.- Enfatizan que existe un sistema de relaciones intersubjetivo, que define al sujeto por su situación en la estructura interpersonal y ante la cultura. El falo como significante primordial y la metáfora del nombre del padre dan el lugar y la identidad.

El enfoque personalístico es de importancia para esta investigación ya que en él se privilegia en principio el vínculo con el objeto y surge la idea fundamental de tomar en cuenta los primeros años de vida como raíz de sus conflictos presentes, con lo que se acepta como decisiva la relación temprana, es decir la influencia de la madre en la conformación de la personalidad y su vida afectiva.

Los analistas contemporáneos que privilegian el enfoque personalístico, enfatizan la existencia de las relaciones de objeto temprana, como fundante del desarrollo psíquico y de la personalidad. Desde la década de los 30s, en el escenario Británico, se formaron tres grupos que son:

3.5) Principales exponentes de la teoría de las Relaciones Objetales

3.5.1 Fairbairn R.D. 1962.- Uno de los principales psicoanalistas del grupo británico, quien en las décadas de los 30s y 40s intenta comprender el fenómeno de las relaciones de objeto y su influencia en la formación de la estructura intrapsíquica. Define al psicoanálisis como el estudio del objeto y sus vicisitudes.

Michaca P. 1987 menciona que Fairbairn señala que es a partir de la relación con los objetos del medio ambiente (principalmente padres o sustitutos), como se constituye el psiquismo. Señala que las relaciones objetales son incorporadas en la mente infantil, a través de un proceso de internalización de la relación madre hijo, es decir la mente está organizada y compuesta por objetos internos. Estos objetos tienen relaciones entre sí y el mundo externo, cada objeto interno se forma por el vínculo con el objeto externo fantaseado y real, siendo esta interacción lo que se internaliza. Muestra al niño necesitado de su madre en un sentido psicológico muy profundo como objeto de amor, para que a través de la relación con ella, organice su mente y le confiera emocionalidad.

Sus aportaciones se apoyan en la observación de la necesidad de contacto del ser humano; en el apego que muestra a los objetos (padres o sustitutos) y en la dependencia del niño con la madre.

También señala este autor la importancia de la presencia materna en la formación de la estructura psíquica del ser humano a la que llama estructura endopsíquica porque a través de las características reales de la madre, las atenciones tanto físicas como psicológicas que le brinda y las gratificaciones y frustraciones a que es sometido en su más tierna infancia, servirán de guía para la formación de su personalidad.

Al señalar el papel de las relaciones objetales y enfatizar que la base de los conflictos humanos se debe a la lucha entre pulsiones y cultura, hace una propuesta radical "la libido busca primariamente al objeto no al placer" (p. 91). Con lo que Fairbairn toma a la libido como vehículo de relación con los objetos y no como el eje y motor de la formación de la estructura psíquica. En oposición al planteamiento de Freud, en su modelo hidrodinámico que explica que el sujeto nace con un monto determinado de energía psíquica que busca su descarga con el fin de restaurar el equilibrio del aparato psíquico y requiere para esto de un objeto externo en el cual "descargar", parte la pulsión, por lo que el objeto permite disminuir la tensión, con lo que se obtiene placer.

Fairbairn enfatiza que primero está la relación y búsqueda del objeto y es ahí, donde se vuelcan las energías instintuales. No acepta que el conflicto mental pueda reducirse a una lucha entre impulso y defensa, por lo que propone modificaciones a la teoría psicoanalítica. En lugar del modelo del conflicto en términos de lucha entre impulso y defensa, afirma que la base del vínculo humano está en las relaciones objetales.

3.5) Principales exponentes de la teoría de las Relaciones Objetales

3.5.1 Fairbairn R.D. 1962.- Uno de los principales psicoanalistas del grupo británico, quien en las décadas de los 30s y 40s intenta comprender el fenómeno de las relaciones de objeto y su influencia en la formación de la estructura intrapsíquica. Define al psicoanálisis como el estudio del objeto y sus vicisitudes.

Michaca P. 1987 menciona que Fairbairn señala que es a partir de la relación con los objetos del medio ambiente (principalmente padres o sustitutos), como se constituye el psiquismo. Señala que las relaciones objetales son incorporadas en la mente infantil, a través de un proceso de internalización de la relación madre hijo, es decir la mente está organizada y compuesta por objetos internos. Estos objetos tienen relaciones entre sí y el mundo externo, cada objeto interno se forma por el vínculo con el objeto externo fantaseado y real, siendo esta interacción lo que se internaliza. Muestra al niño necesitado de su madre en un sentido psicológico muy profundo como objeto de amor, para que a través de la relación con ella, organice su mente y le confiera emocionalidad.

Sus aportaciones se apoyan en la observación de la necesidad de contacto del ser humano; en el apego que muestra a los objetos (padres o sustitutos) y en la dependencia del niño con la madre.

También señala este autor la importancia de la presencia materna en la formación de la estructura psíquica del ser humano a la que llama estructura endopsíquica porque a través de las características reales de la madre, las atenciones tanto físicas como psicológicas que le brinda y las gratificaciones y frustraciones a que es sometido en su mas tierna infancia, servirán de guía para la formación de su personalidad.

Al señalar el papel de las relaciones objetales y enfatizar que la base de los conflictos humanos se debe a la lucha entre pulsiones y cultura, hace una propuesta radical "la libido busca primariamente al objeto no al placer" (p. 91). Con lo que Fairbairn toma a la libido como vehículo de relación con los objetos y no como el eje y motor de la formación de la estructura psíquica. En oposición al planteamiento de Freud, en su modelo hidrodinámico que explica que el sujeto nace con un monto determinado de energía psíquica que busca su descarga con el fin de restaurar el equilibrio del aparato psíquico y requiere para esto de un objeto externo en el cual "descargar", parte la pulsión, por lo que el objeto permite disminuir la tensión, con lo que se obtiene placer.

Fairbairn enfatiza que primero está la relación y búsqueda del objeto y es ahí, donde se vuelcan las energías instintuales. No acepta que el conflicto mental pueda reducirse a una lucha entre impulso y defensa, por lo que propone modificaciones a la teoría psicoanalítica. En lugar del modelo del conflicto en términos de lucha entre impulso y defensa, afirma que la base del vínculo humano está en las relaciones objetales.

Grinberg L. 1987 señala que estos postulados constituyeron los pilares de un verdadero cuerpo de doctrina, creando toda una escuela en el campo de la teoría psicoanalítica.

Para M. Klein, el concepto de instinto tiene un papel destacado en el desarrollo de sus teorías y concibe la fantasía inconsciente como la expresión mental de los instintos (pulsión) y marca su presencia desde el principio de la vida, implica una dimensión corporal tanto del cuerpo del propio sujeto como del cuerpo del objeto.

También señala que son las emociones humanas y las fantasías que las expresan, los factores decisivos para el desarrollo mental, con dos tendencias, amor y odio, quienes definen el contenido y la estructura del mundo interno o realidad psíquica. De ahí que aborde el estudio de la relación Madre-Hijo, por considerar que es a partir de esta interacción y sus vicisitudes que se desarrolla la estructura psíquica y la personalidad.

Etchegoven 1984 en Bleichmar N.M. y Leiberman C.B. 1989 dice que: "para M. Klein, la interacción objetos internos y fantasías inconscientes producen significaciones dentro de la realidad psíquica. Estos significados se proyectan en la realidad externa, dándoles sentidos diferentes en cada momento vivencial, a la vez, las experiencias concretas que se viven con los objetos externos son introyectados y cambian las características del mundo interno. Así la realidad no es totalmente objetiva, siempre dependerá de la realidad interna con la que estamos significando" (p.98).

- Teoría del Desarrollo de la Vida Mental y Emocional del Niño según Melanie Klein;

M. Klein, plantea desde las relaciones objetales la existencia de dos etapas decisivas en la evolución del niño y de influencia fundamental en la vida psíquica ulterior a las llamó posiciones. La posición reemplaza en Klein la idea de fase del desarrollo libidinal empleada por S. Freud y K. Abraham porque considera que en las pulsiones están mezclados los sentimientos y pensamientos y forman una totalidad en movimiento que se ordenan en torno a las relaciones de objeto, con sus fantasías y angustias. Seagal H. aclara que para M. Klein posición "implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas persistentes a lo largo de la vida" (p. 17).

Bleichmar, N.M. Leiberman, C.B. 1989 refieren que "las posiciones pueden ser tomadas como una organización cuyo centro psicológico es la angustia, esta ordena la totalidad de la vida psíquica en relación con un objeto y los mecanismos defensivos que se ponen en juego para contrarrestarla" (p. 116).

Las dos posiciones a las que se refiere M. Klein son:

- 1) Posición esquizo-paranoide
- 2) Posición depresiva.

1) Posición Esquizo-Paranoide.- (Primeros tres meses de vida)

Bleichmar, N. M. Leiberman, C.B. 1989 afirman que M. Klein la concibe como una estructura que organiza la vida mental en los tres primeros meses de vida y esta constituida por:

a) Ansiedad persecutoria, en la que la principal angustia del yo, es la de ser atacado.

b) Relacion de objeto parcial, que se encuentra en el pecho idealizado y pecho persecutorio y se perciben como objetos disociados y excluyentes.

c) Mecanismos de defensa intensos y omnipotentes como disociacion, identificacion proyectiva, introyeccion y negacion, con los que el yo se protege de la angustia persecutoria.

De esto se desprende que para M. Klein existe un yo incipiente desde el nacimiento, siente la angustia, se relaciona con un primer objeto y realiza mecanismos de defensa primitivos.

Grinberg, L. en Klein M. y Riviere J. 1987, explica que en esta posicion, el niño no ha integrado la imagen de su madre, ni comprende que la mano que lo acaricia, el pecho que lo alimenta y la cara que le sonrie estan unidos en un mismo ser. No existe para el niño en esta posicion, una diferencia entre yo y no-yo, entre realidad y fantasia. Sus primeras vivencias son una proteica reunion de sensaciones corporales y percepciones, denominadas fantasias inconscientes. A partir de lo vivido, el mundo interno del niño se puebla con objetos benéficos y maléficis de acuerdo con sus experiencias placenteras y displacenteras, esas vivencias extremas dan lugar a que aparezcan angustias persecutorias que provocan que el yo se disocie y recurra a mecanismos defensivos regresivos (omnipotencia, negacion, idealización) (p. 11).

Así, Melanie Klein establece una relación dinámica entre las experiencias externas y las internas, que se producen a través de los mecanismos de proyección e introyección, el acento lo pone en lo interno, es decir los impulsos agresivos y amorosos que luchan en la mente, primero disociados; luego mas integrados en el vinculo con el objeto primario.

En esta posición, los objetos externos se perciben deformados por las proyecciones agresivas y libidinales disociadas en dos mundos diferentes. La ansiedad persecutoria la experimenta el yo como amenaza de fuerzas hostiles que lo atacan. La angustia tiene un origen interno (pulsión de muerte) y otro externo (las experiencias traumáticas del parto y todas las situaciones posteriores que provocan frustración).

La pulsión de muerte es proyectada en el primer objeto externo, es decir, el pecho de la madre. Comienza así la relación entre el yo y el objeto malo externo, a la vez las pulsiones libidinales son proyectadas en el objeto parcial, pecho bueno, que desde ese momento

existe disociado del pecho malo o persecutorio. Baranger W.; del Campo E.; Goldstein R. y Cols. 1980 dicen que para Melanie Klein "el pecho bueno interiorizado es el núcleo alrededor del cual se va constituyendo el yo, es fuente de gratificación y reaseguramiento, permite tolerar la frustración o el retraso de la gratificación impuesto por la realidad. Aplaca las angustias persecutorias y depresivas, permite al sujeto el uso y desarrollo de sus propias capacidades. En este sentido es estructura y es estructurante" (p. 48). Afirma además que el superyo, se forma a partir del objeto introyectado, se forma por aproximación de dos núcleos objetales contradictorios al principio, semejantes en su naturaleza objetiva, el pecho perseguidor y el pecho idealizado. Del objeto perseguidor, el superyo conserva la crueldad, la peligrosidad, la omnipotencia sometedora. Del objeto idealizado hereda su grandeza, su derecho a castigar o recompensar su poder de dictaminar lo que esta bien y mal.

Bleichmar, N. M. Leiberman, C.B. 1989, aclaran que para que se de un desarrollo favorable, es necesario que se tengan mas experiencias buenas. La calidad de la experiencia depende tanto del objeto externo como de la carga del instinto de muerte. El predominio de experiencias buenas sobre las malas permite el progreso hacia la posición depresiva.

2) Posición Depresiva.- (Del tercero al sexto mes de vida)

Esta nueva organización de la vida mental representa un momento clave para el desarrollo y la normalidad en la que el bebé reconoce un objeto total relacionándose con dicho objeto. Desde el punto de vista de la teoría de los instintos, esto es posible porque la defusión instintivista deja su lugar a la fusión instintual, es decir que ambos instintos de vida y muerte, se orientan al mismo objeto, presentándose por consiguiente la ambivalencia.

En esta posición las ansiedades brotan de la ambivalencia y la ansiedad principal, producto del temor del bebé a que sus impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del que depende totalmente. El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causa culpa y esta a su vez la depresión y un sentimiento de desesperación. Bleichmar, N.M. Leiberman, C.B. 1989, señalan que esta posición esta constiuida por:

a) Ansiedad depresiva, en la que el yo siente culpa y teme por el daño que ha hecho al objeto amado con sus impulsos agresivos.

b) Relación con un objeto total. Es decir, el bebé percibe a la madre como un objeto total, con la cual se vincula, tanto en sus aspectos buenos como malos y esto permite el aumento en el proceso de integración.

c) La reparación, como mecanismo de defensa principal, es decir, el atender y preocuparse por el estado del objeto (tanto interno como externo).

Esta nueva estructura apart  de marcar un progreso en el desarrollo, también es una configuración diferente, donde los intereses cambian. El yo cuida y preserva sus objetos tanto externos como internos, les suministra amor y cuidado para devolverles la vida y la integridad. El yo desarrolla una capacidad de controlar los impulsos agresivos como resultado del control y renuncia que exigen los sentimientos amorosos. Lo que significa que los instintos de vida y muerte se fusionan y se orientan al mismo objeto, pero también se presenta la ambivalencia.

El conflicto depresivo es una constante lucha entre los sentimientos de amor y agresión, los mecanismo defensivos pierden su omnipotencia, predominan sentimientos de tolerancia al dolor psiquico y culpa por las fantasias agresivas hacia los objetos amados. Se reconoce un sentimiento de amor y dependencia hacia los padres, junto con el desamparo del yo y los celos de no poseerlos totalmente.

Grinberg L. en Klein M. y Riviere J. 1987 menciona que: "en la etapa depresiva el niño percibe a sus objetos como personas totales; dramticamente siente que lo que antes habia separado en bueno y malo, no son sino part es de un mismo ser. Surge la culpa, los sentimientos de responsabilidad y el consiguiente deseo de reparación" (p. 11).

Vemos que la integración del objeto hace que el bebe reconozca con mas claridad que ama y odia a una misma persona en la madre, esto permite el desarrollo del amor hacia los demas objetos. Segal, H. 1985, afirma que "la base de la estructura de la personalidad se va a encontrar en la forma e integración de las relaciones objetales durante la posición depresiva" (p. 17). Al llegar el bebe a esta posición, cambia el vinculo con la realidad externa, se vuelve mas realista, también se presenta una mejor discriminación entre fantasía y realidad, asi como entre realidad externa e interna.

La idea kleiniana del desarrollo mental es un esfuerzo por realizar integraciones progresivas a traves de la elaboración de la ansiedad y la lucha entre sentimientos de amor y odio que se enfrentan en el vinculo con los objetos, y para Klein, el sujeto tiene opciones frente a cada situación, y va a elegir, por lo que se siente responsable de sus acciones aunque solo se produzcan en la fantasía y su elección la hace segun la motivación que prevalezca en su psiquismo, ya sea el amor narcisista por si mismo o la preocupación por sus objetos. Eso determina la estructura de sus objetos internos y también su estado mental, y apoya que de acuerdo a la cantidad y calidad de lo vivido, la personalidad del niño se va formando.

Con su teoria Melanie Klein señala la importancia de los objetos externos reales porque al ofrecer buenas experiencias, ayudan a amortiguar los objetos malos internos y la persecución que provoca la propia agresion, los celos la envidia y el Narcisismo. Asi una buena madre externa que sea capaz de ofrecer cuidados y amor amortiguar  la angustia y persecución de la madre mala interna producto de los sentimientos agresivos propios.

3.5.3 Otto Kernberg.- Este autor señala que la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales, se refiere al estudio de la naturaleza y al origen de las relaciones intrapsíquicas (entre Yo, Ello y Superyo), que se derivan de las relaciones internalizadas del pasado, es decir de las primeras interacciones Madre-Hijo que se rijan, modifican y reactivan con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes.

El enfoque que da O. Kernberg en 1976 al objeto se puede clasificar en la división que realiza N. Baranger sobre los diferentes usos del objeto y se ubica como objeto interno o estructura endopsíquica. Señala también: "Los afectos organizan las relaciones objetales internalizadas, formando las estructuras generales de la mente" (p. 93). Con esto se enfatiza la importancia de las primeras interacciones Madre-Hijo, con los afectos involucrados dentro de esa relación, y considera también que los afectos representan disposiciones innatas en el ser humano, y es a través de la repetición de la relación diádica (Madre-Hijo) como estas relaciones se van internalizando para posteriormente propiciar la estructuración de la mente y el desarrollo de la personalidad. En base a estas ideas, Otto Kernberg da la siguiente definición de Relaciones Objetales: "La constitución de representaciones intrapsíquicas diádicas o bipolares (imágenes de sí mismo e imágenes objetales) como reflejo de la primitiva relación madre-hijo y su ulterior desarrollo en las relaciones externas interpersonales, "diádicas, triangulares múltiples" (p. 48), aclara que el sí mismo lo toma como una estructura compuesta que resulta de la integración de múltiples autoimágenes y representaciones objetales (objetos internos) derivados de la integración de múltiples imágenes objetales en representaciones objetales más abarcativas. Con la definición de O. Kernberg se adhieren; Erikson (1958) Jacobson (1964) Mahler (1934, 1940, 1946) y Falcon Parsons (1964).

Para elaborar su teoría, Kernberg parte del supuesto de que ciertas estructuras yoicas y las funciones vinculadas a ellas existen desde el comienzo de la vida como son la percepción y la memoria, es decir la capacidad para establecer huellas mnémicas (esto corresponde a lo dicho por Hartman en relación a las funciones de los aparatos autónomos primarios (H. Hartman 1939). Así a partir de estas funciones autónomas primarias se originan los procesos de internalización, que son: Introyección, Identificación e Ideal del Yo, y van a servir para la formación de la estructura intrapsíquica y de la personalidad. Los procesos de internalización son los que llevan al sujeto a internalizar los objetos, llamando a este proceso sistema de identificación y se da en tres niveles que forman la secuencia progresiva de internalización que son:

Sistemas de Identificación:

- 1.- Introyección,
- 2.- Identificación,
- 3.- Ideal del yo.

Cada uno de estos niveles consta a su vez de tres componentes basicos:

- a) imagenes o representaciones Objetales.
- b) imagenes o representaciones del si mismo en interacción con el objeto.
- c) Derivados o disposiciones instintivas a determinados estados afectivos que actuan sobre la imagen objetal y la imagen del si mismo.

Para aclarar los aportes de O. K. se hace una breve descripción de los procesos de internalización de las Relaciones Objetales según su punto de vista.

Introyección.- Se refiere al nivel mas temprano y primitivo de los procesos de internalización. Es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, a través de una conjunción organizada de huellas mnémicas en las que participan tres componentes, mencionados:

- a) imágenes de un objeto o representaciones objetales.
- b) imágenes o representaciones del si mismo en interacción con el objeto.
- c) Afecto ligado a imágenes objetales y el si mismo.

La introyección depende de la percepción y la memoria porque se percibe al objeto en interacción acompañado del afecto que se da en el momento. Esto se grave en el psiquismo del bebe y mas tarde se vincula percepción externa con estados afectivos primitivos. El matiz afectivo que se da en el contacto amorosos Madre-Hijo lo considera de valencia positiva y pasa a formar el "objeto interno bueno", el matiz afectivo en el que se presentan derivados agresivos son de "valencia negativa" y pasaran a ser parte de "objetos internos malos". Con el crecimiento y maduración del bebe, se fusionan las introyecciones de igual valencia y forman autoimágenes e imágenes objetales mas elaboradas. Este proceso permite la diferenciación entre si mismo y objeto, y permite tambien que se definan los limites yoicos, con lo que se perfecciona la organización e integración de los aparatos de percepción y memoria, y las siguientes introyecciones son mas completas sobre el objeto y el si mismo, en el momento de la interacción.

Identificación.- Se refiere a la forma superior de introyección, que tiene lugar cuando las capacidades perceptivas y cognitivas del niño se han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los "roles" de la interacción interpersonal. El rol significa una función socialmente reconocida que se lleva a cabo por el objeto o por ambas participantes de la interacción. Tambien el componente afectivo de la identificación es mas elaborado que en la introyección por los objetos moderadores del yo en desarrollo y por la disminución de los mecanismos disociativos. Por lo general las identificaciones se

inician a los doce meses de vida, pero es hasta el segundo año cuando alcanzan su máximo desarrollo.

Identidad del Yo. - Es el nivel mas alto de organización del mundo. La conjunción de huellas mnémicas implícitas en la identificación comprenden:

- 1) Imágen de un objeto en un rol en interacción con el si mismo.
- 2) Imágen del si mismo con un rol complementario con el objeto.
- 3) Matiz afectivo de la interacción Madre-Hijo.

Con esto se quiere señalar que las identificaciones son internalizaciones de roles. La conducta del niño que imita la conducta materna formara la matriz de las identificaciones y el niño aprende sus roles viendolos como parte de la imagen de si mismo. Aprende tambien los roles maternos y en ocasiones puede actuarlos.

Este nivel se considera el mas alto de la organización del mundo de las Relaciones Objetales y comprende el concepto del mundo de las representaciones por una parte y el del si mismo por otra. Es la organización general de identificaciones e introyecciones bajo la runcion sintetica del yo e implica:

- 1) Consolidación de estructuras yoicas, donde existe continuidad del si mismo, el niño se percibe y tambien su propio funcionamiento presenta dominio en tareas de adaptación.
- 2) Hay una coherente concepción global del mundo de los objetos porque se organizan imágenes objetales con un sentido de coherencia de la propia interacciones interpersonales.
- 3) Reconocimiento de la coherencia en interacción como característica del sujeto por parte de su ambiente interpersonal.

Asi la identidad del yo es una estructura característica del yo (síntesis), porque la integración general surge de identificaciones yoicas parciales.

El almacenamiento y organización a largo plazo que es típico en la actuación de roles en la identidad del yo, se da entre el primer y segundo año de vida.

Las relaciones objetales internalizadas se organizan formando imágenes objetales perdurables que representan internamente al mundo externo tal como lo vivencia el yo en desarrollo, y este mundo interno de representaciones objetales nunca reproduce el mundo real, es a lo sumo una aproximación que recibe fuertes influencias de las mas precoces imágenes objetales presentes en introyecciones e identificaciones. Sin embargo, hay que agregar que la percepción de los objetos externos como ya se ha mencionado implica una internalización de estos y una transformación en "materia simbólica" de los objetos externos dentro del individuo, el cual en gran medida los distorsiona, ya sea por factores externos o por factores

internos, es decir por influencia del medio ambiente o por influencia de los aspectos emocionales presentes en el momento, aclarando que las mas primitivas y distorsionadas imagenes objetales existen en el inconsciente, por lo que es desde ahí que influyen en el sujeto para siempre.

Se espera que en la formación de la identidad las primitivas identificaciones son reemplazadas por identificaciones de personas amadas realísticamente, sublimadas, parciales y selectivas, y se internalizan solo aspectos de las Relaciones Objetales que armonizan con la formación de la identidad del sujeto. Así, en la infancia cambia el mundo de las representaciones objetales, se acerca mas a la percepción "externa" de la realidad de objetos significativos. (A menor edad menores los estímulos que influyen en la percepción del padre o madre real).

Con la maduración de la percepción, el control de la movilidad y la organización de la memoria se diferencia el objeto externo del mundo psíquico interno, y surge también una situación tripartita;

1) El yo se organiza con introyecciones "positivas" objetos internos buenos.

2) Aspecto positivo libidinalmente catectizado de la realidad se reconoce como "realidad externa" en relación con el yo, interacción de imágenes del si mismo y objetos.

3) Entidad de objetos externos "malos" representa objetos externos frustrantes, amenazadores en la realidad y con primitivas introyecciones negativas proyectadas.

Micha P. 1987 apunta que Otto Kernberg propone un esquema de desarrollo en cinco fases, que muestran el desarrollo progresivo de sus unidades básicas y sus repercusiones en la formación de la estructura intrapsíquica:

Estadio 1.- Estadio primario indiferenciado o "autismo normal". Esta fase cubre aproximadamente el primer mes de vida y precede al establecimiento de las constelaciones de self-objeto "buenas" indiferenciadas. Su prevalencia impediría la incapacidad para establecer la simbiosis y provocaría una psicosis autista.

Estadio 2.- Estadio de las representaciones self-objeto indiferenciadas primarias o simbiosis normal. Este es el periodo al cual Kernberg da mas importancia conceptual. Explica que bajo la influencia de la madre se forman por una parte imágenes "buenas" de representaciones self-objeto, indiferenciadas, consecuentes a experiencias gratificantes o recompensantes, mientras que por la otra se forman imágenes "malas" de representaciones self-objeto indiferenciados, donde se integran experiencias de naturaleza frustrante y dolorosa. Haciendo énfasis en que ambos tipos de constelacion se forman independientes entre si, por un lado las "buenas" y por otro las "malas", mientras que las representaciones self-objeto estan totalmente indiferenciadas. Para Kernberg este periodo corresponde a la simbiosis propiamente dicha de Mahler, más

el principio de la subbase de diferenciación; y aclara que una detención o regresión a este estadio prevalece en la psicosis simbiótica infantil, en la mayor parte de las esquizofrenias adultas y en las psicosis depresivas.

Por el sexto y noveno mes comienza a haber una diferenciación entre las representaciones del self "buenas" y "malas", así como de las representaciones de objeto "buenas", y "malas"; en buena parte determinadas por una exploración más realista del mundo externo. Desde el punto de vista de los afectos, las representaciones de self y objetos buenas se cargan con libido, mientras que las malas se cargan con agresión. Y en esta situación de diferenciación incipiente se pasa al tercer estadio.

Estadio 3.- Diferenciación de las representaciones del self de la de los objetos. Este estadio se inicia entre el sexto y octavo mes y llega a su fin entre los dieciocho y treinta y seis meses. Se inicia con la terminación de la diferenciación de las representaciones del self, de las representaciones de objeto dentro del núcleo de representaciones "buenas" de self-objeto, y posteriormente de las "malas" y concuye con la eventual integración de representaciones del self "buenas" y "malas" en un concepto del self integrado, y con la integración de las representaciones de objeto "buenas y malas" en una representación de objeto "total", esto es, el logro de "constancia objetal".

Una fijación a este periodo o una regresión determina, según Kernberg, la organización de la personalidad borderline. Como es lógico el mecanismo de defensa prototípico de esta fase es la escisión.

Estadio 4.- Integración de las representaciones del self y de las representaciones del objeto y el desarrollo de estructuras derivadas de relaciones de objeto de alto nivel intrapsíquico. Este estadio empieza al final del tercer año y dura a lo largo del periodo edípico. Se caracteriza por la presencia de un sistema del self definitivo, y de representaciones de objeto estables. En esta fase se consolidan el ego, super ego y ello como estructuras psíquicas totales. La psicopatología típica de esta fase está representada por las neurosis y las organizaciones de patología de carácter de alto nivel, particularmente los caracteres histéricos, obsesivo-compulsivo, y depresivo-masoquistas, donde los conflictos típicamente ocurren entre el ego y un superego bien integrado pero excesivamente punitivo. Los mecanismos de defensa giran alrededor de la represión que viene a substituir a la escisión lo que consolida a ello como una estructura psíquica que contiene la suma de aquellas relaciones de objeto inaceptables, debido a las experiencias peligrosas, proctoras de ansiedad y culpa que se encuentran involucradas en su origen. En este periodo se inicia la integración del superego como una estructura intrapsíquica independiente.

Estadio 5.- Consolidación del superego e integración del ego. Empieza con la integración de todos los niveles del superego, tanto del ideal del yo como del aspecto prohibitivo de este, lo que disminuye la oposición entre ego y superego y alienta la identidad del ego. Se

establece la estructura de carácter que representa aquellas conductas predominantemente automatizadas que devienen de la identidad del ego. Hay una relación recíproca entre el concepto del self y la estructura del carácter.

Resumen

La formulación teórica describe los procesos de formación de la mente, la influencia de las relaciones interpersonales y la organización intrapsíquica.

Otto Kernberg introduce dentro del psicoanálisis norteamericano las ideas de los autores de la escuela Británica que estudiaban las Relaciones Objetales principalmente M. Klein y Fairbairn. Combina conceptos de ellos con trabajos clásicos de la Psicología del yo de Hartmann, de Jacobson y Mahler. Enfatiza que la teoría de las Relaciones Objetales internalizadas, describe tres tipos de procesos de internalización que sugiere que una estructura intrapsíquica se forma al internalizar una representación del sí mismo, del objeto y del estado afectivo del vínculo. Considera también que hay una relación entre sujeto y objeto y el sujeto tiene potencialidades innatas para la internalización. A través del uso de aparatos de autonomía primaria comienza el proceso de internalización y está tenido por las fantasías que existen desde el comienzo de la vida. Los sentimientos de amor, odio, libidinal y agresivo son los que se impregnan y distorsionan las cualidades de los objetos.

En la presente investigación, se pide que sean los padres quienes respondan a lo que creen es la personalidad de sus hijos con epilepsia para lo que se emplea la prueba de I.P.N. (Inventario de personalidad para Niños de Wirth y Col. que está formada por diversas preguntas que se le hacen a los padres en relación a lo que observan, piensan y sienten de sus hijos, sabiendo que las distorsiones que presentan en lo que perciben de sus hijos, posteriormente va a influir en ellos, por el constante interactuar, así a pesar de las variables tanto internas como externas que pueden influir en la percepción parental, si es posible que lo que perciben de sus hijos, y que se ve en el perfil de personalidad del I.P.N. corresponda a los rasgos de personalidad que en este momento presentan sus hijos y que son determinantes para su comportamiento presente y futuro.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que la personalidad se conforma por la interacción de diversos elementos (tanto del medio externo como interno), es de esperarse que la actitud que los padres tomen ante el problema epileptico, va a provocar una percepción particular de sus hijos. De ahí el siguiente planteamiento:

¿Es la epilepsia un factor condicionante en la percepción que tienen los padres en relación a la personalidad de sus hijos? y por lo tanto ¿es de esperarse que el perfil de la personalidad que se obtiene en base a la evaluación paterna varíe de acuerdo a la condición de epilepsia en el que se encuentran sus hijos?

4.1.1 OBJETIVOS Y JUSTIFICACION

Este trabajo tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

- a) Obtener un perfil de personalidad de niños epilepticos en base a lo que los padres perciben de ellos.
- b) Conocer la repercusión que tiene la epilepsia tanto en los niños que la padecen como en sus padres.

En los niños las consecuencias físicas y emocionales de un padecimiento como es la epilepsia y los acontecimientos a que ésta da lugar, provocan una serie de sentimientos de difícil comprensión para ellos. Asimismo en los padres también se presentan diversas emociones tales como miedo, ira, frustración etc.. Esto es debido a que esperan hijos sanos. Al enfrentarse a la situación real de su hijo se sienten defraudados afectando la objetividad con que perciben sus actitudes, conductas, pensamientos y emociones. De ahí que el entender estos fenómenos pueden contribuir a ayudar a los padres a la aceptación y la participación activa en el problema, a través de un adecuado apoyo psicológico, facilitando también con ésto una mejor adherencia terapéutica con la finalidad última de propiciar una mejor calidad de vida en el niño.

4.1.2 HIPOTESIS

Si la percepción que tienen los padres de la personalidad de sus hijos con problemas epilepticos medida con el I.P.N., varía de acuerdo a la condición de epilepsia entonces se espera encontrar diferencias en las escalas del test entre la percepción que tienen los padres con hijos epilepticos que si responden al tratamiento y con padres cuyos niños no responden al tratamiento. Asimismo se espera encontrar diferencias entre estos dos grupos y un tercero de padres cuyos hijos no padecen epilepsia.

HIPOTESIS NULA: No existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. entre la percepción que tienen los padres de la personalidad de niños y niñas con epilepsia que si responden al tratamiento; niños y niñas con epilepsia que no responden al tratamiento y niños y niñas sin epilepsia (condición de epilepsia).

HIPOTESIS ALTERNA: Si existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. entre la percepción que tienen los padres de la personalidad de niños y niñas con epilepsia que si responden al tratamiento; niños y niñas con epilepsia que no responden al tratamiento y niños y niñas sin epilepsia (condición de epilepsia).

HIPOTESIS NULA: No existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en relación al sexo de las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. entre la percepción de los padres de la personalidad de las niñas y la percepción de la personalidad de los niños en los tres grupos, sin importar la condición de epilepsia.

HIPOTESIS ALTERNA: Si existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en relación al sexo de las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. entre la percepción de los padres de la personalidad de las niñas y la percepción de la personalidad de los niños en los tres grupos, sin importar la condición de epilepsia.

HIPOTESIS NULA: No existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. en la percepción que tienen los padres de la personalidad del grupo de niños y niñas que si responden al tratamiento y el grupo de niños y niñas que no responden al tratamiento.

HIPOTESIS ALTERNA: Si existen diferencias significativas al nivel de .05 (con un nivel de confianza de 95%) en las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. en la percepción que tienen los padres de la personalidad de el grupo de niños y niñas que si responden al tratamiento y el grupo de niños y niñas que no responden al tratamiento.

4.1.3 VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: Personalidad

VARIABLE INDEPENDIENTE: Condición de epilepsia

- VARIABLES CONTROLADAS:
- a) Tratamiento medico un mes minimo.
 - b) Edad promedio de 5 años a 11 años.
 - c) Tipo de Epilepsia (Tónico-clónica generalizada).
 - d) Nivel Socioeconomico.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Personalidad.- Se entiende como la capacidad de la totalidad del organismo de funcionar como un todo y que lo hace un sujeto único, discernible y diferente (Benedek Th. y M.W. Gerad 1967).

Epilepsia.- Sintomas de descarga neural transitoria excesiva, producida por causas intracraneales o extracraneales; se caracteriza por episodios separados, que tienden a ser recurrentes, en los que hay una alteracion del movimiento, de la sensacion, de la conducta, de la percepcion, de la conciencia, o de todo ello (Sutherland, J.M. et al. 1980).

Crisis tonico-clónica.- Se entiende al tipo de crisis que tiene un comienzo brusco en donde hay una contracción intensa y generalizada de los musculos (tonico), y la aparicion de sacudidas musculares bruscas, generalizadas y sincrónicas (clónico) (Cambier J., Masson M. y Dehen H. 1983).

Percepcion.- Es el mecanismo mental en el que el significado de los estímulos sensoriales es reconocido a través del uso de los sentidos, para integrar e interpretar experiencias en respuesta estímulos externos (Isaias Lopez, M. 1988).

Percepcion Parental.- El conjunto de percepciones que tienen los padres respecto a sus hijos y que son incluidos por las expectativas y motivaciones inconscientes que tienen en relacion a ellos (Isaias Lopez, M. 1988).

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: La personalidad de los niños percibida por sus padres medida con el inventario de personalidad para niños (I.P.N.) Anexo 2.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

1) Condición de epilepsia.- Se considera condición de epilepsia a la situación en la que se encuentran los niños en relacion a la epilepsia. Se dividen en:

1.1 Niños con Epilepsia que no presentan crisis generalizadas tonico-clónicas, por estar bajo control medico (GE-SR), presentan buena respuesta al tratamiento despues de un mes.

1.2 Niños con Epilepsia que presentan crisis convulsivas tonico-clónicas por no tener respuesta al tratamiento medico (GE-NR), después de un mes.

1.3 Niños sin Epilepsia (G-NE).

2) Sexo de los niños

4.2 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Esta investigación se considera de tipo ex post facto debido a que las variables que en ella se contemplan ya están dadas y no se hace una manipulación directa sobre ellas.

Se hizo un diseño factorial 3 X 2, con N desiguales, con dos variables independientes -condición de epilepsia-, dividida en tres situaciones y la otra -sexo- en dos situaciones, en la que cada una asume diferentes valores.

4.3 SUJETOS

La muestra se formó con la población que acude al servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital General de México de la Secretaría de Salud y al Departamento de Electroencefalografía del Hospital Infantil de México y al Servicio de Neurología del Instituto de Salud Mental (INSAME). Esta muestra se considera de un nivel socioeconómico bajo de acuerdo a la evaluación del Departamento de Trabajo Social de cada Institución. La muestra es no probabilística, dirigida e incidental.

La muestra quedó integrada por 86 sujetos con edades de 5 años 6 meses a 11 años (Tabla 1), provenientes de familias de pocos recursos de acuerdo a lo establecido por Trabajo Social de cada Institución, con una escolaridad de Kinder a Primero de Secundaria (Tabla 2). Esta muestra se subdividió en tres grupos dos "experimentales" y un control, los dos "experimentales" se integraron con 56 niños de 5 años 6 meses a 11 años, con diagnóstico de epilepsia (crisis convulsivas generalizadas tonico-clónicas) dado por un Neurólogo con base en: Historia Clínica, Electroencefalograma (EEG), Tomografía Axial Computarizada (TAC) -cuando existió la posibilidad-, y que además hayan tenido un mes de tratamiento como mínimo. Este grupo se dividió en dos de acuerdo a las siguientes características. Uno se formó con 30 niños, que si respondieron al tratamiento medico (GE-SR), es decir que ya no presentaron crisis convulsivas generalizadas de los cuales 12 eran niñas y 18 niños. Otro se integró con 26 niños, que no respondieron al tratamiento medico (GE-NR), es decir que siguen presentando crisis convulsivas generalizadas de los cuales 14 eran niñas y 12 niños. El grupo considerado de control se integró de 30 niños entre 6 y 11 años de los cuales 16 son niñas y 14 niños (Tabla 3) cuyas condiciones de inclusión fue en base a no tener epilepsia (crisis convulsivas generalizadas tonico-clónicas) y la muestra se obtuvo de una escuela primaria ubicado en Ciudad

Nezahualcoyotl con un nivel socioeconómico bajo. Esta muestra se considera no probabilística, dirigida y por autoselección (es decir padres voluntarios que aceptaron contestar el test).

4.4 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en esta investigación es el Inventario de Personalidad para Niños creado por D. W. Wirt, Lachar, Klinedinst 1977.

El Inventario de Personalidad para Niños I.P.N. es un instrumento construido empírica y racionamente (con esto se refiere al uso de comparaciones estadísticas entre una gran muestra de sujetos examinados), que busca proveer de una descripción de la personalidad de los niños desde un punto de vista clínico, principalmente en un rango de edades entre los 5 y los 16 años de edad. El cuestionario contiene 600 preguntas las cuales pueden ser contestadas como Cierto o Falso, de acuerdo a la opinión que tiene el "respondiente" sobre el comportamiento, la actitud y las relaciones familiares del niño. La investigación muestra que generalmente el respondiente más adecuado es la madre biológica, con la que el niño ha estado durante más tiempo. Sin embargo, se pueden obtener valiosos "insights" de otras fuentes, que incluyen al padre, a los parientes más cercanos y posiblemente a otros que han conocido al niño desde su temprana edad.

El I.P.N. está formado por 33 escalas de las cuales 16 escalas fueron consideradas como las más valiosas para medir la personalidad y han sido incluidas en un cuadro de perfil tanto para niños como para niñas sobre las cuales se marca la puntuación T y se grafica sobre la base de puntuaciones derivadas en bruto. Cada perfil está formado por las siguientes escalas:

- L: (Mentiras) Se refiere a las mentiras y contradicciones que pudieran aparecer a lo largo de la prueba, consta de 15 preguntas.
- F: (Falsedades) Evalúa las falsedades o exageraciones de los síntomas del niño al ser percibidos por sus padres, consta de 42 preguntas.
- DEF: (Defensividad) Consta de 23 preguntas que evalúan el grado en que los padres se defienden de la sintomatología de su hijo dando una imagen de mayor aceptación social de sus hijos ante los demás.
- ADJ: (Ajuste) 76 preguntas, que se refieren al grado de ajuste social que tiene el niño tanto a su medio familiar como al medio social en general.
- ACH: (Rendimiento académico) Consta de 31 preguntas referentes al logro académico del niño y abarca las expectativas que tienen los padres del niño en el medio escolar.
- IS: (Desempeño Intelectual) Abarca 35 preguntas cuyo objetivo es conocer la opinión de los padres del desenvolvimiento intelectual en la vida práctica de su hijo.
- DVL: (Escala de desarrollo) Son 25 preguntas relacionados con el desarrollo de habilidades físicas del niño lo que incluye aspectos como por ejemplo los psicomotrices y de lenguaje en el niño.
- SOM: (Preocupación somática) Esta escala de 40 preguntas investiga variables de la salud como serían frecuencia de enfermedades, grado

de severidad de estas, energía y vigor en general, hábitos alimenticios y en el sueño.

D: (Depresión) Comprende 46 preguntas seleccionados para medir depresión

FAM: (Relaciones familiares) Consta de 35 preguntas relacionados al grado de cohesión y efectividad familiar. Es decir, que tanto cooperan los niños en decisiones familiares, su involucración en la comunidad, sentimientos de afecto y satisfacción que se expresan entre los miembros de la familia y aspectos de disciplina.

DLQ: (Delincuencia) Son 47 preguntas diseñados para evaluar tendencias delinquentes y sociopáticas en los niños lo cual incluye entre otras cosas, mentir, robar, hacer trampas en los exámenes escolares y en general conductas que solo busca el niño para su propio bienestar sin tomar en cuenta a los demás.

WDL: (Retraimiento) 25 preguntas componen esta escala y se refiere al grado de retraimiento social que exhibe el niño como podría ser deseo de permanecer aislado, incomodidad y timidez en situaciones sociales, elección de actividades solitarias y desconfianza de los demás.

ANX: (Ansiedad) Contiene 30 preguntas relacionados con diferentes manifestaciones de ansiedad como son una baja tolerancia a la frustración, preocupación excesiva, temores irracionales, terrores nocturnos y exageración de los problemas.

PSY: (Psicosis) Son 40 preguntas que pretenden discriminar entre conductas adaptativas y las que no lo son. Incluye conductas tempranas de simbiosis madre-hijo, falta de control de impulsos y comportamiento autista entre otros aspectos.

HPR: (Hiperactividad) Abarca 36 preguntas referentes al síndrome hiperkinético.

SLL: (Habilidades Sociales) Incluye 30 preguntas seleccionados para medir la involucración social del niño como sería su grado de participación en actividades sociales, su iniciativa y deseo de organizar eventos o fiestas, confianza en sí mismo, comprensión de la conducta de los demás y tacto en sus relaciones interpersonales.

Para cada una de las escalas, el incremento positivo de desviación de la media (que se considera la normalidad) sugiere una mayor "patología", es decir a mayor puntaje mayor problema. Por ejemplo una elevación de la escala de ansiedad indicaría que el niño está manifestando síntomas de ansiedad, mientras que una elevación en la escala de habilidades sociales, sugiere que el niño tiene pobres relaciones sociales. La consistencia interna de este instrumento estima rangos de .62 a .84 en una muestra normativa de $N = 2390$ y de .72 y .89 en una muestra general masculina de $N = 198$.

La confiabilidad se muestra con tres estudios de test-retest que prueban la estabilidad de la prueba.

1) Coeficiente de confiabilidad para las 16 escalas de .86 en una muestra de 34 pares M-H (22 niños y 12 niñas) pacientes externos del Hospital Psiquiátrico Lafayette Clinic con test-retest de 4 y 72 días.

2) Coeficiente de correlación promedia de .72 con 13 y 102 días de intervalo entre test-retest en una muestra normal de 46 pares madre hijo (125 niños 21 niñas), en Detroit Michigan.

3) Coeficiente de correlación .89 en una muestra normal de 55 pares M-H (34 niños 21 niñas). Para mayor información del I.P.N. véase Anexo 3.

Además del I.P.N. se aplicó a los padres un cuestionario de 5 preguntas, que nos permiten conocer datos sobre inicio, influencia y reacciones de los padres ante la enfermedad, las preguntas son:

- 1) A que edad se presentó la primera convulsión.
- 2) A que centro de Salud lo llevo.
- 3) Que enfermedad le dijeron que tiene.
- 4) Que imagino usted sobre la enfermedad de su hijo.
- 5) Que siente usted cuando ve a su hijo con ataques.

4.5 PROCEDIMIENTO

Se identificaron a los padres de 56 niños con crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas que acudían a las diferentes Instituciones en las que se efectuó esta investigación y a los padres de los 30 niños del grupo control (Tabla 4).

Una vez detectados los padres de los niños epilépticos se les pidió su cooperación para la participación en una investigación -firmaron de conformidad-, sin explicar el propósito final de ésta.

Se les dijo únicamente: "se trata de una investigación que nos permite obtener información sobre actitudes, pensamientos y conductas que observan en sus hijos, el responder a este cuestionario les llevará una hora y media". Tres clínicos aplicaron el cuestionario por razones de práctica, se busco que las instrucciones fueran las mismas.

Se aplicó en forma individual la mayoría de las veces y otras en forma grupal sin exceder de tres padres, según fueran llegando a la consulta, el grupo de epilepsia que si responde al tratamiento estuvo formado por 2 padres del sexo masculino y 28 del sexo femenino, el grupo de epilepsia que no responde al tratamiento se integro por 4 padres del sexo masculino y 22 del sexo femenino (Tabla 5). La edad de los padres tenía un rango de 20 a 54 años (Tabla 6), y con diferentes grados de escolaridad (Tabla 7).

Se procedió a la aplicación de un cuestionario a los padres de hijos epilépticos que permitieron conocer datos sobre inicio, influencia y reacciones de los padres ante la enfermedad.

Se procedió a aplicar el cuestionario a los padres de los niños del grupo control, el cual estaba formado por 25 madres y 5 padres, esta aplicación fue grupal y en una ocasión. Para este grupo se acudio a una escuela de nivel socioeconómico bajo y se aplicó solo a aquellos padres que aceptaron cooperar en la investigación y que aseguraron que ninguno de sus hijos padecía de crisis generalizadas tónico-clónicas.

4.6 ANALISIS DE DATOS

Una vez contestado el I.P.N. por los 86 padres se procedió a calificar cada prueba mediante plantillas (una para cada escala) y un programa computarizado que permitiera obtener un perfil de cada uno de los tres grupos. Se realizó el análisis estadístico con los puntajes brutos y la interpretación del perfil con base en los parámetros del I.P.N..

Para cada una de las escalas del I.P.N. se desarrolló un análisis de varianza con dos variables cruzadas.

Cuando los efectos principales en relación a la variable epilepsia resultaron significativos, las comparaciones múltiples a posteriori se contrastaron por medio de la diferencia mínima significativa de Fisher (Rirk, K. 1968). Para encontrar las diferencias significativas entre-intra grupos, siendo útil esta prueba para grupos con N diferente.

Formula de la Media
$$M = \frac{\sum n_i}{N}$$

Formula de la Prueba de Fisher

$$DMS = \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_3}} \text{ (Varianza del error) } F(\alpha; gl_1, gl_e)$$

DMS= Diferencia mínima significativa

$$\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_3} = \text{Tamaño de la muestra de los grupos considerados en el contraste}$$

n1 = 30

n2 = 26

n3 = 30

gle= grado de libertad del error

F = Razon F

Para la elaboración del perfil de personalidad se utilizaron, las medias en cada escala, en base a la puntuación en bruto y después se procedio a pasarla a puntuación T de la prueba que se utiliza.

5.1) Resultados Descriptivos

Los datos de la información que se obtuvo tanto de las fichas de identidad de los pacientes como del cuestionario de cinco preguntas aplicado a los padres indican que la edad de los sujetos que formaron la muestra de los tres grupos se distribuyó de la siguiente manera: para el grupo 1 se encuentra un 3% de 66 a 85 meses, un 10% de 86 a 105 meses, un 60% de 106 a 125 meses y un 17% de 126 a 145 meses, con una media de 115 meses que equivale a una edad de 9 años 7 meses y una desviación de 14 meses que equivale a 1 año 2 meses. El grupo 2 se formó con un 34% de sujetos entre 66 a 85 meses, un 24% de 86 a 105 meses, un 34% de 106 a 125 meses y un 8% de sujetos entre 126 a 145 meses de edad, obteniendo una media de 93.70 que equivale a una edad de 7 años 8 meses y una desviación de 19.53 que equivale a 1 año 5 meses de edad. En el grupo 3, se observa que se formó con un 36% de 66 a 85 meses, un 30% de 86 a 105 meses, un 27% de 106 a 125 meses y un 7% de 126 a 145 meses de edad, con una media de 94.43 que corresponde a una edad de 7 años 8 meses y una desviación de 19.44 que equivale a 1 año 6 meses de edad. (Tabla 1)

La distribución que se encuentra respecto a la escolaridad de los tres grupos es la que sigue: para el grupo 1 el 10% se encuentran en primero y segundo año, un 54% cursan tercero y cuarto año de primaria, un 36% cursan quinto y sexto de primaria. Para el grupo 2 un 8% no respondió sobre su escolaridad, un 11% no tiene ninguna escolaridad, un 16% se encuentra cursando el Kinder, un 4% se encuentra en educación especial, un 19% cursan el primero y segundo de primaria, un 34% cursa el tercero y cuarto de primaria, un 8% cursa el quinto y sexto de primaria. Para el grupo 3 un 10% no dió información respecto a su escolaridad, 10% no tiene ninguna escolaridad, un 14% estudia Kinder, un 3% se encuentra en educación especial, un 33% cursa primero y segundo año de primaria, un 20% cursa tercero y cuarto, un 7% cursa quinto y sexto de primaria y un 3% cursa primero de secundaria. (Tabla 2)

El sexo se distribuyó por grupos de la siguiente manera: para el grupo 1 se formó con un 40% del sexo femenino y un 60% del sexo masculino. En el grupo 2 se formó con un 54% del sexo femenino y un 46% del sexo masculino. El grupo 3 un 57% para el sexo femenino y un 43% del sexo masculino (Tabla 3)

En relación a las instituciones que facilitaron la muestra para la presente investigación, la frecuencia es como sigue: Para el grupo 1 un 100% de una escuela primaria ubicada en Ciudad Nezahualcoyotl, para el grupo 2 un 62% se obtuvo del Hospital Infantil de México, un 30% del Hospital General de México y un 8% del Instituto de Salud Mental. Para el grupo 3, un 60% del Hospital Infantil de México, un 16% del Hospital General de México y un 24% del Instituto Nacional de Salud Mental. (Tabla 4)

El sexo de los padres con hijos epilépticos que respondieron al I.P.N., se distribuyó como sigue: para el grupo 2 un 16% del sexo masculino, y un 84% del sexo femenino. Para el grupo 3 un 7% del sexo masculino y un 93% del sexo femenino. (Tabla 5)

La edad de los padres con hijos epilépticos que respondieron al I.P.N. se distribuyó como sigue: Para el grupo 2 se encuentra un 15% entre 20 y 26 años, un 46% entre 27 a 33 años, un 26% entre 34 a 40 años, un 10% de 41 a 47 años y un 3% de 48 a 54 años, con una media de 33 años y una desviación de 6 años 5 meses. Para el grupo 3 un 7% se encuentra entre 20 y 26 años, un 30% de 27 a 33 años, un 50% de 34 a 40 años, un 13% de 41 a 47 años, con una media de 35 años y una desviación de 5 años 7 meses. (Tabla 6)

La escolaridad de los padres con hijos epilépticos que contestaron el I.P.N., se distribuyó de la siguiente manera. Para el grupo 2 un 16% no dio información respecto a su escolaridad, un 11% no tienen ninguna escolaridad, un 4% curso primero y segundo año de primaria, un 11% curso tercero y cuarto año, un 27% curso quinto y sexto año, un 19% curso secundaria, un 8% curso preparatoria y un 4% estudio profesional. Para el grupo 3 un 13% no dio información respecto a su escolaridad, un 7% no tiene ninguna escolaridad, un 7% curso primero y segundo año de primaria, un 7% curso tercero y cuarto de primaria, un 40% curso quinto y sexto, un 17% estudio secundaria, un 3% estudio preparatoria y un 6% profesional. (Tabla 7)

En relación a la edad en la que se iniciaron las convulsiones de los sujetos con epilepsia, la distribución se dio de la siguiente manera: para el grupo 2, un 54% iniciaron las convulsiones antes de los 32 meses, un 19% de 33 a 64 meses, un 15% de 65 a 96 meses y un 12% de 97 a 128 meses. Para el grupo 3 un 53% inicio las convulsiones antes de los 32 meses, un 17% entre 33 y 64 meses, un 17% de 65 a 96 meses y un 3% de 97 a 128 meses. (Tabla 8)

La frecuencia con la que acudieron a los Centros de Salud los padres con hijos epilépticos, ante la primera convulsión se distribuyó como sigue: Para el grupo 2, un 8% acudio al DIF, un 15% acudio al Hospital General de México, un 15% al Hospital Infantil de México, un 4% al Hospital Juárez, un 4% al Hospital de Legaria, un 4% al IMAN, un 19% al I.M.S.S., un 8% al Instituto Nacional de Salud Mental, y un 23% a Hospitales particulares. Para el grupo 3 un 20% acudio al Hospital General de México, un 24% al Hospital Infantil de México, un 7% al Hospital de Legaria, un 10% al IMAN, un 13% al I.M.S.S., un 3% al Instituto Nacional de Salud Mental, un 23% a Hospitales particulares. (Tabla 9)

La frecuencia de los diagnósticos que recibieron los padres ante las convulsiones de sus hijos se distribuyó de la siguiente manera: para el grupo 2 un 26% no recibió ningún diagnóstico, un 4% le diagnosticaron ausencias, un 39% como epilepsia, un 4% como hidrocefalia, un 4% con disfunción cerebral, un 4% por nervios, un 4% por fallas respiratorias, un 7% por derrame cerebral, un 4% por parásitos, un 4% por fallas de oxigenación. Para el grupo 3 se encuentra que un 14% de los padres no recibió ningún diagnóstico inicial, un 54% como epilepsia, un 7% con disfunción cerebral, un

3% por derrame cerebral, un 3% por parásitos, un 3% con encefalitis viral, un 3% por neurofibromatosis, un 3% empácho, un 3% soplo del corazón, y un 7% por lesión cerebral. (Tabla 10)

Las diferentes ideas que surgieron en los padres ante las convulsiones de sus hijos se distribuyeron de la siguiente manera: Para el grupo 2, un 11% penso que no era de gravedad, un 4% penso que era algo pasajero, un 11% que era incurable el padecimiento de sus hijos, un 43% pensaron que era de gravedad, un 15% pensó que se podían morir o los iba a matar la convulsión, un 8% penso que el niño los quería manipular, un 8% penso que se debía al uso de forceps. Para el grupo 3, el 3% penso que no era de gravedad, un 17% lo tomó como algo pasajero, un 7% penso que era algo incurable, un 46% que era de gravedad, un 17% pensó que se iba a morir su hijo, un 3% penso que era manipulación del niño y un 7% penso que le habían hecho a su hijo mal de ojo. (Tabla 11)

Los afectos que surgieron en los padres ante las convulsiones de sus hijos se distribuyeron de la siguiente manera: Para el grupo 2 un 4% sintió preocupación, en un 23% surgió el miedo a la muerte de sus hijos, un 19% se sintió con gran tristeza, un 8% reporta sensación de intenso sufrimiento, un 12% coraje contra los médicos y contra si mismos, un 7% sintió culpa por pensar que son los causantes del padecimiento, un 4% se sintió desesperado, un 15% se sintió angustiado, un 8% presento miedo a que se golpee su hijo durante las convulsiones y empeore. Para el grupo 3, un 7% se sintió muy preocupado, un 37% sintió que se iba a morir su hijo, un 10% se sintió triste, un 13% sintió intenso sufrimiento, un 10% se sintió desesperado, un 10% se mostraron angustiados, un 10% presento miedo a que se golpee y empeore y un 3% se sintió impotente. (Tabla 12)

TABLA 1 Distribucion de Frecuencia por edad de los tres grupos.

EDAD EN MESES	GE-SR (3)		GE-NR (2)		G-NE (1)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
00-35	36	11	34	9	3	1
36-105	30	9	24	6	10	3
106-125	27	8	34	9	70	21
126-145	7	2	8	2	17	5
TOTAL	100%	30	100%	26	100%	30

1) G-NE $\frac{M}{DE} = \frac{115.2}{14.4}$

2) GE-NR $\frac{M}{DE} = \frac{93.70}{19.53}$

3) GE-SR $\frac{M}{DE} = \frac{94.43}{19.44}$

G-NE = Grupo de niños sin epilepsia

GE-NR = Grupo de niños con epilepsia que no responden al tratamiento medico

GE-SR = Grupo de niños con epilepsia que si responden al tratamiento medico

TABLA 2.- Distribución de frecuencia por escolaridad de los tres grupos.

ESCOLARIDAD	GE-SR (3)		GE-NR (2)		G-NE (1)	
	Porcentaje	(f)	Porcentaje	(f)	Porcentaje	(f)
Sin información	10	3	8	2	-	-
Ninguna	10	3	11	3	-	-
Kindergarten	14	4	15	4	-	-
Educ. Esp.	3	1	4	1	-	-
1 a 2 Prim.	33	10	19	5	10	3
3 a 4 Prim.	20	6	34	9	54	16
5 a 6 Prim.	7	2	8	2	36	11
1 de sec.	3	1	-	-	-	-
TOTAL	100%	30	100%	26	100%	30

(1) Grupo sin Epilepsia (G-NE)

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento médico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)

TABLA 3.- Distribución de frecuencia por sexo de los tres grupos.

SEXO	GE-SR (3)		GE-NR (2)		G-NE (1)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
FEMENINO	40	12	54	14	57	17
MASCULINO	60	18	46	12	43	13
TOTAL	100%	30	100%	26	100%	30

(1) Grupo sin Epilepsia (G-NE)

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento médico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)

TABLA 4.- Distribucion de frecuencia de las Instituciones que facilitaron la muestra.

ESCOLARIDAD	GE-SR (3)		GE-NR (2)		G-NE (1)	
	Porcentaje	(f)	Porcentaje	(f)	Porcentaje	(f)
H. Int. Mex.	60	18	62	16	-	-
H. General M.	16	5	30	8	-	-
INSAME	24	7	8	2	-	-
ESC. Primaria	-	-	-	-	100%	30
TOTAL	100%	30	100%	26	100%	30

TABLA 5.- Distribucion de frecuencia por sexo de los padres con niños epilépticos que respondieron al I.P.N.

SEXO	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje	(f)	Porcentaje	(f)
FEMENINO	7	2	16	4
MASCULINO	93	28	84	22
TOTAL	100%	30	100%	26

TABLA 6.- Distribucion de frecuencia por edad de los padres con hijos epilepticos que respondieron al I.P.N.

EDAD	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
20-26	7	2	15	4
27-33	30	9	46	12
34-40	50	15	26	6
41-47	13	4	10	3
48-54	-	-	3	1
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento médico (GE-NR)
 $\underline{M} = 35$ $\underline{DE} = 6.57$

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)
 $\underline{M} = 35$ $\underline{DE} = 5.72$

TABLE 7.- Distribución de frecuencia por escolaridad de padres con hijos epilépticos que contestaron el I.P.N.

ESCOLARIDAD	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
Sin información	13	4	16	4
Ninguna	7	2	11	3
1 a 2 Prim.	7	2	4	1
3 a 4 Prim.	7	2	11	3
5 a 6 Prim.	40	12	27	7
Secundaria	17	5	19	5
Preparatoria	3	1	8	2
Profesional	6	2	4	1
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento médico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)

TABLA 5.- Distribucion de frecuencia por edad en la que dió inicio las convulsiones en los grupos de Epilepsia.

EDAD	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
0 - 32	63	19	54	14
33 - 64	17	5	19	5
65 - 96	17	5	15	4
97 - 128	3	1	12	3
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento medico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento medico (GE-SR)

TABLA 9.- Distribución de frecuencia de los Centros de Salud al que acudieron los padres ante la primera convulsión.

INSTITUCION	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
DIF	-	-	8	2
H. General de Mex.	20	6	15	4
H. Int. de Mex.	24	7	15	4
H. Juárez	-	-	4	1
H. Qegaria.	7	2	4	1
IMAN	10	3	4	1
I.M.S.S.	13	4	19	5
INSAME	3	1	8	2
Particular	23	7	23	26
TOTAL	100%	30	100%	26

TABLA 10.- Distribución de frecuencia del Diagnostico que recibieron los padres ante las convulsiones de sus hijos.

DIAGNOSTICO	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
Ninguno	14	4	26	7
Ausencias	-	-	4	1
Epilepsia	54	16	39	10
Hidrocefalea	-	-	4	1
Disfuncion Cerebral	7	2	4	1
Nervios	-	-	4	1
Falla respiratoria	-	-	4	1
Derrame Cerebral	3	1	7	2
Parasitos	3	1	4	1
Falta de Oxigeno	-	-	4	1
Encefalitis Viral	3	1	-	-
Neurofibromatosis	3	1	-	-
Empacho	3	1	-	-
Soplo del Corazon	3	1	-	-
Lesion Cerebral	7	2	-	-
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento medico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)

TABLA 11.- Distribucion de frecuencia de las ideas que surgieron en los padres ante las convulsiones de sus hijos:

IDEAS	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
No era grave	3	1	11	3
Pasajero	17	5	4	1
Incurable	7	2	11	3
Gravedad	46	14	43	11
Muerte	17	5	15	4
Manipulacion del niño	3	1	8	2
Uso de Forceps	-	-	8	2
Mal de ojo	7	2	-	-
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento médico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento médico (GE-SR)

TABLA 12.- Distribucion de frecuencia de los afectos que surgieron en los padres ante las convulsiones de sus hijos.

AFECTOS	GE-SR (3)		GE-NR (2)	
	Porcentaje (f)		Porcentaje (f)	
PREOCUPACION	7	2	4	1
MIEDO A MUERTE	37	11	23	6
TRISTEZA	10	3	19	5
SUFRIMIENTO	13	4	8	2
CORAJE	-	-	12	3
CULPA	-	-	7	2
DESESPERACION	10	3	4	1
ANGUSTIA	10	3	15	4
MIEDO QUE SE GOLPEE	10	3	8	2
IMPOTENCIA	3	1	-	-
TOTAL	100%	30	100%	26

(2) Grupo con Epilepsia que no responde al tratamiento medico (GE-NR)

(3) Grupo con Epilepsia que si responde al tratamiento medico (GE-SR)

RESULTADOS INFERENCIALES

De todos los analisis de varianza realizados se encontraron efectos significativos en la variable -condición de epilepsia. En la variable -sexo- solo en la escala de Delincuencia. En ninguna otra escala se encontraron efectos significativos debido a las dos variables ni interaccion entre la -condición de epilepsia- y -sexo-.

Los resultados de la aplicacion del Inventario de la Personalidad para Niños indican que para la escala de mentiras (L), se encontro que no existen diferencias significativas para ninguna de las variables. (Tabla 13 y 14)

En la escala de falsedades (F), se encontraron diferencias significativas en relacion a la variable epilepsia donde $F(2,80) = 14.52$, $p < 0.01$. (Tabla 15)

Aplicando la prueba de diferencia minima significativa de Fisher (DMS) se encuentra que las diferencias reportadas entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con la probabilidad < 0.01 entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico fue significativo tambien con $p < 0.01$ y la comparacion entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico tambien resulto significativa pero con $p < 0.05$, es decir los tres grupos fueron diferentes entre si, siendo el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico el que presento mayor puntaje en esta escala. (Tabla 16)

Escala de defensividad (DEF)

Se muestran diferencias significativas en relacion a la variable epilepsia $F(2,80) = 4.72$, $p < 0.05$ (Tabla 17)

La prueba DMS muestra diferencias entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$ entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no existen diferencias significativas y la comparacion entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico resulto significativa con $p < 0.05$. Es decir el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico son semejantes y el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico presento mayor puntaje en esta escala (Tabla 18)

Escala de ajuste social (ADJ)

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia $F(2,80) = 19.49$, $p < 0.01$ (Tabla 19)

En la prueba DMS se encuentra que las diferencias reportadas entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico es igual a $p < 0.01$, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico la diferencia significativa fue $p < 0.01$ y comparando el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no se encuentran diferencias significativas. (Tabla 20)

Existen diferencias entre el grupo sin epilepsia en relación al grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y al grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico, siendo el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico el que presenta mayor puntaje.

Escala de rendimiento academico (ACH):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 11.63$, $p < 0.01$. (Tabla 21)

Con la prueba DMS se encontro que las diferencias entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico fue de $p < 0.01$. Entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no se encontraron diferencias significativas. En cambio entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico si hubo diferencias significativas $p < 0.01$, presentando mayor puntuacion el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico. (Tabla 22)

Escala de desempeño intelectual (IS):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 23.36$, $p < 0.01$. (Tabla 23)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que las diferencias reportadas entre el grupo sin epilepsia y 2 con $p < 0.01$ entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico una diferencia significativa de $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no se encontraron diferencias significativas presentando mayor puntuacion en esta escala el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico. (Tabla 24)

Escala de desarrollo psicomotriz (DVL):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 33.36$, $p < 0.01$. (Tabla 25)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que las diferencias entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$, y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.05$ presentando mayor puntuacion el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico en esta escala. (Tabla 26)

Escala de preocupacion somatica (SOM):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 12.62$, $p < 0.01$. (Tabla 27)

La prueba DMS muestra que las diferencias entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$. Entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no se encontraron diferencias significativas presentando mayor puntuación el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico. (Tabla 28)

Escala de depresion (D):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 19.07$, $p < 0.01$. (Tabla 29)

La prueba DMS muestra las diferencias entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$ entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$ en cambio entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico no se encontraron diferencias significativas presentando mayor puntuación el grupo el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico en esta escala. (Tabla 30)

Escala de relaciones familiares (FAM):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 33.03$, $p < 0.01$. (Tabla 31)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que las diferencias entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$ entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$.

presentando mayor puntuación en esta escala el grupo el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 32)

Escala de tendencias delinquentes-sociopáticas (DLQ):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 20.82, p < 0.01$.

tambien se muestran diferencias significativas en relación a la variable sexo. $F(2,80) = 5.96, p < 0.05$.

En esta escala se encontraron diferencias intergrupos e intragrupos. (Tabla 33)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que existen diferencias entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico con $p < 0.01$ entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.05$, presentando mayor puntuación en esta escala el grupo el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 34)

Escala de retraimiento (WDL):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 35.95, p < 0.01$. (Tabla 35)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico no existen diferencias significativas, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico existen diferencias significativas $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$, presentando mayor puntuación el grupo el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 36)

Escala de ansiedad (ANX):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 49.40, p < 0.01$. (Tabla 37)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico existe diferencia significativa $p < 0.05$, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico existen diferencias significativas $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$, presentando mayor puntuación el grupo el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 38)

Escala de psicosis (PSY):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 43.29$, $p < 0.01$. (Tabla 39)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico existen diferencias significativas $p < 0.01$, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico existen diferencias significativas $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$, presentando mayor puntuacion el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 40)

Escala de hiperactividad (HPR):

Se muestran diferencias significativas en relación a la variable epilepsia. $F(2,80) = 17.13$, $p < 0.01$. (Tabla 41)

Aplicando la prueba DMS se encuentra que entre el grupo sin epilepsia y con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico no existen diferencias significativas, entre el grupo sin epilepsia y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico existen diferencias significativas $p < 0.01$ y entre el grupo con epilepsia sin respuesta al tratamiento medico y el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico $p < 0.01$, presentando mayor puntuacion el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 42)

escala de habilidades sociales (SSK):

No existen diferencias significativas para ninguna de las variables. y aplicando la prueba DMS no existen diferencias significativas entre los grupos presentando mayor puntuación en esta escala el grupo con epilepsia con respuesta al tratamiento medico. (Tabla 43 y 44)

Finalmente la comparacion de la media y los niveles de significancia entre los tres grupos de todas las escalas se presenta en la Tabla 45.

TABLA 13 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE MENTIRAS (L)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	5.32		
SEXO AJUSTADO	1	1.14	1.14	0.20
EPILEPSIA AJUSTADA	2	5.61	2.80	0.50
SEXO	1	0.85		
INTERACCION	2	11.53	2.31	0.41
GRUPOS	5	18.00	2.25	0.40
ERROR	80	4333.31	5.62	
TOTAL	85	451		

TABLA 14 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE MENTIRAS (L)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	6.88	2.17	7.86	2.39	7.33	2.30
CON EPILEPSIA SIN R	7.36	1.72	7.83	2.58	7.58	2.17
CON EPILEPSIA CON R	7.36	2.69	6.63	1.93	6.97	2.34

TABLA 15 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE FALSEDADES (F)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	829.53		
SEXO AJUSTADO	1	17.03	17.03	0.60
EPILEPSIA AJUSTADA	2	828.07	414.04	14.52
SEXO	1	18.49		
INTERACCION	2	154.71	30.94	1.09
GRUPOS	5	1001.27	125.16	4.39
ERROR	80	2195.81	28.52	
TOTAL	85	3197.08		

Nota: ** p < .01

TABLA 16 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE FALSEDADES (F)

GRUPO	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	9.88	5.54	9.14	2.72	9.53	4.47
CON EPILEPSIA SIN R	14.86	4.02	19.83	3.13	17.15	4.40
CON EPILEPSIA CON R	14.64	5.31	13.63	7.34	14.10	6.49

TABLA 17 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE DEFENSIVIDAD (DEF)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	48.89		
SEXO AJUSTADO	1	.43	.43	8.24
EPILEPSIA AJUSTADA	2	48.99	24.30	4.72
SEXO	1	.32		
INTERACCION	2	5.03	1.00	0.19
GRUPOS	5	54.35	6.79	1.30
ERROR	80	399.75	5.19	
TOTAL	85	454.09		

Nota: * p < .05

TABLA 18 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE DEFENSIVIDAD (DEF)

GRUPO	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	9.94	2.11	9.71	2.25	9.83	2.18
CON EPILEPSIA SIN R	11.79	2.27	11.58	2.90	11.69	2.58
CON EPILEPSIA CON R	10.07	1.53	10.88	1.80	10.50	1.73

TABLA 19 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE AJUSTE SOCIAL (ADJ)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	1479.42		
SEXO AJUSTADO	1	21.14	21.14	.56
EPILEPSIA AJUSTADA	2	1469.16	734.56	19.49 **
SEXO	1	31.41		
INTERACCION	2	116.56	23.31	.62
GRUPOS	5	1617.12	202.14	1.36
ERROR	80	4519.53	37.69	
TOTAL	85	6136.65		

Nota: ** p < .01

TABLA 20 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE AJUSTE SOCIAL (ADJ)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	27.44	4.76	28.29	3.97	27.83	4.43
CON EPILEPSIA SIN R	35.07	8.45	39.25	3.24	37.00	6.29
CON EPILEPSIA CON R	36.93	6.73	35.31	5.91	36.07	6.36

TABLA 21 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE RENDIMIENTO ACADEMICO (ACH)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	189.46		
SEXO AJUSTADO	1	2.38	2.38	.29
EPILEPSIA AJUSTADA	2	189.93	94.96	11.63 **
SEXO	1	1.92		
INTERACCION	2	6.58	1.32	.16
GRUPOS	5	198.42	24.80	3.04
ERROR	80	628.51	8.17	
TOTAL	85	826.93		

Nota: ** p < .01

TABLA 22 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE RENDIMIENTO ACADEMICO (ACH)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	12.69	2.66	13.00	2.36	12.83	2.53
CON EPILEPSIA SIN R	16.00	3.14	17.08	2.25	16.50	2.82
CON EPILEPSIA CON R	14.36	2.69	14.06	2.93	14.20	2.82

TABLA 23 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE DESEMPEÑO INTELECTUAL (IS)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	645.94		
SEXO AJUSTADO	1	35.02	35.02	2.51
EPILEPSIA AJUSTADA	2	651.99	325.99	23.36 **
SEXO	1	28.91		
INTERACCION	2	50.46	10.09	.72
GRUPOS	5	731.42	91.43	6.55
ERROR	80	1074.39	13.95	
TOTAL	85	1805.82		

Nota : ** p < .01

TABLA 24 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE DESEMPEÑO INTELECTUAL (IS)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	14.13	1.83	14.64	1.49	14.37	1.70
CON EPILEPSIA SIN R	22.21	4.78	18.92	3.55	20.69	4.56
CON EPILEPSIA CON R	20.14	3.70	18.81	4.52	19.43	4.21

TABLA 25 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE DESARROLLO FISICO, PSICOMOTRIZ Y LENGUAJE (DVL)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	858.65		
SEXO AJUSTADO	1	.11	.11	8.73
EPILEPSIA AJUSTADA	2	858.73	429.37	33.66
SEXO	1	1.76		
INTERACCION	2	7.65	1.53	.12
GRUPOS	5	866.41	108.30	8.49
ERROR	80	982.15	12.76	
TOTAL	85	1848.56		

Nota: ** p < .01

TABLA 26 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE DESARROLLO FISICO, PSICOMOTRIZ Y LENGUAJE (DVL)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	7.81	2.94	7.00	2.42	7.43	2.74
CON EPILEPSIA SIN R	14.93	3.55	14.92	2.84	14.92	3.25
CON EPILEPSIA CON R	12.57	3.58	13.19	4.39	12.90	4.04

TABLA 27 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE PREOCUPACION SOMATICA (SOM)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	920.11	5.16	.14
SEXO AJUSTADO	1	5.16		
EPILEPSIA AJUSTADA	2	917.51	458.76	12.62 *
SEXO	1	7.75		
INTERACCION	2	193.52	38.70	1.06
GRUPOS	5	1118.78	139.85	3.80
ERROR	80	2799.98	36.36	
TOTAL	85	3918.76		

Nota: ** p < .01

TABLA 28 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE PREOCUPACION SOMATICA (SOM)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	11.94	6.27	12.21	6.35	12.07	6.31
CON EPILEPSIA SIN R	17.64	4.64	22.25	3.81	19.77	4.85
CON EPILEPSIA CON R	19.36	6.57	16.50	5.73	17.83	6.30

TABLA 29 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE DEPRESION (D)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	1644.25		
SEXO AJUSTADO	1	84.72	84.72	2.00
EPILEPSIA AJUSTADA	2	1613.28	806.64	19.07 **
SEXO	1	115.69		
INTERACCION	2	401.49	80.30	1.90
GRUPOS	5	2130.47	266.31	
ERROR	80	3255.86	42.28	6.30
TOTAL	85	5386.32		

Nota: ** $p < .01$

TABLA 30 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE DEPRESION (D)

GRUPO	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	15.50	4.80	14.29	4.43	14.93	4.67
CON EPILEPSIA SIN R	19.36	6.33	27.92	5.94	23.31	7.49
CON EPILEPSIA CON R	24.93	7.08	24.44	7.62	24.67	7.37

TABLA 31 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE RELACIONES FAMILIARES (FAM)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	1279.08	33.38	1.76
SEXO AJUSTADO	1	33.38		
EPILEPSIA AJUSTADA	2	1254.08	627.04	33.03 **
SEXO	1	58.38		
INTERACCION	2	46.41	9.28	.48
GRUPOS	5	1358.88	169.66	8.95
ERROR	80	1461.56	18.98	
TOTAL	85	2820.43		

Nota: ** p < .01

TABLA 32 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE RELACIONES FAMILIARES (FAM)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	M.	DE	M.	DE	M.	DE
SIN EPILEPSIA	9.19	1.47	9.00	3.64	9.10	2.71
CON EPILEPSIA SIN R	12.86	5.05	16.25	3.00	14.42	4.56
CON EPILEPSIA CON R	17.86	5.96	18.69	4.16	18.30	5.10

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 33 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE DELINCUENCIA (DLQ)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	1049.20		
SEXO AJUSTADO	1	144.41	144.41	5.96 *
EPILEPSIA AJUSTADA	2	1007.54	503.77	20.82 **
SEXO	1	186.07		
INTERACCION	2	12.42	2.48	.10
GRUPOS	5	1206.02	150.75	6.23
ERROR	80	1862.82	24.19	
TOTAL	85	3068.65		

Nota: ** p < .01 * p < .05

TABLA 34 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE DELINCUENCIA (DLQ)

GRUPO	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	15.50	3.66	17.21	3.43	16.30	3.65
CON EPILEPSIA SIN R	20.21	5.66	22.75	3.11	21.38	4.83
CON EPILEPSIA CON R	22.71	5.55	26.25	5.53	24.60	5.81

TABLA 35 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE RETRAIMIENTO (WDL)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	924.01		
SEXO AJUSTADO	1	16.34	16.34	1.30
EPILEPSIA AJUSTADA	2	904.83	452.41	35.95 **
SEXO	1	35.52		
INTERACCION	2	28.60	5.72	.45
GRUPOS	5	968.95	121.12	9.62
ERROR	80	969.14	12.59	
TOTAL	85	1938.09		

Nota: ** p < .01

TABLA 36 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE RETRAIMIENTO (WDL)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	9.75	2.38	9.14	2.50	9.50	2.75
CON EPILEPSIA SIN R	10.21	3.53	12.42	3.59	11.23	3.72
CON EPILEPSIA CON R	16.36	4.29	17.56	3.18	17.00	3.79

TABLA 37 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE ANSIEDAD (ANX)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	1240.82		
SEXO AJUSTADO	1	7.04	7.04	.57
EPILEPSIA AJUSTADA	2	1224.23	612.12	49.40 **
SEXO	1	23.63		
INTERACCION	2	55.49	11.10	.90
GRUPOS	5	1303.35	162.92	13.14
ERROR	80	954.04	12.39	
TOTAL	85	2257.40		

Nota: ** p < .01

TABLA 38 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD (ANX)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	11.50	2.40	9.93	2.79	10.77	2.70
CON EPILEPSIA SIN R	12.50	4.27	13.75	2.52	13.08	3.63
CON EPILEPSIA CON R	18.43	3.56	20.56	3.90	19.57	3.90

TABLA 39 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE PSICOSIS (PSY)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	2396.86		
SEXO AJUSTADO	1	8.30	8.30	.30
EPILEPSIA AJUSTADA	2	2375.41	1187.71	43.29 **
SEXO	1	29.74		
INTERACCION	2	83.18	16.64	.61
GRUPOS	5	2488.33	311.04	
ERROR	80	2112.47	27.43	11.34
TOTAL	85	4600.80		

Nota: ** p < .01

TABLA 40 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE PSICOSIS (PSY)

GRUPO	NINAS		NIÑOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	11.81	3.17	10.50	3.16	11.20	3.23
CON EPILEPSIA SIN R	18.50	6.81	18.33	3.75	18.42	5.61
CON EPILEPSIA CON R	22.07	7.26	25.31	4.01	23.80	5.98

TABLA 41 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE HIPERACTIVIDAD (HPR)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	464.82		
SEXO AJUSTADO	1	44.00	44.00	3.38
EPILEPSIA AJUSTADA	2	445.51	222.75	17.33 **
SEXO	1	53.31		
INTERACCION ϕ ϕ	2	26.88	5.38	.41
GRUPOS	5	535.71	66.96	5.15
ERROR	80	101.13	13.00	
TOTAL	85	1536.84		

Nota: ** p < .01

TABLA 42 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE HIPERACTIVIDAD (HPR)

GRUPO	NINAS		NINOS		TOTAL	
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
SIN EPILEPSIA	15.50	2.76	15.50	2.10	15.50	2.47
CON EPILEPSIA SIN R	15.86	4.02	18.58	3.97	17.12	4.22
CON EPILEPSIA CON R	20.00	2.95	21.75	4.19	20.93	3.77

TABLA 43 RELACION ENTRE LA CONDICION DE EPILEPSIA Y DEL SEXO EN LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (SSK)

FUENTE DE VARIACION	gl.	SUMA DE CUADRADOS	VARIANZA	F
EPILEPSIA	2	85.51		
SEXO AJUSTADO	1	3.50	3.50	.19
EPILEPSIA AJUSTADA	2	84.02	42.01	2.36
SEXO	1	4.94		
INTERACCION	2	84.32	16.86	.95
GRUPOS	5	173.33	21.67	1.22
ERROR	80	1366.20	17.74	
TOTAL	85	1539.53		

TABLA 44 MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (SSK)

GRUPO	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
SIN EPILEPSIA	14.33	3.76	13.86	3.16	14.00	3.49
CON EPILEPSIA SIN R	16.71	4.08	14.92	5.74	15.88	4.99
CON EPILEPSIA CON R	14.64	4.53	17.63	2.32	16.23	3.83

TABLA 45 COMPARACION DE LAS MEDIAS Y NIVEL DE SIGNIFICANCIA ENTRE LOS GRUPOS DE TODAS LAS ESCALAS

Escala	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	Comparación entre grupos		
	Grupo 1 G-NE	Grupo 2 GE-NR	Grupo 3 GE-SR	1-2	1-3	2-3
L	7.33	7.58	6.97	--	--	--
F	9.53	17.15	14.10	**	**	*
DEF	9.83	11.69	10.50	**	--	*
ADJ	27.83	37.00	36.07	**	**	--
ACH	12.83	16.50	14.20	**	--	**
IS	14.37	20.69	19.43	**	**	--
DVL	7.43	14.92	12.90	**	**	*
SOM	12.07	19.77	17.83	**	**	--
D	14.93	23.21	24.67	**	**	--
FAM	9.10	14.42	18.30	**	**	**
DLO	16.30	21.38	24.60	**	**	*
WDL	9.50	11.23	17.00	--	**	**
ANX	10.77	13.08	19.57	*	**	**
PSY	11.20	18.42	23.80	**	**	**
HPR	15.50	17.2	20.93	--	**	**
SSK	14.00	15.88	16.23	--	--	--

** p menor .01 ; * p menor .05

-- no se encontraron diferencias significativas

1 Grupo sin epilepsia G-NE

2 Grupo con epilepsia que no responde al tratamiento GE-NR

3 Grupo con epilepsia que si responde al tratamiento GE-SR

CAPITULO 6 DISCUSION

En todas las escalas se encontraron diferencias en las puntuaciones entre los dos grupos que presentan epilepsia y el grupo que no presenta crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas, con excepción de la escala L (véase perfil Anexo 4).

La escala L que mide las mentiras y contradicciones que pudieran presentar los padres a lo largo de la prueba, muestra que entre las medias de los tres grupos no se encontraron diferencias, y las puntuaciones caen dentro del rango de lo normal. Esto indica que efectivamente los padres al contestar el Inventario, trataron de ser lo mas objetivos posible en cuanto a sus respuestas y opiniones sobre el comportamiento de sus hijos. Esto es importante anotar, ya que podemos suponer que las respuestas a lo largo del Inventario realmente reflejan el sentir de los padres, permitiendo hacer una interpretación sobre la personalidad de los niños (y por ende de la percepción parental), de manera confiable.

En la escala F que permite evaluar las falsedades o exageraciones de los síntomas del niño al ser percibidos por los padres, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con epilepsia y el grupo sin ella. Mostrándose mayor F en el grupo de niños con epilepsia que no responden al tratamiento. La interpretación que puede dar sobre este hecho, es en primer lugar que los padres de los niños con epilepsia que no han respondido al tratamiento, tienen una percepción "abrumadora" de la enfermedad que padece sus hijos por lo que sus respuestas en esta escala F indican una tendencia a la sobre-exageración de la problemática y una exaltación de la sintomatología, pidiendo de esta manera ayuda externa para sus hijos. Kirchgassler KU, 1990 señala que las teorías de la enfermedad que tienen los pacientes respecto a la epilepsia a veces no son compatibles con los conceptos médicos, sin embargo ejercen gran influencia en el curso de su enfermedad y con el tiempo les producen miedo. En segundo lugar al parecer esta sobre-exageración tiene un efecto opuesto en tanto que la enfermedad es controlada medicamente, ya que en el grupo de niños con epilepsia que si han respondido al tratamiento médico, los padres tienden a ser mas objetivos en la escala F, pero sin dejar de preocuparse por la sintomatología de ellos. En tercer lugar los niños sin epilepsia, cuando los padres contestan al inventario, ponen de manifiesto una tendencia igualmente elevada a la exageración de la problemática de sus hijos, aunque menor a los otros dos grupos. Esto, debido a que las puntuaciones T de los niños normales al ser comparadas con las puntuaciones T medias del test (basadas en la "normalidad" de Estados Unidos), se muestran elevadas por lo que esto debemos entenderlo en el marco de una diferente cultura así como a las carencias por las que pasan los sujetos de las clases bajas en México. En realidad la muestra "sana", indica no una sobre-exageración de la problemática sino una conciencia de parte de los padres de la situación social en la que están involucrados.

Es precisamente en el marco de esta creencia en cuanto a la objetividad parental sobre su status social, y todo lo que ello implica, lo que me permite entender el porque de los resultados obtenidos en la siguiente escala llamada DEF (Defensividad), que evalua el grado en que los padres se defienden de la sintomatología de sus hijos tratando de dar una imagen de mayor aceptación social ante los demas. S. Freud (1914) señala como la actitud de los padres refleja el amor a si mismos y los lleva a atribuir al hijo perfecciones por lo que tienden a negar u olvidar sus defectos.

Las puntuaciones en el grupo de niños "sanos", se puede hablar de cierta "ingenuidad" en las respuestas dadas. Esto fue valido para los tres grupos aunque la tendencia a la defensividad de la sintomatología de sus hijos se incrementa significativamente en funcion del no control de la epilepsia, siendo el grupo de epilepsia que no responde al tratamiento, el que presenta mayor grado de defensividad (siempre dentro de los parametros medios del test).

En relacion a la escala ADJ que mide el grado de ajuste social que tiene el niño tanto en su medio familiar como social, se encuentra que los grupos de epilepsia son los que tienen mayor dificultad para adaptarse a su medio. Autores como Bagley (1981) y Fejerman (1986), investigan las dificultades que tienen los niños con epilepsia para adaptarse a su medio, principalmente por la ansiedad y agresión que presentan, y en los padres por la frustración y enojo contra el mundo que los lleva a intentar negar el padecimiento y evitar el dolor que los produce. Al parecer los niños de estos dos grupos (a traves de la percepcion paterna) requirieran de tratamiento psicologico, por lo anteriormente dicho. Mientras que por otro lado los niños "sanos" no requirieran de tratamiento psicologico, ya que se manifiesta una adecuada adaptacion al medio social y familiar.

La escala ACH (Rendimiento academico), muestra que los niños con epilepsia que no han respondido al tratamiento medico, presentan mayor dificultad en sus logros academicos. Se observa que las expectativas de los padres en relacion a las actividades intelectuales son muy altas, por lo que se sentirán en constante frustracion. Datos semejantes se encontraron en Santamaria O. 1986, quien ademas encontro que las madres consideraban que sus hijos tenían desajuste psicologico y tendencias delinquentes. Por otro lado, los niños "sanos" al igual que los niños con epilepsia que si han respondido al tratamiento no tienen esta dificultad, en cuanto a las expectativas paternas y sus logros academicos.

Escala IS (Desempeno intelectual) los dos grupos de epilepsia en comparacion con el grupo sin ella, presentan mayor dificultad para el desenvolvimiento intelectual en la vida práctica y al parecer requirieran de algun tipo de ayuda desde el punto de vista intelectual. Esto no resulta sorprendente en el grupo de epilepsia que no ha respondido al tratamiento medico, ya que de alguna manera, esta tendencia parental a demandar mayores logros intelectuales a sus hijos y a la constante frustracion en la que se ven envueltos debido a que los niños no cumplen semejantes demandas, hace que en la escala IS los niños de este grupo aparezcan ante la percepcion parental como

"minusvalidos" intelectualmente. Niemann H; Boenick HE; Schmidt RC y cols. 1985, señalan que la actividad de descarga y el nivel de medicación son dos factores que afectan significativamente el desempeño intelectual. También Cavazzuti GB; Nalin A. 1990 encuentran que cuando la epilepsia inicia en la infancia, se puede acompañar de déficit protognóstico (conocimiento de la practica) y daños de la memoria, atención y razonamiento analítico. Shakespeare R. (1981), señala que las actitudes adversas de los padres se relacionaban con su propia ansiedad y esto dificultaba la capacidad de comprender el problema epileptico. Lo interesante es el grupo de niños epilépticos que si han respondido al tratamiento medico, ya que la percepción parental resulto -aunque en menor escala- muy similar al otro grupo de niños con epilepsia. Aquí los padres también dan a entender que sus hijos poseen un tipo de "invalidez" intelectual, pero que ante su aceptación de la problemática (escala ACH), sus demandas no son tan altas (a diferencia del otro grupo), en cuanto a los logros o desempeño intelectual de sus hijos.

En la escala DVL, la cual mide el desarrollo de habilidades físicas, psicomotrices y de lenguaje, se observa que el grupo de niños con epilepsia que no han respondido al tratamiento medico tienen mayor dificultad en esta area. El grupo de niños epilépticos con respuesta al tratamiento también se encontró elevado aunque no tanto como el grupo sin control. Ambos grupos de niños con epilepsia en comparación con el grupo de niños "sanos" presentan mayor dificultad en estas habilidades.

En la escala SOM, referente a la preocupación somática, se observa que el grupo de niños que presenta mayor puntuación son los que si responden al tratamiento, de lo que se desprende que los padres tienen mayor preocupación en la severidad de la enfermedad, en la energía y vigor, en los hábitos de alimentación y sueño de sus hijos. El intenso temor de que el niño vuelva a recaer, puede ser la explicación del porqué se ve mas elevada esta escala en comparación con la de los niños epilépticos que no han respondido al tratamiento.

D (Depresión), en esta escala la puntuación de los niños de los grupos con epilepsia, es mayor en comparación al grupo de niños sin ella. Esto indica que los padres los perciben con un estado de ánimo deprimido, con tendencias al aislamiento. Esto tiene como explicación una proyección parental de la tristeza que les produce el tener un niño enfermo. Bagley 1981 se refiere a como la actitud adversa paterna influye en el estado de ánimo y en la conducta del niño.

FAM (Relaciones Familiares) los dos grupos con epilepsia presentan mayor dificultad en la cohesión y en la relación familiar es decir no cooperan en decisiones familiares, se les dificulta expresar sentimientos de afecto y aceptación entre los miembros, dificultandose además el llevar la disciplina familiar. Fejerman (1986) aborda las dificultades que surgen el tener un miembro enfermo en la familia y como los demás miembros de la familia reciben el reflejo de la problemática. Es interesante hacer notar que el grupo con epilepsia que si respondio al tratamiento presenta la puntuación mas alta, esto contradice lo que se esperaba, pudiendose explicarse al poco control que se tuvo en este trabajo respecto al tiempo que

tenían los niños con las convulsiones antes de iniciar la investigación. Hoare P.; Kerles S. 1990 investigan a 108 niños con epilepsia y a sus familiares encuentran que un 50% mostraron alteraciones psicológicas significativas principalmente con trastornos emocionales y con un rango similar en niños y en niñas. Señalan que estas alteraciones se relacionan con varios factores que son: la variable epilepsia, factores familiares, características individuales de los niños y ansiedades de las madres sobre la epilepsia.

DLQ (Delincuencia), se encuentra que los grupos con epilepsia presentan mayor puntuación en esta escala, lo que indica que tienden a mentir, robar o hacer trampa en los exámenes, y en general a mostrar conductas dirigidas a conseguir su propio bienestar sin tomar en cuenta a los demás. También se encontró que en esta escala hubo diferencias respecto a la variable sexo. Es decir que los niños presentaron una puntuación más alta. Nuevamente es el grupo que si responde al tratamiento el que presenta una mayor puntuación.

WDL esta escala mide la tendencia del niño a estar aislado, la incomodidad y timidez en situaciones sociales así como la desconfianza en los demás, observándose que los dos grupos de niños con epilepsia presentan mayor retraimiento que el grupo de niños si ella y con mayor dificultad el grupo de niños con epilepsia que si responde al tratamiento médico. Cavazzuti, G.B.; Nalin A. 1990, señalan que el inicio temprano del proceso epileptico tiene un efecto profundo en la organización de los procesos relacionales primarios de la estructuración del yo, y los factores de mayor influencia son: la edad de inicio de la enfermedad, el tipo de síndrome epiléptico, el patrón del EEG y las drogas usadas.

ANX (Ansiedad) esta escala muestra diferencias entre los dos grupos de niños con epilepsia y el grupo sin epilepsia, manifestando mayor ansiedad el grupo de niños que si responde al tratamiento médico, lo que implica preocupación excesiva, temores, terrores y exageración de los problemas. Es posible que debido a estos temores los padres estén pendientes de los medicamentos de ahí que presenten una mejor respuesta al tratamiento. Lewis M.A.; Hatton C. L.; Salas I. y cols. 1991, reportan el resultado sobre un programa de niños epilepticos dirigido a los padres. Usaron un modelo de intervención educacional que les permitia: a) afrontar el enojo, resentimiento y duelo relacionado a la pérdida del hijo normal, b) incremento del conocimiento acerca del cuidado de sus hijos, c) reducción de la ansiedad por tener un niño con convulsiones y d) mejorar sus habilidades en la toma de decisiones. Lograron que la ansiedad que presentaban los padres disminuyera significativamente. Snyder M. 1990, investiga la forma de disminuir la ansiedad de los pacientes epilepticos y señala que la necesidad de tomar medicamentos en forma regular y la incertidumbre de una nueva convulsión son los mayores estresores y las estrategias que encuentra para enfrentar estos estresores son: a) tener un control más o menos adecuados sobre la situación, b) tener esperanza de mejoría y c) tratar de encontrar solución al problema.

Escala PSY (Psicosis), se observa en esta escala que los tres grupos obtuvieron puntuaciones muy altas, siendo los dos grupos de niños con epilepsia los mas altos, lo que indica que todos presentan dificultad en las conductas adaptativas, falta de control de impulsos y comportamiento autista. Es de esperarse que los grupos de niños con epilepsia presenten mayor dificultad en la adaptación de ahí las puntuaciones tan altas. Matuja W.B. 1990, reporta que de 230 pacientes con epilepsia, 138 requerian intervención psicologica. 81% presentaban alteraciones neuroticas y el 19% alteraciones mayores principalmente psicosis y señala que estas alteraciones se encuentran mas relacionadas a una lesion orgánica cerebral.

El hecho de que el grupo sin epilepsia presente una puntuación arriba de lo normal hace pensar dos cosas.

1) Que la muestra se formo con niños de primaria de un nivel socioeconomico bajo y debido a sus carencias y dificultades economicas, afectivas, sociales y educativas, puedan sentirse inconformes y en constante rebeldia contra lo socialmente establecido.

2) Que los items del test no tengan validez interna y lo que pretende explorar no lo logra.

HPR (Hiperactividad) En esta escala se encuentra que el grupo de niños que si responden al tratamiento medico son mas inquietos, y presentan mayor dificultad para prestar atención en comparación con el grupo de niños con epilepsia que no responden al tratamiento y el grupo de niños que no tienen epilepsia.

Escala SSK (habilidades sociales) no se observan diferencias significativas entre los tres grupos.

Se observa en el perfil del inventario I.P.N. que aquellas escalas que exploran habilidades fisicas e intelectuales (rendimiento academico ACH, desempeño intelectual IS, desarrollo fisico, psicomotriz y del lenguaje DVL) resultan con mayor puntuación en los grupos con epilepsia, siendo mas alta aquella del grupo con epilepsia que no responde al tratamiento medico. Esto indica que hay mayores dificultades y preocupaciones por parte de los padres respecto a la enfermedad misma demostrando que son los factores externos como es el tratamiento medico un elemento importante en la disminucion de las preocupaciones paternas respecto al rendimiento fisico e intelectual de sus hijos. De ahí que el perfil del grupo cuya epilepsia ya fue controlada, resulte menos elevado que el otro grupo epileptico.

Las escalas con mayor influencia psicológica (somatización, relaciones familiares, delincuencia, retraimiento, ansiedad y psicosis) se encuentran altas en ambos grupos con epilepsia en relación al grupo sin ella. Sin embargo en estas escalas la puntuación mayor recae en el grupo que si respondió al tratamiento médico. Esto indica que aparte de los factores externos, la percepción parental se vio influida por factores internos (emocionales) de los padres. Rascovsky (1956) menciona que Freud señala que la percepción es influida por factores individuales, sociales y culturales. Rubinstein (1982) apunta que la percepción refleja las actitudes, intereses, orientación general y experiencias del sujeto, por lo que un padecimiento tan impactante como son las crisis convulsivas tónico-clónicas provoca en los padres frustración, miedo y ansiedad. La literatura revisada recalca como la interacción Madre-Hijo-Padre con sus componentes afectivos ligados van a ser determinantes en la conformación de la personalidad. Fairbairn R.D. 1962, Seagal H. 1985, Kenberg O. 1976, Michaca P. 1987, así lo confirman, de lo que se desprende la necesidad de que tanto padres como hijos reciban ayuda psicológica.

El instrumento I.P.N. contestado por los padres y construido racionalmente, busca proveer de una descripción de la personalidad de los niños desde un punto de vista clínico. Se considera adecuado para esto y su confiabilidad y validez se reafirman con esta investigación.

Las crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas es una variable que eleva las puntuaciones de las diferentes escalas del I.P.N.. Notándose esto al compararse al grupo de niños con epilepsia contra el grupo de niños sin epilepsia, con excepción de la escala L, en donde no hubo diferencias significativas en los tres grupos. Por lo que se rechaza la hipótesis nula que dice: "No existen diferencias significativas con un nivel de confianza del 95% en las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N., entre la percepción que tienen los padres de la personalidad de niños y niñas con epilepsia que sí responden al tratamiento médico; niños y niñas con epilepsia que no responden al tratamiento y niños y niñas sin epilepsia (condición de epilepsia).

La variable sexo no influyó en la comparación entre las medias de cada escala de los tres grupos, a excepción de la escala delinuencia en la que se presentó mayor puntuación en los niños que en las niñas, por lo que para esta escala se rechaza la hipótesis nula que dice: "No existen diferencias significativas con un nivel de confianza de 95 por ciento, en relación al sexo de las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N., entre la percepción de los padres de la personalidad de las niñas y la percepción de la personalidad de los niños en los tres grupos, sin importar la condición de epilepsia. En relación a las demás escalas se acepta la hipótesis nula que dice: "No existen diferencias significativas con un nivel de confianza de 95 por ciento en relación al sexo de las medias obtenidas por escala en el test de I.P.N. entre la percepción de los padres de la personalidad de las niñas y la percepción de la personalidad de los niños en los tres grupos, sin importar la condición de epilepsia".

Hubo diferencias entre las medias de las diferentes escalas que describen la personalidad de los niños con crisis generalizadas tónico-clónicas que responden al tratamiento médico en comparación con los niños que no responden al tratamiento médico. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que dice: "No existen diferencias significativas con un nivel de confianza de 95% en las medias obtenidas por escala en el test del I.P.N. en la percepción que

tienen los padres de la personalidad del grupo de niños y niñas que si responden al tratamiento y el grupo de niños y niñas que no responden al tratamiento".

En los padres con hijos que presentan crisis convulsivas tonico-clonicas predominan las ideas de que se trata de una enfermedad grave o incurable y que los puede llevar a la muerte, estas ideas les provocan principalmente miedo, angustia, culpa, impotencia y coraje. Siendo los factores que mas influyen en estas ideas el saber que quizas sus hijos estaran bajo tratamiento farmacologico de por vida y tambien lo impredecible de la aparicion de las convulsiones.

La informacion obtenida en esta investigacion permitio apoyar la creacion de la clinica de epilepsia en la Unidad de Neurologia y Neurocirugia en el Hospital General de Mexico, la cual pretende dar apoyo integral a los pacientes con esta enfermedad.

CAPITULO 8 LIMITACIONES

Las principales limitaciones de este estudio fueron las siguientes:

- No se controló la edad de inicio de la enfermedad, con lo que se hubiera podido establecer una mejor relación entre esta variable y la percepción de los padres de la personalidad de sus hijos.
- No se investigó sobre la etiología del padecimiento.
- No se controló el tipo de tratamiento farmacológico ni sus posibles reacciones secundarias.
- No fue controlado el tiempo o periodo de padecimiento de la enfermedad. Controlándose solamente un periodo del tratamiento.
- Los niños no fueron agrupados por edades lo cual hubiera permitido hacer inferencias sobre la percepción parental de la personalidad de sus hijos en relación al proceso epiléptico.
- El periodo de reclutamiento de la muestra fue de un año, lo cual se considera muy prolongado.
- Otra limitante se debe a que en los inicios de la investigación se había con Neurologos del Hospital General de Mexico para conocer la asistencia de pacientes con crisis convulsivas tónico clónicas, reportando que esta era elevada y la muestra se podía obtener con rapidez, sin embargo la experiencia demostró todo lo contrario, los pacientes que acudían eran escasos. Se tuvo que solicitar permiso para reunir la muestra con sujetos de otras instituciones en las que al principio los Neurologos comentaban que tenían una gran población con este padecimiento, sin embargo nuevamente en la práctica se encontraron dificultades para reunir el número necesario para este trabajo. Esto había de que este padecimiento es tan impactante, que a los propios médicos los lleva a sentir que son más los enfermos que existen con este padecimiento, de los que hay en realidad o que acuden a las instituciones.

Lo anterior muestra que no es posible generalizar los resultados a toda la población con este padecimiento, ya que lo ideal sería el tomar en cuenta lo anteriormente descrito.

CAPITULO 9 SUGERENCIAS

Es importante señalar que la prueba del I.P.N. ha resultado un instrumento valioso en la elaboracion de este trabajo, sin embargo me he percatado que al igual que el M.M.P.I., el I.P.N., es sumamente sensible a los estados emocionales de los padres, distorsionandose la finalidad ultima del test que es el de conocer la personalidad de los niños. Yo propongo para futuras investigaciones que el test sea utilizado como un instrumento de medicion de la personalidad de los niños, en el momento que acuden a tratamiento, vista por los padres aceptando que esta percepcion estara influida por los miedos y ansiedades que provoca la enfermedad. Tambien como un elemento importante en el conocimiento de la percepcion parental, de la proyeccion de sus propios temores y angustias los cuales son depositados en sus hijos. Esto siempre y cuando se trate de niños con algun tipo de invalidez sea esta fisica o psicologica. YUa que al parecer entre mas "sano" sea el niño, mayor objetividad existira en las respuestas de los padres.

Se sugiere que se realice una investigacion que permita estandarizar el instrumento, ya que los datos que aporta son de gran utilidad en el manejo clinico.

Tambien se sugiere la utilizacion de este instrumento en la investigacion de cada uno de los diferentes tipos de epilepsia, para así obtener un perfil general de cada uno, tomando en cuenta el tratamiento farmacologico y las reacciones secundarias.

He observado con base a lo anterior que es necesario incluir de una manera activa y decidida a los padres en los programas de rehabilitacion de su hijo enfermo de epilepsia pero eso aún no es suficiente, es necesario dar un apoyo psicologico a los padres, pudiendo permitirles expresar y canalizar su angustia, frustración y temores de una manera mas adecuada a traves de una terapia de pareja. Esto podra no solo afrontar el problema del niño sino además disminuir la intensidad de los conflictos internos que surgen, permitiendo de este modo una mayor adherencia terapeutica de parte de los padres, un desarrollo adecuado en los hijos y una mejor calidad de vida para todos.

ANEXO 1 CUADRO DE LA CLASIFICACION FUNCIONAL DE LOS TIPOS DE EPILEPSIA

1. CRISIS PARCIALES (FOCALES, LOCALES)

Tipo Clinico	E.E.G. Ictal	E.E.G. Interictal
A. Crisis Parciales simples (no hay alteraciones del conocimiento).	Descarga contralateral que se inicia en el area de representacion cortical.	Descarga contralateral local.
A.1 Con signos motores		
A.2 Con sintomas somatosensitivos o sensoriales especiales (alucinaciones simples, parestesis, fotopsias, acúfenos, etc.)		
A.3 Con sintomas o signos autonomicos (sensación epigastrica, palidez, sudacion, rubicundez, piloerección, midriasis, etc.)		
A.4 Con sintomas psicicos (trastornos de las funciones cerebrales superiores. Es raro que estos fenomenos ocurran sin que se altere el conocimiento y se experimentan mas frecuentemente como parte de los sintomas de las crisis parciales complejas.		
B. Crisis parciales complejas (hay alteraciones del conocimiento pueden empezar con signos de crisis simples).	Descargas unilateral o bilaterales, difusas o focales en las regiones temporales o frontotemporales.	Focos generalmente asincronicos unilaterales o bilaterales en las regiones frontales o temporales.
B.1 Principian como crisis parciales simples y van seguidas por perdida del conocimiento.		
a) Empezan con sintomatologia simple (A1-A4) y despues solo se pierde el conocimiento.		
B.2 Desde que se inicia la crisis hay perdida del conocimiento		
a) Unicamente se pierde el conocimiento		
b) Cursan con automatismos		

C. Crisis parciales que se generalizan secundariamente mencionadas se generalizan (pueden ser crisis tónicas, clónicas o tónico-clónicas).

C.1 Crisis parciales simples (A) que se generalizan

C.2 Crisis parciales complejas (B) que se generalizan

C.3 Crisis parciales simples que evolucionan hasta el tipo complejo y luego se generalizan

II. CRISIS GENERALIZADAS (CONVULSIVAS Y NO CONVULSIVAS)

Tipo Clínico	E.E.G. Ictal	E.E.G. Interictal
A. Crisis de Ausencia	Generalmente complejos sin espiga y onda lenta regulares - simétricos, de 3 Hz y también de 2-4 Hz y que pueden tener complejos de múltiples espiga y onda lenta. - Las alteraciones son bilaterales.	Actividad de fondo generalmente normal.
a) Únicamente pérdida del conocimiento.		
b) Con componentes clónicos moderados.		
c) Con componentes atónicos.		
d) Con componentes tónicos.		
e) Con automatismos.		
f) Con componentes autonómicos.		

- B. Crisis mioclónicas (con Poliespiga y onda. - Igual que el Ictal
-tracciones mioclónicas onda y espiga y tam-
aisladas o múltiples); bien ondas lentas y
agudas.
- C. Crisis Tónicas Actividad rápida de Descargas mas o me
bajo voltaje o ritmo nos ritmicas de es
rápido de 9 a 10 Hz pigas y ondas len-
o mas decae la fre- tas a veces asime-
cuencia y aumenta la tric. La activi-
amplitud. dad de fondo suele
ser normal para la
edad.
- D. Crisis Clónicas Ritmo de 10 Hz o mas Poliespiga y ondas
o espigas y ondas,
a veces descargas
de ondas lentas y
agudas.
- E. Crisis Tónico-Clónicas Ritmo de 10 o mas Hz Polespiga y ondas
que decae en frecuen espigas y ondas, a
-cia y aumenta en am veces descargas de
-plitud durante la - ondas lentas y agu
fase tonica, se inte das.
rrumpe por ondas len
tas durante la fase
clónica.
- F. Crisis atónicas Poliespigas y ondas, Polespigas y ondas
o actividad rápida lentas.
de bajo voltaje.

III. CRISIS EPILEPTICAS NO CLASIFICABLES

Se incluyen todas las crisis que no se clasifican en lo antes expuesto, sea porque la información que se brinda al medico es inadecuada o incompleta, o porque el tipo clinico difiere de las categorías antes descritas, como algunas crisis del neonato que se caracterizan por movimientos oculares, de masticación o natatorios.

IV. OTRAS

Hay crisis epilépticas que ocurren en circunstancias diversas:

- 1) Ataques fortuitos que sobrevienen sin causa o motivo manifiesto aislados, que a veces son únicos y no se repiten.
- 2) Crisis cíclicas a intervalos ms o menos regulares, como aquellas en relación con el ciclo menstrual o con el ritmo de sueño y vigilia.
- 3) Ataques provocados por:
 - a) Estímulos no sensoriales, como fatiga, alcohol, emociones, etc
 - b) Estímulos sensoriales, como luz o sonidos, estas se llaman "crisis reflejas"
- 4) Ataques prolongados o subintrantes, y el llamado "estado epiléptico" término que se aplica a las crisis que persisten durante tiempo prolongado o que se suceden con frecuencia tal que no hay recuperación sensorial entre crisis y crisis, el estado epiléptico puede ser parcial o generalizado. El estado motor muy localizado se denomina epilepsia parcial continua.

Velasco, M. y Cols. (1985) *Epilepsia, Principios y Práctica*. I.M.S.S. México pp. 274-276.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS
FORMA REVISADA
FOLLETO DE ADMINISTRACION

Revisión por David Lachar Ph. D.

Por:

Robert D. Wirt, Ph.D.
Philip D. Seat, Ph.D.
William E. Broen, Jr., Ph. D.

Traducido con la asistencia de L. M. Ramirez Harris, M. W. Dallas, B. P. Chavez S., S. Solorzano, E. Solorzano, B. Lande y J. M. Braccio.

Este inventario consta de comentarios acerca de los niños y de las relaciones familiares. Esta presentado en cuatro partes.

INSTRUCCIONES: Primero llene la información solicitada en la hoja de respuestas. Enseguida lea cada comentario y decida si en el caso de su hijo (a), es cierto o falso. Vea el ejemplo que aparece a la derecha. En este, la madre decidió que la proposición 25 era cierta en el caso de su hijo, y que la proposición 26 era falsa. Si una proposición o comentario es CIERTO o casi CIERTO en el caso de su hijo (a), rellene con lapiz el espacio entre las líneas de la columna bajo la letra C; (vea el 25 en el ejemplo). Si la proposición es FALSA o no GENERALMENTE CIERTA, rellene el espacio entre las líneas de la columna bajo la letra F; (vea el 26 en el ejemplo).

Sección de la hoja de
respuestas marcada
correctamente

	C	F
25	■	□
26	□	■

Al marcar sus respuestas asegúrese que el número de la proposición corresponde al número en la hoja de respuestas. Haga sus marcas gruesas y negras. Borre completamente cualquier respuesta que desee cambiar.

Responda completamente este inventario, a menos que se le indique detenerse al final de la Primera, Segunda o Tercera Parte.

No haga ninguna marca en este folleto.

Propiedad literario registrada. 1982 por Western Psychological Services. Reproducida con permiso de Western Psychological Services. 12031 Wilshire Blvd. Los Angeles, Ca. 90025, U.S.A.

PRIMERA PARTE

1. Frecuentemente mi hijo(a) juega en grupo con niño(a)s.
2. Mi hijo(a) raras veces sonríe.
3. Con frecuencia otros niño(a)s se enojan con mi hijo(a).
4. Mi hijo(a) se preocupa por cosas que generalmente preocupan sólo a los adultos.
5. Mi hijo(a) tiene muchos amigos.
6. Mi hijo(a) parece tener inteligencia normal o superior a lo normal.
7. Los modales de mi hijo(a) algunas veces me avergüenzan.
8. Mi hijo(a) tiene un buen sentido del humor.
9. Algunas veces mi hijo(a) ve cosas que no existen.
10. Mi hijo(a) se preocupa acerca del pecado.
11. Los otros niño(a)s no parecen escuchar mucho o hacerle mucho caso a mi hijo(a).
12. Algunas veces mi hijo(a) se desviste afuera.
13. Mi hijo(a) tiene poca confianza en sí mismo(a).
14. Muchas veces desearía que mi hijo(a) fuera más amigable (sociable).
15. Mi hijo(a) se puede peinar solo(a).
16. Generalmente mi hijo(a) es rechazado por otros niño(a)s.
17. Parece que mi hijo(a) goza destruyendo cosas.
18. De vez en cuando mi hijo(a) escribe cartas a sus amigos.
19. Los truenos y relámpagos asustan a mi hijo(a).
20. En la escuela dicen que mi hijo(a) necesita ayuda para llevarse bien con otros niño(a)s.
21. Mi hijo(a) frecuentemente me pregunta si lo (la) quiero(amo).
22. Otros niño(a)s consideran a mi hijo(a) como un líder.
23. Mi hijo(a) podía montar en triciclo a los cinco años.
24. Mi hijo(a) se enoja a veces.
25. Mi hijo(a) se queja frecuentemente de tener calor, aún en días fríos.
26. La conducta de mi hijo(a) frecuentemente disgusta a otras personas.
27. Recientemente mi hijo(a) se ha quejado de problemas con los ojos.
28. Otras personas piensan que mi hijo(a) es talentoso.
29. Frecuentemente mi hijo(a) tiene gases en el estómago (acidez estomacal).
30. Mi hijo(a) miente habilmente para salirse de un problema.
31. Frecuentemente mi hijo(a) hace trampa cuando hace tratos con otros niño(a)s.
32. Mi hijo(a) es bueno dirigiendo juegos y otras actividades.
33. Por un tiempo mi hijo(a) tuvo dificultades para hablar.
34. Uno de los problemas de mi hijo(a) es que molesta a otros.
35. Mi hijo(a) puede cortar cosas con tijeras tan bien como otros niño(a)s de su edad.
36. A mi hijo(a) no parece interesarle estar con los demás.
37. Mi hijo(a) tiene dificultad para hacer cosas con las manos.
38. Otras personas piensan que mi hijo(a) es desconsiderado(a).
39. Mi hijo(a) parece conocer a casi todos en el vecindario.
40. Mi hijo(a) nunca tomaría ventaja de los demás.
41. Mi hijo(a) puede ser dejado en casa sólo sin peligro.
42. Mi hijo(a) salta (brinca) de una cosa a la otra.

43. Mi hijo(a) se ha visto en dificultades por atacar a otros.
44. Mi hijo(a) parece ser demasiado serio(a).
45. Mi hijo(a) tiene mas amigos que la mayoria de los niño(a)s.
46. Cuando mi hijo(a) se enoja, cuidese.
47. Mi hijo(a) en realidad no tiene un verdadero amigo.
48. Mi hijo(a) está tan contento como siempre.
49. Mi hijo(a) frecuentemente se queja de que otros no lo (la) entienden.
50. Mi hijo(a) tiene muy pocos amigos(as).
51. A mi hijo(a) le gustan los juegos y deportes activos.
52. A veces me preocupa la falta de consideracion de mi hijo(a) por los sentimientos de los demas.
53. Frecuentemente mi hijo(a) le tiene miedo a cosas insignificantes.
54. Mi hijo(a) tiende a tratar de ver que tanto puede salirse con la suya.
55. Mi hijo(a) raras veces discute.
56. Mi hijo(a) me desobedece frecuentemente.
57. A mi hijo(a) le encanta lucirse (presumir).
58. Otras personas han dicho que mi hijo(a) tiene mucha personalidad.
59. Mi hijo(a) se va a acostar a tiempo, sin discutir.
60. A mi hijo(a) le gusta mandar a los demas.
61. Aprender a leer ha sido un problema para mi hijo(a).
62. Un regano es suficiente para que mi hijo(a) se porte bien.
63. Mi hijo(a) a veces desobedece a sus padres.
64. Mi hijo(a) está en clases especiales en la escuela (para estudiantes que aprenden lentamente).
65. Mi hijo(a) generalmente juega solo.
66. Algunas veces mi hijo(a) come demasiados dulces.
67. Mi hijo(a) frecuentemente trae amigos a la casa.
68. Mi hijo(a) podia contar cosas a la edad de seis años.
69. Mi hijo(a) podia escribir su nombre a los seis años.
70. Mi hijo(a) parece no aprender de los errores.
71. Mi hijo(a) parece no poder esperar por las cosas como otros niño(a)s.
72. Mi hijo(a) hace su tarea siempre a tiempo.
73. Generalmente mi hijo(a) es lider en grupos.
74. Mi hijo(a) miente a veces para evitar la vergüenza o el castigo.
75. Los otros niño(a)s se burlan de las ideas diferentes de mi hijo(a).
76. Algunas veces los musculos del niño(a) se contraen (tiemblan).
77. A mi hijo(a) le preocupa hablar con otros.
78. Mi hijo(a) hablo por primera vez antes de los dos años.
79. Los maestros de la escuela se quejan de que mi hijo(a) no puede sentarse quieto.
80. Mi hijo(a) tiene algunos malos habitos.
81. Varias veces mi hijo(a) ha mencionado tener un nudo en la garganta.
82. Mi hijo(a) frecuentemente tiene pesadillas.
83. Mi hijo(a) raras veces actua egoistamente.
84. Mi hijo(a) generalmente está de buen humor.
85. Mi hijo(a) parece tenerle miedo a la sangre.
86. Mi hijo(a) parece ser mas torpe que otros niño(a)s de su edad.
87. Mi hijo(a) nara cualquier cosa si lo (la) desafian.
88. A veces mi hijo(a) tiene envidia de las posesiones y de la buena suerte de otros.

89. La timidez es el problema más grande de mi hijo(a).
90. Generalmente mi hijo(a) se lleva bien con otros.
91. Mi hijo(a) se pierde fácilmente.
92. Mi hijo(a) frecuentemente tiene dolores de cabeza.
93. Mi hijo(a) parece llevarse bien con todos.
94. Mi hijo(a) se avergüenza fácilmente.
95. Mi hijo(a) es muy popular con otros niño(a)s.
96. Mi hijo(a) se pone confuso fácilmente.
97. Mi hijo(a) casi siempre está sonriente.
98. Mi hijo(a) pierde la mayoría de sus amigos a causa de su mal genio.
99. Mi hijo(a) es tímido con niño(a)s de su misma edad.
100. Mi hijo(a) fue difícil de entrenar para ir al baño.
101. Mi hijo(a) quiere mucha atención cuando está enfermo(a).
102. Mi hijo(a) puede contar el cambio cuando compra algo.
103. Mi hijo(a) puede decir la hora bastante bien.
104. Muchas veces mi hijo(a) se ha puesto violento(a).
105. Mi hijo(a) puede banarse solo(a).
106. Recientemente mi hijo(a) se ha quejado de dolor en el pecho.
107. Rara vez hay necesidad de criticar o corregir a mi hijo(a).
108. Mi hijo(a) tiene tanta energía como la mayoría de los niño(a)s.
109. Recientemente la escuela ha mandado notas a casa sobre el mal comportamiento del niño(a).
110. A veces mi hijo(a) demora en hacer sus tareas domésticas.
111. Mi hijo(a) frecuentemente habla acerca de la muerte.
112. Mi hijo(a) ha sido difícil de manejar.
113. A veces el cuarto de mi hijo(a) está desordenado.
114. A mi hijo(a) generalmente le da miedo conocer gente nueva.
115. Mi hijo(a) raras veces necesita castigos o regaños.
116. Mi hijo(a) pudo comer con tenedor antes de los cuatro años.
117. Con frecuencia mi hijo(a) se queja de visión borrosa.
118. Mi hijo(a) necesita protección contra los peligros de cada día.
119. Mi hijo(a) respeta la propiedad ajena.
120. Frecuentemente mi hijo(a) se tapa los oídos con las manos.
121. Todo tiene que ser perfecto o mi hijo(a) no está satisfecho.
122. Mi hijo(a) no parece reaccionar cuando se le dan nalgadas.
123. Mi hijo(a) habla mucho sobre su tamaño o peso.
124. Mi hijo(a) llora frecuentemente sin razón aparente.
125. Mi hijo(a) se preocupa mucho antes de empezar algo nuevo.
126. Usualmente mi hijo(a) mira el lado bueno de las cosas.
127. Frecuentemente mi hijo(a) tiene ataques de llanto.
128. Algunas veces a mi hijo(a) se le calienta el cuerpo sin razón.
129. Mi hijo(a) parece estar cansado la mayoría del tiempo.
130. Otros han comentado lo inteligente que es mi hijo(a).
131. A mi hijo(a) le afectan las enfermedades más severamente que a la mayoría de los niño(a)s.

(Continúe a menos que se le indique detenerse al fin de la Primera Parte).

SEGUNDA PARTE

132. Mi hijo(a) tiende a tener lastima de si mismo(a).
133. Otras personas siempre escuchan cuando mi hijo(a) habla.
134. Varias veces mi hijo(a) se ha quejado de malestares, pero el médico no le ha encontrado nada malo.
135. Frecuentemente me pregunto si mi hijo(a) se siente solo(a).
136. Generalmente mi hijo(a) toma las cosas con calma.
137. Mi hijo(a) tiene la costumbre de tomar a mal los comentarios que otros le hacen.
138. Cosas pequeñas molestan a mi hijo(a).
139. Mi hijo(a) se guarda sus pensamientos par si mismo(a).
140. Hace mucho tiempo que nuestra familia no ha salido-junta.
141. Mi hijo(a) nunca ha mencionado tener palpitaciones rápidas o rúertes del corazon.
142. Mi hijo(a) generalmente ha sido un niño(a) callado(a).
143. En ocasiones mi hijo(a) ha herido seriamente a otros.
144. Mi hijo(a) nunca ha tenido calambres en las piernas.
145. Algunas veces mi hijo(a) grita sin razón.
146. Es muy probable que mi hijo(a) grite si se molesta.
147. Mi hijo(a) no tiene ningun talento especial.
148. Los miembros de nuestra familia paracén disfrutar el uno del otro mas que otras familias.
149. A veces mi hijo(a) cavila.
150. Mi hijo(a) podria tener mejores calificaciones en la escuela si hiciera un esfuerzo.
151. A mi hijo(a) nunca le gusto que lo acariciaran.
152. Nuestro matrimonio ha sido muy inestable (déttil).
153. El padre parece estar celoso de su hijo(a).
154. Tengo miedo de que mi hijo(a) pueda estar volviéndose loco.
155. Mi hijo(a) rara vez habla sobre enfermedades.
156. Mi hijo(a) ha tenido convulsiones.
157. Frecuentemente mi hijo(a) se levanta de noche.
158. La mayoría de los amigos de mi hijo(a) son menores que él(ella).
159. En nuestra casa se dicen muchas malas palabras.
160. Mi hijo(a) nunca toma la iniciativa.
161. Mi hijo(a) acepta la critica fácilmente.
162. Algunas veces mi hijo(a) me maldice.
163. Mi hijo(a) no se preocupa por enfermedades.
164. Mi hijo(a) parece estar aburrido con la escuela.
165. Actualmente los padres del niño(a) estan separados o divorciados.
166. Mi hijo(a) se agota fácilmente.no puedo lograr que mi hijo(a) haga sus tareas escolares.
168. Mi hijo(a) permanece cerca de mi cuando salimos.
169. Frecuentemente mi hijo(a) se la pasa retorciéndose las manos.
170. Los padres del niño(a) se han separado varias veces.
171. Algunas veces mi hijo(a) hace mandados para mi.
172. No es raro que mi hijo(a) se quede en casa por varios dias seguidos.
173. Mi hijo(a) ha tenido momentos en los que parece no darse cuenta de lo que pasa a su alrededor.
174. Mi hijo(a) nunca ha tenido contracciones en los músculos de la cara.
175. Generalmente mi hijo(a) corre en lugar de caminar.

176. Mi hijo(a) es diferente a la mayoría de los niño(a)s.
177. Mi hijo(a) tiene miedo de morir.
178. Mi hijo(a) cree en Dios.
179. Mi hijo(a) parece no estar interesado en divertirse.
180. Frecuentemente mi hijo(a) duerme casi todo el día en días de fiesta.
181. Con frecuencia mi hijo(a) se queda en su cuarto por horas.
182. Mi hijo(a) nunca ha tenido alguna parálisis.
183. Mi hijo(a) raras veces rompe las reglas.
184. Como criar al niño(a) nunca ha sido un problema en nuestra casa.
185. Varias veces mi hijo(a) ha amenazado con suicidarse (matarse).
186. Mi hijo(a) generalmente no confía en otros.
187. Mi hijo(a) tiene muchos amigos del sexo opuesto.
188. Parece que mi hijo(a) está infeliz con nuestra vida hogareña.
189. Muchas veces otras personas me dicen lo frecuente que mi hijo(a) cambia de humor.
190. El problema de mi hijo(a) es que busca peleas con frecuencia.
191. Nada parece asustar a mi hijo(a).
192. Mi hijo(a) no parece interesarse en cosas prácticas.
193. Mi hijo(a) no parece poder mantener su atención en nada.
194. Los padres del niño(a) no son activos en asuntos de la comunidad.
195. Mi hijo(a) tiende a tragarse la comida sin masticarla.
196. A mi hijo(a) le encanta quedarse a dormir en casa de algún amigo.
197. La escuela ha sido fácil para mi hijo(a).
198. Mi hijo(a) no puede sentarse quieto en la escuela a causa de su nerviosismo.
199. No apruebo la mayoría de los amigos de mi hijo(a).
200. La constipación (estreñimiento) nunca ha sido un problema de mi hijo(a).
201. Generalmente mi hijo(a) es muy inquieto(a).
202. Varias veces mi hijo(a) ha tenido problemas por robar.
203. Mi hijo(a) raras veces se queja de dolores de estómago.
204. Mi hijo(a) nunca ha repetido (reprobado) un año.
205. Mi hijo(a) tiene miedo a personas desconocidas.
206. Parece que los padres del(a) niño(a) no administran bien sus ingresos.
207. A mi hijo(a) le encanta trabajar con números.
208. Mi hijo(a) nunca ha tenido problemas con la policía.
209. Mi hijo(a) raras veces necesita ir al médico.
210. Los cuentos favoritos de mi hijo(a) son los cuentos de hadas u otros cuentos infantiles.
211. El padre no comprende a su hijo(a).
212. Marearse no es problema de mi hijo(a).
213. El padre del(a) niño(a) bebe (toma) demasiado.
214. Mi hijo(a) presume (hace alarde).
215. Mi hijo(a) prefería estar con adultos que con niño(a)s de su edad.
216. Mi hijo(a) es terco(a).
217. Mi hijo(a) raras veces habla.
218. Rara vez nuestra familia logra comer junta.
219. La lectura es el pasatiempo favorito de mi hijo(a).
220. El padre del niño(a) generalmente toma las decisiones importantes en nuestra casa.

221. Frecuentemente mi hijo(a) tiene "días malos".
222. Mi hijo(a) insiste en mantener la luz encendida cuando duerme.
223. Mi hijo(a) parece preferir adultos en vez de niño(a)s.
224. Mi hijo(a) es dependiente de otros.
225. A mi hijo(a) le da gripe (resfrío) con más frecuencia que a los otros niño(a)s.
226. Los padres del niño(a) están en desacuerdo muchas veces en la crianza del niño(a).
227. Frecuentemente mi hijo(a) se queda en su cuarto.
228. Frecuentemente mi hijo(a) se ríe sin razón aparente.
229. Algunas veces mi hijo(a) falta a la escuela sin permiso.
230. Mi hijo(a) no es tan fuerte como la mayoría de los niño(a)s.
231. Otros han comentado lo seguro de sí mismo que es mi hijo(a) en un grupo.
232. Otras personas frecuentemente han comentado lo sensato (racional) que es mi hijo(a).
233. Mi hijo(a) parece entender todo lo que se dice.
234. Algunas veces el padre del niño(a) se va de la casa por varios días después de una discusión.
235. El dinero parece ser el mayor interés de mi hijo(a).
236. Muchas veces he encontrado a mi hijo(a) jugando en el excusado (inodoro).
237. El padre del niño(a) algunas veces se emborracha y se pone (desconsiderado).
238. Mi hijo(a) es un niño(a) saludable.
239. Mi hijo(a) piensa que otros están conspirando en contra de él (ella).
240. Generalmente mi hijo(a) juega adentro.
241. El padre del niño(a) rara vez falta a su trabajo.
242. Frecuentemente mi hijo(a) toma cáminatas solo(a).
243. Los padres del niño(a) han establecido reglas firmes que deben ser obedecidas.
244. Frecuentemente mi hijo(a) anda vagando sin propósito.
245. Varias veces mi hijo(a) ha amenazado con irse de la casa.
246. A veces mi hijo(a) tiene dificultad para respirar.
247. Siempre hay discusiones en la mesa a la hora de la comida.
248. Mi hijo(a) juega con otros niño(a)s(as) que frecuentemente están en problemas.
249. A mi hijo(a) rara vez le sangra la nariz.
250. Mi hijo(a) nunca ha sido expulsado de la escuela.
251. Mi hijo(a) lloriquea mucho.
252. Mi hijo(a) nunca se ha rugado de la casa.
253. Mi hijo(a) demuestra talentos extraordinarios.
254. Hacerse oír no es un problema para mi hijo(a).
255. Tuve dificultad especial con las rabietas (berrinches) de mi hijo(a) a temprana edad.
256. Al compartir cosas no ha sido problema para mi hijo(a).
257. Los padres del niño(a) siempre discuten asuntos importantes antes de tomar una decisión.
258. Mi hijo(a) ríe en la casa.
259. El padre del niño(a) frecuentemente se enfurece y pierde la paciencia con el niño(a).
260. Mi hijo(a) es tímido con adultos.
261. He oído que mi hijo(a) toma bebidas alcohólicas.
262. Mi hijo(a) es bastante distraído.

253. Mi hijo(a) le tiene miedo a la obscuridad.
254. Mi hijo(a) se jacta de ser enviado al director de la escuela.
255. Mi hijo(a) nunca se ha desmayado.
256. El padre es demasiado estricto con su hijo(a).
257. Mi hijo(a) nunca limpia su cuarto.
258. Mi hijo(a) es capaz de evitar los peligros de cada día.
259. Mi hijo(a) ocupa la mayor parte del tiempo viendo televisión.
270. Frecuentemente mi hijo(a) tiene fiebre alta.
271. El padre del niño(a) raras veces está en la casa.
272. Algunas veces no entiendo lo que mi hijo(a) quiere decir.
273. Mi hijo(a) es excepcionalmente ordenado y limpio.
274. Mi hijo(a) se refiere a sí mismo(a) como tonto o estúpido(a).
275. Hay mucha tensión en nuestra casa.
276. Varias veces mi hijo(a) ha amenazado con matar a otros.
277. El padre del niño(a) pasa muy poco tiempo con su hijo(a).
278. Mi hijo(a) rara vez tiene dolores de espalda.
278. El padre del niño(a) tiene muy poca paciencia con su hijo(a).
280. Los padres del niño(a) pelean frecuentemente.

(Continúe a menos que se le indique detenerse al final de la Segunda Parte).

TERCERA PARTE

281. Los sentimientos de mi hijo(a) son heridos fácilmente.
282. A mi hijo(a) le cuesta trabajo tomar decisiones.
283. Mi hijo(a) sabe perder.
284. Si mi hijo(a) no puede dirigir las cosas (mandar), no juega.
285. Mi hijo(a) siempre está mintiendo.
286. Frecuentemente mi hijo(a) destruye los juguetes de otros niño(a)s.
287. Mi hijo(a) generalmente se siente arrepentido(a) cuando él (ella) ha herido a otros.
288. A veces mi hijo(a) se pone tan nervioso(a) que le tiemblan las manos.
289. Mi hijo(a) es pequeño para su edad.
290. Algunas veces pienso que soy demasiado tolerante con mi hijo(a).
291. Mi hijo(a) ha golpeado a algún empleado de la escuela (maestro, etc.).
292. Generalmente mi hijo(a) besa a sus padres antes de acostarse.
293. Al nacer mi hijo(a) tuvo dificultad para respirar por primera vez y su piel se puso morada.
294. Algunas veces mi hijo(a) piensa que él(ella) es otra persona.
295. Cuando mi hijo(a) estaba más pequeño, era imposible hacerlo(a) tomar una siesta.
296. En una ocasión mi hijo(a) estuvo inconsciente por un golpe en la cabeza.
297. Mi hijo(a) raras veces pasa una buena noche o duerme tranquilo.
298. Mi hijo(a) ha tenido que tomar medicinas para relajarse (descansar).
299. De más pequeño mi hijo(a) les pegaba a otros niño(a)s en la cabeza con juguetes puntiagudos.
300. Frecuentemente mi hijo(a) se queja de tener hambre.
301. Tartamudear ha sido un problema para mi hijo(a).
302. Mi hijo(a) ruega hasta que yo cedo (digo sí).

303. Ciertos alimentos enferman a mi hijo(a).
304. Generalmente mi hijo(a) se desviste solo antes de acostarse.
305. A veces mi hijo(a) se arranca el pelo.
306. Generalmente mi hijo(a) viene cuando lo(la) llaman.
307. Mi hijo(a) suda muy poco.
308. El comer no es un problema para mi hijo(a).
309. He sabido que mi hijo(a) ha jugado sexualmente con niño(a)s del sexo opuesto.
310. Mi hijo(a) se sentó por primera vez antes de cumplir un año.
311. A veces mi hijo(a) oye cosas que otros no oyen.
312. Mi hijo(a) pertenece a una pandilla.
313. Mi hijo(a) tiende a hablar más rapido de lo que piensa.
314. Algunas veces mi hijo(a) es cruel con los animales.
315. Mi hijo(a) le tiene miedo a los animales.
316. Mi hijo(a) muestra mucho cariño a sus animales (mascotas).
317. Mi hijo(a) es mas nervioso que la mayoría de los niño(a)s.
318. Generalmente mi hijo(a) se come toda la comida de su plato.
319. Mi hijo(a) anda armado(a) (cuchillo, palo, etc.).
320. Me siento muy unida con mi hijo(a).
321. Mi hijo(a) nunca ha sido electo miembro directivo en el club o en la escuela.
322. Algunas veces mi hijo(a) siente cosas que no existen.
323. A mi hijota) le preocupa que pueda herir a otra gente.
324. A mi hijo(a) parece divertirse hablar acerca de pesadillas.
325. A veces mi hijota) se rasca la cara hasta que sangra.
326. Hay voces que a veces le dicen a mi hijo(a) que haga cosas.
327. Frecuentemente mi hijo(a) me contesta mal (insolentemente).
328. Hay que engatusar o amenazar a mi hijo(a) para que coma.
329. Mi hijo(a) ha tenido una operacion en la cabeza.
330. Comenzar la escuela fue muy dificil para mi hijo(a).
331. Mi hijo(a) pertenece a un club.
332. Mi hijo(a) parece tímido en relación al sexo opuesto.
333. Mi hijo(a) cuenta chistes (promas) con frecuencia.
334. Mi hijo(a) chismea de los demas.
335. Con frecuencia discutimos acerca de quien es el jefe de la casa.
336. Mi hijo(a) ya podia bajar escaleras por si solo a los cinco años.
337. A mi hijo(a) le encanta burlarse de otros.
338. El sonrojarse es un problema para mi hijo(a).
339. Mi hijo(a) puede banarse tan bien como otros niño(a)s de su edad.
340. Frecuentemente mi hijo(a) destroza cosas cuando esta enojado.
341. Frecuentemente me he avergonzado porque mi hijo(a) es muy descarado (insolente).
342. Mi hijo(a) nunca ha tenido problemas a causa de su conducta sexual.
343. Mi hijo(a) se deja convencer muy facilmente.
344. Jugar con fosforos (cerillos) es un problema es un problema con mi hijo(a).
345. Frecuentemente la madre del niño(a) tiene ataques de llanto.
346. Mi hijo(a) llora cuando se le regana.
347. Un problema de mi hijo(a) es que se cae.
348. Algunas veces mi hijo(a) se muerde los labios hasta que se lastima.
349. A mi hijo(a) le encanta mecérse cuando está sentado.

350. El padre del niño(a) cambia de empleo (trabajo) frecuentemente.
351. Algunas veces mi hijo(a) se orina en la cama.
352. Mi hijo(a) pertenece a los Guías (Scouts) o a alguna organización similar para menores.
353. Mi hijo(a) vomita frecuentemente después de las comidas.
354. Mi hijo(a) no parece tener ningún temor.
355. Mi hijo(a) es muy celoso(a) de los demás.
356. Mi hijo(a) no puede permanecer sentado por más de cinco minutos.
357. Ninguno de los padres ha estado mentalmente enfermo.
358. Mi hijo(a) toma píldoras para poder dormir.
359. Mi hijo(a) no entra a su cuarto sin ser acompañado.
360. Mi hijo(a) no entra a su cuarto sin ser acompañado. Varias veces mi hijo(a) toma dinero de la casa sin permiso.
361. Nuestra familia va junta a la iglesia.
362. En nuestra casa frecuentemente nos mostramos cariño (afecto).
363. Mi hijo(a) es muy crítico de los otros.
364. Mi hijo(a) raras veces hace travesuras.
365. Con frecuencia mi hijo(a) vomita cuando le está dando un dolor de cabeza.
366. Siempre me preocupo de que mi hijo(a) tenga un accidente cuando sale.
367. Antes de que nuestro hijo(a) tuviera cuatro años confiábamos en que podía subir las escaleras solo.
368. Algunas veces mi hijo(a) se ensucia a sí mismo(a) y a las paredes después de ir al baño (excusado).
369. Comerse las uñas es un problema para mi hijo(a).
370. Durante los últimos años nos hemos mudado con frecuencia.
371. Mi hijo(a) generalmente admite que está equivocado(a).
372. "Andar en las nubes" describe a mi hijo(a).
373. Frecuentemente mi hijo(a) se despierta gritando.
374. El mayor problema de mi hijo(a) es que discute.
375. A veces mi hijo(a) se pone a dar vueltas.
376. Las erupciones de la piel han sido un problema con mi hijo(a).
377. Mi hijo(a) frecuentemente habla en verso.
378. Mi hijo(a) ha tenido ataques de asma.
379. Mi hijo(a) tiene más accidentes que resultan en cortadas, contusiones (moretones) y huesos rotos que otros niño(a)s.
380. Otros no entienden a mi hijo(a).
381. Mi hijo(a) parece no sentir el dolor como los otros.
382. La madre o el padre del niño(a) nunca han estado divorciados.
383. Ganar el juego parece ser más importante para mi hijo(a) que jugar por diversión.
384. Mi hijo(a) necesita purgante.
385. Tengo problemas para detener a mi hijo(a) de comerse todo.
386. Mi hijo(a) ve cosas extrañas.
387. Frecuentemente mi hijo(a) discute con otros.
388. Mi hijo(a) repite números y letras una y otra vez.
389. Recientemente los padres del niño(a) han discutido con las autoridades de la escuela.
390. Muchas veces mi hijo(a) salta de un tema a otro, cuando habla.
391. A la edad de cinco años mi hijo(a) podía vestirse solo con la excepción de amarrar cordones o cintas.
392. Mi hijo(a) casi siempre me dice a dónde va a jugar.
393. Los padres del niño(a) raras veces visitan la escuela.
394. Mi hijo(a) está de mal genio casi siempre.

395. Un padre o una madre deben hacer lo posible por tratar a un(a) hijo(a) como a un igual.
396. Mi hijo(a) ha sido hospitalizado frecuentemente.
397. A mi hijo(a) le gustan las fiestas.
398. El padre del niño(a) se lleva muy bien con su hijo(a).
399. A mi hijo(a) parece preocuparle el sexo más que a otros niño(a)s.
400. Mi hijo(a) generalmente se siente descansado después de dormir bien.
401. Difícilmente pasa un día sin que mi hijo(a) se meta en peleas.
402. Mi hijo(a) frecuentemente se sienta a leer un diccionario.
403. Uno de los pasatiempos preferidos de mi hijo(a) es jugar con rompecabezas.
404. Mi hijo(a) tiene un genio terrible.
405. Mi hijo(a) suena despierto bastante.
406. Mi hijo(a) rehusa a hacer cualquier oficio en la casa.
407. Mi hijo(a) es adoptado.
408. Mi hijo(a) siempre insiste en ponerse ropa limpia.
409. Mi hijo(a) no lloraba cuando estaba recién nacido.
410. Frecuentemente mi hijo(a) se pone metas demasiado altas.
411. Los dolores de cabeza de mi hijo(a) generalmente empiezan con un dolor en la nuca.
412. Mi hijo(a) tiene pulmonía casi cada año.
413. Últimamente mi hijo(a) ha tenido frecuente diarrea.
414. Mi hijo(a) tiende a repetir todo (repetir como un loro).
415. Mi hijo(a) estuvo completamente entrenado para ir al baño para la edad de tres años.
416. Al nacer mi hijo(a) tuvo dificultad para respirar.
417. Mi hijo(a) nunca parece tener un meta en lo que hace.
418. Mi hijo(a) se nego a mamar o no pudo mamar cuando estaba recién nacido.
419. Mi hijo(a) fue un bebé prematuro o retrasado.
420. Generalmente mi hijo(a) duerme toda la noche sin despertarse.

(Continúe a menos que se le indique detenerse al final de la Tercera Parte).

CUARTA PARTE

421. Mi hijo(a) aprendió a caminar antes de los seis años.
422. Generalmente mi hijo(a) me besa antes de irse a la escuela o a jugar.
423. Mi hijo(a) raras veces necesita ser castigado.
424. Mi hijo(a) padece de tos constantemente.
425. Muchas veces mi hijo(a) trata de presumir.
426. Mi hijo(a) ayuda bastante con los quehaceres de la casa.
427. Mi hijo(a) es poco atractivo.
428. Mi hijo(a) raras veces me besa.
429. A veces mi hijo(a) se excita tanto que no se le puede entender lo que dice.
430. Parece que a mi hijo(a) le encanta destrozar las cosas.
431. A mi hijo(a) le encanta abrazar y besar.
432. Algunas veces creo que mi hijo(a) ha perdido su memoria.
433. Mi hijo(a) probablemente aceptaría la culpa en lugar de mentir.
434. Mi hijo(a) cambia de humor rápidamente.

435. Mi hijo(a) toca un instrumento musical.
436. Algunas veces mi hijo(a) gana dinero extra haciendo trabajitos en el vecindario.
437. Otras personas han dicho que mi hijo(a) es muy educado.
438. Mi hijo(a) tiene ideas originales.
439. Generalmente mi hijo(a) termina con algo una vez que lo ha comenzado.
440. Mi hijo(a) habla con frecuencia acerca de lo fuerte que es.
441. A veces mi hijo(a) me ha golpeado y me ha pateado.
442. Mi hijo(a) comete errores con frecuencia simplemente por la prisa.
443. Mi hijo(a) puede cambiar de llanto a risa de un momento a otro.
444. Mi hijo(a) se echaria la culpa por lo que otros han hecho.
445. Mi hijo(a) generalmente culpa a otras personas por cualquier problema.
446. Mi hijo(a) siempre esta hablando del futuro.
447. A mi hijo(a) le impresiona la fuerza.
448. Con frecuencia mi hijo(a) golpea a niño(a)s más pequeños.
449. Con frecuencia mi hijo(a) hace cosas sin pensar.
450. Algunas veces mi hijo(a) se enfurece.
451. Frecuentemente otras personas dicen que mi hijo(a) es muy tranquilo.
452. Mi hijo(a) es mejor que el promedio en los deportes.
453. Generalmente mi hijo(a) juega con niño(a)s mayores.
454. Raras veces discutimos sobre religion en nuestra casa.
455. Frecuentemente mi hijo(a) canta en la casa.
456. Generalmente mi hijo(a) esta meciendo (moviendo) sus piernas o brazos.
457. Otras personas han comentado que mi hijo(a) tiene una imaginacion extraordinaria.
458. He oido a mi hijo(a) decir malas palabras a otros.
459. Frecuentemente mi hijo(a) habla consigo mismo.
460. Mi hijo(a) habla frecuentemente sobre religion.
461. Mi hijo(a) pudo comer solo bastante bien, a los cinco años.
462. Mi hijo(a) raras veces se excita.
463. Mi hijo(a) se mueve constantemente.
464. Generalmente mi hijo(a) permanece limpio y arreglado(a).
465. Con frecuencia mi hijo(a) juega demasiado duro.
466. Mi hijo(a) emplea mucho de su tiempo con arte o musica.
467. Mi hijo(a) nunca se quedo afuera demasiado tarde en la noche.
468. Es muy probable que una interrupción enoje a mi hijo(a).
469. Muchas de las sugerencias y de las acciones de mi hijo(a) son muy poco practicas.
470. Los padres del niño(a) son activos en la iglesia.
471. El padre del niño(a) rara vez ayuda en la casa.
472. Mi hijo(a) hara cualquier cosa para que otros se rian.
473. Mi hijo(a) parece no tener verguenza.
474. Algunas veces mi hijo(a) se comporta como un payaso.
475. Algunas veces mi hijo(a) viene a casa con la ropa rasgada.
476. Mi hijo(a) necesita un osito de felpa o una muñeca para poder dormir.
477. Mi hijo(a) frecuentemente tiene ideas raras.
478. Mi hijo(a) generalmente hace exactamente lo que se le dice que no haga.
479. He visto a mi hijo(a) reir cuando otros se lastiman.

- 480. Muchas veces mi hijo(a) habla de volar al espacio.
- 481. Muchas veces mi hijo(a) cuenta historias increíbles.
- 482. Mi hijo(a) generalmente se queda enojado por mucho tiempo.
- 483. A mi hijo(a) le encanta leer sobre asesinatos y otros crímenes.
- 484. Mi hijo(a) aprendió a tomar en taza para la edad de tres años.
- 485. Ambos padres disrutan a los niño(a)s.
- 486. Mi hijo(a) tiene problemas para tragar.
- 487. Mi hijo(a) muestra mucho interes en el fuego.
- 488. Mi hijo(a) piensa que otras personas están en su contra por motivos raciales o religiosos.
- 489. Muchas veces mi hijo(a) tiene que acostarse con un resfriado (catarro).
- 490. Mi hijo(a) siempre esta tarareando (canturreando) para si mismo.
- 491. Mi hijo(a) sufrió gravemente de una o más de las siguientes enfermedades: sarampion, paperas, encefalitis (enfermedad del sueño), escarlatina, tos ferina, meningitis, viruela.
- 492. El padre del niño(a) ha sido despedido de su trabajo varias veces.
- 493. Mi hijo(a) es demasiado seguro de si mismo en casi todas las cosas.
- 494. Últimamente mi hijo(a) ha mostrado interes por la religión.
- 495. Otra gente piensa que mi hijo(a) es calmado.
- 496. Con frecuencia mi hijo(a) hace cosas impulsivamente sin pensar.
- 497. Con frecuencia mi hijo(a) dice que no le gustan sus maestros.
- 498. A mi hijo(a) le gusta construir cosas con barro o arena.
- 499. Casi siempre mi hijo(a) tiene un pedazo de cobija (trapo) o una muñeca para consolarse (calmarse).
- 500. Los padres del niño(a) le prohíben a veces jugar con ciertos niño(a)s.
- 501. Algunas veces mi hijo(a) se excita tanto que no puede dormir en la noche.
- 502. Generalmente mi hijo(a) se levanta sin que lo(la) llamen.
- 503. Los padres tienen que andar detras de su niño(a) para que haga sus tareas.
- 504. Algunas veces mi hijo(a) irrita a otros con bromas pesadas.
- 505. Mi hijo(a) nunca jugo a las escondidas.
- 506. Mi hijo(a) nunca se preocupa de lo que piensan los demás.
- 507. Los padres del niño(a) tratan de ser tan permisivos como sea posible.
- 508. A mi hijo(a) le gusta vestirse como se visten los niño(a)s mayores.
- 509. Un niño(a) (una niña) tiene el derecho de no estar de acuerdo con sus padres.
- 510. Mi hijo(a) ha actuado frente a un grupo en varias ocasiones.
- 511. Varias veces mi hijo(a) me ha preguntado si él(ella) fue adoptado(a).
- 512. Mi hijo(a) puede gastar todo su dinero de bolsillo (mesada, mensualidad) como quiera.
- 513. Mi hijo(a) tiene mas de tres evacuaciones intestinales (defeca) al dia.
- 514. Mi hijo(a) llora si se le deja solo en casa.
- 515. Frecuentemente mi hijo(a) orina o defeca fuera de la casa en lugar de ir al baño.
- 516. Mi hijo(a) en realidad nunca perdona a nadie.
- 517. Mi hijo(a) nunca ha pasado una noche fuera de la casa.

518. Hay que prevenir que mi hijo(a) coma o tome demasiado.
519. Otras personas piensan que mi hijo(a) es llorón(a).
520. Nunca le hemos pegado a nuestro(a) hijo(a).
521. Mi hijo(a) tiene problemas con su peso.
522. Es cierto que si no se castiga al niño(a) se vuelve consentido(a).
523. Mi hijo(a) tiene hermanos(as) mayores.
524. Mi hijo(a) dice que tiene el mismo sueño repetidamente.
525. Algunas veces me enfurezco y pierdo la paciencia con mi hijo(a).
526. Los padres deben ser estrictos con sus hijo(s)(as).
527. Mi hijo(a) raras veces pierde un día de escuela debido a enfermedades.
528. Frecuentemente mi hijo(a) mira debajo de la cama antes de acostarse.
529. Frecuentemente discutimos sobre asuntos de dinero en la casa.
530. Mi hijo(a) frecuentemente habla acerca del Diablo.
531. Mi hijo(a) tiende a dudar de todo lo que le dicen.
532. Los padres del niño(a) salen frecuentemente a eventos sociales.
533. Algunas veces tenemos que controlar físicamente a nuestro hijo(a) porque se excita demasiado.
534. Los demás piensan que mi hijo(a) tiene una actitud de "sabelo todo".
535. Generalmente mi hijo(a) ve lo bueno en cada persona.
536. A mi hijo(a) le avergüenza la desnudez.
537. Generalmente mi hijo(a) se duerme inmediatamente después de acostarse.
538. Varias veces he encontrado a mi hijo(a) masturbándose (jugando sexualmente consigo mismo-a-).
539. Con frecuencia mi hijo(a) hace preguntas sobre el sexo.
540. A mi hijo(a) se le pega como una vez al día.
542. A veces mi hijo(a) se pasa a mi cama durante la noche.
542. Me cuesta muchísimo trabajo hacer que mi hijo(a) se bañe.
543. Marearse en el auto es un problema con mi hijo(a).
544. A mi hijo(a) le encanta lo emocionante.
545. Mi hijo(a) frecuentemente se avergüenza de su familia.
546. Mi hijo(a) asiste frecuentemente a museos o a conciertos.
547. El castigo lo da generalmente el padre del niño(a).
548. A mi hijo(a) nunca o casi nunca le dan maraos.
549. Mi hijo(a) nunca camina dormido.
550. Frecuentemente nos reunimos con amigos en la casa por la noche.
551. Mi hijo(a) babea cuando come.
552. Mi hijo(a) ha estado conmigo desde que nació.
553. Mi hijo(a) frecuentemente es el centro de atención.
554. A mi hijo(a) le encanta jugar en el agua.
555. Mi hijo(a) siempre parece tener gripe (resfriado).
556. Mi hijo(a) frecuentemente participa en deportes.
557. La madre del niño(a) toma la mayoría de las decisiones importantes en el hogar.
558. Mi hijo(a) tiene dificultad para sostener su cabeza.
559. Los padres del niño(a) no se llevan bien con los vecinos.
560. Mi hijo(a) parece ansioso por complacer a otros.
561. Mi hijo(a) tiene la costumbre de hurgarse la nariz hasta que le sale sangre.
562. A mi hijo(a) se le manda a la cama temprano si molesta al resto de la familia.

563. Al padre del niño(a) no le gusta el trabajo que tiene.
564. Muchas veces mi hijo(a) había de enamorarse de alguien mayor que él(ella).
565. Los padres deben enseñar a sus hijo(a)s(as) quien es el jefe.
566. Nuestra casa esta siempre desarreglada.
567. Mi hijo(a) ahorra casi todo su dinero.
568. A la madre del niño(a) le disgusta fuertemente el trabajo doméstico.
569. El lugar de la madre es en el hogar.
570. Mi hijo(a) se preocupa mucho por la salud física.
571. La madre del niño(a) no puede aguantar el quedarse en casa todo el día.
572. Historias de asesinatos y crímenes parecen ser los cuentos preferidos de mi hijo(a).
573. Mi hijo(a) insiste en traer zapatos lustrados.
574. Otros me han comentado lo palido que es mi hijo(a).
575. Mi hijo(a) se come las unas de las manos o de los pies.
576. El padre del niño(a) esta en la casa casi todas las noches.
577. Mi hijo(a) gasta mas de 15 minutos cada vez que se peina.
578. A mi hijo(a) se le tiene que forzar para sus clases de música.
579. Mi hijo(a) siempre me muestra afecto.
580. Los niño(a)s deben ser vistos y oídos.
581. Otros dicen que nuestra familia es unida.
582. Algunas veces mi hijo(a) me irrita.
583. Mi hijo(a) raras veces tiene dificultad para respirar.
584. Es necesario que la madre del niño(a) trabaje fuera de casa.
585. Mi hijo(a) necesita ayuda para ir al baño.
586. Mi hijo(a) corre por la casa desnudo.
587. Mi hijo(a) quiere sentarse en la banera por horas.
588. El padre del niño(a) ha tenido el mismo empleo por los últimos cinco años (o desde que se caso).
589. No tengo problema para hacer que mi hijo(a) se vaya a la cama en la noche.
590. Mi hijo(a) frecuentemente dice que es mas inteligente que los otros.
591. Los padres del niño(a) pertenecen a varios clubes o grupos comunitarios.
592. Mi hijo(a) fue un niño(a) "planeado(a)".
593. Mi hijo(a) generalmente mantiene su boca abierta.
594. Mi hijo(a) habla frecuentemente sobre el futuro.
595. Nada parece perturbar a mi hijo(a).
596. El parto de mi hijo(a) fue con instrumentos.
597. Frecuentemente mi hijo(a) se lame los labios.
598. Mi hijo(a) sale con chicos(as) del sexo opuesto.
599. Mi hijo(a) nunca habla con desconocidos (extraños).
600. Otras personas me han dicho que yo mismo (chiqueo) a mi hijo(a).

3.- INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS (I.P.N.)

Naturaleza y propósito del inventario:

El inventario de Personalidad para Niños, está creado a semejanza del inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Treinta años de experiencia, han indicado que la aproximación metodológica usada por Hathaway y McKinley (1951) al desarrollar su instrumento (M.M.P.I.), tiene un mérito considerable y una utilidad práctica, lo que hicieron estos autores fue amasar una gran cantidad de ítems concernientes a la percepción de los individuos de sus pensamientos, sentimientos, experiencias, y concepciones con respecto a los demás. De estos ítems, los autores obtuvieron escalas empíricas al hacer una comparación de los ítems respondidos por personas "normales" y por personas "anormales". Mígus (1967) y Mígus, Goldberg, y Appelbaum (1971) posteriormente demostraron que las escalas racionales deducidas, desarrolladas utilizando el método del M.M.P.I., tenía validez.

La idea, entonces, para desarrollar un inventario de personalidad para niños involucró el hacer un gran número de preguntas que puedan explorar diferentes comportamientos a los cuales el respondiente pudiera adptarse, y los resultados podrían ser comparados con las respuestas de otros respondientes y contabilizadas en escalas construidas con estrategias tanto racionales como empíricas. La forma directa para la obtención de las preguntas usadas en el M.M.P.I., era prácticamente imposible en el I.P.N., debido a que los niños pequeños no pueden leer las preguntas adecuadamente, ni entenderlas, así como la falta de motivación y comprensión necesaria de los conceptos involucrados. Debido a esto los autores decidieron que, con base a la experiencia clínica y a otras investigaciones (Novick, Rosenfeld, Block y Davison, 1966; Dresler, Lewis, Rich, Miller, Reid, Overlaid, Raffel y Fleming 1964) las personas que podían contestar el inventario, gracias al conocimiento que tienen del desarrollo niño eran los padres "biológicos".

Por lo tanto que mide en sí el inventario es la percepción que tienen los padres de sus hijos, y con estos datos es posible hacer inferencias válidas sobre la personalidad del niño.

El propósito esencial por el cual fue desarrollado el inventario, es el de poder aportar una gran información sistemáticamente, sobre el comportamiento de un gran número de sujetos y poder de esta manera crear un instrumento capaz de medir las características de personalidad de los niños así como el poder hacer un diagnóstico adecuado de ellos, debido a que el I.P.N. está centrado en el niño de que ellos no responden el inventario por sí mismos) el proceso de preguntas-respuestas es creado por los padres es adecuado, permitiéndoles el poder participar en el proceso terapéutico del niño.

El I.P.N. puede proveer de una base objetiva para el rápido establecimiento de un tratamiento determinado. El perfil del I.P.N. de una personalidad clínica general de la personalidad del niño.

Descripción General:

El inventario de personalidad para niños I.P.N. es un instrumento construido empíricamente y racionalmente (con esto se refiere al uso de comparaciones estadísticas entre una gran muestra de sujetos examinados), que busca proveer de una descripción de la personalidad de los niños desde un punto de vista clínico, principalmente en un rango de edades entre los 6 y los 16 años de edad. Los perfiles de personalidad pueden ser aplicados a niños entre los 3 y 5 años de edad. El cuestionario contiene 600 preguntas las cuales pueden ser contestadas como cierto o falso, de acuerdo a la opinión que tiene el "respondiente" sobre el comportamiento, la actitud y las relaciones familiares del niño. La investigación muestra que generalmente el respondiente más adecuado es la madre biológica, con la que el niño ha estado durante más tiempo. Sin embargo, se pueden obtener valiosos "insights" de otras fuentes, que incluyen al padre, a los parientes más cercanos y posiblemente a otros que han conocido al niño desde su temprana edad.

Las 16 escalas que fueron consideradas como las más valiosas han sido incluidas en un cuadro de perfil tanto para niños como para niñas sobre las cuales se marca la puntuación T y se grafica sobre la base de puntuaciones derivadas en bruto. Cada uno de los perfiles contiene 3 escalas de validez, una escala de protección que mide el desajuste general, y 12 escalas clínicas. La L, F y Defensividad (DEF), son escalas de validez que sirven para identificar un grupo de respuestas o tendencias de los padres a ser defensivos acerca del comportamiento de los niños durante la evaluación. La escala de Ajuste (ADJ), busca identificar a aquellos niños que necesitan ayuda psicológica o sirve también para medir en forma general un pobre ajuste psicológico. Las escalas clínicas son: Rendimiento académico (ACH), Desempeño Intelectual (IS), Escala de desarrollo (DVL), Preocupación somática (SUM), Depresión (D), Relaciones familiares (FAM), Delincuencia (DLQ), Retraimiento (WDL), Ansiedad (ANX), Psicosis (PSY), Hiperactividad (HPR) y Habilidades Sociales (SSL).

Para cada una de las escalas, el incremento positivo de desviación de la media sugiere una mayor "patología". Por ejemplo una elevación de la escala de ansiedad indicaría que el niño está manifestando síntomas de ansiedad, mientras que una elevación en la escala de habilidades sociales, sugiere que el niño tiene pobres relaciones sociales, sin embargo se requiere mayor investigación para determinar las implicaciones que tiene una disminución significativa en las escalas. Debido a que el I.P.N. descansa sobre una demostrada correlación matemática, entre signos definidos del test objetivamente y la asociación de los comportamientos entre los niños y sus padres, la tarea del usuario es analizar los perfiles del I.P.N. para identificar estos signos a través de un escudriñamiento sistemático del orden de las escalas sobre el perfil.

Instrucciones:

Primero llene la información solicitada en la hoja de respuestas. Enseguida lea cada comentario y decida si en el caso de su hijo(a), es cierto o falso.

Vea el ejemplo que aparece a la derecha. En éste, la madre decidió que la proposición 1 es cierta en el caso de su hijo y que la proposición 2 era falsa.

Si una proposición o comentario es cierto o casi cierto en el caso de su hijo(a), rellene con lápiz el espacio entre las líneas de la columna bajo la C; Si la proposición es falsa o no generalmente cierta, rellene el espacio entre las líneas de la columna bajo la letra F.

Forma de Interpretar los resultados:

L: (Mentiras) Se refiere a las mentiras y contradicciones que pudieran aparecer a lo largo de la prueba.

F: (Falsedades) Evalúa las falsedades o exageraciones de los síntomas del niño al ser percibidos por sus padres.

DF: (Defensividad) Consta de 23 preguntas que evalúan el grado en que los padres se defienden de la sintomatología de su hijo dando una imagen de mayor aceptación social de sus hijos ante los demás.

ANJ: (Ajuste) 76 preguntas, que se refieren al grado de ajuste social que tiene el niño tanto a su medio familiar como al medio social en general.

ACH: (Rendimiento académico) Consta de 31 preguntas referentes al logro académico del niño y abarca las expectativas que tienen los padres del niño en el medio escolar.

Io: (Desempeño intelectual) Abarca 35 preguntas cuyo objetivo es conocer la opinión de los padres del desenvolvimiento intelectual en la vida práctica de su hijo.

DVL: (Escala de desarrollo) Son 25 preguntas relacionados con el desarrollo de habilidades físicas del niño lo que incluye aspectos como por ejemplo los psicomotrices y de lenguaje en el niño.

SUM: (Preocupación somática) Esta escala de 40 preguntas investiga variables de la salud como serían frecuencia de enfermedades, grado de severidad de estas, energía y vigor en general, hábitos alimenticios y en el sueño.

D: (Depresión) Comprende 46 preguntas seleccionados para medir depresión

FAM: (Relaciones familiares) Consta de 35 preguntas relacionados al grado de cohesión y efectividad familiar. Es decir, que tanto cooperan los niños en decisiones familiares, su involucración en la comunidad, sentimientos de afecto y satisfacción que se expresan entre los miembros de la familia y aspectos de disciplina.

DLI: (Delincuencia) Son 47 preguntas diseñados para evaluar tendencias delincuentes y sociopáticas en los niños lo cual incluye entre otras cosas, mentir, robar, hacer trampas en los exámenes escolares y en general conductas que solo busca el niño para su propio bienestar sin tomar en cuenta a los demás.

WDL: (Retraimiento) 25 preguntas componen esta escala y se refiere al grado de retraimiento social que exhibe el niño como podría ser deseo de permanecer aislado, incomodidad y timidez en situaciones sociales, elección de actividades solitarias y desconfianza de los demás.

ANX: (Ansiedad) Contiene 30 preguntas relacionados con diferentes manifestaciones de ansiedad como son una baja tolerancia a la frustración, preocupación excesiva, temores irracionales, terrores nocturnos y exageración de los problemas.

Psy: (Psicosis) Son 40 preguntas que pretenden discriminar entre conductas adaptativas y las que no lo son. Incluye conductas tempranas de simbiosis madre-hijo, falta de control de impulsos y comportamiento autista entre otros aspectos.

HPK: (Hiperactividad) Abarca 36 preguntas referentes al síndrome hiperkinético.

SSL: (Habilidades Sociales) Incluye 30 preguntas seleccionados para medir la involucración social del niño como sería su grado de participación en actividades sociales, su iniciativa y deseo de organizar eventos o fiestas, confianza en si mismo, comprensión de la conducta de los demás y tacto en sus relaciones interpersonales.

Criterios de Confiabilidad y Validez del I.P.N.:

En cuanto a la confiabilidad del I.P.N. se han hecho tres estudios de test-Retest que prueban la estabilidad de la prueba.

1.- Con una muestra de 34 pares madres-hijos (22 niños y 12 niñas) como pacientes externos de un hospital psiquiátrico, el Children's Service o Lafayette Clinic. Se hizo con un intervalo entre las aplicaciones a las madres de 4 a 72 días. El coeficiente de confiabilidad promedio para las 16 escalas fue de .86.

2.- En Detroit, Michigan se tomó una muestra normal de 46 pares madres-hijos (25 niños y 21 niñas). Hubo un intervalo de aplicación entre 13 y 102 días. El coeficiente de correlación promedio fue de .71.

3.- En Indiana Pennsylvania con una muestra normal de 55 pares madres-hijos (34 niños y 21 niñas). Se obtuvo un coeficiente de correlación de .89.

La construcción del contenido de las escalas se logró con la ayuda del departamento de Psicología de la Universidad Indiana de Pennsylvania por Richard M. Magee. El análisis de datos se llevó a cabo en el Centro de Computo de esta Universidad por John Nold (supervisor).

Cada hoja de protocolo contiene tres escalas de validez, una escala para filtrar el grado de desajuste psicológico y 12 escalas clínicas.

Las escalas de validez son: L (mentira), F (falsedades) y Def (defensividad).

Wirt & Bruen con una muestra de 2390 niños (1958 a 1962) de escuelas públicas de Minnesota, aplicaron el I.P.N. incluyendo 100 niños y 100 niñas para cada nivel de edad de 5 años 6 meses a 16 años 6 meses. Lo anterior representó 20 años de investigación.

Se siguió el método Darlington para la construcción de cada escala para una validez óptima. Las dos características que distinguen este procedimiento son:

La construcción de escala en etapas aumentando ítems en cada etapa y al uso de correlaciones inter ítems.

En cada escala se siguieron los siguientes pasos:

1.- Coeficiente de correlación producto-momento entre el ítem y el contenido de la escala (hiperactividad, delincuencia, psicosis, etc). Esto es para la validez del ítem.

2.- Test preliminar consistente de aquellos ítems de mayor validez, ignorando las correlaciones inter-ítems al construirlo se eligieron los ítems que demostraron mayor correlación producto-momento.

3.- Correlación parcial entre el ítem y el contenido (Thorndike 1949), la correlación entre el ítem y el test preliminar se computó y jerarquizó para los 600 ítems. Esto sirvió como índice de la habilidad del ítem para asegurar la validez del test preliminar o puede ser considerado como índice de la utilidad del ítem.

4.- Aquellos ítems con los mayores índices de ítems añadidos fue determinado para cada escala por medio de una selección, empírica de ítems que, en combinación con el test preliminar, más significativamente elevaba la validez de la prueba.

5.- Los pasos tres y cuatro pueden ser repetidos en relación a t2 resultando en una segunda interacción. Los ítems de la segunda interacción pueden ser adicionados a aquellos ya elegidos, resultando en una tercera etapa de prueba t3.

6.- Los pasos tres y cuatro pueden ser repetidos cualquier número de veces produciendo etapas cuarta o quintas de prueba (t4, t5, tn). Sin embargo, en la práctica, después de 2 ó 3 interacciones la ganancia en la validez de la prueba resulta mínima, mientras la probabilidad de aumentar ítems eleva la oportunidad de errores y que se redujera la validez en una validación cruzada sería altamente posible.

7.- Unidades de peso son asignadas a los ítems seleccionados por escala. La dirección de la puntuación es determinada por el signo de correlación con el criterio, o índice de utilidad de un ítem. Recibiendo así un ítem un peso de +1 para una respuesta verdadera cuando la correlación es positiva, y un peso de -1 para una respuesta falsa cuando la correlación es negativa.

8.- Si un ítem no se encuentra en t_1 y aparentemente es de utilidad a través del proceso de interacción, es añadido a la nueva escala como un ítem nuevo. Si un ítem aparece en la primera interacción, es añadido a la nueva escala como un ítem nuevo. Si un ítem aparece en t_1 y con la misma dirección de puntuación, el peso se duplica; si aparece de nuevo en la segunda interacción el peso se triplica. Si el ítem está en t_1 y aparece en la primera interacción pero con una dirección opuesta, se cancela y excluye de la escala.

La mitad de las escalas del perfil se construyeron usando una estrategia racional. La mayoría del contenido de las escalas fue construido por Klinedinst (1972-1975). Los ítems fueron nominados por 4 o más jueces expertos que proporcionaban instrucciones detalladas y material describiendo las áreas de contenido para las cuales se están eligiendo ítems. Los ítems incluidos en una escala inicial tenían que reunir dos criterios:

1.- Por lo menos 3 de los 4 jueces tenían que nombrar al ítem como perteneciente a la escala.

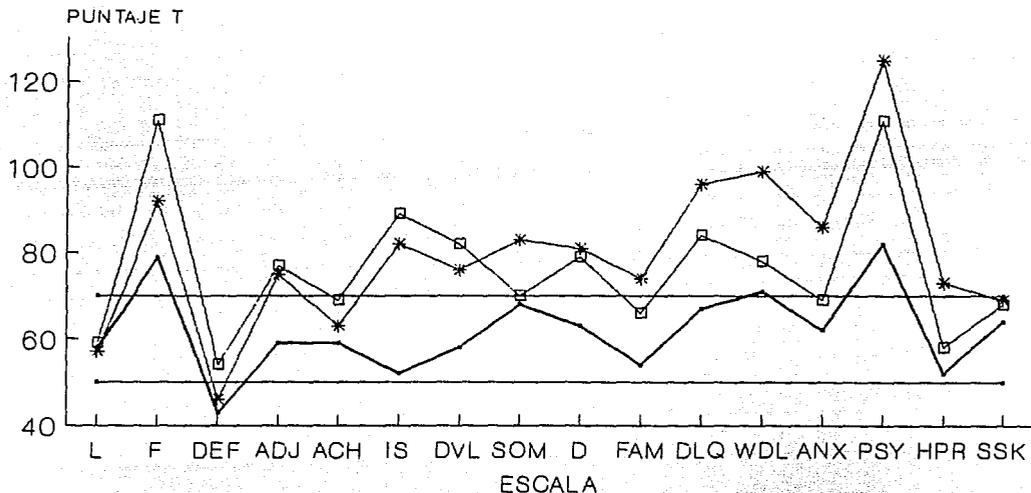
2.- Por lo menos 2 de 3 o 3 de 4 de los jueces tenían la clave para el ítem en la misma dirección. Ítems que aparecían en más de una de las 10 escalas de interés fueron diferidos. Estas escalas se elaboraron mejor posteriormente, examinando las correlaciones de puntos biserials entre la respuesta del ítem y la puntuación de la escala total. En general, un ítem fue requerido para obtener un coeficiente de punto biserial de .25 o más alto para ser retenido, aunque en algunos casos, ítems con mayores coeficientes de punto biserial fueron descartados a favor de ítems cuyo contenido fue juzgado como ausente o poco representativo de la escala. Un intento también fue hecho para construir escalas del mismo largo cuantitativo y aproximar a un equilibrio entre número de ítems verdaderos o falsos en cada escala. En esta manera, aproximadamente el 20% de los ítems de la escala original, fueron eliminados. La computación de coeficientes alfa de la escala, no resultaba en una reducción de la consistencia interna. La consistencia interna estima rangos de .62 a .84 en una muestra normativa de $n=2390$ y de .72 y .89 en una muestra general masculina de $n=198$ (1).

82) R.D. Wirt Ph. D. et al. Manual de Personality Inventory for Children. Western Psychological Services, Los Angeles 1977.

ANEXO 4. PERFIL DE LA PERSONALIDAD INFANTIL EN
RELACION A LA CONDICION DE EPILEPSIA.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS

PUNTAJE T MEDIAS POR ESCALA



GRUPO

— SIN EPILEPSIA —□— CON EPILEPSIA NR —*— CON EPILEPSIA SR

NR - NO RESPONDEDORES AL Tx. MEDICO

SR - RESPONDEDORES AL Tx. MEDICO

GLOSARIO

Actitud parental: Grado de disposición y disponibilidad para establecer el vínculo de apego con el hijo.

Asia: Perturbación en la comprensión y expresión de los signos del lenguaje sin que haya parálisis, demencia o idiotez.

Afecto: Término para asignar sentimientos y emociones. Los afectos están incorporados a las ideas.

Ambivalencia: Coexistencia de impulsos y emociones contradictorias hacia el mismo objeto.

Amor objetal: Actitud hacia un objeto que se reconoce como persona distinta de uno mismo.

Angustia: Dificultad, ansiedad, congojo, aflicción.

Aparato psíquico: Modelo hipotético para explicar la actividad de la vida mental; se extiende en el espacio y se forma por diversas porciones (ello, yo y superyo).

Apnea: Cesación de la respiración.

Aura: Sensaciones premonitorias que siente un epiléptico inmediatamente antes de una crisis comicial.

Autismo: Pensamiento determinado por deseos y fantasías sin tomar en cuenta realidad, tiempo y espacio.

Autoestima: Apreciación realista de sí mismo. Estado de equilibrio del yo con el superyo, o específicamente con el ideal del yo.

Autoimagen: Imagen de sí mismo que puede ser recreada.

Catexia: Cantidad de energía incorporada a cualquier representación objetal o estructura mental.

Catexia Objetal: Energía invertida en los objetos externos cuando se oponen al yo.

Cenestesia: Noción vaga de la existencia de todos los órganos del cuerpo.

Complejo de Edipo: Grupo de ideas y sentimientos en su mayoría inconscientes centrado alrededor del deseo de poseer al progenitor del sexo opuesto y eliminar al del mismo sexo.

Conflicto intrapsíquico: Se refiere a un conflicto entre dos partes de la mente.

Constancia Objetal: Capacidad para mantener una relación a largo plazo con un objeto específico.

Convulsión: Contracción brusca e involuntaria de los músculos involuntarios.

Crisis: Cambio brusco en la evolución de una enfermedad.

Culpabilidad: Afecto asociado a los autorreproches y la necesidad de castigo.

Defensas. Mecanismos: Técnicas que utiliza el yo en conflictos, su función es proteger al yo y se dan por: angustia ante el incremento de tensión, por amenazas del superyo y peligros reales.

Depresión: Alteración del estado de ánimo tal como tristeza y soledad por disminución de la autoestima.

Deseo: Concepción dinámica, uno de los polos del conflicto defensivo. Se asocia con imagen mnémica de percepción, se asocia a huella de excitación derivada de la necesidad.

Discrasia: Alteración del temperamento, trastorno humoral.

Displacer: Ligado al aumento de las cantidades de excitación.

Elección Objetal: Elección narcisista del objeto, se basa en la identificación con un objeto similar al sujeto.

Electroencefalograma (EEG): Registro de los impulsos eléctricos que emanan del cerebro.

Ello: partes no organizadas del aparato psíquico, contiene todo lo que está presente en el nacimiento, los instintos etc. S. Freud en 1940 amplía el concepto. "Es la parte oscura inaccesible de nuestra personalidad". Se alimenta de la energía instintiva, no tiene organización produce un esfuerzo para lograr satisfacción. El ello se atiene al proceso primario, en donde no hay diferenciación, ni contradicciones ni espacio ni tiempo.

Esquizofrenia: Trastorno mental de carácter psicótico, caracterizado por un trastorno del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Espasmo: Contracción durable de músculos finos.

Estructural: Describe la actividad mental en términos de la interacción de estructuras psíquicas (yo, ello, superyo).

Etapa anal: Desarrollo libidinal postulado en la teoría de los instintos de S. Freud, el ano y la defecación son fuente principal de placer sensual forma el centro de autoconciencia del bebé.

Etapa falica: Etapa del desarrollo libidinal infantil en la que el niño está preocupado por el pene, sus funciones y en general por la potencia.

Etapa Oral: Primera etapa del desarrollo libidinal y del yo, la boca es principalmente fuente de placer, centro de la experiencia.

Experiencia parental: Conjunto de vivencias que los padres experimentan en la relación con su hijo (a) desde el embarazo.

Fantasia: Actividad imaginativa que subyace en todo pensamiento y sensación.

Frustración: Efecto de no satisfacción de un impulso o el fracaso ante la obtención de una meta.

Funciones del Yo: Se refiere a los mecanismos psicológicos que ejerce el yo para desempeñar su papel en la orquestación del aparato psicológico. Pueden ser: perceptivas, integrativas, ejecutivas, defensivas, autónomas o relacionadas al objeto.

Hematosiis: Transformación en el pulmón de la sangre venosa en sangre arterial.

Herida Narcisista: Daño contra la auto-estima.

Hiperactividad: Actividad muscular aumentada. Se le llama también hiperkinesia. Se cree que el trastorno se debe a lesión cerebral, retraso mental o trastorno emocional o fisiológico.

Mueña mnemica: Término utilizado por S. Freud para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Se depositan en diferentes sistemas, persisten de un modo permanente, son reactivadas una vez cargadas.

Ideal del Yo: Término empleado por S. Freud en la 2a. teoría del aparato psíquico. Instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del Narcisismo y las identificaciones con los padres, sus sustitutos y los ideales colectivos. Modelo al que el sujeto intenta ajustarse.

Idealización: Proceso defensivo sobre un objeto ambivalente, se divide en dos, concibiendo a uno bueno y otro malo. Como defensa consciente o inconsciente, se sobrevalora un atributo o aspecto de otra persona.

Identificación: Proceso por el cual una persona extiende su identidad hacia otra persona o adquiere su identidad con alguna otra persona.

Identificación Proyectiva: Proceso por el cual una persona se imagina a sí misma como dentro de algún objeto externo a ella misma. Como defensa crea la ilusión de control sobre el objeto y a negar la propia impotencia.

Idiopático: Enfermedad primitiva que no es consecuencia de otra.

Inconsciente: Proceso mental del que la persona no está advertida, pero ejerce efectos dinámicos en su conducta. Sistema Inconsciente. Parte de la mente en la que los procesos mentales son dinámicamente inconscientes. Estructura con características específicas.

Incorporación: Fantasía que se refiere a que el sujeto ha ingerido un objeto externo.

Instinto: Impulso innato (biología) hacia la acción. En teoría clásica, tiene una fuente biológica, es una energía que se deriva de esa fuente y una meta. S. Freud, presenta cuatro vicisitudes del instinto: transformación en lo contrario, vuelta contra sí mismo, represión y sublimación.

Internalización: Describe los procesos por los cuales los objetos del mundo exterior adquieren permanente representación mental. Así las percepciones son convertidas en imágenes que entran a formar parte de nuestra estructura y equipo mental.

Intrapsíquico: Se refiere a procesos que ocurren en la mente.

Libido: forma hipotética de energía mental, mediante la cual se invierten los procesos, las estructuras y las representaciones de objeto.

Memoria: Capacidad de revivir las impresiones sensoriales, experiencias e ideas aprendidas pasadas, incluye tres procesos: fijación, retención y evocación.

Mente: Psique, psíquico y mental. Proceso empleado por S. Freud en su teoría general del psicoanálisis en forma abstracta, es una psicología de los procesos mentales y su organización, así la mente se considera como una entidad dinámica.

Metapsicología: Teoría general de S. Freud. Son formulaciones de alto nivel de abstracción. Describen los fenómenos mentales en términos de un aparato psíquico ficticio.

Mialgia: Dolor muscular de origen reumático

Narcisismo: Auto-amor. El objeto preferido del sujeto es su propio cuerpo. El término se utiliza para dar categoría a todas las formas de inversión de energía en el sí mismo (libido).

Negación: Mecanismo de defensa, en el que se niega la experiencia dolorosa o se niega algún aspecto o impulso del sí mismo.

Neurosis: Padecimiento del sistema nervioso en el que no se conocen las alteraciones estructurales.

Objeto: Persona o partes de persona o símbolos de personas, hacia lo que se dirige una acción o un deseo.

Objeto interno: Representación del objeto que ha adquirido la significación de un objeto externo. Son fantasías o sea imágenes que ocurren en la fantasía y se reacciona a ellos como reales. Se introyecta el objeto externo y se localiza en la realidad interna.

Personalidad: Configuración habitual de la conducta de una persona que refleja en sus actividades físicas y mentales, actitudes e intereses y corresponde a la suma total de su adaptación a la vida.

Posición depresiva: Concepto Kleiniano. Posición que alcanza el bebé o sujeto en análisis, cuando advierte que tanto su amor como su odio están dirigidos hacia el mismo objeto -madre-. Su ambivalencia lo lleva a protegerla de su odio y reparar el daño.

Pre-edípico: Se refiere a etapas del desarrollo libidinal que preceden a la fase edípica y a la relación con la madre durante ella.

Principio de placer: Término empleado por S. Freud para señalar lo que rige el funcionamiento mental. La actividad psíquica tiene como finalidad evitar displeacer y procurar placer.

Prodrogoma: Primeras manifestaciones de enfermedad.

Proyección: Mecanismo defensivo que señala el proceso por el cual se supone que los impulsos, deseos, aspectos específicos del sí mismo o los objetos internos, están localizados en algún objeto externo a uno mismo.

Psicodinámica: Estudio de los procesos mentales desde el punto de vista dinámico.

Psicosis autista: Psicosis infantil. El sujeto carece de capacidad para confiar o comunicarse con otro sujeto.

Pulsión de muerte: Última conceptualización de S. Freud. Se tiende a la reducción completa de las tensiones, a devolver al ser vivo el estado inorgánico. Se dirige hacia adentro y tiende hacia la auto-destrucción. En forma secundaria se dirige al exterior y se expresa en pulsión agresiva o destructiva.

Realidad psíquica: Conjunto de imágenes, pensamientos, fantasías, sentimientos etc., que ocupan un espacio dentro del sujeto y es llamado realidad interna. Está relacionado al deseo inconsciente y los fantasmas relacionados a él.

Relaciones objetales: Relativo a las relaciones que se establecen a la internalización -desarrollo de representaciones mentales- de objetos. En términos generales se refiere a las relaciones emocionales significativas que el sujeto tiene en el curso de su vida.

Reparación: Proceso que intenta reducir la culpa por medio de acciones que reparan el daño que uno imagina ha provocado a un objeto ambivalente invertido.

Representacion: Aquello que permite a la mente que se presente ante ella misma la imagen de algo que en realidad no está presente.

Representacion mental: Imagen representada en la mente de algo que ha sido percibido previamente. Sinónimo de imagen mental, imagen de memoria e imagen mnémica.

Representacion objetal: Representacion mental de cualquier persona que constituye un objeto para el sujeto, que está relacionado psicológicamente a ella.

Represion: Mecanismo de defensa que senala el proceso por el cual una idea o impulso inaceptable se vuelve inconsciente.

Simbolosis: termino utilizado para señalar la total y exclusiva dependencia del niño con la madre (M. Mahler).

Super Yo: Parte del yo en la que se desarrolla la auto-observación, auto-crítica y otras actividades reflexivas. Están situadas las introyecciones de los progenitores. La energía del superyo deriva del ello. Es un recipiente de lo pasado, como un nivel superior del funcionamiento del yo.

Yo: Concepto estructural y topografico, se refiere a las partes organizadas del aparato psiquico. Parte modificada del ello, por influencia directa del medio externo. El yo se confunde con el si mismo. El yo pertenece a un marco de referencia objetivo que considera a la personalidad como una estructura. El si mismo marco de referencia fenomenológico que considera a la personalidad como experiencia.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuria Guerra, J. de. (1980) Manual de psiquiatria infantil (4a. ed.) Mexico: Masson.
- Bagley, C. (1981) The social psychology of the child with epilepsy, en la Psicología de la Invalidez de Rosemary Shakespeare Ed. Continental México.
- Baranger, W.; Del Campo E.; Goldstein, R. y cols. (1980) Aportaciones al concepto de objeto en Psicoanálisis Ed. Amorrortu Buenos Aires.
- Bartley, S. Howard (1973) Principios de Percepción Ed. Trillas Mexico.
- Blackwell, L. (1976) Trait by method study of the validity of certain Personality Inventory for children scales, en Wirt, R.D.; Lachar, D. y cols. 1977, en Manual de Personality Inventory for Children Western Psychological Services, Los Angeles.
- Benedek, Th. y Gerard, M. W. (1967) Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño Ed. Paidós Buenos Aires
- Bleichmar, N.M.; Leiberman C.B. (1989) El Psicoanálisis después de Freud, Teoría Clínica Ed. Eleia Mexico.
- Cavazzuti, G.B.; Nalin, A. (1990) Psychobehavioral disturbances in epileptic children, Childs-Nerv-Syst; Dec; 6(8); p.430-433. Instituto di Clinica Pediatrica dell' Università di Modena Italia.
- Cichon, M. (1977) Personality characteristics of young children as measured by the personality inventory for children en Wirt, R.D.; Lachar, D. y cols. 1977, en Manual de Personality Inventory for Children Western Psychological Services, Los Angeles.
- Cruckshank, William M. (1989) El niño con daño cerebral Ed. Trillas Mexico.
- Fairbairn, R.D. (1962) Estudio psicoanalítico de la Personalidad Ed. Horme Buenos Aires.

- Fejerman, N.; Medina, C.S. (1985) Convulsiones en la Infancia. Diagnostico y tratamiento Ed. El Ateneo Buenos Aires.
- Fester, C.B.; Perrot, M.C. (1975) Principios de la Conducta Ed. Trillas Mexico D.F.
- Freedman, C.B. y cols. (1982) Compendio de Psiquiatria Ed. Salvat Barcelona, España.
- Freud, Ana (1979) Normalidad y Patologia en la Niñez Ed. Paidós Buenos Aires.
- Freud, S. (1923) El Yo y el Ello Obras Completa Biblioteca Nueva Tomo III Madrid 1973.
- Freud, S. (1938-1940) Esquema del Psicoanálisis Obras Completa Biblioteca Nueva Tomo III Madrid 1973.
- Freud, S. (1923) Instintos y sus Destinos Obras Completa Biblioteca Nueva Tomo II Madrid 1973.
- Freud, S. (1905) Tres ensayos para una teoria sexual Obras Completa Biblioteca Nueva Tomo II Madrid 1973.
- Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo Obras Completa Biblioteca Nueva Tomo II Madrid 1973.
- Grinberg, L. (1987) En amor, odio y reparacion de M. Klein y J. Riviere Ed. Horme Buenos Aires
- Hoare, P.; Kerley, S. (1991) Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. Dev-Med-Child-Neurol; Mar; 33(3); p. 201-15. Royal Hospital for sick children, Edinburgh.
- Isaias Lopez, M. (1983) La encrucijada de la adolescencia Ed. Hispanica Mexico.
- James, E.; Ziegler, J.; Robert G. y Erba, G. (1985) La Epilepsia en el Niño Ed. Nueva Paideia Madrid España.
- Kirchgassler, K.V. (1990) Change an continuity in patient theories of illness: the case of epilepsy Soc-Sci-Med; 30(12); p1313-8
- Kerlinger, F. (1984) Investigación del Comportamiento Tecnicas y Metodologia Mexico, D.F.

- Kernberg, O. (1979) La teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Klein, M. (1983) Obras Completas Tomo III Ed. Paidós Buenos Aires.
- Klein, M. (1983) Obras Completas Tomo IV Ed. Paidós Buenos Aires.
- Klinedinst, J.K. (1972) Relationships between Minnesota Multiphasic Personality and Personality Inventory for Children data from mothers of disturbed children en Wirt, R.D.; Lachar, R.D. y cols 1977 Manual de Personality Inventory for Children Western Psychological Services. Los Angeles.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1977) Diccionario de Psicoanálisis Ed. Labor S.A. España.
- Levin, J. (1983) Fundamentos de estadística en la investigación social. Ed. Harla Mexico.
- Lewis, M.A.; Hatton, C.L.; Salas, I. y cols. (1991) Impact of the children's epilepsy program on parents. Epilepsia; May-Jun; 32(33); p. 365-74. University of California Los Angeles.
- Matuja, W.B. (1990) Psychological disturbance in African, Tanzanian epileptics. Trop-Geogr-Med; oct; 42(4); p.359-64. University of Dar es Salaam Tanzania.
- Mendenhall/Kleinmuth (1978) Estadística para administración y economía Ed. Iberoamericana U.S.A.
- Michaca, P. (1987) Desarrollo de la personalidad. Teoría de las relaciones de objeto Ed. Pax Mexico.
- Morales, Ma. L. (1979) Psicometría Aplicada Ed. Trillas Mexico.
- Nagera, H. (1978) Desarrollo de la libido en la Obra de Freud Ed. Hormé Buenos Aires.
- Nagera, H. (1982) Desarrollo de la metapsicología en la Obra de Freud Ed. Hormé Buenos Aires.
- Niemann, H.; Boenick, H.E.; Schmidt, R.C.; y cols. (1985) Cognitive development in epilepsy. The relative influence of epileptic activity and of brain damage. Nevrol-Sci; 234(6) p. 399-403.
- Petot, J.M.; Klein, M. (1982) Primeros descuorimiento y primeros sistemas 1919-1932. Ed. Paidós Buenos Aires.

- Programa Prioritario de Epilepsia, U.S.A. (1989) Epilepsia en Niños
"monografía".
- Kapaport, D. (1976) Test de Diagnostico Psicologico Ed. Paidós
Buenos Aires.
- Mascovsky, A. (1956) Del objeto interno al objeto externo Revista
de psicoanalisis Buenos Aires Tomo XIII No. 2.
- Hycroft, Ch. (1976) Diccionario de Psicoanalisis Ed. Paidós
Buenos Aires.
- Kirk, R. (1968) Experimental design procedures for the behavioral
sciences. Ed. Brooks/Cole, publishing company. California.
- Koskos, D.L. (1974) An investigation of the differences in mother's
and father's responses on the Personality Inventory for Children
en Wirt, R.D.; Lachar, D. y cols. 1977. en Manual de
Personality Inventory for Children Western Psychological
Services, Los Angeles.
- Kubinstein, J.L. (1982) Enciclopedia de la Psicología Ed. Grijalvo
Mexico.
- Santa Maria, O. (1986) Expectativas de las madres de pre-
adolescentes con problemas de aprendizaje. Evaluadas mediante
el I.P.N. Tesis grado de Maestria facultad de Psicología
U.N.A.M. Mexico.
- Snyder, M. (1990) Stressors, coping mechanisms, and perceived health
in persons with epilepsy. Int-Disabil-Stud; Jul-Sep; 12(3);
p.100-3 University of Minnesota.
- Sutherland, J.M.; Tait, H.; Eadie, M.J. (1980) Epilepsias
Diagnostico y Tratamiento Ed. El Manual Moderno Mexico.
- Velasco, M.; Otero, O.; Vega, J. y cols. (1985) Epilepsia,
Principios y Practica Instituto Mexicano del Seguro Social
Mexico.
- Weisberg, L.A.; Struben, R.L.; Garcia, C.A. (1986) Manual de
Neurologia Clinica Ed. InterAmericana Madrid.
- Wirt R.D.; Lachar, D. y cols. (1977). Manual de Personality
Inventory for Children Western Psychological Services, Los
Angeles.
- Zetzel, E.R.; Meissner, W.W. (1980) Psicoanalisis, su estructura
conceptual Ed. Horme Buenos Aires.