

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

**CAMBIOS CONDUCTUALES Y DE PERSONALIDAD
EN EL PACIENTE CON SINDROME EPILEPTICO**
(Estudio realizado en el Hospital Nacional
de Mazatenango, Suchitepéquez)

TESIS

Presentada a las autoridades de la
División de Humanidades y Ciencias Sociales del
Centro Universitario de Occidente de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

PATRICIA VERONICA CAN DIAZ

Al conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Quetzaltenango, julio de 1993

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

AUTORIDADES

Rector	Dr. Alfonso Fuentes Soria
Secretario General	Dr. Marco Antonio Quezada Díaz
Director del Centro Universitario de Occi- dente	Lic. Abel R. López Piedrasanta
Secretario Adminis- trativo	Lic. Juan Antonio Mejicanos V.
Director de la División de Humanidades y Cien- cias Sociales	Lic. Miguel Angel Salazar
Coordinador de la Carrera de Psicología	Lic. Carlos Rafael Yllescas

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CONSEJO DIRECTIVO

Director General Lic. Abel R. López Piedrasanta
Secretario Administrativo Lic. Juan Antonio Mejicanos V.

REPRESENTANTES DE LOS CATEDRATICOS

Ciencias Sociales y Humanidades Lic. Miguel A. Salazar Barreno
Ciencias Jurídicas y Sociales Lic. Carlos R. Rodríguez A.
Ciencias Económicas Lic. Leonel A. Reyes Rivera
Ciencia y Tecnología Ing. Mario A. Amézquita N.
Ciencias de la Salud Dr. Miguel Francisco Cutz S.

REPRESENTANTES DE LOS ESTUDIANTES

Ciencias Sociales y Humanidades Br. Ana María Tamath
Ciencias Jurídicas y Sociales Br. William Cano
Ciencias Económicas Br. Werner López
Ciencia y Tecnología Br. Edwin Oswaldo Chávez
Ciencias de la Salud Br. José Carlos Echeverría
Por todos los estudiantes del CUNOC Br. Walter Rodas Villagrán

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

TRIBUNAL EXAMINADOR

Director General	Lic. Abel R. López Piedrasanta
Secretario	Lic. Juan Antonio Mejicanos V.
Examinador Asesor	Licda. María Julia Martínez de Recinos
Examinador Revisor	Dr. Gustavo Adolfo Villagrán
Coordinador de la Carrera de Psicología	Lic. Carlos Rafael Yllescas M.
Director de la División de Humanidades y Ciencias Sociales	Lic. Miguel Angel Salazar B.

NOTA: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas y opiniones sustentadas en la presente tesis. Artículo 31 del Reglamento para Exámenes Técnico Profesionales del Centro Universitario de Occidente.

PADRINOS

Licda. Sonia Isabel Pérez Mérida

Licda. Gloria Marina Figueroa de Anzueto

Lic. Héctor García Pappa

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

A MIS PADRES

Pedro Daniel Can Godoy
Martha Lidia Díaz Santos

Quienes me dan tanto y les debo tanto

A MIS HERMANOS

Orlando Daniel y Julio Roberto

Con infinito cariño

A Clemencia, Sonia Isabel, Carlos Eduardo y
María José

Infinita gratitud por compartir mis ideales

A la familia

Reynoso Rabanales

A mis amigos en general y compañeros de estudio

A mis amigos y compañeros del Centro Universitario de
San Marcos

A mis catedráticos universitarios

Al Centro Universitario de Occidente

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

Al Comité COQUALICE Sub-sede Suchitepéquez

Quetzaltenango 10 de Junio de 1993.

licenciado:
Carlos Rafael Eliescas Hijangos,
Coordinador Carrera de Psicología
Centro Universitario de Occidente.

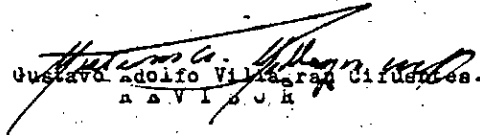
En calidad de revisor del trabajo de tesis de la profesora de enseñanza media en psicología, RAFAELIA VERONICA --
CASTAÑEDA, titulado: "Cambios Conductuales y las Características de la Familia con miembros autistas", estudio realizado en el Hospital Nacional de Quetzaltenango, Quetzaltenango, previo otorgarle el título de licenciado en psicología, se permito informarle lo siguiente.

que el trabajo de tesis de la profesora RAFAELIA VERONICA CASTAÑEDA, reúne las condiciones requeridas en todo trabajo científico, serio y objetivo, empleando las técnicas de investigación documental y de campo.

Por lo anteriormente expuesto, en mi calidad de revisor soy mi recomendación, para que el trabajo de tesis que motiva la presente, pueda seguir el curso legal correspondiente.

Deferentemente:

"ID Y ASESORIA A TODOS"


Dr. Gustavo Adolfo Villarreal Cifuentes.
A. D. V. I. C. U. H.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, Zona 18
Cercosía, Guatemala

DIRECCION DE DIVISION HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES, CENTRO UNIVER-
SITARIO DE OCCIDENTE, Quetzaltenango, veinticuatro de Junio de mil -
novecientos noventa y tres. -----

Vistos los dictámenes que anteceden el del Asesor de tesis Licenciada
María Julia Martínez de Recinos, el del examinador especialista Doc-
tor Gustavo Adolfo Villagrán Cifuentes, esta Dirección de División
AUTORIZA la impresión de la tesis titulada: "CAMBIOS CONDUCTUALES
Y DE PERSONALIDAD EN EL PACIENTE CON SINDROME EPILEPTICO", presenta
da por la estudiante PATRICIA VERONICA CAN DIAZ, previo a optar el
grado de Licenciada en Psicología, una vez aprobado el examen corres-
pondiente.

Defarantaments,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Lic. Miguel Ángel Guisasa S.
Director de la División
Humanidades y Ciencias Sociales



cc/-----
archivc.
/sgs.

INDICE

	Página
i. Introducción	1
ii. Justificación	1
iii. Antecedentes	2
1. MARCO TEORICO	3
1.1. Personalidad	3
1.1.1. Posición y Estado actual del concepto de personalidad	3
1.1.2. Naturaleza humana y personalidad	8
1.1.3. Raíces biológicas de la personalidad	12
1.1.4. Raíces antropológicas de la personalidad	14
1.1.5. Raíces psicológicas de la personalidad	18
1.1.6. Persona y máscara	24
1.1.7. Estructura y dialéctica de la personalidad	32
1.2. Conducta	40
1.2.1. El desarrollo de la psicología y la conducta	41
1.2.2. Etiología y patogénesis de las enfermedades psíquicas	43
1.2.3. Fisiología y anatomía patológica de las enfermedades psíquicas	43
1.3. Epilepsia	47
1.3.1. Conceptos básicos	48
1.3.2. Factores precipitantes: Idiopáticos-Sintomáticos	49
1.3.3. Fisiopatología	50
1.3.4. Síntomas de los diferentes tipos de epilepsia	50
1.3.5. Herencia	62
1.3.6. Neuroquímica	66
1.3.7. Cisticercosis y epilepsia	67
1.3.8. Electroencefalografía	68
1.3.9. Clasificación y tratamiento médico	72
1.3.10. Status epilepticus	79

	Página
1.3.11. Psicodiagnóstico	80
1.3.12. Psiquiatría	91
1.3.13. Rehabilitación	100
2. MARCO METODOLOGICO	103
2.1. Planteamiento del problema	103
2.2. Definición del problema	103
2.3. Delimitación del problema	103
2.4. Objetivos	104
2.5. Hipótesis	104
2.6. Población	104
2.7. Procedimiento	105
3. MARCO OPERATIVO	107
3.1. Presentación de resultados y gráficas	107
3.2. Análisis e interpretación de resultados	123
3.3. Comprobación de hipótesis	125
Juicio Crítico	125
4. CONCLUSIONES	127
5. RECOMENDACIONES	129
6. BIBLIOGRAFIA	131
7. ANEXOS	133

i. INTRODUCCION

Este trabajo se inspira en la búsqueda constante de la ubicación más adecuada del ejercicio profesional psicológico del medio mazateco. Busca ante todo participar en el preocupado interés por encontrar respuestas adecuadas ante el fenómeno epileptógeno.

Al hablar sobre epilepsia nos referimos a una descarga irregular del trajín eléctrico del cerebro, que se manifiesta a través de un ataque; ésta disfunción neurofisiológica afecta en forma temporal o permanente los aspectos psicológicos y sociales.

La no aceptación del sujeto con tales manifestaciones desarrolla fenómenos tales como hipercinesia, bradipsiquia, irritabilidad; si éste es controlado medicamentosamente y con asesoría psicológica concluímos que antes y después de la crisis el paciente es una persona normal y que puede continuar con su actividad.

ii. JUSTIFICACION

La inquietud de este trabajo nace como producto de la observación que despierta éste fenómeno como problema que afecta tanto al paciente en sí, como también a las personas que le rodean.

Durante el tiempo que se ha observado a los pacientes, se deduce que existe ciertos cambios tanto conductuales como de personalidad durante el desarrollo del ataque y ello provoca cierto grado de desconfianza, inseguridad a aquellas personas que rodean al paciente y es de suma importancia detectar y establecer parámetros para poder dar una explicación objetiva de la enfermedad a través de un plan operativo.

La etiología de la epilepsia se debe a diversas causas, como también a las manifestaciones que se presenta, lo cual nos permite clasificarlos según el deterioro tanto en forma parcial como generalizadas. Por ende es importante conocer las reacciones del paciente para poder explicar los cambios conductuales como psíquicos.

iii. ANTECEDENTES

En el Departamento de Suchitepéquez como en sus municipios no existía ninguna clínica que atendiera enfermedades neurológicas.

El 12 de octubre de 1991 en un acto simbólico realizado en la Gobernación Departamental de Mazatenango queda organizado el Comité Capítulo Guatemalteco Liga Contra la Epilepsia Sub-Sede Suchitepéquez, integrado por distintos profesionales tales como Neurólogo, Médicos, Enfermeras tanto graduadas como Auxiliares, Psicólogo, Trabajador Social, Padres de Familias, Comerciantes y Amas de Casa.

1. MARCO TEORICO

1.1. PERSONALIDAD

La personalidad es campo y producto de la actividad física, social y mental; constituye un enjambre de imaginación, hipótesis y expectativas, que influencia las propias percepciones e interpretaciones del mundo que, a su vez, influye en el comportamiento.

1.1.1. POSICION Y ESTADO ACTUAL DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

La individualidad del hombre cambia el estadio específico de la ontogénesis y se acrecienta cada vez con una nueva adaptación. De manera que la individualidad de una personalidad es, de hecho, la síntesis de su evolución anterior y de la adaptación complementaria nueva que la caracteriza. Desde el punto de vista estructural la individualidad revela el encadenamiento de los pasos cuantitativos y cualitativos que superaron los diferentes escollos de medio interno y medio externo, de coordinación fisiológicamente y de estimulación social, que imbricándose hicieron su unificación en las respuestas que adquirieron con mediación de la conciencia como unidad de realización.

En una palabra la unidad psíquica del ser humano sería una relación facticia, lógica y de interpretación, y la verdadera realidad de su unidad estaría asentada en la morfología, que determinaría el predominio de las funciones vegetativas o de relación. La personalidad se convierte de este modo en epifenómeno y, tanto su concepto como su teoría no sería otra cosa que una manera de salvar el fenómeno, o sea construcciones teóricas formuladas de modo que sus consecuencias concuerden inevitablemente con lo observado.

Las biotipologías morfológicas no solamente las de los iniciadores sino hasta los actuales como Sheldon niegan la realidad del mundo exterior objetivo sobre el que actúa o se despliega la personalidad, o por lo menos la posibilidad de formarnos alguna idea de los lazos que puedan unirla con él. Así el elemento fundamental de la personalidad no es funcional: psíquico y orgánico, sino algo anterior a ambos: morfológico. Estos dos conceptos, funciones psíquicas y funciones orgánicas son para los biotipólogos modos de abordar los fenómenos de la conducta porque al designarlos creamos el concepto de personalidad, y al considerar las relaciones con el medio forjamos sus expresiones psíquicas.

No cabe duda que las glándulas endocrinas desempeñan un papel importante en la determinación del tipo de unión entre individuo y medio, como demuestran las conductas sensomotrices y sensoperceptivas de los sexos, pero está siempre presente la gran dificultad entre lo hereditario y lo adquirido, o mejor dicho de precisar cuáles de los factores biológicos son hereditarios y cuáles adquiridos.

El conjunto de personalidad no es siempre una simple sucesión de acontecimientos, de etapas, de edades, sino una carrera agónica de integración y de conducta conquista. Conquista de su personalidad por cada uno; integración a situaciones en medio de las cuales la vida del individuo la mezcla y arrastra.

La integración puede ser más o menos firme, más o menos exclusiva o rigurosa, porque es indispensable para la existencia y la conciencia del hombre.

El error inicial de los biotipólogos fue y es tomar por principio de la personalidad la unidad biológica y psíquica del individuo, sin comprender que se trata de

una adquisición relativamente tardía y frágil que se logra a lo largo de la ontogenia. El punto de vista de la personalidad está unido con una afirmación de identidad que lo pone a cada una de las experiencias particulares y sucesivas del individuo que, opone a éste al contenido de su actividad y a los acontecimientos de su propia existencia.

Jung establece la relación entre lo orgánico y lo social, pero los personólogos de la psicología consideran que lo orgánico no puede desmentir lo social, que nutrido por él, sometido a sus correlaciones sociopsicológicas, dependen de él.

En efecto, de lo que precede resulta que es imposible interpretar la conducta del viviente sin considerar el medio donde se encuentran los estímulos y las barreras que lo obligan a una actividad negantrópica por medio del principio de la homeostasis.

Por esto la personalidad es producto de procesos irmanentes de actividad que reside en el sujeto y que resulta del curso natural de los acontecimientos sin intervención de un agente que se distinga con la psicología de inspiración psicoanalítica actual, al conjunto organizado de las operaciones, seleccionadas en función de las informaciones recibidas sobre el ambiente por las cuales el individuo integra sus tendencias, se deduce que es a través de la historia de las conductas que se explica la formación de la personalidad; por consiguiente no sorprende que las tendencias que integran las conductas sean consideradas tanto factores como productos de la conducta misma.

Los personólogos tendrían menos dificultad si observan primero los mecanismos biológicos y sociales normales y los tomaran después como pruebas en la explicación de las variaciones experimentales comprobadas.

Considera Freud la Sociedad "Como un órgano de represión y presión para transformarse en un conjunto de instituciones cuyo efectos negativos e inhibidores sobre la personalidad también son positivos y creadores"; se abandona a la vez el concepto de sociedad por el de grupos sociales con fisonomía propia con estratificaciones en subgrupos, clases, instituciones, y cuya dinámica se expresa con la palabra cultura, que para el caso definen como un conjunto de normas, de valores, de estandar, de comportamientos, que traducen el modo de vida del grupo.

M. J. Hersokovitz escribe: "Una cultura es el modo de vida de un pueblo, mientras que una sociedad es el conjunto organizado de individuos que siguen un modo de vida dado; más simplemente, una sociedad se componen de individuos, y la manera que como se comportan constituyen la cultura".

Esto implica tres características fundamentales: que la cultura es relativamente independiente de los individuos que la viven; que a los individuos del grupo, la cultura ofrece modelos admitidos, compartidos o que se imponen; que los aspectos ideológicos de la cultura traducen la manera como el grupo resuelve el problema fundamental de adaptación del mundo físico.

Para que estas condiciones lleguen a cumplirse y la cultura represente así el factor modelador de la personalidad, se requiere de éste una preadaptación, un desarrollo previo de la personalidad en función del grupo, algo más que una aptitud para la transformación, esto es que en los niños se creen estructuras reactivas comunes, responsables en todo de los rasgos fundamentales comunes que la cultura exige del adulto.

Por lo anterior Wolff conceptualiza: "La autoconciencia como capacidad del individuo de considerarse así mismo siempre uno y mismo frente a la multiplicidad

de las propias condiciones ocupa un puesto importante en el pensamiento de muchos personólogos. De ésta manera la personalidad se convierte en esencia interior e inmediatamente que, por la imposibilidad de someterla al análisis conceptual, escapa a la comprensión objetiva.

En el plano empírico esta concepción se concreta afirmando que la naturaleza del individuo está determinada por los dos órdenes de factores que pueden modificarse en el curso de la vida: las disposiciones hereditarias, cuya maduración es gradual y a la adquisición progresiva de nociones y fórmulas de interpretación, de manera que la continuidad de la autoconciencia es posible gracias al carácter consecuencial de la personalidad en cuanto proceso y no de constancia, cómo determina su ubicación temporal que la une a nuestros recuerdos según las categorías antes y después.

La personalidad la trasciende en diversos modos y bajo diversos aspectos por medio de un complicado sistema de relaciones entre la conciencia individual y la sociedad, es la persona como se conduce en el mundo propio en que vive, lo cual significa en la lucha entre el mundo propio del individuo y el mundo que lo rodea una enorme concesión, concesión dolorosa del primero al segundo.

La personalidad, fenomenológicamente encarada, volvería a ser en los tiempos modernos la máscara de teatro antiguo, la figura que esconde al ser torturado porque no se expresa, desfigurado porque está contenido, y que aguarda siempre el momento de mostrar su verdadera naturaleza, de ser en el futuro lo que su ser actual desea ser.

1.1.2. NATURALEZA HUMANA Y PERSONALIDAD

Lo humano está ligado a la matriz del viviente y surgiendo como producto único de la socialización. Comprender la naturaleza humana es lo que posee de intrínseco y de extrínseco, asir la dialéctica del proceso en el primer paso de una teoría antropológica concreta que para culminar con su teoría de la personalidad debe acudir a la mediatez implícita en la función de la conciencia, lo cual significa a su vez reconocer como factor decisivo en la personalización a la individualidad y al individuo.

En efecto, los sistemas de la personalidad no cuentan a la individualidad entre sus elementos personalizadores. En su determinismo no cabe un factor que se autoconstruya y que irremediablemente introduzca variantes peligrosas para el equilibrio del sistema, de modo que su concepto de individualidad desemboca en el individuo abstracto como resultado final de un proceso que le da significado.

Se destruye así la naturaleza concreta del hombre y se eliminan de la personalidad los procesos más humanizadores de nuestra especie, que son los históricos. Fluctuamente entre la naturaleza determinada por lo biológico y la constituida por antonomasia de los sistemas y pierde la cualidad esencial que justifica en un proceso que comprende pasado, presente y futuro: la historicidad.

El hombre actúa con la conciencia reflexiva sobre la naturaleza fuera de sí mismo, pues las modificaciones que le provoca van más allá de la intuición que asegura la sobrevivencia de la especie. Se trata de la acción del pensamiento, que originariamente se revela mítico, metafísico por la imposibilidad técnica de concretar la intención en acción, la gnosis en praxis y,

que sin embargo llega a cumplir su misión transformadora de la naturaleza humana porque toda mitología domina y acondiciona las fuerzas de la naturaleza en la imaginación y por la imaginación.

El sistema de necesidades y de funciones biológicas genéticamente unido con el genotipo, es tan aparente para el hombre como para cualquier ser organizado sin caracterizarlo: son propias del viviente. Para que lo caractericen como parte de la especie humana es preciso que sobre esos sistemas se desarrollen funciones propias y nuevas de la vida en sociedad.

Esta situación de indefinición, que no encontramos en ningún otro viviente, razón de nuestra debilidad e incapacidad originarias, es al mismo tiempo el signo de indefinidas posibilidades futuras, de las capacidades posibles que el hombre puede desarrollar. El sistema de vida cerrada, dominada y regulada por una naturaleza dada, que hace del animal un determinado animal en cualquier circunstancia y momento, está suplantada en el ser humanizado por una existencia abierta, creadora y facilitadora de una naturaleza adquirida.

De este modo el hombre ha sido, es y será aquello que las circunstancias socioculturales moldean: una pluralidad de tipos humanos y no un tipo específico, siempre idéntico a sí mismo. Esto que diversifica el hombre en el espacio y en el tiempo y con ello se hace la historicidad de la naturaleza humana.

El núcleo de la naturaleza humana está en la singularidad del individuo y no, en la uniformidad de las conductas, en la generalidad de los procesos adaptativos. En efecto, la singularidad del individuo es la que muestra su esencia concreta, esto es su ubicación dentro del engranaje de las relaciones sociales que determinan el nivel, orientación, y finalidad de las

conductas. Si la naturaleza humana se realiza en la historicidad y explican el papel de cada ser, de su naturaleza concreta en un momento dado.

Las relaciones de clase, diferencian o igualan de manera que en la oposición la naturaleza del hombre aparece tanto realizándose concretamente como alienándose.

Las relaciones sociales representan la movilidad y su duración los lapsos que integran el tiempo histórico; la historicidad está íntegra en este devenir y la naturaleza humana que ha realizado, se realiza y se realizará, representa en cada momento del devenir la imagen concreta del hombre singular que sus relaciones de dominio o de dependencia de alienación en los dos casos, puede darles un vuelco de ciento ochenta grados cuando toma conciencia del cambio real o posible.

La naturaleza humana como fenómeno singular y concreto, es decir, más allá de la realización natural, adaptativa del viviente, se nos presenta como actividad negantrópica, desequilibradora, creadora de diferencias que la singulariza para cada individuo y en cada momento de su devenir.

La diferencia entre lo que explicamos y lo que es corriente aceptar no está en las estructuras que se adjudican a la naturaleza humana que son las mismas, sino en los puntos de referencia que relacionan sus orígenes y evolución.

En teoría y por principio, cuerpos elásticos y moléculas gaseosas son inermes que son generales y eternas; pero el Homo Sapiens es concretamente y por definición producto de una complejización creciente y funcional de la materia viva; es Homo porque esa complejización orgánica desembocó en un nivel funcional

en el cual las simbolias pueden representar, sintetizar y sustituir la praxis proyectando a su acción en el futuro.

Inteligencia, razón y conciencia son el resultado general para la especie, resultado que en lo individual se traduce respectivamente por capacidad de plantear problemas, de estructurar conclusiones que concuerden con la realidad, de ubicarse reflexivamente en relación con puntos de referencia posible y a veces ocasionales, históricamente dados y por lo mismo susceptibles de cambio según se transforma las circunstancias.

La estructura concreta e individualizadora de la naturaleza humana sólo puede dar pábulo a la estructuración de una personalidad también concreta e individualizadora. Si la historicidad es característica del fenómeno de base que representa la naturaleza humana, también lo será de la personalización.

La dialéctica de los procesos que arranca uno del otro nos mostrará, en lo sucesiva que la función personalizadora representa la proyección racional y consciente de la naturaleza humana, que del equilibrio de ambas surge la persona objetiva, libre y representativa de la evolución de la especie en cada momento histórico. Frente a ideologías que distorsionan para alienar al hombre, a explicaciones que aceptan la alienación como fenómeno natural o la justifican, la naturaleza humana y la personalidad entendidas como funciones de autoconstrucción de lo individual reivindican y asegura el principio fundamental de la esencia humana.

Alejarnos de éste principio es cosificar, destruir en sus raíces lo humano immanente para exaltar lo trascendente y justificar cadenas de hoy con libertades de un mañana extraterreno. Lo humano en general es producto del azar y de la necesidad biológicas, epifenómeno de la creación o simple superestructura de lo

social, es negar que haya una naturaleza humana autónoma y autoconstructiva de circunstancias, esto lleva lógicamente a negar la personalidad como función de consecuencias y a ponerla como base de cambios que la adaptación de circunstancias exige del hombre.

1.1.3. RAICES BIOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD

El viviente es una estructura en sí y para sí que se conserva y perdura en la duración gracias a procesos del universo biológico y físico. Con el primero se logra el equilibrio del medio interno que, a la vez, equilibra con las condiciones biofóricas del medio; con la segunda se conquista la relación más estable entre estímulos exteriores y sus propias respuestas, de manera que la variabilidad de la especie desemboque siempre en adaptación.

Sin cualidades biológicas diferenciales permanentes, el ser no sería el ser de nada y el viviente, representación abstracta en tal caso, no existiría.

El significado análogo ofrece la función personalizadora, que procura la reunión específica y establece, a través de la personalidad, la unidad dialéctica del elemento biológico cuantitativo, como el psíquico cualitativo de donde surge el fenómeno humano, como etapa de síntesis y jerarquía superior, que la esencia específica.

En biología nada se realiza sin procesos, sin sustancias, sin operaciones antagónicas que se desarrollan rechazándose unas con otras. La contradicción y la heterogeneidad están así en la base del fenómeno vida, en la estructura y funciones del viviente que representa la síntesis morfológicas y funcional de ese choque dialéctico de los opuestos.

La función energética de su sistema vital está concentrada en la vida de relación, en la actividad negantrópica que la sensibilidad y la motricidad en confluencia son capaces de provocar. Cuando estudiamos al hombre pretendemos descubrir hasta que medida su naturaleza animal se ha transformado y sin dejarlo de serlo, representa una síntesis de un nuevo proceso.

La diferencia esencial entre lo humano y lo animal está en que el hombre genera negantropía con la gnosis y la praxis; en tanto la sensomotricidad animal se agota con la creación de un desequilibrio precario que desemboca en la nutrición y la reproducción como formas de mantener y crear energía, la sensomotricidad humana produce la gnosis, y con la praxis, con la actividad sensomotriz modifica y la intercalación de la intencionalidad que mediatiza la relación estímulo-respuesta que impide a la naturaleza humana cuajar en una forma estática permanente; ello implica historicidad de la naturaleza humana.

El animal con una brevísima etapa de crecimiento concluye el ciclo vital de la negantropía triunfante y la heterogeneidad se iguala y equilibra muy rápidamente con la homogeneidad de la especie; el hombre, por el contrario, tarda mucho más en llegar a esta etapa, y cuando alcanza ya desarrolló y emplea a fondo los mecanismos creadores de negantropía con sus funciones intelectuales.

Con la inteligencia plantea problemas, con la razón ordena y sistematiza esos planteamientos, y con la conciencia crea actitudes que lo alejan de la homogeneización y le conceden por individualidad.

La materia biológica, es el conocimiento de la heterogeneidad, de la que es el sujeto activo, y que se opone dialécticamente a lo homogéneo, que representa la objetividad. Esta oposición entre lo subjetivo y lo

objetivo se traduce en síntesis cualitativa que es la individualidad, dinamismo biológico que se actualiza y potencializa, y la potencialización y la actualización del dinamismo antagonista, del que es constituyente unido y que es la objetividad.

Las raíces biológicas de la personalidad están en la individualidad que en las cosas y en los seres representan la diferencia material que hace que una cosa o un individuo distinto de otro y fuera de las diferentes de especie y género con que se considera sistemática útil separar a los vivientes.

1.1.4. RAICES ANTROPOLOGICAS DE LA PERSONALIDAD

Jean Claude Forquin afirma que sociedad es la unidad de una pluridad de niveles, fuerzas productivas, relaciones de producción, superestructuras jurídicas, políticas, ideológicas.

Y para Margaret Mead "Cultura es el conjunto de las formas adquiridas de comportamientos de un grupo de individuos unidos por una tradición común que transmite a sus niños, ello designa tradiciones artísticas como sus técnicas propias, sus costumbres políticas y los mil usos que caracterizan su vida cotidiana.

Lo anterior implica la esencia de un momento histórico que constituyen la unidad del fenómeno social y al mismo tiempo lo hace inteligible porque refleja una concepción compleja de la totalidad social, en el seno de la cual se desarrolla una multiplicidad de contradicciones, de las cuales alternativamente cada uno desempeña el papel de contradicciones principales y dominantes.

El todo social representado por la cultura es un todo estructurado en el que se integran niveles relati-

vamente autónomo, que se articulan unos con los otros según determinaciones específicas fijadas en última instancia por la transmisión del hecho cultural de una generación a otra, su valor y eficacia en la formación de los individuos no debe ni puede ser pensada sobre la sucesión temporal, ya sea de la totalidad o de sus partes.

De este modo la totalidad estructurada aparece como autónoma y en totalidad de sus cambios no intervienen los individuos que componen la sociedad y que por su propia naturaleza humana tiene una temporalidad particular relativamente autónoma. Para ser radical en Psicología se trata de pensar al hombre y no de soñar acerca de él, y se lo piensa cuando se lo enmarca dentro de la realidad verdaderamente humana y no observándolo con la lente de ideologías, por medio de conceptos y aplicándole el sanbenito de las determinaciones mecanicista de la sociología positivista unas veces, positivista y psicologista otras; lo que evocan dentro de la cultura los psicólogos no es el hombre, es un concepto.

La esencia del hombre está dada por la cultura, superestructura que constituida una vez para siempre genera en el hombre la finalidad de sus actos, en la que precisamente encuentra su esencia. El hombre se conduce con sentido opuesto a su actividad vital; se distingue de ella relacionándose con ella; mantiene una relación práctica con su actividad vital. De aquí que el hombre sea el único viviente que se encuentra en relación práctica, o sea relación consciente, consigo mismo y por consiguiente con su objeto, es decir, el hombre es un viviente cuya relación con su objeto es su praxis.

Y un ser cuya relación con su objeto, con el ser, es praxis, se relaciona tanto de manera unilateral como

universal con su objeto, con los demás seres y consigo mismo, de manera que unilateralmente puede sufrir la presión de una circunstancia que es la cultura, pero está lejos de ser una marioneta a la que se le mueve con hilos de la costumbre, de la religión, de los actos jurídicos, porque al relacionarse de manera universal con el objeto, con los otros y consigo mismo, crea la sociedad que universaliza y de la cual la cultura de los personólogos es apenas una superestructura temporal; el fenómeno de la inserción del ser humano en la naturaleza humana está por consiguiente en la sociedad.

Para reinstalar al hombre en el seno de una antropología, Marx afirma y concretiza al hombre por la conciencia de sí, la realidad humana más diversas aparece únicamente como una forma determinada, como una determinación de la conciencia de sí sólo es pura categoría, un simple pensamiento puro y sobrepasar por el pensamiento puro. En la fenomenología de Hegel los fundamentos materiales, sensibles, objetivos de las diferentes formas alienadas de la conciencia de sí del hombre están dejados de pie y toda la obra destructiva tuvo como resultado la filosofía como conservadora puesto que se figuraba tener superado al mundo objetivo, al mundo sensible, desde el momento en que lo transformó en ser ideal, en una simple determinación de la conciencia de sí, y puede en consecuencia disolver su adversario vuelto etéreo en el éter del pensamiento.

Lo que Marx reprocha a Hegel es la irreductibilidad del ser con el pensamiento y el hombre como praxis, o sea que no sólo reivindicamos la objetividad del ser sino también y sobre todo su valor en tanto que particular, individual.

Es así como la doctrina del hombre en la tesis culturalista y estructuralista debe ser transformada en antropología concreta para poder interpretar la personalidad como realidad individual y particular, porque

el secreto de su antropología especulativa es el hombre alienado. Según los personólogos culturalistas y lacanianos la esencia de la antropología es el hombre proyectado fuera del hombre, el hombre trascendente.

Se olvida, y es pecado capital, que el trabajo transforma las condiciones naturales de la existencia humana en condiciones sociales, y que la personalidad como integración de las capacidades del hombre únicamente puede estructurarse con las transformaciones de las condiciones de la existencia por el trabajo.

El punto de referencia de nuestra antropología concreta es la sociedad humana, porque en lugar de relaciones exclusivamente intersubjetivas afectivas y abstractas en lo general concebimos la relación entre los hombres como actividad práctica, esto es actividad humana concreta que no elimina la subjetividad, que por el contrario la destaca como actividad, como praxis del sujeto que es objetivamente activo.

La producción es una producción social y por consiguiente da lugar a un resultado: producción de cosas y de relaciones sociales, de manera que a la vez se realiza en las cosas y en las formas sociales mismas.

Como producción social está determinada por el momento histórico específico, lo cual significa que se efectúa en condiciones sociales determinadas y que los hombres que en ellas actúan son hombres reales tal como expresan su vida, tal como producen su vida, lo cual hace que la esencia humana sea su realidad el conjunto de las relaciones y que toquemos con esto el fondo del problema de los fundamentos antropológicos para un estudio materialista de la personalidad.

En otros términos debemos buscar el fundamento antropológico de la personalidad en la interpretación

antropológica del proceso mismo de producción, proceso que no produce únicamente un objeto por un sujeto, de manera que el papel del individuo en la producción, se ubica en la escala del trabajo, su capacidad de praxis, establece su especificación antropológica individual y señala la raíz social de su personalidad.

Esto significa que en el proceso de producción de hombres están en relación con la naturaleza y entre ellos, por lo mismo no producen aisladamente, para un fin incierto o desconocido sino, que producen refiriéndose los unos a los otros por un intercambio mutuo de actividades que los hace entrar en relaciones y conexiones determinadas.

Finalmente es por estas relaciones y conexiones que su acción sobre la naturaleza y sobre ellos mismos, su producción y personalización acaece. Para sintetizar, el modo de producción es el modo en el cual los hombres producen y se reproducen, en relaciones determinadas, como conjunto de relaciones sociales que, a su vez, producen y determinan el vector antropológico de la personalidad.

Ahora bien, la cuestión del carácter concreto de la personalidad o de su totalidad está más allá de las relaciones sociales que son una parte de la misma, porque corresponde a la realidad concreta que es el viviente humanizado y que la constituyen tanto sus raíces biológicas como las antropológicas y sociológicas.

1.1.5. RAICES PSICOLOGICAS DE LA PERSONALIDAD

El proceso evolutivo llevó al desarrollo de ganglios cerebrales más voluminosos y por consiguiente a mayores capacidades propioplásticas, pero bien es cierto que en los mamíferos superiores se verifica un gran desarrollo de neocortex; esta función es de tipo

umbral, o sea que ofrece un cambio cuantitativo y sobre todo cualitativo de entidad significativa con la aparición del hombre y la importancia del lenguaje para la actividad propioplástica, lo cual incluye en particular la naturaleza histórica de la existencia humana y el alcance y la extensión de la capacidad humana para comunicarse.

Estas características son las que hacen la historia del hombre como historia de la evolución social y no de la biológica, de manera que el hombre únicamente puede ser comprendido en términos de su historia, que como descripción social se sobrepone progresivamente a la historia neurobiológica o del comportamiento individual.

Para el Behaviorismo la conducta humana es una suma de reflejos innatos o condicionados y la personalidad la yuxtaposición de esos condicionamientos; de este modo cada individuo será aquello que sus condicionamientos hagan de él, Watson escribe "lo que somos, es lo que hacemos y hacemos, lo que el medio nos hace hacer." (J. B. Watson: 1,920).

Este tipo de teoría está en completa oposición con la naturaleza concreta del hombre y con su historicidad; es una concepción que niega la praxis como el elemento autoconstructor de la individualidad y del mundo, que al mismo tiempo asienta un acontecimiento ya primitivo en el momento, cuando se anuncian los principios, de las funciones del sistema nervioso superior.

La personalidad es una relación dialéctica con la necesidad, esto es el conocimiento y la praxis racionales que los personólogos sin excepción niegan con sus teorías. La personalidad como categoría históricamente condicionada dentro del desarrollo psíquico refleja el grado también condicionado de acción del hombre sobre la naturaleza, y el poder del hombre sobre sí mismo y

y sobre las fuerzas y dinámica de la sociedad humana, por lo que no es estática y exhibe un carácter histórico concreto y cambiante; a través de la evolución social se modifica el contenido de la personalidad y de los fines a que tiende, y en este devenir dialéctico interviene entre otros factores el trabajo.

La evolución de la personalidad, su devenir a partir de la individualidad de un puro ser natural para transformarse en signo humano distinto, es un proceso que tuvo y tiene lugar psicológicamente y primordialmente por el trabajo, y los pasos por lo que a través de éste ha pasado el hombre a la conquista de su autonomía como persona. Este proceso es conocido como producción del hombre como hombre, debe hacerse del hombre a sí mismo, lo realiza como ser social y lo concreta con la personalidad.

De manera que el desarrollo de la personalidad se cumple en la sociedad y por la sociedad.

Pero la sociedad no preexiste al hombre singular, como si fuese un algo existente de por siempre, sino que resulta del trabajo cuyo significado y su valor está íntegro en la inteligencia, la razón y la conciencia.

El hombre no está desintegrado en facultades, no es marioneta de instintos y de complejos, ni de comportamientos automatizados. Instintos, tendencias, pasiones, automatismos, sentimientos de inferioridad o de superioridad, las funciones psicobiológicas mismas de base están integradas por sus funciones en una unidad natural, un todo vitalmente organizado que psicológicamente se revela en la praxis libre que es síntesis de inteligencia y razón.

El hombre es, pues, todo tanto la totalidad, tota-

lidad ideal, de la existencia subjetiva para sí de la sociedad pensada y sentida, así como en realidad él existe sea como contemplación y disfrute de la existencia social, sea como totalidad de manifestaciones humanas de la vida (Karl Marx; 1844). Este es el hombre efectivamente real e histórico, el hombre que una Psicología debe estudiar.

Si este hombre vive involucrado en una sociedad también real e histórica, dentro de la cual advendrá hambre por la gnosis y la praxis representadas por el conocimiento y el trabajo, no cabe dudas que su personalidad, producto de esa evolución histórica, deberá ser estudiada en lo psicológico a través de los elementos mentales esenciales de la gnosis y de la praxis, esto es de la inteligencia, la razón y la conciencia.

Es muy importante hacer énfasis que la característica humana por excelencia es la producción, lo cual significa la creación y establece relaciones sociales y modifica a la vez al hombre; la praxis de la función de adquisición: el trabajo requiere de la inteligibilidad de la realidad, de saber en primer término porque el orden de los hechos es constante, esto es que habiendo comprobado que lo que es constante es necesario, necesita llegar a relaciones inteligibles, o sea que una vez conocido el orden de las cosas se lo debe explicar: crear formas mentales susceptibles de coordinar los datos provistos por la sensomotricidad.

Estas formas mentales representan la teoría, que permite prever y dar intencionalidad a los actos, con lo cual se genera la producción, esto es el trabajo socializado. Es verdad que existe el trabajo animal, pero representa una actividad biológica programada, estereotipada genéticamente para la especie: produce unilateralmente, solamente bajo el dominio de la necesidad física inmediata, mientras que el hombre produce universalmente, libre de la necesidad física como

agente de una poiesis que lo trasciende, que trasciende sus urgencias vitales, pragmáticas, y que lo convierte en hacedor de la sociedad y de la propia humanidad.

En la sima y en la cumbre de la inteligibilidad del mundo está el trabajo, entendido que no hablamos del trabajo alienado, que representa dialécticamente el comienzo y el fin de la praxis inteligente, esto es el pensamiento.

El hombre se produce a sí mismo por medio del trabajo que es la praxis de la inteligencia, y se comporta frente a la naturaleza concretamente aunque de modo mediato a través de la acción por la que justifica su praxis poniéndola de acuerdo con la realidad social, esto es con la razón, que es su propia humanidad y por la que adviene al mundo histórico dentro de la estructura de las interrelaciones humanas y sociales.

La función de la conciencia es siempre una respuesta a cualquier variación de las relaciones necesarias entre las ideas establecidas por la razón, algo así como una movilización general de las funciones mentales que permite un mejor conocimiento de las situaciones y, por consiguiente, un ajuste de las conductas, de manera que aparece como etapa obligatoria del comienzo de toda actividad, en razón de lo cual está caracterizada por ausencia de especificidad de los estímulos, lo que permite que haya diversidad en las respuestas que la conducta sea libre.

Así, por ejemplo, en la alienación del hombre clasificado, la conducta responde al patrón de estímulos que lleva implícita la finalidad de cumplir, tenemos por caso el trabajo, de modo que mientras no haya una toma de conciencia de la situación el individuo producirá contra sus propios intereses vitales.

Se trata de la actividad dirigida por un sistema ajeno a las necesidades del individuo, que es negación de la libertad de elección y por consiguiente de los actos. Por el contrario el individuo libre reacciona a través de todas sus funciones mentales y el único problema que se plantea en este sentido para especificar el papel de la conciencia, es el del valor de una componente particular para juzgar de una reacción total como la actividad consciente, lo que obliga a distinguir entre la fuerza de la conciencia y su naturaleza, esto es entre la capacidad para reconocer en la realidad de los elementos que impiden la libre acción y la reflexión que establece la relación entre el ser de las cosas y el ser del sujeto.

En efecto, la función consciente es una reacción total del organismo, en la que cada uno de los componentes no es una función aislada sino condición de esa actividad total, por lo que tiende a la exclusividad y termina por ser un efecto de afirmación del ser individual contra el ser de las cosas y la imposición de sus fines.

En esta interrelación cuya función dialéctica reposa sobre elementos biológicos bien definidos (Merani: 1,973 208); la conducta termina por un efecto de emancipación de las circunstancias. Pero es oportuno recordar que ese efecto no puede bastarse por sí mismo, lo que es esencial para comprender su anulación en la praxis, sino que su persistencia responde a sus efectos sobre la realidad.

La conciencia como autoconocimiento del individuo y de su situación, que estudia la psicología tradicional, es una abstracción inútil porque para que se revele como función vitalizadora, para que no sea simplemente la comprobación de un hecho lo cual corresponde a la razón, es menester que la inteligibilidad de los hechos,

vaya acompañada de una praxis transformadora del sujeto y de sus condiciones.

La conciencia como fenómeno psicológico no es una categoría estática sino que muestra un carácter concreto y cambiante cuya praxis, estudiada a través de los cambios que producen en el individuo y en la sociedad, nos revela con respeto a la personalidad su verdadera esencia humana.

En efecto, los comportamientos y los complejos que acuden los personólogos identifican la máscara personalizadora de la alienación, la estructura de una falsa personalidad que no corresponde a la necesidad del individuo sino responde a los fines de la ideología alienante que lo dominan.

1.1.6. PERSONA Y MASCARA

En la personalidad se da un diálogo finísimo e incesante entre la persona y las circunstancias que a veces, muy pocas por cierto, deja espacio para la contemplación o la acción. Por el contrario, los sistemas de la personalidad ven algo completamente distinto en la persona y su máscara; se niegan a ver en la persona una realidad verdadera, un ser que subsistirá incluso cuando haya desaparecido su modelo que es la personalidad consagrada.

Para ellos la personalidad es como un doble de la persona que poco a poco se insinúa en su organismo, sus gestos, en sus reacciones, en sus imágenes, que viviendo desde afuera, impuesta por un pensamiento dirigido, ordenada por una cultura opresiva borra todo horizonte a la persona cuando no termina por aceptarla.

Y es a partir de estas bases que hemos bosquejado rápidamente como sistemas señalan que los progresos de

la personalidad residen en la intercalación de intermedios, de mediadores entre un polo de apoyo firme y definido: la cultura se insta una especie de feedback cuyos resultados son las conductas ordenadas por estímulos que corresponden a un mundo fenomenológico y epifenoménico porque no es producto de la actividad del individuo: su producción está por encima del mundo real y concreto puesto que carece de historicidad.

Que esta realización de la personalidad tenga sus fracasos, sus dramas, que a veces deben hacerse de nuevo, no lo niegan los sistemas, pero para ello acuden a instituciones sociales de educación que deben conformar la relación entre persona y personalidad con sus instancias y trabajos, lo cual es a la vez una evidencia bien clara que no se consideran las posibilidades de la persona sino las necesidades del medio para rendirla a sus fines.

Lo importante es que los sistemas de la personalidad cubren como es costumbre en el teatro clásico japonés, la persona con una máscara distinta ofrece la expresión concreta del papel que las circunstancias requieren.

La diferencia está pues en la clase social y los resultados personalizadores en el grado de conciencia que la realidad obliga a tomar en uno y en otro. Algo que se olvida es también que en la adolescencia el desarrollo psíquico se presenta como fenómeno de singularidad y complejización creciente, proceso estructural de la vida mental que se centra principalmente en la adquisición del sentido de objetividad, y consiguientemente el predominio que adquiere para la mecánica del pensamiento la lógica de las relaciones sobre la lógica de la clasificación, que pone en el camino de la racionalidad.

El adolescente adquiere el dominio del propio pensamiento, que se separa gradualmente del hecho particular como definidor de la acción, al mismo tiempo que lo suplanta con la simbólica que abarca, aunque la mayoría de veces no se percata de ello, la multiplicidad de la realidad concreta: los valores culturales significados por símbolos, contruidos con símbolos. Gracias a la palabra el símbolo se convierte en algo permanente, necesario como punto de referencia frente a la movilidad aparente o real de todos los fenómenos.

Para el adolescente el símbolo se presenta como algo que está allí, con mayor carácter de permanencia que los fenómenos en su constante devenir, inmediatamente accesible por consiguiente y en mayor grado que éstos. La simbólica resulta para el adolescente un sistema de relaciones comprensibles porque descuentan su irreductibilidad y su valor permanente para todos, y es a través de esta simbólica desarrollada y confirmada en las aulas, que el adolescente burgués toma conciencia de la realidad, conciencia mediatizada que fácilmente se pierde en el ensueño metafísico y se conforma con la afirmación académica del trabajo como necesidad beneficiosa e ineludible para la humanización.

Por el contrario, el adolescente proletario, es desconocido de la psicología; como lo es el niño de su misma extracción llega indefectiblemente a la misma etapa del desarrollo mental pero el contenido de su simbólica no son las fórmulas matemáticas, las leyes de la física y de la biología, los mamíferos artísticos, la problemática de la fe, que apenas lo roza como ritos y fórmulas religiosas, sino que el dato fundamental de su cosmovisión, los valores de su realidad concreta los constituye a través del trabajo, de la fábrica, las luchas de siempre repetidas por las reivindicaciones sociales de su clase. Su mundo es el reino de la necesidad concreta y no un mundo del pseudoconcreto como el

del adolescente burgués, y su conciencia se ensaya por primera vez en la apreciación de esta necesidad que lo lleva a superar el arbitrio individual, el de los hombres encargados de realizar la libertad de los hombres, por la lucha dura y tenaz por esa libertad que empeña, aunque a veces no sea del todo consciente, a través de las reivindicaciones laborales como esencia autoformadora del hombre y como etapa previa a la superación del reinado de la necesidad.

La personalización es un constante proceso de génesis y que sus realizaciones son relativas a cada etapa de la marcha dialéctica de la liberación humana, esto es de los desiderata concreto de la acción encargada de hacerla efectiva en función de la resistencia a la alienación, provenga ésta del factor económico o de las circunstancias históricas.

Confunde la persona y su máscara, y al centrar el análisis en esta última, al enfocar al individuo a través de conductas alienadas, distorsionan significado y alcances de la personalidad. Es verdad que podría argumentar que también ellos están sometidos al reino de las necesidades y que se ocupan de la estructura alienada porque es la única que se dan en el sistema en que actúan; que el hombre libre es el una utopía, y que si algún día fuese ésa su realidad la apreciación de la personalidad cambiaría junto con los hombres y sus sistemas de vida.

El argumento sería atendible si no presupusiera una falacia: que dentro del concepto de hombre elaborado por los personólogos no cabe otra figura que la persona alienada pero que no consideran como tal; para ellos la cultura es una matriz y las relaciones sociales no están determinadas por las actividades de los hombres sino por los caminos prefijados por la cultura misma. De este modo frente a un cambio de la estructura social

no ven el cambio de las personas como proceso de auto-transformación sino como fenómeno de adaptación a nuevas normas: la sustitución de una máscara por otra.

La personalidad, dentro de semejante contexto, está decidida desde afuera y corresponde a cánones fijos que no son de la cultura, de manera que únicamente establecido de una vez para siempre, tendría dentro de las nuevas condiciones. La consolidación de la persona, que entiende las perspectivas de la inteligibilidad y disciplina el empleo de la inteligencia.

Este proceso que comienza en plena edad puberal por intermedio de la adquisición del mayor número posible de acontecimientos abstractos acerca de los hechos concretos asimilados al final de la infancia, requiere el empleo de la razón, pero todavía dentro de la forma primaria o análoga del razonamiento, que consiste en sacar una conclusión particular de hechos particulares, y que por ser un acto gnósico que se define en relación con el objeto, se manifiesta en la manera de aprehenderlo y constituye la inteligencia general, que es uno de los factores, o mejor expresado uno de los aspectos de la racionalidad.

Constituye una fase de elaboración a la cual sucede otra de sistematización que aparece en plena adolescencia y se expresa por la conciencia. Entonces la actividad del individuo como acto de pensamiento se singulariza, se adhiere a la situación de clase del individuo como el guante de piel, porque en ella, en sus vivencias, en sus planteamientos y soluciones encuentra el material que elabora, y sobre todo, la conciencia de clase ayuda a obtener una conclusión general de datos particulares.

En el plano deductivo donde actúan los elementos personalizadores del individuo se mueve dentro del

marco de las representaciones colectivas, de la cultura podríamos decir como concesión a los personólogos, pero cuando su conciencia individualizada la interpretación de las relaciones sociales en que está inmerso, que crea y a la vez obedece, aplica la reducción inductiva en base de su conducción, esto es de su clase, única manera de satisfacer la necesidad de una cosmovisión propia.

De este modo, dotado del instrumento de la conciencia y de la posibilidad de individualizarse, el individuo queda provisto de una posibilidad, forma de orientar la conducta singular: la personalidad; forma de integración y de unidad que gradualmente elabora una apreciación centralizada en el ser de los fenómenos que configuran al Universo como totalidad.

La personalidad se nos aparece así como función de integración porque su perfil se va trazando en la misma medida que las actividades mentales se unifican y jerarquizan, e integradora porque reúne el resultado de esas actividades con la actividad social del individuo determinada por la clase a que pertenece.

De aquí que presente al individuo una antinomia que tarde o temprano su conciencia deberá resolver, o que nunca lo logrará y entonces será objeto en la sociedad: la antítesis de lo que recibe por presión general del medio, que con la educación, la propaganda, la infiltración ideológica trata de adueñarse de sus conductas, de convertirlo en la vaca que atraviesa siempre el mismo río por el mismo vado, en número de sus necesidades, de programarlo en suma, y la actividad de una conciencia de clase que de existir lo impulsa a cambiar, a transformar, a lograr y defender la libertad.

Este fenómeno no es una abstracción generalizada sino algo concreto, pues representa la praxis que

combate al pseudoconcreto alienador, o dicho con expresión significativamente política, la revolución social.

Este humanismo que asienta en dos conceptos de la naturaleza humana: el del hombre tal cual es, de la persona sujeta y sometida por sus conflictos, complejos y angustias existenciales, y el del "hombre tal cual debe ser" (Merani, 1,978: 233) de la persona constreñida por la norma social, humanismo bifronte que olvida en cualesquiera de ambas orientaciones que la libertad no es una esencia propia de lo humano, ni tampoco una existencia que se impone, que la libertad es un constante proceso de génesis y que sus realizaciones son relativas a cada etapa de la marcha de la sociedad en lo genérico, a cada etapa de la personalidad en lo individual, es decir, que se hace efectiva para la humanidad con la revolución, pero sin que esto signifique que lo que sea para el individuo cuya personalidad, cuya conducta sigue el ritmo general sin cobrar conciencia del camino para su persona y para los demás.

La revolución libera al hombre creando condiciones humanas pero al individuo sólo lo libera la conciencia de su propia persona libre, una persona que haya rechazado la negatividad de las resistencias, ya provengan del factor humano o de las circunstancias históricas de los mecanismos sociales constituyen como resistencia a la libertad, factores ponderables en la historia de todo proceso creador de un orden justo, pero que los hombres deben afrontar si quieren encaminarse a la realización de su personalidad.

Por lo demás la revolución social y el Estado, que como etapa transitoria o definitiva instaure, tiene su instrumentación, o sea que su doctrina arbitra los medios para sus concreciones programáticas, de las cuales para la edificación de las personalidades libres la fundamental es la estructuración de un humanismo

para la emancipación humana que supera el arbitrio meramente individual, o sea el de los hombres encargados de realizar a través de luchas y rectificaciones la libertad de los hombres.

En este desideratum inabordable que da sentido verdaderamente humano al proceso revolucionario, y en el empeño de los hombres por alcanzarlo es como la conciencia de la situación de clase, restringida en su génesis a la conciencia de la situación de clase de individuo, se universaliza y determina la conciencia de la libertad, fundamento único e imprescindible para la elaboración dialéctica de la personalidad.

Y en esta conciencia de la libertad encuentran sus plasmaciones las realizaciones históricas de la personalidad, siempre aproximativas en relación con esa meta lejana que es la personalidad incondicionada producto de la libertad absoluta. Las comprobaciones que preceden basta para convencernos de que las instancias antidialécticas en las ciencias del hombre en general, y en la Psicología en particular, no llevan al resultado deseado, y que el conocimiento del hombre es únicamente posible, y dentro suyo el estudio de la personalidad, en tanto se acepte que la síntesis del conocimiento como unidad concreta de teoría y praxis se realiza en la historia.

Las consecuencias de este nuevo criterio son de carácter fundamental e implican un cambio metodológico y ontológico que se refleja tanto en la psicología en general como en el estudio de la personalidad en particular. En primer término hace resaltar un equívoco que no tiene razón de ser: la personalidad como máscara de la persona, o dicho de otra manera la aceptación de un pseudoconcreto general y abstracto como expresión de la individualidad concreta que es el ser humano y que desemboca en la pretensión metafísica de

conocer la totalidad de la realidad a través de una expresión parcial y ficticia.

Se niega así que cualquier conocimiento representa la manera de explicar un aspecto del todo, y que se realiza como comprensión de la totalidad por medio de su aporte a una totalidad que, históricamente considerada, posee validez porque representa acción.

El estudio de la personalidad únicamente puede realizarse centrado a la persona, que antropológicamente es un hecho concreto, y no en la máscara del pseudoconcreto producto de la abstracción.

1.1.7. ESTRUCTURA Y DIALECTICA DE LA PERSONALIDAD

Describir a través de la existencia de la esencia del hombre concreto y precisar su relación también concreta con el real significa establecer la función de la persona que dominamos personalidad. Al mismo tiempo significa la relación del individuo alienado con el pseudoconcreto y se arranca la máscara que disfraza a la persona, destruye la individualidad y mistifica las relaciones humanas.

Esta tarea, que compete a una teoría materialista y dialéctica de la personalidad, únicamente puede tener éxito si se determina sin equívocos la estructura de la personalidad como estructura dinámica y funcional del individuo que transformándose en persona actúa más allá de las determinaciones biológicas que están en la base de la individualidad, que por intermedio de la praxis hace efectiva su integración en las relaciones sociales, generadoras de su actividad, y a la vez transformada por la inserción al grupo con el trabajo.

Es evidente que la personalidad como estructura dinámica no puede ser un tipo, tampoco una forma, y que

su realización sobre la duración vector de la actividad cotidiana del hombre representa la historia de una toma progresiva de conciencia.

Los principios fundamentales del conocimiento científico se requiere precisar: primero, significado y límites del concepto de objetividad; segundo, establecer dentro de esos límites del concepto de estructura funcional. Únicamente así nos será posible precisar la estructura dinámica de la función dialéctica que es la personalidad.

En tanto la realidad de la cosa es experiencia, el conocimiento es superación de la experiencia por medio de la constitución de una objetividad, porque lo que no lo garantiza en medio de los fenómenos, del fenómeno mismo que es nuestro existir, es que esos fenómenos y nuestra existencia no son comunes con otros seres pensantes.

Por lo que el conocimiento es la superación de la experiencia por la explicación y representa la constitución de una objetividad. Es evidente que para conocer objetividad al conocimiento se requiere que exprese los fenómenos en función de las propiedades que les son inherentes y no de una idea particular o según de un sistema.

En la Psicología dialéctica implica la invariancia reproductora queda afuera de la evolución y la formación de estructuras funcionales se ha trasladado de los órganos y de sus funciones del individuo en la sociedad por medio del trabajo, y la modalidad y funcionalidad de dichas interacciones está orientada por el hecho de que el trabajo represente producción libre o alienada.

La personalidad, que se impone al individuo sin haber contribuido éste a seleccionarla o a forjarla

porque resulta de factores endógenos o exógenos ajenos a su praxis, representa en última instancia lo que justificaría que los seres humanos sean únicos, necesarios e inevitables para la armonía universal.

La personalización aparece de este modo como finalidad de la evolución humana, y todos los vectores: biológico, social, psíquico, confluyen en su consecución que se nos presenta, en última instancia, como proyección a los fenómenos de la naturaleza de la conciencia que el hombre poseería de la teleonomía de su propia actividad.

Que para dar sentido a la personalidad, para que no aparezca su estructura como manto que el pseudoconcreto arroja sobre los individuos en la alienación, para que resulte descifrable e inteligible en la práctica psicológica, es necesario dotarla de un proyecto. De esta manera cuando los test de personalidad señalan sus formas en los individuos, cuando el análisis caracterológico descifra su estructura, lo que están señalando y descifrando son formas y estructuras posibles del proyecto.

En la incapacidad de analizar la inserción concreta del individuo en la realidad, temerosos de recurrir a un alma que es concepto desacreditado, los psicólogos de la personalidad acuden a una fuerza evolutiva, biológica o social, la cual representa un hecho la negación del postulado de objetividad, única garantía de un conocimiento que no necesita recurrir a causas eficientes y causas finales.

En la personalidad ven los factores biológicos, sociales y psicológicos con una disposición unitaria en la cual las partes son dependientes del todo y por consiguiente solidarias unas con otras. De la manera general definimos la estructura como unidad psíquica

surgida de las oposiciones entre factores biológicos y relaciones sociales que, a su vez, sufre los antagonismos que generan estas últimas y, finalmente, se transforma en actitud individual gracias a la actividad de la conciencia.

La heterogeneidad entre estructura de la personalidad y praxis no subsiste, su significado y valor es captable en cualquier circunstancia mediante el conocimiento de su núcleo de acción, esto es la conciencia que el individuo cobra de sus relaciones sociales y del papel que en ellas desempeña o que su conciencia le señala debe desempeñar.

La estructura genética, histórica y dialéctica que proponemos de la personalidad suprime así las condiciones teleonómicas inevitables en la formulación del proyecto y que conectan de manera conflétil a posteriori con el mundo pseudoconcreto.

Encarado el problema antropomórficamente, con punto de referencia en las conductas sociales humanas, significa que el individuo está disuelto en sus relaciones sociales, que asienta en el desenvolvimiento de la actividad propioplástica y representan una prolongación de las mismas bajo la forma de atracción simpatética. (Merani, 1,979:250).

Esto nos demuestra que el problema del individuo humano no es simple y no puede ser planteado en función de actividades puramente interactivas, de relaciones entre estímulo y respuesta como quiere el simplismo de tantos psicólogos, ni tampoco por impregnación afectiva o pregnancia de formas como sugieren los etólogos.

Si la condición de una historia humana es la existencia de hombres, la condición de la existencia de éstos es la sociedad. Podemos concebir al viviente ais-

lado, biológicamente podemos explicarlo como unidad independiente, de hecho el animal, inclusive los individuos de especies sociales, vive y se comporta como unidad solitaria.

La uniformidad específica de sus conductas hace que la sociabilidad animal, la sociedad que en algunos casos crean sea consecuencia directa de patrones biológicos y represente formas genéricas de interacción esto es específicas.

Los hombres son individuos humanos porque la naturaleza humana es histórica y la historia presupone la existencia de sociedades, de manera que los hombres son portadores de relaciones sociales, ante todo de relaciones de producción, que junto con el lenguaje articulado constituyen características distintivas de la función social humana.

Sin duda, cuando definimos así las sociedades y las relaciones humanas estamos haciendo una abstracción, pero legítima porque de todas maneras los individuos humanos vivientes existen como realidad concreta.

Aunque ésta sea una noción muy simple es muy importante porque se revela funcional tanto en relación con las ciencias humanas como con la biología.

Por ejemplo un recién nacido primitivo transportado a una sociedad civilizada, se convierte en miembro normal de dicha comunidad absorbiendo su civilización, o como un recién nacido insertado en un grupo animal, o privado de relaciones humanas dentro del suyo, adquiere los estereotipos animales o cae en la idiotez con carácter irreversible pasando cierto tiempo. Ningún animal domesticable puede absorber la estructura funcional humana, porque no le lleva consigo las relaciones que implican la posibilidad del lenguaje, y consecuentemente, la forma mente socializada del hombre.

Retomando el porqué los hombres son individuos humanos, es porque el sujeto originario y real de la humanidad es la sociedad misma, en los mismos pasos de la hominización, y es hoy sujeto de la humanización en la misma medida que los hombres se relacionan entre ellos, o sea que les da existencia formal, viva, histórica.

El hombre está social e históricamente condicionado, y no sólo los aspectos de su individualidad. De aquí la importancia psicológica y social del individuo que se define en sus relaciones sociales y se presenta como exponente de las mismas a través de las estructuras de su personalidad.

En la práctica, el análisis de las funciones psicológicas tiene como punto de partida la formación social en que vive con sus relaciones de producción, de clases, y la inserción peculiar del individuo en las mismas.

Si lo humano se define por lo social, y el individuo arranca del esfuerzo de heterogenización del viviente para contrarrestar el orden entrópico de la materia, la estructura que lo personaliza y da vida propia a sus conductas, esto es la personalidad, es producto de la evolución biológica trasladada al plano social.

La estructura de la personalidad es un reflejo de la estructura de lo social o para decirlo con precisión absoluta, reflejo de la actividad que la clase prescribe a los individuos que la conforman.

La conciencia desde el punto de vista psicológico es la función mental que presenta al objeto de la sensibilidad que posee existencia material o concreta ajena al individuo, aunque sea su noción de cuerpo

propio, como objeto ideal que le pertenece de hecho y de derecho porque lo reelaboró con sus percepciones, lo despojó de implicaciones afectivas, de objeto de observación o de uso, y le transfirió partes de su ser.

De aquí que el verdadero conocimiento reflexivo, vaya mucho más allá del análisis, de la síntesis, de la apropiación de las cualidades del fenómeno, y sea algo más que la memoria, la imaginación, pues representa la razón de saber que se lo tiene, esto es poseer conciencia del conocimiento.

La conciencia es subjetiva puesto que no viene de afuera, incorpora a un ser neutro, indiferente, y al mismo tiempo es objetiva porque representa la reacción peculiar del ser a las circunstancias. Objetividad y subjetividad son los dos momentos dialécticos de la conciencia, que por ello representa el conocimiento plenamente racional de los procesos que unen al fenómeno, a la ley y su desarrollo.

Su función, como tal como es interpretada, es la ubicación del individuo en la realidad, asiendo más allá de las determinaciones aparentes y unilaterales el contenido interno del fenómeno. De aquí que toma de conciencia signifique siempre el conocimiento real de la realidad, y en el fenómeno de la personalización sea el núcleo que reúne, ordena y decide las formas de la personalidad.

Sería ilusorio pretender que en nombre de la objetividad se pueda prescindir de la función de la conciencia, que representa siempre y en todos los casos una relación activa entre el ser y la cosa.

La vida humana como actividad que transforma la naturaleza, que la somete a los efectos de fuerzas productivas, sería inconcebible en el proceso fundamental

de la conciencia, motor de la transformación del hombre por efecto de sus propias acciones, no estuviese presente. Es por ello que a pesar de ser la relación básica del pensamiento con el ser práctica, la conciencia introduce en la objetividad de esa relación la subjetividad o dicho de otra manera traslada y traduce la acción en apropiación individual que, enriqueciendo la experiencia, transforma a su vez al individuo.

Si interpretamos este proceso en sus verdaderos alcances epistemológicos y psicológicos comprendemos sin dificultad que las raíces biológicas y sociales de la personalidad representan el aspecto objetivo de su estructura, porque precisamente asentados sobre esos dos centros de gravitación los hombres hacen su historia individual.

Son los productores de la existencia material de la personalidad, adquirida por la acción de las relaciones sociales sobre la naturaleza que es el individuo. Ambos aspectos son inseparables, generadores de las conductas, de las reacciones incluso afectivas que pueden teñirlas, singularizarlas o desvirtuarlas. Pero de todos modos no se trata de una estructura acabada; así entendida la estructura de la personalidad, y es como la analizan los sistemas, es simplemente producto de una interactividad por medio de la cual determinan una conducta que es simple reflejo de las circunstancias.

El individuo entonces aparece ora dominado por su raíz genética, ora sometido a los imperativos de la matriz social. Biologismo y sociologismo que aíslan a la persona de uno u otro de los dos contextos y que explican formalmente una personalidad alienada. Sin duda, cuando la persona está enajenada por las circunstancias la conciencia que tiene de ellas y de su propio papel como persona es falsa, y como núcleo personalizador carece entonces de significado real.

Pero cuando toma conciencia verdadera de la actividad de lo biológico y lo social adquiere otro sentido, no crea máscaras sino edifica estructuras que son el ser mismo; se tamizan, interaccionan sobre otro plano, el del individuo que además de trabajo produce una vida espiritual, se crea una imagen de sí mismo, elabora ensueños y construye una concepción del mundo.

De este modo comprendemos finalmente el papel de la conciencia en la personalización: cataliza primero, dirige después la actividad biológica y social porque las ordena al nivel de la cosmovisión individual.

Al estudiar la estructura de la personalidad no podemos atenernos al clásico planteamiento de los dos factores: biológico y social, que pone en el mismo plano a todos los seres, sino que debemos analizar a fondo la actividad de la conciencia, alienada o no, que pone sobre el plano de una realidad afectiva; la realidad que vive el individuo.

1.2. CONDUCTA

Bajo el concepto de conducta, se entiende, en cierto modo, una actividad organizada que establece el enlace del organismo con el medio ambiente que le rodea. Por lo que en todos los grados evolutivos, la conducta está condicionada tanto por factores externos como internos, pero la relación que existe entre los estímulos físico-químicos y los procesos internos, por medio de los cuales actúa su influencia sobre la conducta, es distinta en cada uno de los grados de la evolución. Por lo que las cualidades de la personalidad, son tanto condición como resultado de su conducta.

1.2.1. EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA Y LA CONDUCTA

La naturaleza de la evolución psíquica consiste en producir siempre nuevas formas de reflejos de la realidad activa y cognoscitiva, por ende todo organismo, constituye en cierto modo una unidad, se distingue de su medio ambiente, y a pesar de ello, está unido al mismo.

Los grados de la evolución a niveles cada vez más superiores, de la psicología, la separación del sujeto de su medio ambiente no se produce a costa de su vínculo con el mismo, ni éste se origina a costa de dicha separación, sino que este avance sirve para ambos; es decir los grados de la evolución psicológica son grados tanto para la separación, como el de la vinculación, que se manifiestan en cada acto del individuo en toda contraste unidad interna; dicha naturaleza psíquica consiste siempre en nuevas posibilidades de penetración consciente y actuante en la realidad, esto va inseparablemente unido a una intensificación del ámbito interno del sujeto, de la vida interna de la personalidad.

Es importante mencionar que la práctica social transforma la naturaleza y produce el ser objetivo de la naturaleza humanizada. La conducta depende de la recepción los cuales se manifiestan en los actos sensoriomotrices. En la evolución de las formas de conducta corresponde a la importancia, al desarrollo de la recepción y a los aparatos receptivos.

Las múltiples formas de la conducta como su diferenciación se produce más a costa del desarrollo de la recepción que a costa del aparato motriz. Es una condición indispensable y necesaria para todo acto racional tener en cuenta las cualidades objetivas de la situación en el cual se produce.

De cómo el individuo percibe el mundo, depende considerablemente su acción en el mismo. La actuación del ser humano y su conducta depende considerablemente de cómo interpreta la realidad y hasta que medida capte su desarrollo, que transcurre según sus leyes.

La doctrina de I. P. Pavlov permite considerar los distintos trastornos psicológicos como un aspecto de los cambios materiales que se operan en el cerebro de la persona mentalmente enferma. Las enfermedades psíquicas es consecuencia de cambios patológicos de los procesos de excitación e inhibición y de la alteración de sus interacciones en las distintas instancias cerebrales, en el primer y segundo sistema de señales y también en la subcorteza.

Lo anterior muestra que la fisiología y la fisiopatología de la actividad nerviosa superior son la base para la concepción materialista de la naturaleza de las enfermedades psíquicas; es necesario descubrir las leyes fisiopatológicas que sirven de base a cada síntoma psicopatológico aislado y las que son la base de la enfermedad en conjunto.

En cuanto a su esencia, toda enfermedad no es más que una desviación de lo que es normal en la materia corpórea, bien sea en cantidad, en desviación o en su estructura, y todo el dinamismo de tales desviaciones, no es en el fondo sino el producto de esta desviación material.

P. P. Malinovski, manifiesta opiniones materialistas respecto a la esencia de las enfermedades psíquicas, cuyas causas ve en la existencia social, en los usos y costumbres, en la educación y en las formas de vida. (I. F. Sluchevski 1,980:16).

Pavlov en su estudio de los reflejos condicionados

determina las leyes básicas de la actividad nerviosa superior; en donde fueron descubiertos los procesos de estímulo e inhibición en su unidad y en sus relaciones mutuas, poniendo a la ciencia, por vez primera en la historia en condiciones de conocer los mecanismos que sirven de base a la actividad psíquica.

1.2.2. ETIOLOGIA Y PATOGENESIS DE LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS

Toda enfermedad es resultado de las alteraciones en la interacción normal del organismo y el medio externo, el resultado depende del estado en que se encuentra el Sistema Nervioso; si resiste la aparición de la enfermedad utilizando su función dirigente para la movilización de los medios de defensa de que dispone el organismo, la enfermedad no se desarrolla.

Si el estado del Sistema Nervioso es otro, la enfermedad aparece. La enfermedad en particular la psíquica, es una alteración de los procesos normales de la actividad nerviosa superior, y, al mismo tiempo, una medida fisiológica del organismo, que moviliza sus fuerzas compensadoras, dirigidas a la curación.

La aparición de cualquier enfermedad psíquica viene determinada por factores del medio, los cuales pueden ser: infecciones, las intoxicaciones, los traumatismos físicos y psíquicos y las enfermedades somáticas.

1.2.3. FISIOLOGIA Y ANATOMIA PATOLOGICAS DE LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS

La patología de la Actividad Nerviosa Superior revela los mecanismos que determinan la esencia de las distintas enfermedades psíquicas. La significación, comprensión la esencia de los distintos trastornos psíquicos consiste en que uno u otro agente patógeno

(infecciones, intoxicaciones, traumatismos del cerebro, vivencias psíquicas), motivan alteraciones de la actividad nerviosa superior.

La esencia de las funciones cerebrales han demostrado que se realizan en forma de reflejos condicionados, y no condicionados y que se basan en procesos recíprocos de excitación e inhibición. Dichos procesos poseen cualidades propias, es decir, intensidades distintas, distinta movilidad, que oscila desde la inercia hasta la labilidad, además que, en uno u otro grado se nivelan entre sí.

Los estados patológicos de la actividad nerviosa superior son los saltos entre uno y otro proceso, es decir, pasando del estado de inhibición al de excitación o al contrario. Esto se facilita cuando las células nerviosas están debilitadas.

En la mayoría de las enfermedades psíquicas, factor etiológico que ya pone los procesos nerviosos en tensión excesiva, conduciendo a un estado de debilidad de las células nerviosas que incluso los estímulos de la vida cotidiana resulta intensos. La esencia funcional de las manifestaciones psicopatológicas observadas en diferentes enfermedades psíquicas.

La forma más típica del estado patológico se explica a través del desarrollo de una inhibición pasiva extralímite. Esta se caracteriza por su diferente difusión en las células corticales y subcorticales (diferente extensión); por su diferente vigor (diferente intensidad). Bastantes síntomas psicopatológicos se pueden comprender partiendo del supuesto de que el mecanismo fisiopatológico fundamental determina su aparición es precisamente la inhibición extralímite.

La extensión de ésta inhibición es distinta, pero

se manifiesta más en las formaciones más tardías desde el punto de vista ontogenético y filogenético o sea en las más altas instancias del segundo sistema de señales. Toda enfermedad psíquica se distingue por la alteración de las reacciones mutuas entre los sistemas de señales y la subcorteza.

Esta alteración se manifiesta sobre todo allí, donde por estar limitada la inhibición a alguna instancia superior de la corteza cerebral y por ser de una intensidad considerable, con arreglo a la ley de la inducción positiva aparece la excitación en las instancias inferiores en el primer sistema de señales y la subcorteza.

Según el grado de intensidad en la inhibición extralímite produce estados intermedios entre la vigilia y el sueño. O sea fases hipnóticas, que se observan con mucha frecuencia en las enfermedades psíquicas.

I. P. Pavlov comprobó la alteración de la movilidad del proceso de excitación, cuando se produce interrupciones en la actividad nerviosa superior. La alteración de la movilidad del proceso de excitación se observa con frecuencia muchas enfermedades psíquicas. Esta alteración puede manifestarse en una labilidad patológica del proceso de excitación combinada corrientemente con una mayor irradiación de éste mismo proceso, que con frecuencia pierde entonces su electricidad, o sea su tendencia a un sistema determinado.

La alteración en la movilidad, que se distingue por la aparición de una inercia patológica. En algunas enfermedades psíquicas se puede advertir la debilidad creciente de los procesos de excitación e inhibición. Los reflejos condicionados que se han formado en el segundo sistema de señales, a consecuencias de la inhibición, permiten no solamente reflejar mejor la realidad objetiva, sino también transformarla de una forma

más perfecta; esto tiene lugar debido a las leyes de inducción recíproca en las relaciones mutuas de los procesos de excitación-inhibición.

Según dicha ley el proceso de excitación aparece en un punto, motiva irremediabilmente la inhibición de otros (inducción negativa), mientras que de otra parte, el proceso de inhibición aparecido en cualquier sitio origina la excitación en otros sistemas (inducción positiva).

Teniendo en cuenta que la inhibición defensiva extralímite aparece con especial facilidad en las células más delicadas y menos estables del segundo sistema de señales; resulta completamente claro el hecho, confirmado por las observaciones clínicas, de que la inhibición de los sectores superiores del segundo sistema de señales, lleva consigo según la ley de la inducción positiva, la excitación de las regiones inferiores del cerebro.

Para la psiquiatría tiene mayor importancia las alteraciones funcionales temporales de las células nerviosas corticales que la falta de una u otras formas de la actividad psíquica, a consecuencia de la destrucción o pérdida total de éstas células.

La teoría de Pavlov señala la posibilidad que las células nerviosas tienen para la reparación funcional, para que las células existentes vengán a cumplir las funciones de las células que han perdido. Al referirse sobre las localizaciones admiten la existencia del núcleo central analizador y de su periferia, sienta las premisas para comprender que la actividad nerviosa superior puede adaptarse a las condiciones del medio ambiente, incluso cuando hay una lesión destructiva grave de una u otra parte del cerebro.

Todas las enfermedades psíquicas se pueden dividir en tres grupos:

1. Las alteraciones anatomopatológicas específicas, que permiten el diagnóstico POST-MORTEM, incluso sin conocer la historia clínica. Por ejemplo la parálisis general progresiva, psicosis sifilítica, las psicosis aterosclerosis, la demencia senil, las encefalitis y algunas formas de oligofrenia.
2. Presentan solamente modificaciones más o menos típicas, que, sin embargo, no aparecen al comienzo de la enfermedad sino después de un período, algunas veces muy largo que puede contarse por años. Entre ellas figuran la esquizofrenia, epilepsia, y algunas psicosis infecciosas y tóxicas del curso crónico.
3. En la psicosis no hay modificaciones anatomopatológicas que pueden ser comprobadas con los métodos actuales de investigación. Incluimos aquí la psicosis maníaco-depresiva, las neurosis, las psicosis reactiva y otras.

Esto da origen a la división de todas las enfermedades psíquicas en orgánicas, cuya base se consideraban alteraciones morfológicas del cerebro, y funcionales, en las que no se encontraban dichas alteraciones.

La teoría de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior y su patología da medios para acercarse de manera más acertada al problema de las relaciones mutuas entre lo funcional y lo orgánico en las enfermedades psíquicas.

1.3. EPILEPSIA

El médico árabe Avicena, utilizó por primera vez el

término *epilepsia* derivado del verbo griego *EPILAMBANIN* (Bagdad 980-1,037), significa ser sorprendido y atacado. Por lo que puede afectar a todo ser humano e independientemente de la posición económica y social del mismo. Para el plan terapéutico es aplicado un trabajo multidisciplinario ya que el control es tanto físico, psíquico y social. La aceptación de este último altera el desarrollo de los otros dos factores.

1.3.1. CONCEPTOS BASICOS

Crisis Epiléptica: Es un evento paroxístico, autolimitado, estereotipado, de duración breve que se manifiesta por alternaciones motoras, sensoriales, autonómicas y psíquicas.

Síndrome Epiléptico: Es un trastorno epiléptico caracterizado por un grupo de signos y síntomas de carácter clínico que habitualmente ocurre juntos.

Epilepsia: Es la tendencia a presentar crisis epilépticas de repetición. Implica el complejo de síntomas caracterizado por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la conciencia asociándose a movimientos convulsivos y trastornos en el sentimiento, en la conducta.

La etiología depende de los siguientes términos:

- a) Sintomático
- b) Idiopático
- c) Criptógeno

La epilepsia con origen sintomática, se refiere a un desorden sospechado o conocido del sistema nervioso central; cuando hablamos de epilepsia con origen idiopático cuando no existe ninguna causa de base más que una posible predisposición hereditaria es sospechada o

conocida. La de origen criptogénica cuando se sospecha ser sintomática pero su etiología no es conocida.

1.3.2. FACTORES PRECIPITANTES: IDIOPATICA-SINTOMATICA

El paciente idiopático relata que el trastorno empezó en la infancia o en la adolescencia; para dominar en la epilepsia sintomática a los trastornos convulsivos en los cuales existe una lesión irritativa identificable en el Sistema Nervioso Central ya sea por un tumor, encefalitis, trastornos metabólicos, también es importante mencionar algunas veces son inducidas por un tipo específico de estimulación física y perfectual.

El desencadenamiento de la angustia es a menudo un factor precipitante, debido a un conflicto interpersonal inmediato a la presentación de tal conflicto en forma de fantasía, a esto implica tratamiento psicológico.

La siguiente lista son factores que producen crisis:

1. Sonidos súbitos,
2. Luces cintilantes,
3. Reflejo del sol en el agua,
4. Televisión,
5. Movimientos de manos rápidas ante ojos.

A lo anterior podemos mencionar una clasificación de la epilepsia fotógena a crisis inducidas por luces que cintilan implica también estímulos visuales complicados; por ejemplo leer mucho manifestándose con castañeteo de dientes o movimientos de mandíbula, anulando la actividad que se está en un balance precario, cualquier trastorno fisiológico menor puede ser capaz de precipitar un ataque.

1.3.3. FISIOPATOLOGIA

Desde éste punto de vista la epilepsia es un trastorno en la actividad electrofisiológica de las células del cerebro que producen descargas. El trastorno fisiopatológico es:

- a) Un cambio de potencial eléctrico que se registra en el electroencefalograma;
- b) Diversos trastornos de la conciencia;
- c) Funcionamiento alterado del Sistema Nervioso Autónomo;
- d) Movimientos convulsivos o trastornos psíquicos.

1.3.4. SINTOMAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE EPILEPSIA

Tipos de crisis clínicas:

- a) Gran Mal;
- b) Pequeño Mal;
- c) Crisis Psicomotoras o equivalentes psíquicos.

El criterio para pensar en el diagnóstico de epilepsia es cualquier pérdida del conocimiento con o sin espasmos convulsivos. En algunos ataques específicos la conciencia no se pierde sólo se transforma, éste paciente escucha, mira, pero es incapaz durante cierto tiempo de ordenar sus pensamientos o responder a una pregunta.

Gran Mal

La crisis se acompaña del aumento en la velocidad y el voltaje de las ondas cerebrales, el electroencefalograma muestra picos agudos a una velocidad de veinticinco por segundo, es decir que existe una intensa actividad neuronal espontánea.

Aura

Es conocido como aviso de que es imminente la aparición inmediata de una crisis. Es la primera manifestación de la descarga neuronal; su forma depende del tipo del foco epileptógeno. Por ejemplo si la lesión está en la región precentral produce fenómenos de tipo motor, por el contrario la lesión se encuentra en la región postcentral produce fenómenos de tipo sensorial. El aura consiste en:

- a) Adormecimiento,
- b) Sensaciones desagradables,
- c) Sensaciones molestas intensa en epigastrio,
- d) Relámpagos de luz,
- e) Alucinaciones olfatorias.

La aura desde el punto de vista afectivo es desagradable ya que las relaciones interpersonales entran en conflicto, cuyas consecuencias negativas tienden a afectar al paciente. La aura es en ocasiones de naturaleza motora y consiste en contracciones o rigidez de un grupo muscular determinado, antes de perder la conciencia.

Fase Tónica

La pérdida de conciencia es repentina y completa, por lo que el paciente no se protege y se lastima bruscamente al caer; ya inconsciente toda la musculatura voluntaria presenta una contracción continua y permanece en una fase durante diez o veinte segundos, las pupilas se dilatan, no reaccionan a la luz y el reflejo corneal está ausente, hay vaciamiento de vejiga y en ocasiones del recto.

Fase Clónica

La fase tónica seguida de contracciones musculares intermitentes o clónicas; al principio son rápidas, luego con frecuencia cada vez menos; la saliva que no podía deglutirse se mezcla con aire y aparece en forma de espuma sanguinolenta.

Coma

Características después de la crisis (post-convulsivas):

1. Pupilas rígidas,
2. Cara congestionada con sudor,
3. El levantado de brazo, pierna, luego se suelta cae pesadamente, como en forma de parálisis,
4. Labios cianóticos.

Debe de estimularse al paciente, si no éste duerme durante una o dos horas y al despertar se queja de cefalalgias, fatigas y dolor de lengua.

Las características que manifiesta un paciente cuando sale de la coma son:

1. Atolondramiento,
2. Movimientos de maxilares,
3. Pasos sin rumbo,
4. Busca entre sus ropas e intenta quitárselas,
5. A mayor convulsiones implica estados obnubilados de conciencia, esto se da con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

Pequeño Mal

Consiste en una rápida pérdida de la conciencia durante cinco a treinta segundos; las crisis se inician

y terminan en forma abrupta y no se presenta aura ni secuelas; el paciente no cae al suelo, se pone pálido, permanece inmóvil, ojos fijos, cara sin expresión, suspende la actividad que está realizando, por pérdida del tono muscular, suelta el objeto que tiene en la mano; existe contracciones rítmicas de los párpados, en las cejas o cabeza. Se inicia entre los cuatro a ocho años y al llegar a los dieciocho años cambian las crisis. El EEG nos demuestra onda lenta y redonda, seguida de un pico rápido y agudo.

Este ocurre con mayor frecuencia que los del gran mal. Desde el punto de vista psicológico surge un fenómeno muy importante, la relación interpersonal entre padres y niños; generalmente el niño crece inadaptado desde el punto de vista social y emocional ya que esto afecta la formación de su personalidad.

Cuya inadaptación surge del rechazo tanto consciente e inconsciente de los padres, despertando en los niños la falta de seguridad básica, lo cual tiende a entenderse y a matizar todas las relaciones interpersonales. El niño generaliza y cree que todos los mayores son igual a sus padres y que todas las experiencias serán frustrantes, desarrollan un patrón de antagonismos y rebeldía.

El pequeño mal es igual a movimientos mioclónicos en los cuales se presenta contracciones de los brazos sin pérdida de la conciencia y también los ataques acinéticos durante los cuales el enfermo cae al suelo en forma repentina con hipotonía muscular.

Epilepsia Psicomotora

Se caracteriza por ataques en forma de trance y episodios de confusión, lo que se tiende a confundir con esquizofrenia o psiconeurosis. Esta es más común en

adultos que en niños; es muy importante diferenciar a las crisis psicomotoras del pequeño mal:

1. Los ataques duran más de medio a dos minutos, los cuales se acompañan de movimientos musculares de la masticación, o de la deglución o el habla del paciente.
2. Emite sonidos con los labios, mastica, emite verbalizaciones incoherentes, hay obnubilación de la conciencia, hay amnesia que persiste más de medio minuto a veces.
3. Episodios breves de pensamiento automático, cuyo contenido son ideas delirantes, alucinaciones auditivas o visuales.

Algunos enfermos describen estados afectivos breves de miedo, alarma vaga, temor, rabia y ocasionalmente bienestar o placer. La conducta del paciente va de acuerdo con su estado de ánimo. La crisis psicomotora se presenta en forma de un estado de obnubilación que se caracteriza por confusión, atolondramiento, excitación con alucinaciones, explosiones de violencia o algunas veces estados de ánimo durante las cuales hay éxtasis y exaltación religiosa.

Clínicamente el estado de obnubilación sugiere un delirio con deliberación de impulsos agresivos y, a veces, autodestructivos. Durante estos automatismos pueden cometerse actos de violencia de una brutalidad impresionante, ya que el paciente lleva su crimen a extremidades repugnantes.

En ocasiones puede relatar sentimiento de soledad o de extrañeza o el fenómeno que lo deja un típico, como si ya hubiera pasado por la misma experiencia en un pasado nebuloso. Las crisis psicomotoras se mezclan con

las del gran mal cuya frecuencia aumenta con la edad; el niño con epilepsia del lóbulo temporal muestra explosiones de rabia catastrófica, esto se asocia a tres edades distintas:

- a) 4 años asociados a hipercinesia,
- b) 7 años sin hipercinesia, pero con ataques de rabia,
- c) 11 años.

El paciente con descargas del lóbulo temporal, la conducta sexual en general se caracteriza por una falta de despertamiento libidinoso y genital aunque algunos tienen expresiones episódicos de impulso excesivo, es muy probable que en algunos enfermos se asocia a reacciones esquizofrénica, cuando la epilepsia del lóbulo temporal afecta al lóbulo dominante, predispone al individuo a tener conductas psicóticas con muchas probabilidades será semejante a la esquizofrenia, en caso contrario cuando no afecta al lóbulo no dominante es más probable que aparezcan reacciones afectivas; no obstante, los ataques psicomotores frecuentes parecen suprimir esta conducta anormal.

A la epilepsia psicomotora debe incluirse la epilepsia cursiva, esto significa la alteración de la conciencia en forma episódica que se asocia al hecho de correr; generalmente ocurre después de un ataque de gran mal, no existe aura y la carrera es corta; existe un antecedente de conflicto con los miembros de la familia, que parecen haber actuado como factores precipitantes de la crisis. El EEG nos demuestra la forma de pico a una velocidad de cuatro a ocho por minuto.

Existe una tendencia a usar el nombre del lóbulo temporal como sinónimo para el tipo psicomotor o al referirse a crisis que se caracterizan por alucinaciones, trastornos en la memoria y autismo, como crisis del lóbulo temporal, se producen alucinaciones comple-

jas, recuerdos vívidos y sueños que a menudo eran idénticos al contenido de las crisis convulsivas.

Otras Formas de Epilepsia

Encontramos síntomas digestivos, ataques de dolor abdominal violento, algunas veces pérdida de conciencia; la única manifestación de la descarga epiléptica son ataques episódicos de dolor lateralizado en uno y otro lado del cuerpo. La mayoría de trastornos convulsivos dolorosos raros son síntomas de un tumor subyacente que en general se localiza en el lóbulo parietal.

Narcolepsia

Describe a una neurosis rara que se caracteriza, por una necesidad invencible de dormir, habitualmente un lapso breve; se presenta a intervalos cortos y largos, a menudo varias veces al día; y obliga al individuo a caer sobre el piso o a recostarse para evitar la caída. El sueño aparentemente es natural y dura de varios segundos a treinta minutos. Esta es más frecuente en pacientes jóvenes del sexo masculino se presenta como síntomas asociadas, impotencia sexual, obesidad y linfocitos.

Los estudios psicométricos en narcolépticos muestran antecedentes comunes de conflictos emocionales; los individuos se sentían atrapados en un patrón de vida que les desagradaba, pero se creían obligados a aceptar, debido a sus propias ligas emocionales de dependencia, son incapaces de lograr autonomía en otro patrón de vida elegido por ellos mismos y desarrollan el complejo narcoléptico para aliviar la angustia del conflicto franco.

Diferenciación entre Narcolepsia e Hipersomnia

La hipersomnia psicógena difiere de los patrones de adormecimiento o somnolencia durante varias horas y no durante quince o veinte minutos, asociándose a trastornos en el sueño nocturno, obesidad y la persona se caracteriza de la pasividad con angustia, ante cualquier situación en la que exista la posibilidad amenazadora de expresar críticas o ira hacia otros individuos.

Cataplexia

La relación aparente con narcolepsia se encuentran los ataques paroxísticos, durante los cuales, bajo la influencia de una excitación emocional, hay parálisis de los movimientos voluntarios y un colapso postural de todo el cuerpo; pierde poder y el tono de todos los músculos esqueléticos, las rodillas se doblan y cae al suelo sin poder evitarlo; parece que la risa tiende a provocar el ataque, aunque la angustia, la ira o los disgustos pueden actuar en forma similar.

Los ataques de narcolepsia y cataplexia es dominado síndrome narcoléptico-catapléptico.

Personalidad Epiléptica

Los niños que sean excesivamente, irritables, inquietos, exageradamente activos, caprichosos, tercos, hiperactivos, tímidos y puede manifestar trastornos de la conducta como por ejemplo mentir, robar, pelear, alteraciones sexuales, crueldad y destructividad, es muy importante que el factor ambiental influye en esto por lo anterior no es ni regla y no se puede generalizar.

Si existiera lo anterior, probablemente son el resultado de un ambiente perjudicial y de las frustra-

ciones, el rechazo social, el estado de inseguridad, las angustias constantes y dificultades emocionales que surgen del efecto del niño.

No hay duda, sin embargo, de que el enfermo que se siente inválido por su padecimiento, que está en constante lucha dentro de su comunidad, que teme el desmascaramiento y está convencido de que su destino es ser un miembro anormal de la familia, tiene períodos de irritabilidad y depresión. La sensación de resentimiento que a menudo experimenta el paciente pueda producir infelicidad, que se agrega a su problema de adaptación, y crea tal vez tendencias antisociales.

El desaliento y la desesperanza pueden conducir hacia una limitación de los intereses y hacia la lentitud mental. La religiosidad que muestran algunos epilépticos pueden tener su origen en una búsqueda de seguridad, de solaz y de autoestima.

Deterioro Epiléptico

Existe funcionamiento intelectual medio en el paciente con epilepsia idiopática al compararlo con el resto de la familia; se considera que las crisis continuas y sin control obstaculiza el funcionamiento intelectual.

Se desarrolla lentitud psíquica, la atención, los procesos intelectuales y las respuestas emocionales se vuelven cada vez más torpes y se altera la comprensión y la memoria. El paciente sufre de pobreza de ideas, tiende a valorar lo trivial en el mismo grado que lo importante, y a volverse circunstancial cuando expresa sus ideas, deja de tomar en cuenta los intereses de los demás, se vuelve egoísta, afectivamente satisfecho de sí mismo jactancioso, perezoso descuidado de su apariencia, y su cara se caracteriza por una vacuidad sin expresión.

Su habla se vuelve lenta y monótona, con muy poca variación en el acento y en el tono, y su vocabulario se vuelve limitado. Cuando existe demencia grave, el paciente vive a un nivel puramente vegetativo y carece de comunicación inteligiblemente con su ambiente social, en el cual no se interesa.

La demencia es un desenlace mucho más frecuente en los enfermos que desarrollan epilepsia durante los primeros años de la niñez y menos frecuente en lo que presentan en años posteriores. El deterioro es menos habitual si el paciente era mentalmente normal cuando nació y su crisis es de pequeño mal o de tipo gran mal, pero poco frecuentes.

El ostracismo social e intelectual que el epiléptico sufre a menudo, la privación de las ventajas normales de la educación, los sentimientos de inferioridad, el desarrollo y la desesperanza conducen hacia una disminución de los intereses y hacia un déficit de la personalidad.

Diferencia de la Epilepsia y un Síncope

La pérdida de la conciencia en la epilepsia se debe principalmente a descargas paroxísticas que provienen del cerebro, mientras que en el síncope dicha pérdida primariamente resulta de un descenso en la presión sanguínea. En el síncope se encuentra una causa posible (postural, emocional o física) y se presentan síntomas prodrómicos durante un lapso bastante largo; generalmente el paciente con síncope dice: "me voy a desmayar", adopta una posición protectora, son aparentes, la palidez y el sudor caliente o frío; la pérdida de la conciencia habitualmente va seguida de somnolencia y a menudo cefalalgia. En la presión sanguínea, provocado por un paro cardíaco, produce convulsiones debido a anemia cerebral.

Curso y Pronóstico

Existe un pronóstico mejorado debido al uso del EEG, si existe un programa educativo para la comunidad implicaría mejora en la educación al público con ello disminuiría el rechazo y los estigmas sociales para el paciente; la mayoría de los pacientes son personas normales e inteligentes, excepción hecha de sus ataques y son perfectamente capaces de ganarse la vida.

Si la enfermedad principió en la niñez habitualmente el pronóstico es menos favorable. Respecto a la recuperación, el pronóstico es peor en el pequeño mal que en el gran mal; la vida mental del paciente no se altera tanto en el pequeño mal.

El pronóstico depende de la prontitud del diagnóstico y del tratamiento. Tanto la frecuencia como la intensidad del deterioro varía mucho, pero tiende a modificarse según la edad en que se inició la enfermedad, la frecuencia de crisis y el esfuerzo que se haga para mantener intereses sanos, constructivos, satisfactorios y no egoísta y un empleo constante.

Psíquicamente las desventajas emocionales que producen las actitudes defectuosas, como la vergüenza o la sobreprotección de parte de la familia del paciente puede obstaculizar la recuperación. Pero en sus formas más malignas, el deterioro puede llegar al grado en que el enfermo vive a nivel esencialmente vegetativo. Pocos epilépticos se vuelven psicóticos y requieren atención en un hospital para enfermos mentales; la medicación actual ayuda el control completo o la abolición total de las crisis del gran mal.

Tratamiento

La asesoría psicológica, permite al paciente optar una postura objetiva, real ante el síndrome epiléptico, en primera instancia formar conciencia de la importancia de ingerir los medicamentos tal y como fue recomendado por el médico, se le recomienda realizar actividades tanto física como mentales, especialmente todas aquellas las que proporcionen una combinación del ejercicio muscular, interés intelectual y diversión.

El rechazo consciente e inconsciente de los padres desvían en forma grave la personalidad que se está desarrollando en el niño, y desfavorece también la sobreprotección como atenciones excesivas provocadas por miedo, los ataques del pequeño mal aún cuando sean frecuentes, no deben impedir que el niño asista a la escuela.

El enfermo epiléptico puede tener un empleo, claro que en trabajo donde no peligre su propia seguridad, o la de los otros en caso de crisis, por ello es necesario elevar un umbral de las crisis por medio de medicación, no debe omitirse el tratamiento psicológico, particularmente cuando hay evidencia de que la excitación emocional precipita crisis repetidas; por lo que se debe poner especial interés en aliviar las causas de stress emocional o de otro tipo psíquico y en proponer una vida normal dentro de los límites del equipo psicobiológico del paciente.

Hay que darle la oportunidad al paciente de conservar su autoestimación, desarrollar su capacidad y seguir siendo útil a la sociedad; con ello nos evitamos que muchos pacientes tiendan a soñar despiertos y a dar rienda suelta a disipaciones inútiles, que aumenta la frecuencia de sus crisis y apresuran el deterioro.

En tales casos debe de alentarse al epiléptico para que planee su propio trabajo, sus estudios y sus actividades, es de gran importancia que establezca el hábito del trabajo prolongado, aunque en ocasiones esto le es muy difícil.

Respecto a la alimentación es la misma, común igual a todos, algunos pacientes no deben pasar períodos largos sin comer, ya que la hipoglucemia puede precipitar los ataques, también debe de evitarse bebidas alcohólicas y por último un epiléptico no controlado no debe de manejar vehículo de motor.

1.3.5. HERENCIA

La transmisión hereditaria de la epilepsia es multifactorial, es decir, poligenética. El factor genético se expresa en la tendencia a producir descargas eléctricas cerebrales paroxísticas con inclinación a extenderse.

La presencia de ondas cerebrales anormales en los padres de epilepsia hacen suponer que las disritmias cerebrales asociadas a epilepsias son heredables y que los padres muestran tales disritmias corticales son portadores de la enfermedad.

Los gemelos idénticos, la epilepsia idiopática se presenta en ambos individuos. Un epiléptico que se casa con una persona normal, existe la probabilidad que uno de cada cincuenta hijos llegue a convulsionar. Es muy importante éste aspecto en nuestro medio, ya que nos permitimos generalizar que la mujer latinoamericana en un gran porcentaje, su meta es casarse y formar una familia.

Existe un bloqueo en la paciente que manifiesta crisis epilépticas, ella puede casarse y tener hijos,

siempre y cuando esté controlada, cumpla con el tratamiento del medicamento y exista la probabilidad de haber convulsionado por última vez hace dos años.

Es muy importante el rol del psicólogo, para hacerle ver a la paciente todos los aspectos que se involucran de igual manera compartir dichos aspectos con el complemento de la pareja. Los factores que tiende a distinguir las probabilidades de la epilepsia en un individuo epiléptico son:

1. Falta de antecedentes familiares de epilepsia o migraña, en los parientes del cónyuge o del pariente mismo.
2. Anormalidad mínima en los electroencefalogramas de dichos pacientes.
3. Alguna enfermedad adquirida que sea por lo menos en parte responsable de las crisis.
4. Principio de la enfermedad en la edad adulta.
5. Dotación mental normal.

Genética

"Metrakos y Metrakos: Tres factores que complican el estudio de la genética de la epilepsia:

1. La expresividad,
2. La penetrancia,
3. La cronicidad."

La expresividad se refiere a la gravedad de la manifestación clínica. Si un gen es responsable de la producción de convulsiones y tiene expresividad variable, quiere decir, que produce diferentes grados de severidad en distintos individuos, por lo tanto es importante determinar cuál es el número de signos y síntomas que producen para poder así diferenciar a un individuo afectado de otro no afectado.

La penetrancia se refiere al fenómeno en el cual un individuo cuya constitución genética le permite manifestar determinado rasgo, no es capaz de expresarlo por alguna razón desconocida y entonces se dice que hay falta de penetrancia; por lo cual individuos que poseen genes determinados de epilepsia pero que no los manifiestan clínicamente no están afectados desde el punto de vista neurológico pero sí desde el punto de vista genético ya que son portadores y tienen la capacidad de transmitir tales genes.

La cronocidad se define como la variabilidad, en la edad del inicio de la epilepsia; se caracteriza porque puede aparecer, desaparecer y reaparecer, y por ello está relacionada íntimamente con la expresividad. La cronocidad es importante porque el factor hereditario es más notorio en aquellos casos en que las convulsiones se inician antes de los cuatro años de vida, en comparación con las que se inician después.

"Los tres tipos de genes que intervienen en la manifestación de epilepsia de acuerdo a Metrakos y Metrakos son los siguientes:

- a) Genes de Umbral,
- b) Genes de Enfermedad Cerebral,
- c) Genes de la Epilepsia propiamente dicha."

Los genes de umbral afectan al Sistema Nervioso Central y provocan que el individuo presente convulsiones al someterse a estimulación suficiente: (electrochoque, metrazol, hiperventilación) esto difiere en el grado en cada individuo.

Los genes de la enfermedad cerebral son los responsables de una gran cantidad de enfermedades hereditarias en las cuales las crisis epilépticas son una manifestación del padecimiento.

Enfermedades Hereditarias Asociadas con la Epilepsia

Tenemos alteraciones del metabolismo de aminoácidos, lípidos, carbohidratos o mucopolisacáridos y otros en los que no se reconocen alteración metabólica como esclerosis tuberosa, neurofibromatos, forma infantil de la Corea de Huntington.

Algunos padecimientos se heredan en forma autosómica dominante (neurofibromatosis) y los segundos en forma autosómica recesiva (fenicetonurias). Las crisis en cada una de estas enfermedades dependen del gen principal y de los genes de umbral que tenga cada individuo.

Estudios en Gemelos

Existe más concordancia en gemelos monocigotos que en dicigotos; estudios electroencefalográficos familiares han demostrado que existe patrones electroencefalográficos heredados. Existe un ritmo Theta anormal en la niñez, que parece heredarse en forma multifactorial.

Alteraciones Cromosómicas Asociadas con Epilepsia:

1. Trisomía 21,
2. Klinefelter,
3. Síndrome XYY.

Las evidencias de la existencia de los genes específicos provienen fundamentalmente de las investigaciones clínicas a gran escala de pacientes epilépticos, mediante estudios de agregación familiar y de gemelos.

1.3.6. NEUROQUIMICA

La lesión tisular en la Corteza Cerebral puede ser provocada por substancia como Cobalto, Toxina Tetánica o por lesión mecánica como congelamiento por Cloruro de Etilo, con metal congelado.

En la neuropatología humana el foco incluye esclerosis de regiones específicas o cambios celulares locales relacionados con eventos como neoplasias, hemartomas, infecciones y meningitis; estas alteraciones, indudablemente desequilibran la organización tisular, modifican la red vascular local y cambia la naturaleza y la dimensión de los espacios extracelulares y las relaciones celulares.

En muchos focos pueden existir alteraciones decrecientes desde el centro hasta la periferia; el foco es una organización neural que consiste en un centro inactivo rodeado por un anillo de células hiperactivas con una zona limítrofe de células normales.

Eléctricamente el foco muestra el llamado cambio paroxístico desporalizante (CPD), estos causan en la neurona un incremento de ondas de descargas que es seguido de un período de hiperporalización antes de iniciar el cambio paroxística desporalizante.

Estructuralmente el foco muestra alteraciones que comprende pérdida de las espinas dendríticas, aislamiento de la superficies dendríticas, arborizaciones dendríticas reducidas y aparición de varicosidades. Los cambios bioquímicos más significantes comunes a los diferentes focos son las variaciones en el contenido de cationes y aminoácidos.

Es importante conocer porqué un foco interactúa con el tejido cercano e inicia el desarrollo de un ataque epileptógeno generalizado o se hace lo suficientemente

activo como para iniciar cualquier evento motor o sensorial clínicamente detectado. La comprensión del cambio del estado interictal a estado ictal es indispensable para tener la epilepsia misma.

1.3.7. CISTICERCOSIS Y EPILEPSIA

Cisticercosis cerebral es la parasitosis que con más frecuencia afecta al Sistema Nervioso Central. La frecuencia de la epilepsia es mucho mayor cuando el parásito se encuentra localizado en el parenquima cerebral que cuando se le encuentra en el espacio subaracnoideo o intraventricular.

La cisticercosis es un padecimiento en el cual se combinan por un lado la presencia de un elemento tisular extraño al huésped y por el otro, la respuesta inmune a éste tejido extraño.

Estos dos factores tienen un alto grado de variabilidad de un individuo a otro, el número de cisticercosis puede variar desde uno aislado hasta varios cientos en casos extremos. Así mismo la respuesta inflamatoria del huésped va desde la tolerancia inmune al parásito, hasta inflamación, exudado y fibrosis de gran intensidad que produce más alteraciones neurológicas que el parásito mismo.

La alteración más epileptógeno es la Cisticercosis Cerebral, es la localización parenquimatosa del parásito, hay que tomar en cuenta las características evolutivas de la lesión primaria, de las cuales hay tres formas:

1. Quística,
2. Granulomatosa,
3. Calcificada.

La forma quística representa el parásito activo y variable; las formas granulomatosa y calcificada son lesiones residuales, concretamente, no son cisticercosis sino sus secuelas permanentes.

Desde el punto de vista clínico de la diferencia entre granuloma y calcificación es la radiolucidez de la lesión; la calcificación puede detectarse mediante radiografías simples de cráneo mientras que el granuloma sin calcificación sólo se detecta por tomografía axial computarizada (T.A.C.).

Los pacientes que tienen neurocisticercosis presentan crisis de origen parcial preponderantemente sensitivo, motor o psicomotor. El diagnóstico preciso de cisticercosis cerebral se establece sólo mediante estudios radiológicos y análisis del líquido cefalorraquídeo que incluya reacción inmunológica al cisticercosis; quien padece de cisticercosis se aprecia en el tercer y cuarto decenio de su vida, pero puede estar afectada desde su infancia.

La población mayor afectada con neurocisticercosis es la población con sujetos con hábitos higiénicos y dietéticos deficientes, es frecuente diagnosticar la enfermedad en individuos de clase socioeconómicamente alta.

Entre uno de los tratamientos está la extirpación quirúrgicamente, en casos cuya indicación sea precisa, siempre y cuando sea de fácil abordaje y no represente un riesgo para la integridad de la función cerebral.

1.3.8. ELECTROENCEFALOGRAFIA

Los potenciales electroencefalográficos representan la suma de voltajes de los potenciales postsinápticos que se generan en el soma y las dendritas de las células corticales.

Los Potenciales Electroencefalográficos Epileptiformes consisten en ondas de gran amplitud rápidas (espigas) y lentas (ondas agudas), que aparecen agrupadas durante las crisis (intercríticas o interictales). Estos potenciales por una despolarización excesiva de la membrana neuronal (PPE) que origina una descarga neuronal exagerada y son seguidos por una hiperventilación excesiva de la misma (PPI) que produce una inactivación persistente.

En la epilepsia humana la generación de potenciales electroencefalográfico epileptiforme se complica por las siguientes razones:

1. Aumento de la complejidad cerebral,
2. Diferencias en la electrogénesis cortical cuando los focos epilépticos se originan en éstas áreas distintas a la corteza motora.
3. Propagación de la actividad convulsiva a otras áreas corticales y subcorticales,
4. Generación de focos epilépticos,
5. Presencia de lesiones cerebrales que contaminan el proceso epiléptico propiamente dicho.

Práctica

El EEG es un método de diagnóstico neurológico relacionado con la fisiología cerebral, esto es, no diferencia procesos patológicos específicos sino que detecta cambios en la función del cerebro independientemente de su causa. Consiste en el registro de la actividad eléctrica cerebral por medio de electrodos colocados sobre el cuero cabelludo.

Fase Tónica: Los potenciales electroencefalográficos consiste en espinas de amplitud y frecuencia creciente y hay un cambio CD positivo, el potencial de membrana tiende a repolarizarse y existe gran número de descargas neuronales.

Fase Clónica: - Los potenciales electroencefalográficos consiste en espigas de amplitud creciente y frecuencia decreciente, hay un cambio de CD positivo, el potencial de membrana se repolariza aún más y el número de descargas neuronales disminuye y se sincroniza con las ondas electroencefalográficas.

Limitaciones del Electroencefalógrafo

- a) Detecta solamente los potenciales que ocurren en la convexidad cortical y no los que ocurren en la base, en la línea media, en la profundidad de los surcos corticales y en la estructuras subcorticales (tales como el tálamo y la formación reticular).
- b) Detecta solamente potenciales de determinada amplitud y frecuencia y no los demasiados pequeños, demasiado lentos (CD) o demasiado rápidos (descargas neuronales).

El electroencefalograma se utiliza para valorar la maduración cerebral, definir las etapas de sueño y el proceso de atención selectiva, detectar lesiones corticales, procesos epilépticos, establecer el grado de coma y la muerte cerebral.

El Electroencefalograma en la Epilepsia

Su utilización clínica estriba en identificar la localización, extensión y gravedad de estos procesos, ya que epilepsia es un trastorno funcional (disritmia cerebral) paroxística. El EEG sirve para diferenciar crisis epilépticas de las que ocurre en un cerebro normal afectado por cambios sistémicos o tóxicos, así como trastornos paroxísticos de distinta naturaleza como la histeria y el alcoholismo.

Signos Electroencefalográficos Epileptiformes

Consiste en ondas de gran amplitud que aparecen en forma súbita y que se destacan claramente del resto de la actividad de fondo. Las ondas se clasifican de acuerdo con su morfología, en ondas rápidas (espigas y ondas agudas) y ondas lentas que aparecen en distintas combinaciones.

Las crisis generalizadas tonicoclónicas (gran mal) se caracterizan por ondas paroxísticas Betas, las generalidades no convulsivas (pequeño mal) por complejos espiga-onda, las generalizadas mioclónicas por ejemplo poliespina-onda y las parciales de sintomatología compleja (psicomotora) por ondas paroxísticas Theta.

Los signos electroencefalográficos epileptiformes se clasifican en focales generalizados y difusos o no localizados; estos últimos se presentan en encefalopatías difusas (tóxicas, infecciones, metabólicas) y consiste en una mezcla irregular de grafoelementos anormales, con signos de actividad epileptiforme multifocal y otros datos que no se sistematizan.

Signos Electroencefalográficos Focales

Consiste principalmente en espigas y ondas agudas, también puede observarse complejos espiga poliespiga-onda; localizado en una sola región los más frecuentes se encuentran en el lóbulo temporal. Los signos electroencefalográficos ictales de la epilepsia focal consiste en ondas paroxísticas rápidas y lentas que corresponde a un reclutamiento de espigas en profundidad.

Los registros profundos en pacientes realizados con epilepsia del lóbulo temporal que han sido seleccionados para cirugía (lobotomía cerebral temporal) mues-

tran que en este tipo de actividad, espontánea o provocada es el mejor indicador para la detección de los focos epilépticos.

Signos Electroencefalográficos Generalizados

Consiste principalmente en complejos espiga-onda complejo poliespiga-onda y ondas paroxísticas rápidas y lentas. Se presenta en áreas corticales asociativas (frontal, temporal, parietal); los complejos espiga-onda se correlacionan con las crisis generalizadas mioclónicas y las ondas paroxísticas con las crisis generalizadas tonicoclónicas.

1.3.9. CLASIFICACION Y TRATAMIENTO MEDICO

Entre las ideas erróneas más frecuentes y nocivas sobre la epilepsia es que no se cura; lo anterior es una falacia, ya que si utilizan adecuadamente los recursos modernos de la clasificación y de la terapéutica antiepiléptica se puede resolver el problema permitiéndole con ello mejorar su calidad de vida.

Conjunto a ello también se desarrolla un plan psicoterapéutico permitiendo con ello que el paciente no sufra desequilibrios psíquicos y por ende conductas patológicas.

Crisis Parciales Simples

Son consecutivas de la corteza cerebral; el foco epileptógeno se localiza en las zonas corticales motoras, sensitivas o de ambos tipos; se observan y experimentan movimientos involuntarios de las extremidades y sin motivo y sin causa.

Cuando las descargas con síntomas se producen en otras áreas de la corteza se manifiestan síntomas soma-

tosensoriales, alucinaciones de tipo visual, olfatorio, gustativo, vertiginoso que transcurre sin que el sujeto pierda el conocimiento. Las crisis parciales simples con síntomas psíquicos constituyen un grupo de controversia, pues es raro, que ocurran trastornos como disfasias o alteraciones de la memoria sensorial o de los estados afectivos sin involucrar el conocimiento.

Crisis Parciales Complejas

El fenómeno ictal puede empezar en forma brusca o insidiosa y antes de que el paciente pierda el conocimiento puede aparecer signos que también se dan en las crisis parciales simples, pero en todo caso en las crisis siempre se altera el conocimiento.

Automatismo

Se aplica a movimientos involuntarios, extraños y bruscos, que a veces semejan actos normales que ocurren durante el período de pérdida del conocimiento en que transcurre la crisis epiléptica, y que el enfermo no recuerda haber realizado. Lo más frecuente es el chupeteo, masticación, deglución, remedos mímicos con expresiones faciales a las que erróneamente se atribuye contenido emocional, de ambulación sin propósito, verbalización ininteligible.

En algunas ocasiones se realizan actos más complejos, como caminar, seguir un itinerario habitual para ir de un sitio determinado a otro y hasta conducir un vehículo sin que el paciente pueda explicarlo como lo hizo.

Crisis Generalizadas

El encéfalo se afecta en forma global, se altera el conocimiento, lo que suele ser la manifestación inicial

de las crisis y aparecen síntomas motores en ambos lados del cuerpo. Los patrones electroencefalográficos son unilaterales y se presume que reflejan descargas neuronales que se han propagado por ambos hemisferios cerebrales de manera simultánea.

Ausencias

Aparecen de manera repentina, se pierde bruscamente el conocimiento, el paciente interrumpe lo que está haciendo en ese momento, son breves y la recuperación también es rápida; ésta ocurre muchas veces al día.

Crisis Mioclónicas

Son contracciones rápidas, repentinas, únicas o múltiples, sucesivas o aisladas, que se pueden manifestar en todo el cuerpo o confinarse a determinados segmentos; como por ejemplo a los músculos de la cara o exclusivamente a los brazos o a las piernas.

Tiende a presentarse poco después del despertar o antes de dormir; puede ocurrir también en grupos musculares aislados en estados de fatiga o en algunas enfermedades musculares que no se acompañan de crisis epilépticas.

Crisis Tonicoclónicas

Llamadas también ataques de gran mal epileptógeno. En la fase prodrómica, algunos enfermos sufren un malestar vago y el presentimiento de que algo va a suceder, en algunos pacientes se presenta aura.

El aura se aplica a la percepción alucinatoria de sensaciones visuales, olfatorias, táctiles, etc., ésta aparece inmediatamente antes de que se pierda el conocimiento.

Al iniciarse la fase tónica los pacientes emitan un grito peculiar y característico, y se produce una contracción violenta y sostenida que afecta a todos los músculos; cuando predomina los músculos extensores del tronco el enfermo cae en opistótonos, estirado, con los puños cerrados y las manos en flexión; si la contracción es de los músculos flexores, la postura que ocurre es con las piernas encogidas hacia el abdomen y el tronco doblado hacia adelante, con tal fuerza que incluso se puede lesionar las vértebras; los ojos quedan abiertos y con las pupilas dilatadas, y no reaccionan ante estímulos luminosos.

La respiración se interrumpe, hay cianosis y la frecuencia cardíaca disminuye, la duración es variable pero no suele pasar de dos; sobreviene luego las contracciones clónicas que sacuden rítmicamente todo el cuerpo. En esta fase se puede morder la lengua o los carrillos, los músculos de la masticación participan en las contracciones; la duración es variable, pero en la mayoría de casos no pasa de tres a cinco minutos; el enfermo queda relajado, vuelve a respirar con movimientos profundos, poco a poco se le cierra los ojos, y recupera paulatinamente el color normal de la cara.

Crisis Atónicas

Son caídas bruscas por pérdida repentina del tono muscular; cuando son muy rápidas se llaman ataques de desplome; y la pérdida de la conciencia es muy breve.

No se puede determinar si el conocimiento se altera por la crisis o por los golpes ya que el paciente cae sin defenderse y se lesiona en la cabeza y en la cara; estas crisis son muy breves.

Antiepilépticos, Características y Aplicación

Tipificar adecuadamente las crisis es requisito para seleccionar el fármaco más apropiado para su tratamiento.

1. Barbitúricos

1.1. Fenobarbital

1.2. Primidona

1.1. Fenobarbital

Nombre genérico: Fenobarbital Sódico.

Se absorbe por vía digestiva, la concentración en el líquido cefalorraquídeo (LCR) es equiparable a la plasmática y a la que se encuentra en el tejido celular. Se metaboliza en el hígado y se elimina lentamente por vía urinaria.

Indicaciones: Para crisis parciales simples y secundariamente generalizadas, estados epilépticos. Entre los efectos colaterales más frecuentes tenemos la somnolencia, sensación de pesantez de cabeza y lentitud de pensamiento, ataxia, disartia y signos cerebelosos indican intoxicación.

Las concentraciones del fenobarbital aumenta en presencia, de ácido valproico y de difenilhidantoína. La acción de fármaco que deprimen al Sistema Nervioso Central se exagera con el Fenobarbital.

Se administra por vía oral, la vía intravenosa no se recomienda, ya que el fármaco se cristaliza en el músculo y se absorbe de manera irregular; en todos los casos se recomienda empezar con dosis bajas que se aumentan cada cuatro días hasta alcanzar niveles séricos adecuados.

1.2. Primidona

Indicaciones: Para crisis parciales simples, complejas, secundarias generalizadas y tonicoclónicas generalizadas.

2. Benzodiacepinas

Aparecen tres fármacos:

2.1. Clonazepam,

2.2. Diazepam

2.3. Nitrazepam.

Clonazepam

Indicaciones: Para crisis generalizadas y mioclónicas acinéticas; puede administrarse por vía endovenosa para el control del estado epiléptico.

Diazepam

Indicaciones: Para diversos tipos de crisis, excepto de ausencias.

Nitrazepam

Indicaciones: Para crisis mioclónicas en el Síndrome de West.

3. Carbamazepina

Indicaciones: Crisis parciales complejas y tonicoclónicas generalizadas y como coadyuvante en las crisis secundariamente generalizadas del difícil control.

4. Fenilsuccimidas

Indicaciones: Para crisis generalizadas con ausencias.

5. Hidantoinatos

Indicaciones: Para crisis parciales simples, crisis tónicas, clónicas y tonicoclónicas generalizadas, crisis parciales secundariamente generalizadas coadyuvantes en las crisis parciales simples de difícil control.

6. Acido N-dipropilacético

Nombre genérico: Acido Valproico, Valproato de Magnesio. **Indicaciones:** Su principal empleo es en las crisis febriles y en las generalizadas del tipo de las ausencias. Este útil como coadyuvante para el control de otros modelos ictales de difícil corrección.

Consideraciones Finales

Con objeto de lograr resultados óptimos en el tratamiento antiepiléptico con medicamentos se recomienda:

- a) Seleccionar el fármaco según sus indicaciones para el tipo de crisis.
- b) Administrar sólo un medicamento al iniciar el tratamiento.
- c) Agotar sus probabilidades terapéuticas antes de cambiar o de agregar otro antiepiléptico en caso de que las crisis no se controlen.
- d) Establecer el nivel sérico mediante determinaciones periódicas.

- e) Lograr el control, conservar la medicación cuando menos durante cinco años consecutivos.
- f) Durante las edades de crecimiento o involución, así como durante el embarazo, controlar los niveles séricos al menos una vez al mes.

1.3.10. STATUS EPILEPTICUS

Se establece en un paciente cuando se desarrollan crisis más crisis sin recuperar la conciencia en cada crisis; esto es debido por la suspensión brusca del medicamento especialmente cuando se está tratando con fenobarbital.

Entre otras causas podemos mencionar:

- a) Exceso de alcohol,
- b) Fatiga acentuada.

El paciente se agota profundamente y cae en estados de coma y puede morir de dilatación cardíaca o edema pulmonar.

Entre las características básicas del síndrome del status epilepticus están:

1. El status epilepticus se presenta abruptamente en adultos previamente sanos.
2. No hay historia previa de enfermedad neurológica.
3. Hay una completa recuperación después de su ocurrencia.
4. Las crisis no revelan factor causal.

1.3.11. PSICODIAGNOSTICO

Para mejor comprensión, valoración y diagnóstico de los aspectos psicológicos que se relacionan con la epilepsia será necesario considerar al sujeto desde un punto individual y como elemento de un sistema social y considerar la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y social que mantienen una relación indivisible.

La persona con padecimiento epiléptico está sujeta a una disfunción neurofisiológica que afecta en forma temporal o permanentemente los aspectos psicológicos y sociales.

Dentro del síndrome epiléptico se puede distinguir dos tipos de sintomatología: una neurológica y otra psicológica o psiquiátrica.

Presentación Neurológica

- a) Crisis convulsivas parciales
- b) Crisis convulsivas generalizadas.

La localización del foco, la frecuencia de presentación y duración de las crisis, el tiempo de evolución del padecimiento, al igual que el origen de las crisis (focal, bilateral o generalizada) serán factores determinantes en el tipo de síntomas y disfunciones que el paciente presentará.

La sintomatología psicológica que deriva de cambios en un paciente con crisis convulsivas dependen de alteraciones en:

1. La capacidad intelectual que deriva de cambios en algunas funciones mentales como memoria, atención, comprensión, discriminación, aprendizaje, integración y otras.

2. Los aspectos emocionales
3. La percepción de sí mismo y del mundo externo
4. La personalidad y el carácter
5. La integración familiar
6. Los aspectos educacionales o laborales
7. La participación social.

El grado que sea alterado estos factores determinarán el estado psicopatológico del paciente mismo que podrá corresponder a desadaptación, neurosis o psicosis.

Capacidad Intelectual

Para estos casos se mide a través del WISC para niños y el WAIS para adultos en escolaridad, esto nos permite conocer el C.I. Entre las epilepsias es posible encontrar y poder distinguir tres grupos:

- a) Pacientes con deficiencia mental, que acompañan o preceden la aparición de las crisis convulsivas.
- b) Pacientes cuya inteligencia se ha deteriorado a causa de su padecimiento.
- c) Pacientes con inteligencia normal o superior.

Deficiencia

Depende de los siguientes factores:

1. Naturaleza de la lesión cerebral subyacente.
2. Edad de la aparición de la epilepsia. En los primeros años de vida, la demencia parecía ser el resultado de una encefalopatía más que la secuencia de crisis convulsivas. De todas formas el C.I. se desarrolla menos o se deteriora más cuanto menor es la edad del niño al aparecer crisis convulsivas.
3. Tipo de crisis.

Deterioro

Los pacientes pueden desarrollar deterioro intelectual y caracterológico que en ocasiones conducen a demencias o psicosis. Esto ocurre cuando la presentación de las crisis es frecuente en forma crónica y aguda, particularmente en el llamado Status Epilepticus, en el que pueden ocurrir lesiones neuronales por anoxia de tipo de la esclerosis del Asta de Amón.

En el proceso de deterioro depende de la frecuencia de las crisis, de su tipo, del tiempo de la aparición y de su localización y éste es mayor cuando la epilepsia es del lóbulo temporal.

Es muy importante las evaluaciones psicológicas las cuales permiten un marco de comparación a lo largo del tiempo y en forma de cuantificar y determinar cambios en diferentes áreas.

Aspectos Emocionales

Se valoran a través del T.A.T. y el psicodiagnóstico de Roschach. La aparición de diferentes reacciones emocionales antes, durante y después de las crisis convulsivas es un aspecto que se observa con claridad. La localización del foco y el tipo de personalidad del paciente van a determinar las reacciones emocionales que éste presente antes y después de la crisis, las cuales podrán ser de miedo, angustia, extrañeza, agresividad, irritabilidad, alucinaciones o palidez.

Las situaciones de insomnio, de agotamiento y especialmente los estados de tensión constituyen un factor precipitante para la presentación de crisis.

Percepción de sí mismo y del mundo exterior

Las pruebas psicométricas para ello son T.A.T. y de Roschach. La percepción es el proceso mediante el cual, la persona toma conciencia, integra e interpreta la información sensorial que está recibiendo, con las experiencias y el conocimiento previo.

Esta se realiza en dos direcciones:

1. Interna que permite un mayor conocimiento de sí mismo.
2. Externa que facilita un mayor contacto y conocimiento del mundo exterior.

En el epiléptico las alteraciones de la percepción de sí mismo tiene una base neurológica y una psicosocial. Desde el punto de vista neurológico este proceso se ve alterado en forma significativa en personas con epilepsia del lóbulo temporal, las cuales después de la presentación de crisis, comunican alteraciones perceptuales de tiempo y persona y expresan "Parece que todo lo que estoy viviendo ya lo he vivido antes; siento que no soy yo el que veo u oigo, como si fuera otra persona".

No solo importa que el área afectada por el proceso epiléptico tenga relación con las funciones de percepción de sí mismo, sino también existan alteraciones en caso de afección del hemisferio dominante y no dominante. La epilepsia del lóbulo dominante, si el foco se encuentra en el hemisferio dominante con frecuencia se presenta esquizofrenia, paranoia, o ambas; y si el foco se encuentra en el hemisferio no dominante se presenta psicosis maniaco-depresiva.

Desde el punto de vista psicosocial la conducta de un sujeto estará determinada en gran medida y la deficiencia que exista entre la imagen que el sujeto tenga de sí mismo y de lo que desearía ser, el yo ideal o idealizado contra el yo real. Entre esto existe dos diferencias muy marcadas; es decir, ya sea por encontrarse aumentadas o disminuidas generan, ansiedad, frustración, devaluación o falta de contacto con la realidad, elementos propiciadores de conducta neurótica o psicótica.

La disfunción neurofisiológica que el paciente padece lo hace presentarse como una persona anormal, ante un mundo de normales, situación que coloca desde un principio en una posición de desventaja entre lo que es y lo que debería ser para los normales, hecho que a su vez genera inseguridad, miedo al rechazo, frustración constante, ansiedad, agresión y baja autoestima; estos elementos transforman una disfunción neurofisiológica en un problema complejo en los que se ven afectados gran parte de los aspectos psicosociales del epiléptico.

La actitud de rechazo que la sociedad presenta hacia las personas con epilepsia favorece que dichos individuos perciban el mundo exterior como amenazante y su actitud sea de defensa o ataque hacia el agresor. El conjunto de factores que dan como resultado una percepción de sí mismo como persona poco capaz, poco valiosa por estar enferma y una percepción del mundo exterior como amenazante va a determinar en gran medida la interpretación de cuadros depresivos o paranoides con etiología que puede conjugarse con elementos de origen funcional u orgánicos y producir sintomatología muy grave.

Personalidad y Carácter

Se mide a través del T.A.T. y MMPI. La irritabilidad es el rasgo dominante del carácter habitual de los epilépticos cuando destaca también la habilidad del humor, el cual oscila entre las reacciones de cólera y una benevolencia que llega a la amabilidad modesta.

La personalidad epileptiforme se caracteriza por dos polos: el adhesivo y el explosivo. En el adhesivo se presenta una afectividad condensada viscosa que se adhiere a objetos que los rodean, de los que no se separa, con facilidad que exigen las variaciones del miedo. En el segundo se presenta una impredecibilidad respecto a la magnitud y el motivo de las reacciones de enojo.

Sobre la base que constituye la personalidad epiléptica se han aislado dos tipos de síndromes:

1. Hipercinesia
2. Bradipsíquico.

La hipercinesia domina los primeros años de vida, alrededor de los diez años. El síndrome hipercinético se caracteriza por labilidad de humor, trastorno de la atención, inestabilidad psicomotora, y cierta impulsividad.

El síndrome bradipsíquico se caracteriza por falta de iniciativa, lentitud intelectual y motora, incapacidad para rehuir lo concreto aferrándose a los detalles y lenguaje completo que se pierde en disquisiciones y repeticiones.

Los rasgos esenciales de la bradipsíquica son:

1. La perseverancia,
2. La estereotipia,
3. La viscosidad.

Sin embargo en cuanto a la personalidad del epiléptico es importante que:

- a) No todos los epilépticos presentan cambios de personalidad,
- b) Los cambios de personalidad son homogéneos,
- c) Los cambios de personalidad pueden encontrarse en individuos con inteligencia normal,
- d) Los niños epilépticos que presentan marcados trastornos de conducta generalmente también padecen daño cerebral y los cambios en adultos epilépticos son frecuentes producidos por las mismas lesiones cerebrales que ocasionan las crisis convulsivas.

Integración Familiar

Entiéndase por integridad la capacidad de un grupo de individuos de compartir un espacio geográfico, un conjunto de reglas, creencias, pautas de conducta, responsabilidad y derechos, y conocer cada individuo, el espacio tanto exterior como interior que necesita para su propio desarrollo.

Desde este punto de vista no es fácil señalar que la familia del paciente con epilepsia se ve afectada en su estructura funcional por un elemento patológico que viene a interferir con las reglas familiares de conducta, las cuales se alteran en forma continua debido a que los miembros de la familia se encuentran en parcial

o permanente imposibilidad de observarlas. Con éste miembro del grupo se tiene que hacer concesiones constantes para comprender que sus estallidos de agresividad, cambios de humor, falta de respeto de los hermanos que en muchas ocasiones no entienden o no aceptan estas diferencias.

Las creencias familiares se afectan especialmente en el origen y causa del padecimiento. En la clase baja es muy común que dentro del grupo familiar, tanto nuclear como extensivo, se piense que este miembro está poseído por el demonio o por espíritus malignos, o que es víctima de un maleficio, situación que coloca a la familia en una posición de miedo y vergüenza.

En la clase media se llega a pensar que es un castigo de Dios, por tal o cual falta, y la posición de los padres o grupo familiar es de resignación, y de pagar por ello. En la clase alta se piensa es un origen hereditario, creencia que afecta el trato de aquel a quien se cree responsable.

Como quiera que sean las crisis convulsivas cambian la posición del miembro afectado en una serie de preceptos tales como:

Responsabilidades: En la mayor parte de los casos el paciente de que empieza a presentar crisis es retirado de sus actividades escolares o laborales, ya sea por miedo de que le pase algo o por vergüenza de que lo vean y se den cuenta de su mal. Esta situación da al paciente la conciencia de enfermedad, de incapacidad, de ser diferentes a los demás, lo cual por una parte, lesiona seriamente a la autoestima de la persona, y por otra parte, generan gran agresividad y frustración, aunque también le proporciona un buen instrumento de control y manipulación familiar, ya que con la amenaza de que le pueda ocurrir una crisis, el paciente alude

las responsabilidades que no desea y obliga a que le ofrezcan cuidados y un exagerado número de concesiones y atenciones.

Derecho: El balance entre obligaciones y derechos producen un equilibrio funcional de un sistema social; la familia del epiléptico encuentra en una de sus partes un desequilibrio de estos aspectos que afectan a la organización de éste sistema. Las escasas responsabilidades que se asigna a las personas enfermas son recompensados con escasos derechos, ya que debido a que está enfermo se le priva, hasta de las facultades más elementales, como educación, autonomía, respeto, capacidad de decisión.

El Chivo Expiatorio: El factor común que aparece en la creación de un chivo expiatorio dentro de un sistema es una característica fisiológica funcional, conductual o filosófica que lo haga diferentes al resto del grupo. Esta diferencia se ve acentuada y utilizada por el grupo y le da una connotación negativa que le permite aprovechar esta situación como catalizador de los elementos negativos que pueden aparecer en la integración familiar él es el blanco de agresión, por su culpa suceden las cosas, sino fuera por él las cosas serían de tal o cual manera.

La utilización de un miembro de grupo como "chivo expiatorio" tiene como función tratar de establecer el equilibrio familiar entre ser así y la agresión de la sociedad hacia la familia. Debido a que el paciente sintomático requiere de cuidados constante para evitar que se lastime en el momento de la crisis o que provoque un accidente, es necesario asignarle una persona que lo vigile, y ésta es generalmente la madre, de hecho que establece, una estructura en cuyo interior existe una relación diádica de carácter permanentemente negativo, ya que ésta interacción reduce los límites individuales de ambas personas: cuidador y cuidado.

Dicha situación, a su vez genera una relación de ambivalencia: lástima versus coraje por parte del cuidador, necesidad versus agresión por parte del enfermo. Se considera negativamente también debido a que no favorece el desarrollo de las partes sino que genera dependencia, incompetencia y sentimiento de culpa.

Aspectos Educativos o Laborales

El problema social de la epilepsia, más que de tipo médico es un problema educacional y de manejo, ya que la mayor parte de los casos de éste mal tiene un pronóstico benigno, es decir, presenta crisis convulsivas esporádicas, no manifiesta deterioro mental ni otras deficiencias neurológicas y responde a una forma satisfactoria a los medicamentos anticonvulsivos.

Generalmente en muchas ocasiones estos pacientes son socialmente discriminados. El hecho de que las personas que presentan crisis convulsivas sean retirados de las instituciones educativas y los centros de trabajo, y se pide a los familiares que las mantengan bajo control en sus casas, genera un problema socioeconómico, especialmente por la alta incidencia del padecimiento.

Esta actitud sería adecuada en casos de epilepsia grave si por esto se entiende de crisis generalizadas que presentan en forma frecuente y manifestaciones de conducta agresiva, sin duda los problemas socioeconómicos de los pacientes con crisis convulsivas varían de acuerdo a la civilización y cultura del país y el estado social donde se analizan.

Participación Social

Los aspectos psicosociales se miden a través del T.A.T. Llama la atención que en un siglo de tantos

adelantos científicos, en que se creen superadas tantas supersticiones, la sociedad, observe y promueva actitudes legendarias equivocadas entre algunas enfermedades especialmente las que están relacionadas con la mente.

La falta de información y por lo tanto de conocimiento que sobre la epilepsia se tiene ha perseverado un miedo y rechazo hacia las personas con este padecimiento, situación que genera una actitud discriminativa para ellos. Los argumentos más frecuentes para no emplear o educar a un epiléptico han sido los siguientes:

1. Los patrones o directores de las escuelas no desean tener responsabilidades de que le pase algo al individuo mientras éste esté en su plantel, o de que por culpa de tal persona ocurra algo a un tercero.
2. Temor de no saber manejar al paciente durante las crisis y de que el sujeto pueda morir.
3. Temor de que el sujeto pueda tener conductas agresivas incontrolables contra sí o contra los demás.
4. Considerar que el sujeto epiléptico es un individuo inválido, que será una carga más, que un colaborador eficiente, pues desconocen que grandes genios han sido epilépticos (Napoleón, Dostoievski).

Todas estas creencias son la base de esta actitud social tan desfavorable que transforma en problema de una disfunción neurofisiológica en un problema psicosocial de gran magnitud.

Es tan sólo a través de una adecuada información como se podrá saber más sobre éste fenómeno tomar una actitud más positiva y eficaz para el manejo de este

problema, bien es cierto, las crisis convulsivas pueden imponer un deterioro en las funciones mentales del paciente cuando son muy frecuentes y de tipo gran mal.

Sin embargo, ésto no es el más común, ya que existen ciertas lesiones cerebrales que pueden generar crisis convulsivas y deterioro mental, sin que exista una relación causa-efecto entre crisis y deterioro.

Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal son, más lo que presenta con mayor frecuencia trastornos conductuales, asociados con crisis convulsivas debido a que el sistema límbico es una área epileptógena por excelencia, está relacionado con el control de número de funciones mentales que condicionan la conducta.

En este caso el estudio de las alteraciones psicológicas han servido a fines pronósticos y terapéuticos para el paciente y para el conocimiento de mecanismos básicos de las funciones mentales superiores. Finalmente, los pacientes, los aspectos psicosociales son los que imponen la mayor limitación a la mayoría de pacientes con crisis convulsivas, por lo que las campañas educativas en varios ámbitos podrían ser el factor más importante en el manejo psicológico de los pacientes con epilepsia.

1.3.12. PSIQUIATRIA

Las epilepsias son trastornos cerebrales capaces de afectar de manera importante las funciones mentales, de personalidad y la conducta, especialmente las del sistema límbico, es la que más frecuentemente se asocia con trastornos psicológicos, psiquiátricos. La incidencia de cuadros psicóticos, crisis de angustia o de depresión y otros trastornos de la conducta, es mayor en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal que con otras formas de epilepsia.

Desde el punto de vista anatomofuncional, en el lóbulo temporal radican los mecanismos neuronales que hacen posible distinguir si un evento es real, si ha visto o vivido con anterioridad y también los de la formación de reflejos condicionados y el sentido de identidad.

Además del hipocampo tiene conexiones importantes con la corteza del lóbulo temporal, funciona como un almacén de memorias integradas y de patrones de conducta que reciben información de la amígdala cuya relación con las motivaciones está establecida. Las manifestaciones psiquiátricas de los pacientes pueden ser episódicos o relativamente persistentes.

Su frecuencia y su gravedad dependen de múltiples factores: condiciones de riesgo premórbidos, edad de inicio de la enfermedad, alteralidad y localización precisa de la lesión, sexo, rechazo social, limitaciones laborales.

Cuadro Clínico

El principal problema es el sentimiento de rechazo, unas veces justificable y otras no, que el paciente desarrolla sobre todo con las personas que han presenciado algunas crisis. Particularmente cuando las crisis son repetidas es el de la llamada "Ganancia Secundaria", el cual puede a su vez propiciar la aparición de convulsiones histéricas.

El miedo a las convulsiones por parte del paciente, sus familiares y otras personas cercanas a él, es causa de reacciones negativas, y por lo tanto, un aspecto común de reacciones fundamentales que el médico conjunto al psicólogo debe abordar con una actitud serena y esclarecedora.

Para el psicólogo es muy importante diferenciar las crisis convulsivas de la histeria: el histérico rara vez se lesiona al caer durante la crisis; las crisis histéricas tienen manifestaciones grotescas, carece de la progresión, no se acompaña de los signos oculares, ni de incontinencia esfinteriana, signo de babinsky o pérdida profunda de la conciencia, un factor muy importante que en la histeria nunca hay mordedura de la lengua.

Principales Trastornos Asociados con la Epilepsia del Lóbulo Temporal

Trastornos Afectivos

Angustia
Depresión
Irritabilidad

Trastornos Cognoscitivos

Memoria
Inteligencia

Trastornos Psicóticos

Trastornos de la Personalidad

Trastornos Sexuales

Angustia y Depresión

La angustia es uno de los síntomas psicológicos que con mayor frecuencia se presenta en enfermos con disfunciones del lóbulo temporal, es muy común que aparezcan en forma de descargas súbitas de duración breve, y puede ser el único síntoma afectivo o alternar con otro, como la depresión y la irritabilidad; también puede ser la señal de alerta o aura de las crisis convulsivas. La angustia se acompaña generalmente de sentimientos de irritabilidad, despersonalización.

Los síntomas depresivos también son comunes; puede presentarse en formas más o menos intensa y breve, o

bien persistir durante varios días o semanas e incluso ser muy semejantes a los cuadros de depresión endógena.

Irritabilidad, Violencia y Descontrol Episódico

La irritabilidad y las explosiones de conducta violenta son síntomas comunes de la epilepsia del lóbulo temporal. La conducta violenta del enfermo difiere cuali y cuantitativamente de la violencia criminal. El primer lugar se trata de episodios autolimitados y frecuentemente se presenta en respuesta a un estímulo que el paciente recibe como provocativo.

En general no son enfermos peligrosos; de hecho son pacientes que experimentan genuinamente sentimiento de culpa y arrepentimiento y son capaces de mantener una conducta socialmente adecuada y períodos prolongados. El síndrome de descontrol episódico es el término con que se ha descrito a la conducta agresiva episódica e incontrolable que sufre algunos de éstos pacientes.

Se trata de cuadros autolimitados en su duración y en los que el paciente pierde contacto con su ambiente sin que haya una amnesia real sino más bien una desconexión entre las funciones cognoscitivas y motoras; al ser examinados, muchos de ellos no presentan manifestaciones psicóticas, pero se refieren a lo ocurrido como algo que les es ajeno. No es raro que éstos síndromes sean precipitados por el uso del alcohol.

Trastornos de la Memoria y otras Funciones Intelectuales

Las alteraciones en la memoria asociados con daño en las estructuras limbicotemporales, existe desde luego una amnesia ictal, lo cual que muchos pacientes experimentan crisis convulsivas solamente como una laguna mental y prácticamente no recuerden nada.

La amnesia posictal puede prolongarse aún después de que el estado de confusión se haya aclarado, se ha acentuado en los casos en que hay descargas bitemporales y en buena medida depende de la gravedad de las convulsiones. El deterioro de otras funciones en otros enfermos tampoco ha sido fácil de fundamentar objetivamente.

El primer lugar se necesita una serie de factores, tales como la edad del paciente, al inicio del padecimiento, la duración del mismo, el tipo de epilepsia, la presencia de otras enfermedades, los niveles socioculturales y educativos, el tipo de medicamentos que han recibido, la dosis y el tiempo durante el cual los han recibido, la frecuencia de las convulsiones y el tiempo transcurrido entre la última convulsión y el momento de evaluación. La hipoxia puede ocurrir en todas las formas de epilepsia, es probable el factor que determina el deterioro intelectual clínicamente observado en algunos de estos pacientes.

Psicosis

Son más comunes en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. La utilización de drogas como Cannabis, anfetaminas, alucinógenos complica el diagnóstico; las psicosis epilépticas se caracterizan por un estado de conciencia atenuado y alucinaciones olfatorias más visuales, en tanto que el afecto y la estructura de la personalidad permanecen casi siempre intactos.

En contraste con la psicosis esquizofrénica, el estado de conciencia se mantiene claro, las alucinaciones son fundamentalmente auditivas, hay un aplanamiento del afecto y marcadas deficiencias en las relaciones interpersonales. Las fenotiazinas o las butirofenomas está indicado para el tratamiento de psicóticos.

Los cuadros psicóticos pueden ser resultado de descargas subictales en ciertas áreas del sistema límbico.

Cambios en la Personalidad

Presenta las siguientes características: irritabilidad, prolijidad, obstinación y perseverancia. Para estos enfermos nada es trivial, todos los detalles deben ser cuidadosamente analizados. Tienen un cierto elemento de pedantería y una carencia total del sentido del humor. Esta viscosidad se expresa también en la escritura, hipergrafía.

Injustamente se han exagerado los aspectos violentos y explosivos de estos pacientes, y se hace poca mención de otros aspectos de su personalidad, y de su conducta, y que a veces, incluso son los que predominan. Muchos de ellos son sujetos serviciales, bondadosos, a veces casi ingenuos y muy religiosos.

En términos psicodinámicos, hay quienes piensan que estas características se desarrollan como consecuencia de los sentimientos de arrepentimiento y culpa que les produce su conducta irritable y colérica.

Independientemente de sus causas, se puede afirmar que son pacientes de conductas de contraste; hay que recordar que estos individuos pueden tener otras manifestaciones en el carácter y la personalidad (histeria - hipocondriasis) independientemente de su enfermedad.

Disfunciones Sexuales

Se desarrollan dos alternativas reactivas:

1. Hiposexualidad: Que se caracteriza por una inhibición del deseo sexual, más que impotencia, y aparece después del inicio de la enfermedad. Cuando el

paciente aparece en la infancia, sus crisis ahora de adulto refieren que nunca han experimentado un verdadero deseo sexual.

2. Relación de la conducta sexual con el sistema límbico: la estimulación de algunas de estas estructuras es capaz de producir erecciones y las lesiones en la amígdala puede producir reacciones de Hipersexualidad, de manera que no es de sorprender que pacientes con epilepsia del lóbulo temporal tengan disfunciones sexuales con cierta frecuencia.

Tratamiento Integral

Además de los fármacos, es indispensable tener un entendimiento de la personalidad y el entorno familiar, social y profesional del enfermo, con el fin de plantear estrategias terapéuticas específicas para cada situación. Este entendimiento se inicia desde la primera consulta en la que además de recabar la información general por medio de la historia clínica, y del examen mental y físico se van a establecer las bases de la reacción profesional-paciente; factor fundamental para el éxito de un tratamiento.

No basta con la adquisición de información respecto a la enfermedad misma; sino es indispensable enterarse del funcionamiento premórbico del paciente y de su familia y los cambios que el padecimiento les ha ocasionado. En esto requiere la mayor particular relevancia la evaluación de la personalidad del enfermo, ya que el profesional llegue a conclusiones estereotipadas al respecto, sin antes haber valorado su manera de ser e interactuar en condiciones premórbidas.

Cualquier enfermedad crónica e incapacitante puede alterar significativamente la forma usual de ser de los enfermos en quienes suele estar exagerados los mecanismos

de defensa psicológicos habituales o desarrollar otros, ya sean adaptativos o no adaptativos. Los epilépticos tienen muchas desventajas en relación con los demás. No deben sorprendernos que estas modifican su conducta y su personalidad.

Algunas de ellas son:

1. El señalamiento social, debido a que las crisis pueden presentarse en cualquier momento.
2. La falta de confianza y de inseguridad, debido a la constante incertidumbre de cuándo y cómo se irá a presentar la siguiente crisis.
3. El conocimiento del efecto que tales crisis tienen sobre otros y el rechazo que generan.
4. La utilización inconsciente o consciente de su enfermedad para manipular a sus familiares y amigos, quienes terminan por evitarla.
5. La limitación que esta les impone en relación con su educación y adiestramiento laboral.

Es evidente que el psicólogo necesita tomar en cuenta estas desventajas desde un principio, no sólo para poder entender los cambios de personalidad del enfermo, sino también para tratar de modificar, con una actitud comprensiva, los probables celos y temores que frecuentemente han sido retroalimentados en forma negativa en la interacción previa del enfermo y su familia con la profesión médica.

El tiempo que se le dedique en la primera consulta es fundamental, es conveniente entrevistar también a la familia, no sólo para complementar la información, sino para observar la interacción entre sus miembros y así empezar a entender la dinámica familiar.

La observación de estas sugerencias permiten casi siempre comprender mejor el problema global, sin lo cual no es posible establecer un tratamiento integral. La mayoría de epilépticos del lóbulo temporal, requieren de un manejo psicoterapéutico, se trata de ejercer sobre ellos una influencia directa o indirecta que estimule reacciones saludables, el profesional influye sobre el enfermo por lo que dice y la forma en que lo dice, y también mediante lo que calla.

La razón de esta influencia poderosa se encuentra en posición especial de influencia y autoridad así como en la tendencia del ser humano a prescindir que su personalidad y juicio crítico cuando se enfrenta a una enfermedad. Se tiene interés por el paciente, escucharlo con atención, tener en mente que más allá de sus síntomas y en relación causal con ellos pueden existir conflictos, pasiones, frustraciones y hostilidades conscientes e inconscientes; los mecanismos de acción de la psicoterapéutica, se basa en la sugestión, la catarsis (libre expresión de afectos reunidos), la reeducación y el apoyo emocional, como la aplicación de la Terapia Racional Emotiva.

1.3.13. REHABILITACION

El requisito indispensable de la acción rehabilitatoria estará en la actitud que se tenga ante el problema, ya que el énfasis deberá ponerse en la atención del individuo enfermo más que en la enfermedad que éste presenta.

Si se parte de lo más sencillo debe señalar que la acción rehabilitadora máxima puede lograrse sólo cuando la enfermedad y sus efectos psicológicos y sociales son erradicados o su control es tan perfecto que pueden lograrse los mismos resultados en el paciente y en el ambiente que lo rodean. El paciente con epilepsia

deberá identificarse, su tipo, ser clasificado con medidas terapéuticas adecuadas.

El paciente con ayuda psicológica superará las etapas de enojo, negación, depresión y evasión de la existencia de su mal y aceptar finalmente que es un individuo con epilepsia y que su problema tendrá mejor solución, si es puesto en manos de expertos. La comunidad, representada por los familiares, los amigos; los iguales o los superiores del paciente contribuirá a crear una mejor disposición del enfermo hacia la rehabilitación y ejercerá las presiones habituales sobre la epilepsia, reacción para lograr que acepte la ayuda que se le ofrece, sea en forma de tratamiento, rehabilitación o ambos.

Como efecto de todo lo anterior y cuando se haya creado un cambio de actitud en el enfermo se podrá elaborar el plan rehabilitatorio empezando por la revisión de la base de datos disponibles. El diálogo franco con el sujeto tendrá por otra parte similar valor, ya que permite no sólo el descubrimiento de los problemas reales que se detecten, sino también de los que bullen en la mente del enfermo en forma de fobias, temores, ambiciones, secretos, etc. Tal entrevista suele con frecuencia descubrir el verdadero problema, para el paciente, el cual no necesariamente será el que el médico haya establecido.

El médico que trata el enfermo puede tener una inclinación excesiva de preocuparse por el control de las crisis en perjuicio de otros problemas; como son el de la aceptación del paciente por él mismo y por los miembros de su comunidad, la obtención de trabajo, el financiamiento del tratamiento, etc.

La misma preocupación excesiva puede crear negligencia por atender los problemas de conducta y de

aprendizaje de los niños con epilepsia y las alteraciones de la personalidad del adulto con el mismo mal.

Tal negligencia puede conducir el paradójico resultado que consiste en tener dentro del mismo individuo un caso de epilepsia controlado y otra de un sujeto insatisfecho que no acaba de aceptarse a sí mismo.

El problema de la rehabilitación así planteado tiene numerosas variantes que dependerán del ambiente y de los individuos en que se presente; así se puede plantear el caso de la rehabilitación del epiléptico, que habita en las comunidades marginales en donde la escasez de cultura de la población aunada a la pobreza, puede significar al epiléptico el ostracismo social, aparte de los efectos de un mal control de la enfermedad.

No tan lejos de la civilización pero en el ámbito de los estratos socioeconómicos menos afortunados de la población de la rehabilitación del enfermo tiene una solución en la educación, tanto del paciente como de profesionales y de miembros de la comunidad que necesita adquirir la información básica sobre el control del padecimiento y los recursos que existan a su disposición en las instituciones de salubridad.

Una actitud de protección excesiva a disposición del infante por parte de los padres pueden tener efectos indeseables a corto y a largo plazo al convertirlo en sujeto pusilánime o indisciplinado.

Es una necesidad educar a los padres del niño epiléptico, acerca de lo que actualmente se sabe sobre la enfermedad, y entablar con ellos sesiones frecuentes de preguntas y respuestas que permitan adecuar su pensamiento a la realidad del problema. El buen control de la crisis tiene el efecto de lograr una mejor acep-

tación social del niño y una mayor confianza por parte de los padres.

El planteamiento rehabilitatorio del epiléptico adulto debe hacerse de la misma manera en quién muestra acciones rehabilitatorias que se desarrollan en el sentido del control de las crisis convulsivas y en el reencauzamiento del individuo hacia una vida feliz y productiva.

Lograr la meta no necesariamente conduce a la obtención de los demás, y lo que nos viene a la memoria son los recuerdos de algunos de nuestros pacientes que no logran aceptar su enfermedad y que periódicamente se rebelan contra ella.

El desafío rehabilitatorio en epilepsia se encuentra en estos casos y no vale para ellos el recurso de la ciencia.

El desagrado que las crisis convulsivas despiertan en mucha gente ha sido responsable del prejuicio que en muchos ambientes existen contra otras enfermedades. La coexistencia innegable de trastornos de la personalidad en algunos pacientes han conducido a creer la noción de la personalidad epiléptica.

2. MARCO METODOLOGICO

2.1. Planteamiento del Problema

Las personas que tienen desorden en las ondas cerebrales y que se manifiesta a través de una convulsión se les clasifica persona con síndrome epiléptico. Durante el desarrollo de dicha convulsión, existe factores (síntomas) que se anticipan a la irregularidad de descargas eléctricas, lo que desencadena una conducta extraña y por ende altera los rasgos de su personalidad.

Es importante establecer que dichos cambios se dan durante el desarrollo del ataque y que después de un período de tiempo, descanso, relajamiento, el paciente puede continuar con su actividad.

Tanto el paciente como sus familiares necesitan estar informados del proceso fisiológico como también de las secuelas de éste, así como también del proceso psicológico. Para que el paciente sea comprendido en toda su estructura, pero sin caer al grado de dependencia, conformismo, sentimiento de culpa, por rechazo familiar, depresión, desvalorización personal, etc.

2.2. Definición del Problema

"CAMBIOS CONDUCTUALES Y DE PERSONALIDAD EN EL PACIENTE CON SINDROME EPILEPTICO".

2.3. Delimitación del Problema

La investigación se efectuará en el Hospital Nacional de Mazatenango, en el departamento de CAGUALICE (Capítulo Guatemalteco Liga Contra la Epilepsia, Sub-Sede Suchitepéquez), con una muestra del 25% de pacientes atendidos durante el año de 1,992.

2.4. Objetivos

Generales

- Propiciar el conocimiento científico del fenómeno que afecta al paciente con síndrome epiléptico.
- Propiciar la investigación del fenómeno a nivel neurofisiológico como psicológico tendiente a una mejor atención y por ende a una reducción cualitativa de los mismos.

Específicos

- Establecer los fenómenos psicológicos que desarrolla el paciente epiléptico cuando no es aceptado como tal ante su comunidad (sociedad).
- Conocer el grado de deterioro cerebral, como así mismo las zonas afectadas.
- Brindar asesoría psicológica, como la aplicación de un plan operativo.

2.5. Hipótesis

El paciente con síndrome epiléptico manifiesta rasgos patológicos significativos, factibles de disminuirse a través de un tratamiento adecuado, tanto en su conducta como en su personalidad.

2.6. Población

Los pacientes atendidos son en su totalidad ochenta, atendidos hasta el día 02 de septiembre de 1,992. Por lo que será objeto de estudio el 25%, estableciendo que la muestra únicamente se tomara como parámetro de una edad comprendida de quince a cincuenta años, de ambos sexos, no se tomara en cuenta el grado académico.

2.7. Procedimiento

- Evaluación de expedientes
- Evaluación del paciente
- Revisión bibliográfica
- Visita domiciliaria
- Análisis de resultados
- Elaboración de informe

3. MARCO OPERATIVO

3.1. Presentación de Resultados

CUADRO DE TRABAJO No. 1

RECHAZO FAMILIAR	f	%	°C
SI	8	38	137
NO	13	62	223
TOTAL	21	100%	360 ^o

Fuente: Investigación de campo.

El 38% de la muestra son rechazados por el grupo familiar al que pertenecen y un 62% son aceptados como tal.

CUADRO DE TRABAJO No. 2

SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD	f	%	°C
SI	11	52	189
NO	10	48	171
TOTAL	21	100%	360 ^o

Fuente: Investigación de campo.

Un 52% manifiesta sentimiento de inferioridad, justificado en la carencia del desarrollo de una actividad laboral y un 48% no presentan este fenómeno.

CUADRO DE TRABAJO No. 3

IRRITABILIDAD	f	%	°C
SI	13	62	137
NO	8	38	223
TOTAL	21	100%	360 ⁰

Fuente: Investigación de campo.

La muestra nos manifiesta que maneja irritabilidad en un 62% y un 38% no.

CUADRO DE TRABAJO No. 4

ANGUSTIA	f	%	°C
SI	17	81	291
NO	4	19	69
TOTAL	21	100%	360 ⁰

Fuente: Investigación de campo.

La angustia como fenómeno psicológico es manifestado en un 81% de la muestra y un 19% es controlado.

CUADRO DE TRABAJO No. 5

DEPRESION	f	%	°C
SI	14	67	240
NO	7	33	120
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

El 67% de los pacientes de la muestra en éste estudio se deprimen y un 33% no.

CUADRO DE TRABAJO No. 6

PSICOSIS	f	%	°C
SI	2	10	34
NO	19	90	326
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

El 10% de la muestra manifiesta conductas psicológicas y un 90% no.

CUADRO DE TRABAJO No. 7

HISTERIA	f	%	°C
SI	5	24	86
NO	16	76	274
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

El 24% manifiesta conductas histéricas y un 76% no presentan este fenómeno.

CUADRO DE TRABAJO No. 8

ADHESIVIDAD	f	%	°C
SI	10	48	171
NO	11	52	189
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

Un 48% de la muestra manifiesta características adhesivas en su personalidad y un 52% no.

CUADRO DE TRABAJO No. 9

EXPLOSIVIDAD	f	%	°C
SI	11	52	189
NO	10	48	171
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

La explosividad es manifestada en un 52% en los pacientes en esta investigación y un 48% no reacciona de tal forma.

CUADRO DE TRABAJO No. 10

BRADIPSIQUIA	f	%	°C
SI	10	48	171
NO	11	52	189
TOTAL	21	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

El Síndrome Bradipsíquico es manifestada por la muestra en un 48% y un 52% no lo manifiesta.

CUADRO DE TRABAJO No. 11

HIPERCINESIA	f	%	°C
SI	11	52	189
NO	10	48	171
TOTAL	21	100%	360 ^o

Fuente: Investigación de campo.

El 52% de la muestra manifiesta el Síndrome Hiper-cinético y el 48% restante no presenta éste fenómeno.

CUADRO DE TRABAJO No. 12

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA	f	%	°C
Normal	14	67	240
Anormal	7	33	120
TOTAL	21	100%	360 ^o

Fuente: Investigación de campo.

La aplicación de la Tomografía Axial Computarizada es normal en un 67% de la muestra de campo y un 33% de la T.A.C. es anormal.

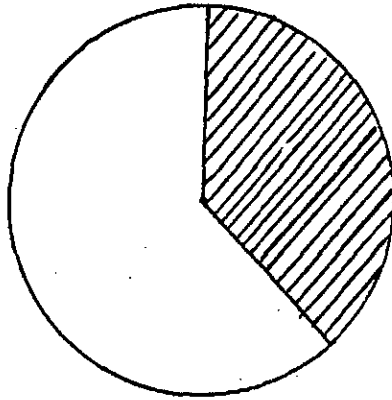
CUADRO DE TRABAJO No. 13

T.A.C. ANORMAL	f	%	°C
L. TEMPORAL	4	58	207
L. FRONTAL	1	14	51
L. PARIETAL	1	14	51
G. HIPOFISIS	1	14	51
TOTAL	7	100%	360°

Fuente: Investigación de campo.

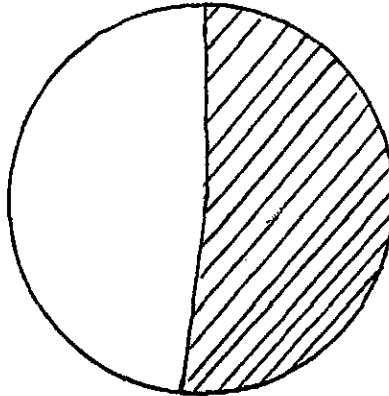
De las Tomografías Axial Computarizadas anormales se detectan las zonas cerebrales afectadas tales como Lóbulo Temporal en un 58%; el Lóbulo Frontal en un 14%; el Lóbulo Parietal en un 14% y la Glándula Hipófisis en un 14%.

Gráfica No. 1



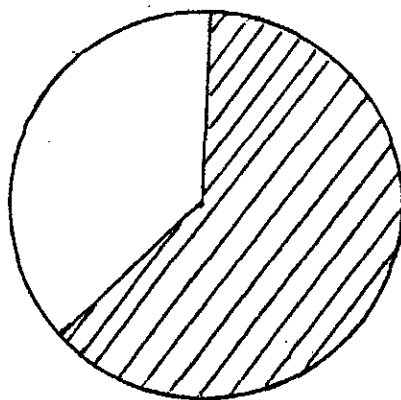
Fuente: Rechazo Familiar. Cuadro de Trabajo No. 1.

Gráfica No. 2



Fuente: Sentimiento de inferioridad. Cuadro de Trabajo No. 2.

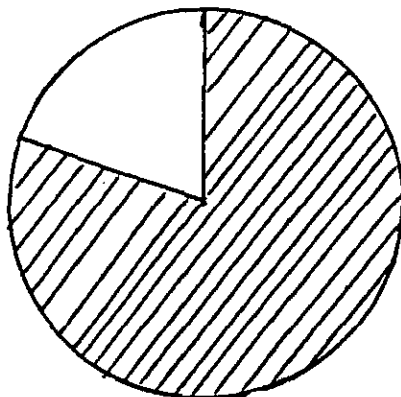
Gráfica No. 3



 62%  38%

Fuente: Irritabilidad. Cuadro de Trabajo No. 3.

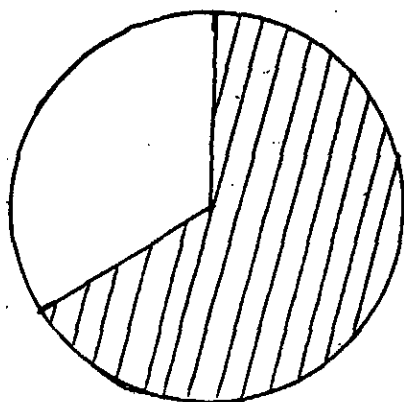
Gráfica No. 4



 81%  19%

Fuente: Angustia. Cuadro de Trabajo No. 4.

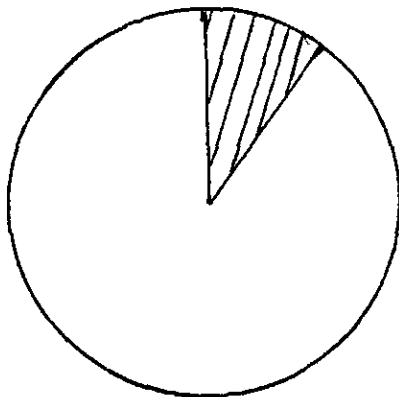
Gráfica No. 5



 67%  33%

Fuente: *Depresión. Cuadro de Trabajo No. 5.*

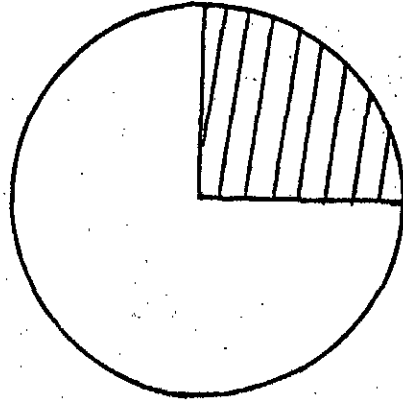
Gráfica No. 6



 10%  90%

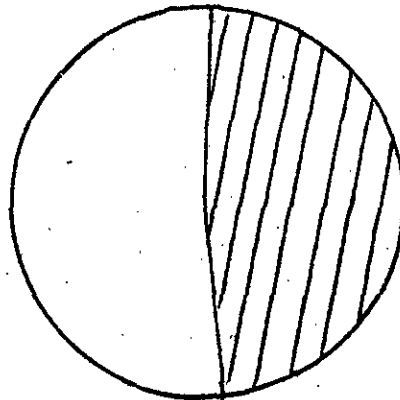
Fuente: *Psicosis. Cuadro de Trabajo No. 6.*

Gráfica No. 7



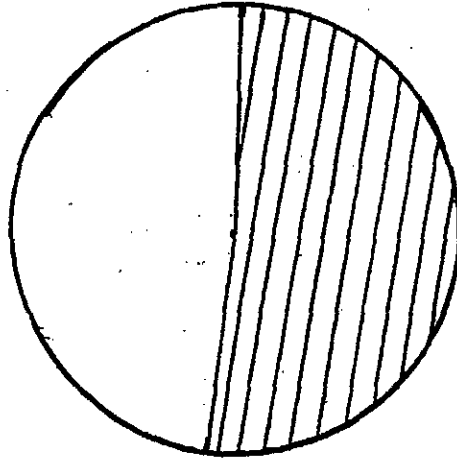
Fuente: Histeria. Cuadro de Trabajo No. 7.

Gráfica No. 8



Fuente: Adhesivos. Cuadro de Trabajo No. 8

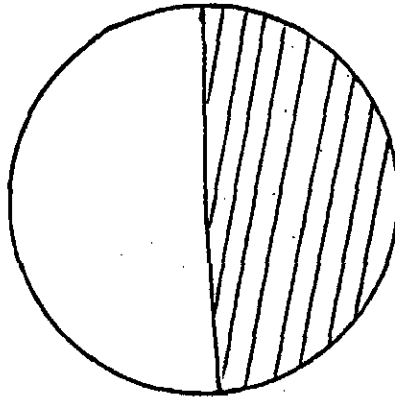
Gráfica No. 9



 52%  48%

Fuente: Explosivos. Cuadro de Trabajo No. 9

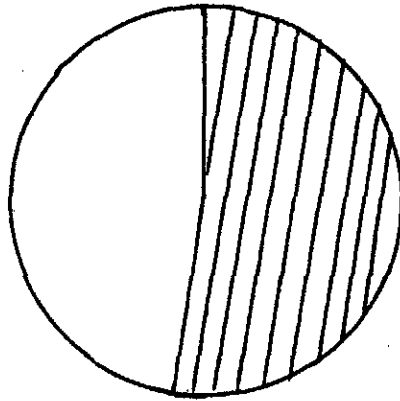
Gráfica No. 10



 48%  52%

Fuente: Bradipsiquia. Cuadro de Trabajo No. 10.

Gráfica No. 11

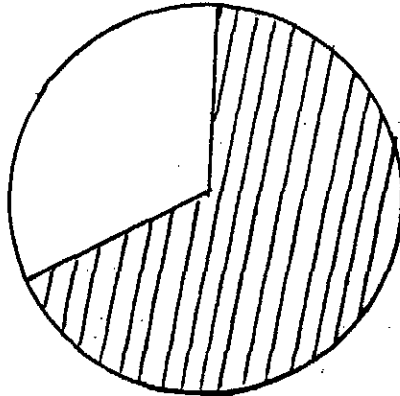


 52%

 48%

Fuente: Hipercinesia. Cuadro de Trabajo No. 11.

Gráfica No. 12

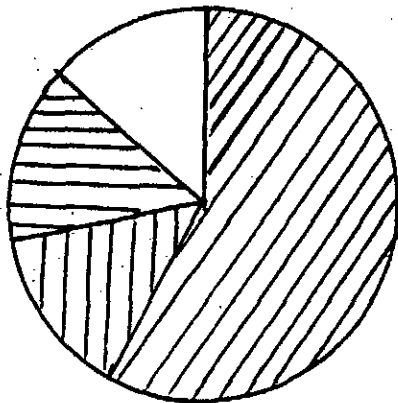


 67%

 33%

Fuente: T.A.C. Cuadro de Trabajo No. 12.

Gráfica No. 13



 58%

 44%

 14%

 14%

Fuente: T.A.C. Anormal. Cuadro de Trabajo No. 13.

3.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con la presente investigación de campo se descubrió, conoció y cuantificó los cambios de conducta como de personalidad que manifiesta un sujeto con síndrome epiléptico.

La dinámica se establece así: un 62% de la muestra no es rechazado por la familia; pero a pesar de ello, es decir de la aceptación éste manifiesta un sentimiento de culpa en un 52%, esto se justifica que el paciente mismo no se acepta como tal; estableciéndose con ello la lucha interna entre el Yo real y el Yo ideal.

Esto mismo desencadena un desequilibrio anímico por lo que un 62% se mantienen irritables frecuentemente. Dicha lucha genera un 81% de angustia por la incertidumbre de su próxima crisis; por esto último el paciente se limita al desarrollo de actividades entre ellas laborales, sociales y tiende aislarse detectando con ello un 67% de depresión.

Es muy importante establecer que un 10% cae en patología por manifestar conductas psicóticas. Por otro lado encontramos que un 24% manifiestan conductas histéricas, cuyo objetivo de los pacientes era obtener ganancias secundarias.

La personalidad epileptiforme se caracteriza por dos polos: el adhesivo y el explosivo. La investigación de campo nos permite establecer la siguiente dinámica: un 48% son personas que se caracterizan por una afectividad concentrada, que se adhieren a objetos que le rodean, de los cuales no se separa con facilidad. Por lo que un 52% son sujetos explosivos, por lo que presentan una impredecibilidad respecto a la magnitud y el motivo de las reacciones del enojo.

Por otra parte, encontramos que un 48% manifiesta el síndrome bradipsíquico caracterizándose la muestra por la falta de iniciativa, lentitud intelectual y motora. Y tenemos un 52% restante que manifiesta características del síndrome hipercinético, es decir trastorno de la atención, labilidad humoral, inestabilidad psicomotora y cierta impulsividad.

Para ampliar la información de la presente investigación fue preciso la aplicación de Tomografías Axial Computarizadas, permitiéndonos conocer que un 67% son normales y un 33% anormales. De este último grupo se conoció las zonas afectadas de la estructura cerebral las cuales son: lóbulo temporal 58%; lóbulo frontal 14%; lóbulo parietal 14%; e hipófisis un 14%.

3.3. COMPROBACION DE HIPOTESIS

El paciente con síndrome epiléptico no manifiesta rasgos patológicos significativos, factibles de disminuirse a través de un tratamiento adecuado, tanto en su conducta como en su personalidad.

JUICIO CRITICO

Es muy importante mencionar las inquietudes observadas y manifestadas por los pacientes con síndrome epiléptico en la Clínica Psicológica de la Liga Internacional contra la Epilepsia, Capítulo Guatemala, Sub-Sede Suchitepéquez, los fenómenos establecidos en esta investigación; los cuales su aumento como su disminución depende del conocimiento, información y educación que se brinde de todos los aspectos involucrados con la epilepsia, es decir los aspectos neurofisiológicos como psicológicos, que implican en primer lugar al paciente mismo, luego la familia, la escuela, los amigos.

Este fue un estudio multidisciplinario, involucrando un estudio neurológico aunado con el psicológico; éste último realizó entrevistas realizadas con las familias. Este estudio no involucró a niños que manifiestan crisis epilépticas; pero se deja de inquietud de integrarlos al plan de trabajo multidisciplinario, para que en un futuro de éstos sujetos la epilepsia sea una condición y no una determinante.

4. CONCLUSIONES

1. Una disfunción neurofisiológica afecta en forma temporal o permanente los aspectos psicológicos y sociales.
2. Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal manifiestan con mayor frecuencia trastornos conductuales asociados con crisis convulsivas debido a que el Sistema Límbico es una área epileptógena por excelencia, está relacionada con el control de numerosas funciones mentales que condicionan la conducta.
3. La epilepsia es un trastorno cerebral capaz de afectar de manera importante las funciones mentales, de personalidad y de conducta de quienes la padecen.
4. Una actitud de protección excesiva al epiléptico por parte de los padres puede tener efectos indeseables a corto y a largo plazo al convertirlo en sujeto pusilánime o indisciplinado.
5. El principal problema es el sentimiento de rechazo, unas veces justificado y otras no, que el paciente desarrolla sobre todo con las personas que han presenciado algunas de sus crisis.
6. La epilepsia debe de ser una condición y no una determinante.

5. RECOMENDACIONES

1. En la asesoría psicológica debe de involucrarse a toda la familia, ello permite conocer la dinámica que se lleva con el sujeto que presenta crisis convulsivas.
2. La aplicación de la Tomografía Axial Computarizada, nos permite identificar las zonas cerebrales afectadas; pronosticando las alteraciones psíquicas, reflejándose esto tanto en la conducta como en la personalidad.
3. La aplicación de un plan operativo; en la que se involucre al sector educativo, laboral, para que conozcan éste fenómeno y que se conviertan en agentes de referencia.
4. Las alteraciones de los fenómenos psicológicos pueden menguarse cuando se toma conciencia de la enfermedad, prevaleciendo en éste estudio la aplicación de la T.R.E. y aún más cuando éstos sujetos desempeñan una actividad laboral, sintiéndose con ello personas felices y capaces de producir.
5. Integrar a este plan de trabajo multidisciplinario a los niños con crisis epilépticas junto a todos los miembros de la familia, para que estos ya adultos la epilepsia sea una condición y no una determinante de su personalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Merani, A. L. "ESTRUCTURA Y DIALECTICA DE LA PERSONALIDAD". Editorial Grijalbo S.A. Barcelona, 1,979.
2. Sluchevski, I. F. "PSIQUIATRIA". Editorial Grijalbo, S.A., México, 1,960.
3. Rubinstein, J. L. "PRINCIPIOS DE PSICOLOGIA GENERAL". Editorial Grijalbo S.A. México, 1,967.
4. Pancheri, P. "MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA". Editorial Trillas, México, 1,974.
5. Kolb, Lawrence C. "PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA". La Prensa Médica Mexicana. México, 1,983.
6. Dorsch, Friedrich. "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA". Editorial Herder, Barcelona, España. 1,981.
7. Manual de normas y técnicas de prevención y control de la Epilepsia en el primer nivel de atención. "DOCUMENTOS CIENTIFICOS TECNICOS No. 1.". Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Departamento de Epidemiología. Julio de 1,991.
8. Velasco, Marcos. "EPILEPSIA, PRINCIPIOS Y PRACTICA". Editores Asociados: Velasco Marcos; Presidente de CAMALICE, A.C. (1,983 y 1,984). División de Neurofisiología de la Unidad Biomédica, Centro Médico Nacional Instituto Mexicano de Seguro Social. Enrique Otero. Vice-Presidente de Camelice, División de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
J. Gustavo Vega-Gama; Secretario. Clínica de Epilepsia del Instituto Nacional de Neurología-Neurocirugía.
Jaime Romano Micha. Tesorero. Departamento de Neurofisiología del Instituto Nacional de Salud Mental.

FICHA CLINICA PROGRAMATICA DE EPILEPSIA

HOSPITAL _____
 Nombres: _____
 Edad _____ Sexo _____ Procedencia _____
 Referido por _____ Record No. _____
 Peso Kg. _____ P.A. _____
 Pulso _____ Circ. Cefálica _____

- 1.1. ANTECEDENTE DE LESION CEFALICA
 - 1.1.1. Epilepsia o desorden mental en la familia
 - 1.1.2. Embarazo complicado
 - 1.1.3. Problemas durante el nacimiento o al nacer
 - 1.1.4. Prematuro el niño
 - 1.1.5. Parto prolongado y difícil
 - 1.1.6. Antecedente de Meningitis
 - 1.1.7. Antecedente de Encefalitis
 - 1.1.8. Antecedente de enfermedad con inconsciencia
 - 1.1.9. Antecedente de trauma craneal con inconsciencia
 - 1.1.10. Antecedente lesión ocupativa cerebral
 - 1.1.11. Neurocisticercosis
 - 1.1.12. Enfermedad cerebrovascular: cualquier tipo
 - 1.1.13. Proceso demencial crónico
 - 1.1.14. Otro antecedente
- 1.2. HISTORIA DE LAS CRISIS
 - 1.2.1. Solo focales; brazo, piernas, ambos
 - 1.2.2. Generalizados: todo el cuerpo desde el principio
 - 1.2.3. Focales y luego se generalizan
 - 1.2.3.1. Moviliza un brazo y luego se generaliza
 - 1.2.3.2. Tiene período de confusión, conducta inadecuados y luego viene la crisis
 - 1.2.3.3. Tiene períodos en blanco y luego continúa normal
 - 1.2.3.4. Tiene contracciones aisladas de grupos de músculos
 - 1.2.3.5. Pasa períodos de tiempo que después no recuerda lo sucedido
 - 1.2.3.6. Crisis solo nocturnas o al amanecer
 - 1.2.3.7. Se muerde la lengua - Descontrol esfínteres
 - 1.2.3.8. Otra _____
 - 1.2.4. Frecuencia de las crisis
 - 1.2.4.1. Una a varias veces por día
 - 1.2.4.2. Cada semana
 - 1.2.4.3. Una a 4 o más crisis por mes
 - 1.2.4.4. Una crisis cada 3 meses
 - 1.2.4.5. Una crisis cada 6 meses
 - 1.2.4.6. Una crisis cada año
 - 1.2.4.7. Dejó varios años de tener y luego reaparecieron cada _____
 - 1.2.4.8. Los efectos de luna le producen más ataques?
 - 1.2.4.9. Otra _____
 - 1.2.5. Tratamientos antiepilépticos.
 - 1.2.5.1. Nunca ha tenido tratamiento
 - 1.2.5.2. Tratado con _____ controlado
 - 1.2.5.3. Tratado con _____ sin control
 - 1.2.5.4. Tiempo de tratamiento _____

- 1.2.5.5. Suspendió tratamiento, por qué?
 - 1.2.5.5.1. Le causaba molestia
 - 1.2.5.5.2. Por indicación médica
 - 1.2.5.5.3. Por indicación propia
 - 1.2.5.5.4. Razones económicas
 - 1.2.5.5.5. No encontró medicamento
 - 1.2.5.5.6. Otro
- 1.2.5.6. Dosificación
 - 1.2.5.6.1. Toma la dosis prescrita siempre
 - 1.2.5.6.2. Unas dosis se le olvida
 - 1.2.5.6.3. Redujo dosis por cuenta propia
 - 1.2.5.6.4. Toma menos dosis por razones económicas
- 1.2.6. Quién le dió medicamentos:
 - 1.2.6.1. Médico Especialista Neurólogo
 - 1.2.6.2. Médico: No especialista
 - 1.2.6.3. Curandero
 - 1.2.6.4. Farmacéutico
 - 1.2.6.5. Otra persona
- 1.3. SITUACIONES EPILEPTOGENAS "CASOS ESPECIALES"
 - 1.3.1. Crisis solo con fiebre
 - 1.3.2. Crisis solo durante o después de ingesta de alcohol
 - 1.3.3. Crisis solo durante el embarazo
 - 1.3.4. Crisis durante una intoxicación que afecta SNC
 - 1.3.5. Crisis que suceden en una enfermedad sistémica

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA POR LO QUE EL PACIENTE CONSULTA, EL EXAMEN DEBERA SER "PROBLEMA ORIENTADO"

2- Lineamientos Generales

2.1. OBSERVACION DEL EXAMINADOR

- 2.1.1. Apariencia personal
- 2.1.2. Ansioso o tranquilo
- 2.1.3. Al dar la mano si está sudorosa: sugiere ansiedad

2.2. EXAMEN DE LA MARCHA

- 2.2.1. Movimientos de asociación, de los brazos
- 2.2.4. Marcha en línea recta o tandem
- 2.2.5. Hacer una a tres sentadillas o pirricos
- 2.2.6. Parado con los pies juntos ojos abiertos
- 2.2.7. Parados con los pies juntos ojos cerrados
- 2.2.8. Parado normal, ambos brazos extendidos hacia adelante, ojos cerrados por aproximadamente 30 segundos (Maniobra de Barré)

2.3. Paciente sentado o acostado en la camilla evaluar lo siguiente:

2.3.1. MOVIMIENTOS OCULARES

- 2.3.1.1. Fijar la mirada en un objeto con lapicero y seguir el objeto en forma horizontal y vertical
- 2.3.1.2. Ver movimientos sacádicos: cambiar rápidamente la posición del objeto en el campo visual y relocalizarlo, más énfasis en movimientos horizontales.
- 2.3.1.3. Examinar convergencia: objeto se acerca hacia los ojos ver movimientos de aducción de los ojos y a la vez la pupila: esta se achica cuando el objeto se acerca y se agranda cuando se fija en objetos distantes

- 2.3.1.4. Movimientos oculocefálicos: se moviliza la cabeza rápidamente hacia un lado y los ojos tienden a movilizarse hacia el lado contrario ya sea lateral o vertical
- 2.3.1.5. En pacientes evaluando función vestibular: con microcalorios; se pone un ml. de agua fría en conducto auditivo externo la cabeza inclinada 60 grados

2.3.2. EVALUACION DE PUPILAS

- 2.3.2.1. Tamaño y simetría
- 2.3.2.2. Reflejo Fotomotor
- 2.3.2.3. Reflejo Consensual

2.3.3. NERVIOS OPTICOS

- 2.3.3.1. Agudeza Visual: lectura de algo o en una tabla específica
- 2.3.3.2. Tamaño y reactividad de pupilas
- 2.3.3.3. Visión Periférica: campos visuales por confrontación evaluando por cuadrantes; el examinador viéndose los ojos con el paciente, coloca sus manos-brazos hacia los lados extendiendo el dedo índice de ambas manos y pidiéndole al paciente que identifique el lado donde se moviliza el índice, ampliando o reduciendo el campo y analizando los cuadrantes superiores e inferiores, luego si se encuentra patología, hacerlo repitiendo con un ojo cerrado y el examinado abierto.
- 2.3.3.4. Examen de fondo del Ojo: el paciente fija la mirada en un objeto lejano, el examinador con el ojo contrario examina el ojo del paciente, iniciando a 10 dioptrías positivas y luego reduciendo la numeración hasta entrar bien en el fondo del ojo. Observar disco; vasos y retina

2.3.4. EVALUAR SIMETRIA FACIAL

- 2.3.4.1. Expresión
- 2.3.4.2. Integridad de función facial tanto super. como inf
- 2.3.5. FUNCION CEREBELOSAS APENDICULAR: HEMISFERICA
- 2.3.5.1. Metría ocular
- 2.3.5.2. Metría con dedo índice bilateral
- 2.3.5.3. Movimientos alternos de las manos
- 2.3.5.4. Tócase pulpejos de los dedos en forma rápida
- 2.3.5.5. Si acostado maniobra de talón rodilla-tibia hacia abajo

2.3.6. Grados los reflejos osteotendinosos:

- 0: Ausentes
- I: Disminuidos pero obtenibles
- II: Reflejos Normales
- III: Reflejos Hiperactivos
- IV: Clonus

DESCRIBIR SI SON SIMETRICOS: MUY IMPORTANTE

2.3.7. ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

- 2.3.7.1. Actitud del paciente 23711 tranquilo
- 2.3.7.2. Memoria antigua 23712 hiperactivo.
- 2.3.7.3. Memoria reciente 23713 no colabora
- 2.3.7.4. Memoria automática. 23714 no habla español.
- 2.3.7.4. Cálculo sencillo 23715 inconsciente
- 2.3.7.6. Abstracción 23716 confundido

- 2.3.3. TIPO DE CRISIS CONVULSIVA
 - 2.3.3.1. Parciales
 - 2.3.3.1.1. Parcial Simple
 - 2.3.3.1.2. Parcial Complejas
 - 2.3.3.2. Generalizadas
 - 2.3.3.2.1. Generalizadas No convulsivas
 - 2.3.3.2.1.1. Ausencia típica
 - 2.3.3.2.1.2. Atónicas-Acinéticas
 - 2.3.3.2.2. Generalizadas Convulsivas
 - 2.3.3.2.2.1. Tónico clónicas generalizadas
 - 2.3.3.2.2.2. Tónicas
 - 2.3.3.2.2.3. Clónicas
 - 2.3.3.2.2.4. Miclónicas
- 2.4. CRITERIO DE CLASIFICACION DE SINDROME EPILEPTICO
 - 2.4.1. IDIOPATICAS: CAUSA NO IDENTIFICABLE
 - 2.4.1.1. Idiopáticas Generalizadas
 - 2.4.1.2. Idiopáticas Parciales o Focales
 - 2.4.2. SINTOMATICAS: CON CAUSA IDENTIFICABLE
 - 2.4.2.1. Generalizadas
 - 2.4.2.2. Parciales o Focales
 - 2.4.2.3. Tipo de lesión
- 2.5. DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS Y SINDROMATICO
(Subrayar el correcto)
 - 2.5.1. Epilepsia Idiopática Generalizada Convulsiva Tónico-clónica
 - 2.5.2. Epilepsia Idiopática Generalizada No Convulsiva Crisis Ausencia Típica
 - 2.5.3. Epilepsia Idiopática Focal Parcial Simple
 - 2.5.4. Epilepsia Idiopática Focal Parcial Compleja
 - 2.5.5. Epilepsia Sintomática Generalizada T-C Secundaria: _____
 - 2.5.6. Epilepsia Sintomática Focal Parcial Simple Secundaria a: _____
 - 2.5.7. Epilepsia Sintomática Focal Parcial Con Generalización Secundaria a: _____
 - 2.5.8. Epilepsia Sintomática Focal Parcial Con Generalización Secundaria Debido a: _____
 - 2.5.9. Epilepsia Situación Relacionada T-C Secundaria a: _____
 - 2.5.10. Otro Síndrome Epiléptico. _____
 - 2.5.11. Otra Enfermedad No Epilepsia _____
- 2.6. COMENTARIOS ESPECIALES Y PLAN DE TRATAMIENTO: _____

