

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

✓
RESULTADOS DEL PSICODIAGNOSTICO
DE RORSCHACH, APLICADO A UN GRUPO
DE EPILEPTICOS MEXICANOS.

TESIS que para obtener
el grado de Maestra en
Psicología, presenta:

María Socorro A. Rangel Bazúa

México D.F. 1963.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

D E D I C A T O R I A .

DEDICO ESTE TRABAJO A LA MEMORIA
DE MIS PADRES, TEODORO RANGEL V.
Y JULIA BAZUA M.

HAGO EXTENSIVA LA DEDICATORIA A
TODOS MIS MAESTROS, CON MI AGRA-
DECIMIENTO POR LA ENSEÑANZA DE -
ELLOS RECIBIDA, ASI COMO A MIS -
FAMILIARES Y AMIGOS, CON LA ESTI
MACION QUE MERECEN.

Ps(1)

TPs(1) -

A G R A D E C I M I E N T O S .

EXPRESO MI RECONOCIMIENTO A LOS
DOCTORES, RAFAEL NUÑEZ, DIRECTOR
DE LA TESIS Y ENRIQUE GUARNER -
POR SU ORIENTACION Y AYUDA EN LA
ELABORACION DE LA PROPIA TESIS.

A LOS DOCTORES CLEMENTE ROBLES, DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL Y RAMON DEL CUETO, DIRECTOR DEL PABELLON DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DE LA MISMA INSTITUCION, LES MANIFIESTO MI GRATITUD, POR LAS FACILIDADES QUE SE SIRVIERON PROPORCIONARME PARA LA OBTENCION DEL MATERIAL HUMANO EN QUE SE REALIZO ESTA INVESTIGACION.

C O N T E N I D O.

DEDICATORIA.

AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.	Páginas.
HISTORIA, CONCEPTO ACTUAL Y CLASIFICACION DE EPILEPSIA	1-11
CAPITULO II.	
ASPECTOS PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGICOS EN EL ENFERMO EPILEPTICO.	12-31
CAPITULO III.	
MATERIAL Y METODO.	32- 33
CAPITULO IV.	
RESULTADOS.	34-50
CAPITULO V.	
CONCLUSIONES.	51
CUADRO DE RESULTADOS GENERALES-- Y TABULACION DE RESPUESTAS EN -- EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH NUMEROS 1, 2 y 3	
REFERENCIAS.	1-4
FE DE ERRATAS.	1-2

I N T R O D U C C I O N

La epilepsia, durante su trayectoria histórica ha sido considerada bajo distintos puntos de vista, que han sido un reflejo - del pensamiento dominante en cada época, recibiendo asimismo diversas denominaciones en relación al carácter atribuido a las crisis convulsivas o ataques, manifestación principal de la enfermedad, - tanto como a sus modalidades psíquicas, debido, tal vez a la misteriosa etiología de ellas, aún no aclarada por completo.

Distintos criterios se han emitido sobre la epilepsia, desde las concepciones mágicas, sagradas y religiosas, pasando por la explicación naturalista griega, hasta llegar al enfoque científico organicista, complementado por las tendencias hacia el estudio comprensivo de la enfermedad y del organismo como una TOTALIDAD indivisible.

Dentro del período del estudio y sistematización científica de la epilepsia, los trabajos de Hughlings Jackson (1874) tienen una influencia reconocida, según se hará referencia en la medida que a la naturaleza y fines del presente trabajo corresponda.

Los factores psicológicos en el enfermo epiléptico fueron reconocidos por el propio Jackson, quien consideró que juegan un papel muy importante en varios aspectos de la enfermedad, tales como la recurrencia y frecuencia de las crisis, así como en el manejo general y control del enfermo. (45)

En la actualidad, la mayoría de los clínicos admite que la frecuencia y severidad de los ataques pueden ser influenciadas en forma favorable, cuando los problemas emocionales son manejados -

en forma satisfactoria, procedimiento que es necesario, a fin de-- que el enfermo sea tratado en la TOTALIDAD de la persona. (2)

Aunque tal circunstancia es conocida desde antiguo, algunas opiniones discrepantes en relación con la "personalidad epiléptica" de la cual se hablará más adelante, tanto como el factor de organi cidad invocando en forma prevalente en muchos de los casos neuropsi qui átricos, han venido a influir limitativamente en la aplicación de tratamientos psicoterápicos a este tipo de enfermos, tratamien tos que requieran ser hechos en forma conjunta, conforme a los po stulados médico-psicológicos actuales, en el concepto de que "aún - en aquellos padecimientos mentales que resultan de lesiones del ce rebro requieren para su comprensión el estudio de la personalidad- y de las situaciones externas que rodean al individuo, ya que las de fensas mentales puestas en juego por cada sujeto, cuando es víc ti ma de traumas, infecciones o procesos degenerativos, así como el contenido de sus síntomas y la evolución de su padecimiento dependen en mayor o menor grado de ellas" (13).

El presente trabajo, que no es en ningún aspecto exhaustivo- comprende la revisión de algunos conceptos clínicos y psicológicos relacionados con la epilepsia, así como los resultados obtenidos - de la aplicación de pruebas psicológicas (Raven, Rorschach, Macho ve r y T.A.T.), a sesenta y un enfermos epilépticos bajo tratamien to médico en consulta externa, diagnosticados como tales en el Pa be llón de Neurología y Neurocirugía del Hospital General, con el pr opósito fundamental de conocer las características dominantes de la personalidad en cada caso, partiendo de la hipótesis de que ello es la base para la detección temprana de trastornos mentales me di ante instrumentos que proporcionan el conocimiento objetivo de l as funciones psicológicas dañadas, según señalan Karl Menninger - D. Rapaport y R. Schafer (39)

Las alteraciones mentales con las que puede estar asociada la epilepsia, han venido siendo consideradas por los autores (24) y a veces, suelen estar latentes o encubiertas, siendo apreciables a la observación sólo en casos de enfermos muy deteriorados, circunstancia que se propone investigar este trabajo, dentro de sus posibilidades y limitaciones.

Los fines que persigue la presente comunicación, son en primer término, contribuir al propósito de una mayor comprensión del enfermo epiléptico mediante su estudio integral, entendido el organismo como una totalidad indivisible y en interacción continua con el medio ambiente. (21) Un diagnóstico emitido en tal forma, facilitará el conocimiento etiológico del padecimiento, con la consiguiente orientación hacia una terapéutica más efectiva por ser específica en mayor grado.

En todo caso, la actitud comprensiva hacia los problemas del enfermo epiléptico será útil, si se considera la situación de desventaja que presenta frente a las exigencias del medio ambiente, a consecuencia de la deficiente estructuración de sus recursos vitales, cuya apreciación cuantitativa y cualitativa puede contenerse por medio de la aplicación de pruebas psicológicas de confiabilidad clínica. El grado y características de tal estructuración, darán la clave para el pronóstico respectivo, según postula Harrower-Erickson (26) en sus trabajos experimentales con el psicodiagnóstico de Rorschach en enfermos de la naturaleza individual.

CAPITULO I.

HISTORIA, CONCEPTO ACTUAL Y CLASIFICACION DE EPILEPSIA.

Epilepsia, literalmente "ataque" proviene del verbo griego epilambaino, que significa agitar, atacar.

La epilepsia como entidad nosológica es conocida desde muy antiguo y de ella encontramos referencias y descripciones unos dos mil años antes de nuestra era.

Varios siglos han transcurrido para desvirtuar su origen en un principio "divino", pero no obstante las investigaciones exhaustivas al respecto y sus valiosas aportaciones al conocimiento de esta enfermedad tan discutida, siguen aún sin aclarar en su totalidad los diversos aspectos de la misma, especialmente por lo que se refiere a su etiología.

La referencia más antigua se halla en el Código Hammurabi (2 680 A.C.), en donde se estipula sobre el matrimonio de los epilépticos. Los hebreos también la mencionan en el Talmud y los hindúes se refieren a ella en el libro sagrado de Los Vedas.

G. Contenu (10), en su obra "La Médecine en Assyrie et -- Babylonie", narra como los pobladores de aquella época atribuían a las enfermedades un origen sobrenatural y consideraban que a cada parte del cuerpo la gobierna - para castigarla- un "Demonio"...

"Cuando Assahaku monta en cólera, desencadena su furia sobre la cabeza del hombre", afirmado también que los dioses castigan los pecados porque "Quien ha perdido su Diosa Guardián, el -

mal de cabeza tortura de cuerpo"....

El variado concepto que se ha tenido de esta enfermedad ha --
motivado sus diferentes denominaciones, expresando cada una de ellas
la tendencia de la época correspondiente.

"Mal Hercúleo" se la donomina en las tragedias griegas; - -
"Morbus Sacer" y "Morbus Divinis", en la Roma Imperial, en donde --
se creía aún en su precedencia divina. También se le llamó "Mal Comicial"
ya que cuando alguien la padecía durante unos Comicios estos se di -
solvían. Porque la padecieron varios sacerdotes que con ello ganaban
mayor dignidad, fue llamada "Morbus Deificus". Como también era ex -
presión de la fuerza del Demonio fué llamada "Morbus Dæmoniacus". -
Como se creyera igualmente que "era un golpe recibido de una estrella"
se le calificó como "Morbus Sideratus Astralis". Para abreviar, he -
aquí otros nombres dados a la enfermedad de que se trata en el trans -
curso de los años: "Mal de San Juen"; "Passio Puerilis"; "Mal de la
Tierra"; "Mal Caduco" etc.

A Hipócrates (460-357 A.C.) se debe la primera descripción de
la enfermedad, no yá sometido al falso criterio de su origen sino -
sentando las bases para los actuales conceptos que se tienen de la -
misma: la consideró como un mal del cerebro debido a causas natura -
les y nó a influencias sobrenaturales (22)

En su obra hace una patética descripción de lo que es el acceso
de "GRAN MAL" y también observa las crisis de "PEQUEÑO MAL", en las
cuales el paciente tiene " una pérdida muy breve de la conciencia, -
pero sin convulsiones."

Otros griegos dieron descripciones complementarias de lo dicho
por Hipócrates, como Aretæus , Cælius Aurelianus y Galeno entre -
otros.

Así a través de los siglos se ha venido completando el es ----

tudio de la enfermedad sagrada. Unos amplían las observaciones -- antiguas sobre el "Aura" atribuida originalmente a Pelops, maestro de Galeno, complementadas después por Erastus y Paracelso en 1580; otros anotan nuevas manifestaciones de la enfermedad que puede ser localizada a un grupo muscular, o dar "equivalentes", de donde surge la "epilepsia cursiva" y los "automatismos" (Bebius 1507; Bootius, 1619)

Poupart (1705) en su comunicación a la Real Academia de Ciencias, hace la individualización de un caso atípico de "Petit-Mal"

La época culminante corresponde a Brevais y Jackson, que con algunos años de diferencia llegan al concepto fundamental de la enfermedad, separando el grupo de las llamadas "epilepsias focales", según se hará referencia a continuación, hasta llegar al concepto que prevalece en la actualidad.

La enfermedad epiléptica fué considerada hasta el siglo pasado como entidad nosológica independiente, caracterizada primordialmente por las manifestaciones de tipo convulsivo tónico-clónico, cuya descripción en la fase crítica constituyó el objetivo de la extensa literatura clásica al respecto. (8)

Vino después el concepto de las epilepsias psíquicas, en el cual lo más importante es el carácter epiléptico, o sea la constitución mental del enfermo, su comportamiento en determinado momento y cuyo conocimiento se basa en el estudio de la personalidad del mismo durante los períodos intercríticos.

La primera separación entre dos manifestaciones del mismo mal se debe a Brevais y Jackson, principalmente a éste último, quien al lado de la enfermedad que producía convulsiones generalizadas, independizó otro grupo que llamó de las epilepsias "localizadas", que en su honor se denominaron epilepsias "Jacksonianas"

durante las cuales únicamente se registran convulsiones en la mitad del cuerpo o en un grupo muscular determinado.

Los dos grupos de epilepsias difieren esencialmente en su origen, concepto que surge de la antigua observación clínica de que la convulsión epiléptica, manifiesta sintomáticamente en muchos casos una lesión orgánica, mientras que en otros enfermos no se conoce causa alguna determinante de la crisis, quedando así dos clases de epilepsias: "Esenciales" y "Sistomáticas".

Una diversidad de criterios y opiniones ha surgido a medida que se avanza en el conocimiento de la enfermedad, en especial por lo que se refiere a la etiología del padecimiento epiléptico, cuyo dominio no es de la competencia del presente trabajo, sino en la medida que se relaciona con la naturaleza de éste.

Redlich (56) considera que la epilepsia "idiopática" o "esencial", también "criptogenética", aparece definida por la causa incierta o ignorada que la origina, enfermedad que se desarrollaría sobre el terreno de una disposición individual específica.

Binswanger (6) señala el criterio histopatológico y el clínico, como los adecuados para la comprensión de la epilepsia "esencial".

Con un criterio anatomopatológico, insinúa la separación de las epilepsias del grupo de las "neurosis" y su inclusión dentro de las cerebropatías. Desde el punto de vista clínico propone tres grupos de epilépticos. En el primero se presentan tarde o temprano, alteraciones psíquicas, tanto en la esfera afectiva como en la intelectual y que guardan relación con la severidad y frecuencia de los ataques. En el segundo grupo no se observan alteraciones psíquicas, sino solamente la presencia de ataques convulsivos o de sus equivalentes. Un tercer grupo es aquel en que no sólo no

hay ausencia de alteraciones en la esfera psíquica, sino que los ataques desaparecen por completo. Insiste también este autor en que deben separarse las epilepsias sintomáticas de las "formas constitucionales", en las cuales existe una predisposición procedente y desarrollada en las células germinativas, o que dependen de causas endógenas que obran desde la infancia.

Por último, admite la "epilepsia dinámica pura", en la cual el ataque de "Gran Mal" no es otra cosa que la ruptura del equilibrio entre diversos centros del sistema nervioso, por inhibición o hiperexcitación de alguno de ellos.

Kraepelin (30) sostiene que la epilepsia esencial, también llamada criptogenética, genuina, idiopática, hereditaria, funcional, dinámica y primaria, es "una entidad morbosa con personalidad propia, en la cual se observan además de las crisis convulsivas, diversas anormalidades de la esfera psíquica".

Blouler (6 b) comparte la idea anterior, al afirmar que aproximadamente la cuarta parte de los epilépticos tiene estas características de anormalidades. Basándose en el propio concepto llega a afirmar que existen "epilépticos sin epilepsia".

La teoría psicoanalítica sobre la epilepsia, se basa en el conocimiento de la dinámica de la personalidad del enfermo. Conforme a este criterio, las crisis convulsivas son consideradas como un factor de la dinámica personal y se refieren al mecanismo de defensa e impulsos utilizados por la instancia psicológica del Yo.

Según Freud (18) la uniformidad de los síntomas manifiestos parece exigir una "concepción funcional, cual si existiera un mecanismo orgánicamente preestablecido de descarga instintiva anómala de derivación anormal de los instintos, mecanismo al que se recurriría en las más diversas circunstancias, tanto en ocasión de

perturbaciones de la actividad cerebral por una grave enfermedad como ante un dominio insuficiente de la economía psíquica", constituyendo la crisis una forma de reacción la "reacción epiléptica"

La "reacción epiléptica vendría a constituir una derivación por la vía somática de aquellas magnitudes de excitación que no puede manejar psíquicamente como en la neurosis, El ataque epiléptico viene a ser en tales circunstancias, un síntoma de la histeria, sólo que el propio Freud hace la diferenciación entre una epilepsia orgánica y una epilepsia afectiva, al indicar que quien padece el primer tipo de epilepsia es un enfermo del cerebro y quien padece el segundo es un neurótico.

Actualmente, el grupo de la "epilepsia funcional", con evidencia clínica y electroencefalográfica demostrada, comprende aquellos casos en que no es posible determinar una causa primaria del padecimiento, ya sea de tipo orgánico cerebral o de la predisposición hereditaria.(8).

El factor constitucional ha sido extensamente estudiado por Mauz (38), Mma. Minkowska (40) y por Krotzschmar (30 bis), quienes coinciden en que existen individuos de características psicológicas y corporales, que con distintos nombres, parecen estar estructurados de la misma manera.

La escuela de Montreal, Penfield y Jasper (45), Erickson (14), Rasmussen (54) y otros, ha contribuido a un mejor conocimiento de la anatomía y función del cerebro y han jerarquizado las estructuras encefálicas profundas (centroencéfalo) en la génesis de las descargas que producen ciertos tipos de epilepsia, sobre todo generalizados, como el pequeño mal, gran mal, etc.

El criterio electro-encefalográfico postula que la crisis convulsiva es originada por una descarga eléctrica que se produce-

en alguna región del cerebro (zona epileptógena), limitada a un grupo celular, que siendo anormalmente hiperexcitable se descarga súbitamente y se propaga en mayor o menor proporción, de acuerdo al factor que hizo posible su reacción primaria y sometida a la condición individual del "umbral convulsivo" (22)

La epilepsia sintomática comprende todos aquellos casos en que se ha encontrado, o se debe aceptar la posibilidad de una lesión causal.

El concepto de acertación general se refiere a que las manifestaciones epilépticas, en especial los accesos convulsivos, son la expresión de una respuesta cerebral no específica a estímulos que son originados por las más diversas causas endógenas o exógenas.

H. Roger (59) opina al respecto: "...La epilepsia es un síntoma, una reacción particular del sistema nervioso, que como ha quedado demostrado por la experimentación, para la forma convulsiva, es una reacción normal del encéfalo a diversas excitaciones: la corriente eléctrica, la estricnina, el cardiazol, la insulina, etc. Unas veces las lesiones localizadas en las zonas corticales o subcorticales actúan como excitantes electivos; otras en determinados individuos, una caída del nivel necesario para producir la descarga motora es la que explica las causas de orden general conocidas o ignoradas- que son capaces de producirlas "

La epilepsia refleja constituye una de las demostraciones experimentales en la clínica sobre la influencia de las emociones en la crisis convulsivas, que pueden ser interpretadas como un tipo de respuesta total del organismo frente a determinadas situaciones vitales. Es sabido que la estimulación del hipotálamo produce las crisis epilépticas, ya que su acción se produce directamente -

sobre la corteza.(63) Los experimentos de Francois-Frank, Amantea y Clemente, demostraron que las crisis convulsivas, además de que pueden ser determinadas por las emociones, pueden asimismo ser influenciadas por estímulos periféricos. Utilizando diferentes sustancias de acción convulsivante, pero a dosis que no alcanzan a producir por si mismas la convulsión, a la vez que se agregan estímulos periféricos sobre todo de tipo nociceptivo, la crisis se produce. La epilepsia producida por esta clase de estimulaciones lleva el nombre de epilepsia refleja. En clínica se ha visto también que un ruido, un trozo de música (epilepsia musicógena) o una iluminación brusca, determinan la crisis.

En la "epilepsia condicionada" se pone de manifiesto la importancia de los factores externos en el desencadenamiento de las crisis convulsivas. Moreau de Tours, Stanley Cobb y Krasnogorsky, comprobaron la aparición de una crisis convulsiva cuando algunos epilépticos se encontraban en una situación análoga a aquella en la que tuvo lugar la primera convulsión. Hoy se ha logrado reproducir por un mecanismo reflejo condicionado, no sólo la crisis clínica, sino también las descargas epilépticas bioeléctricas, según experimentos de Roger, Morrel, Jus, Naquet, Gastaut, etc., tanto en animales como en el hombre (8)

Para la escuela de Pavlov la epilepsia constituye una cerebropatía, en la que el foco epiléptico determina un estado funcional especial de la corteza cerebral en su totalidad, que se da nombre "inercia patológica con potencialidad localizada explosiva"

En estos estados el funcionamiento cerebral se altera y aparecen las fases paradójica y ultraparadójica (como en la transición vigilia-sueño). Los estímulos intensos de tipo negativo, inhibidores en el individuo normal, son por lo contrario, excitan -

tes en la fase paradójica y determinan respuestas positivas. En cambio, los estímulos poco intensos (por ejemplo, las sugerencias realizadas con el segundo sistema de señales, la palabra) logran efectos positivos en la fase siguiente, ultraparadójica. Se ha intentado explicar de esta manera el hecho de que en los estados orgánicos, las tentativas violentas o bruscas de denominar a un enfermo pueden provocar reacciones desmedidas. (8)

Es conveniente señalar, que aunque las crisis convulsivas suelen ser producidas por cualquier tipo de lesión cerebral, pueden también ser originadas por lesiones estructurales del cerebro (como cicatrices, lesiones vasculares o neoplasias), alteraciones bioquímicas producidas por la fiebre, hipoglucemia, baja de calcio sanguíneo o amnesia cerebral momentánea. (54)

El estudio integral del enfermo epiléptico, recomendado por clínicos modernos, incluye lo siguiente: exámen médico y neurológico completos, así como valoración de los déficit mentales y análisis de la personalidad del sujeto y sus relaciones con la familia. (53) .- Esta valoración clínica, además de la localización de la zona de descarga de las crisis, puede suministrar también la clave para conocer el proceso patológico subyacente, que puede ser, como se dijo, de variada naturaleza, o bien para establecer un diagnóstico diferencial en aquellos casos con sintomatología epiléptica atípica o nó muy bien definida, en los cuales el conocimiento de las condiciones mentales del enfermo será de utilidad, dada la frecuente asociación de trastornos psiquiátricos a este padecimiento. Estos conceptos serán ampliados en el capítulo correspondiente.

Penfield y Jasper (45) proponen una clasificación clínico

y comprende aquellos enfermos con crisis que se originan en uno o ambos hemisferios cerebrales, principalmente en los lóbulos temporales. Se encuentran por lo general en el E.E.G. espigas focales de distribución anárquica, y con frecuencia signos de atrofia cerebral en las zonas correspondientes, que pueden descubrirse por exámen neumoencealográfico. Las crisis focales pueden ser producidas, como se ha indicado ya, por una gran variedad de procesos patológicos.

En el grupo de las crisis centroencefálicas incluye Penfield la mayoría de los casos que han sido llamados epilepsias idiópáticas o Epilepsia Esencial.

Clasificación de las crisis epilépticas, según el Cuadro original de Penfield (Penfield y Jasper, 1954, p. 22) (45)

TIPO DE CRISIS.	ORIGEN DE LA DESCARGA EPILEPTICA.
1.- Crisis cerebrales focales Crisis Sintomáticas.	Substancia gris de los hemisferios, corrientemente corteza cerebral.
2.- Crisis centroencefálicas Crisis del "Nivel Superior"	Sistema Central integrador del tronco cerebral superior
3.- Crisis cerebrales no localizadas.	Sin descubrir o causa extracerebral.
Crisis aún no clasificadas ó determinadas por una anomalía extracerebral.	

C A P T U L O I I .

ASPECTOS PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGICOS EN EL ENFERMO EPILEPTICO.

a) MODALIDADES PSIQUICAS DE LAS CRISIS COMPLEJAS.

Las modalidades psíquicas observables particularmente en determinado tipo de epilépticos con crisis complejas fueron descritas desde hace casi un siglo por Herpin, Jackson y Gowers, principalmente por Jackson, (1870) quien sugirió para ellas el nombre de "crisis uncinadas" Las características señaladas se refieren a sensaciones súbitas de olor o de sabor, movimientos masticatorios, de ehubsteo de labios, etc.; sensaciones epigástricas y los estados de sueño en el paroxismo de tales crisis, señalando además su localización temporal por medio de estudios anatómicos.(8)

Las descripciones clásicas de la epilepsia se basan, por una parte, en la descripción del ataque tónico-clónico generalizado o "Gran Mal" en el período crítico, como característica casi exclusiva de la enfermedad y por la otra, alrededor de "fenómenos psíquicos heterogéneos ("equivalentes", "ataques abortivos", "ausencias", "estados crepusculares", etc.) de apearación más o menos paroxística y de duración variable durante los períodos intercríticos en enfermos cuya autenticidad epiléptica, según algunos autores es hoy discutible. Este procedimiento dificultaba el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de epilepsia que se conocen hoy, establecidos por el estudio detallado de las manifestaciones clínicas de las crisis en el período crítico y el registro electroencefalográfico correspondiente.

Entre las características de complejidad que presentan las crisis temporales, los autores contemporáneos citan como el fenó-

meno más constante la alteración del estado de conciencia, que en mayor o menor grado presentan estos enfermos, observándose también perturbaciones de las demás actividades psíquicas, "las cuales no es fácil definir ni precisar". (8) En unos enfermos, lo fundamental puede ser alteración de las actividades menésicas, en otros, el trastorno suele ser esencialmente de tipo afectivo, pudiendo existir en los demás casos un defecto en la integración psíquica, o bien, con menor frecuencia, puede tratarse desde el comienzo del desarrollo de una actividad onírica.

Durante estas crisis pueden ocurrir ilusiones, en las que el enfermo interpreta erróneamente sus percepciones; las alucinaciones "sensaciones sin objeto", como las denomina la escuela francesa, en las cuales el enfermo tiene la impresión de un objeto que no percibe.

"... En muchos enfermos lo psico-sensorial y lo psico-afectivo están tan inexplicablemente unidos que toda separación resulta artificial. Como además suele existir una desintegración concomitante de la conciencia, el enfermo percibe su trastorno de una manera imprecisa; sabe vagamente que le pasa algo, pero no sabe exactamente que es lo que le pasa. Este carácter indefinible, inaprehensible del trastorno constituye una de las características clínicas más importantes de las crisis temporales". Son asimismo notable en este tipo de crisis los trastornos vegetativos (viscero-sensitivos y viscero-motores) Las manifestaciones vegetativas pueden aparecer tanto al comienzo como en el transcurso de la crisis "aura epigástrica" "aura precordial", sensaciones esofágicas, abdominales, genitales, necesidad de orinar, defecar, sensaciones de hambre y sed, sudoración, asfixia, etc. Los trastornos motores suelen ser fenómenos objetivos apreciables por las personas que

rodean o están cerca del enfermo y con modalidades diversas. Pueden también apreciarse en los enfermos con crisis temporales trastornos de la actividad y del lenguaje; sensaciones de transformación que afectan sobre todo a las extremidades distales, pero que pueden referirse también a la totalidad del cuerpo, o lo que se conoce por ilusiones de desplazamiento de un segmento corporal; los trastornos de la actividad mnésica; el pensamiento forzado, en que el enfermo se siente obligado a pensar en algo determinado ajeno a su voluntad; las impresiones de familiaridad (el déjà vu, etc.) "parecen debidas a un fenómeno de reviviscencia mnésica erróneo, pero suelen acompañarse también de una sensación penosa. Las de extrañeza se suelen acompañar asimismo de un intento angustioso de identificación; otras veces el enfermo asiste impasible a su -- experiencia" Los trastornos afectivos son muy frecuentes en los enfermos con crisis temporales, presentándose en ocasiones puros, -- aunque es más frecuente que aparezcan a continuación de un aura vegetativa. Los automatismos, junto con los estados crepusculares han constituido fenómenos muy discutidos de la epilepsia, ya que en -- algunos casos descritos por autores como Legrad de Saule, Cabade, etc., la autenticidad de dicho padecimiento es refutada por otros estudios; no obstante, autores contemporáneos (Gastaut, Marchand, P. de Castro) los han encontrado, pero con menor frecuencia, en enfermos con crisis temporales. (8) " Se han incluido en este grupo accesos bruscos de irritabilidad y agresividad, incluso con asesinato, así como actos impulsivos sexuales, exhibicionistas, cleptómaníacos o suicidas etc., Para Gastaut, (1956) sin embargo, los accesos de irritabilidad y agresividad de este tipo no deben considerarse como auténticas crisis correspondientes a un nivel de conciencia alterado de origen epileptógeno, ya que dichos accesos "impulsio -

nes" no coinciden con ninguna alteración paroxística en el electroencefalograma".

P. de Castro (8) señala que la naturaleza epiléptica de fugas de larga duración durante las cuales se realizan actos adecuados a su fin, sin existir aparentemente obnubilación mental, es dudosa, debiendo sospecharse de ella sólo en casos de fugas de breve duración, con obnubilación, conducta imperfectamente adaptada e indumentaria impropia. etc.

Sobre los estados crepusculares existen diversas opiniones "Estados segundos" fueron denominados por autores como Ræcke y Pick, (1903) Clerambault, (1923), etc. describiéndose en forma extensa.

Por lo general, dichos estados se presentan en epilépticos graves después de crisis convulsivas tónico-clónicas, seguidas y tienen por lo tanto un carácter postcrítico. "Desde el punto de vista clínico, lo que llama la atención es el descenso del nivel de conciencia y el carácter impulsivo y violento de los enfermos. Es en el curso de estos estados en que los epilépticos pueden ser realmente peligrosos, siendo frecuentes las violencias e incluso los crímenes (furor epiléptico). Los enfermos parecen sonámbulos, sus actos son coordinados, reaccionando violentamente a cualquier intento de aproximación. Otras veces, por el contrario, se sugestionan fácilmente.

Para Marchand y Ajuriaguerra (37) el estado crepuscular permite la realización de pensamientos agresivos e incluso criminales que están reprimidos en estado normal.

Al considerar que los enfermos epilépticos viven su experiencia crepuscular como si estuvieran soñando, siéndole imposible diferenciar entre el sueño y la acción, tanto como la motivación subconsciente por otra parte, Ey(1954) estudia su caso -----

"Jean Pierre" en el que al cabo de los años, bajo el efecto de una demencia senil y en ocasión de un estado crepuscular, un anciano mata a su madre, al hacerse a la luz el odio que desde niño profesa a la misma.

Los estados confuso-oníricos son considerados como casos extremos de los estados crepusculares, en los cuales el enfermo está prácticamente aislado del exterior, con una intensa confusión mental, ideas delirantes, de persecución o bien, melancólicas con angustia. "El sueño en que vive el enfermo es pobre, monótono, con alucinaciones auditivas o visuales y agitación. Tiene accesos inmotivados de furor, sus frases no tienen sentido (es la "manía epiléptica" de Farlet).

Otras veces el enfermo está estuporoso, apático, inerte, indiferente; pueden aparecer fiebre y escaras en decúbito, con graves alteraciones gastro-intestinales".

Las características fundamentales de estas "psicosis agudas" comiciales, en lenguaje psiquiátrico, serían según Ey (16): El comienzo brusco, la corta duración de los accesos y la amnesia, principalmente, además de dos manifestaciones también importantes, a saber, por una parte la valencia impulsiva de la vivencia delirante, que se traduce por un comportamiento impulsivo automático (suicidio, homicidio, agresiones, fugas, conductas sexuales, agitación desordenada, etc.) y por otra, la que se ha llamado representación fotográfica de los accesos, que consiste en el hecho de que el enfermo tiene tendencia a reproducir exactamente su crisis anterior.

Otros autores señalan, más bien la tendencia de tales estados a repetirse, a ser intermitentes, "como si el conjunto del cuadro clínico de la epilepsia se compusiera de la alternancia y de la sustitución de crisis y de psicosis agudas" (8).

Como se ha visto, la frecuente perturbación de la actividad

mnésica, más o menos imbricada con un descenso del nivel de conciencia en las crisis temporales y la presencia de automatismos psicomotores, muchas veces complejos, determinan una perturbación del contacto del enfermo con el mundo exterior. Tales circunstancias han llevado a algunos investigadores (Gibbs, Lennox, Gastaut, etc.,) a considerar los trastornos señalados como exclusivos de la epilepsia temporal, en un tiempo incluídos dentro de las manifestaciones de la "epilepsia psíquica".

b). CRITERIOS SOBRE LA PERSONALIDAD EPILEPTICA.

El comportamiento del enfermo epiléptico, su "manera de ser" característica durante los períodos intercríticos fué uno de los hechos en que se basó la descripción de la "personalidad epiléptica", planteada ya con claridad en las obras clásicas de la psiquiatría francesa del siglo pasado (1854 a 1860). La escuela alemana (1936) sistematiza este concepto relacionándolo con elementos tipológicos y genéticos. (8)

Diversos criterios han sido emitidos sobre la personalidad del enfermo epiléptico, Mientras que algunos autores consideran que tal personalidad no existe, que no se diferencia en absoluto de las afecciones orgánicas cerebrales, para otros tiene características específicas que se encuentran incluso en las familias de los epilépticos. Otros la consideran ligada a la epilepsia idiopática, mientras que para otros sería propia de las epilepsias temporales, siendo para unos innata y para otros adquirida.

Los estudios clínicos y psicológicos (con el psicodiagnóstico de Rorschach principalmente) son en términos generales los siguientes:

ESTUDIOS CLINICOS.

Wallon (1925) señala como caracter central de la personalidad epiléptica, la perseveración, que considera como un déficit neurológico (65)

Robin (1931) resume el caracter epiléptico como constituido por la asociación de dos polos contradictorios: lentitud e impulsividad. (58)

Clark asocia un punto de vista genético con un punto de vista "psicoanalítico, al admitir la herencia de la personalidad --

epiléptica, que estaría constituida fundamentalmente por egocentrismo, hipersensibilidad, pobreza emocional y rigidez. Afirma al mismo tiempo, que las crisis epilépticas son siempre de origen psicógeno (9).

Mme. Minkowska (1920-37) señala en las familias de epilépticos características típicas que lo serían de los propios enfermos: "Una afectividad muy concentrada, viscosa que se adhiere a los objetos circundantes y no se despega de ellos con la rapidez que lo exigen las variaciones ambientales. "El epiléptico sería por lo tanto un ser afectivo, pero cuya afectividad viscosa carece de movilidad, adheriéndose por ello sus afectos a fenómenos estables, empujando el orden y las cosas establecidas. Se conduce como portador de una misión moral y religiosa, pero es a la vez egocéntrico. Intelectualmente es lento, detallista, trabajador, pero sin iniciativa propia, incapaz de establecer síntesis originales y de hacerse cargo de la totalidad del conjunto e incapaz de abstracción. Este comportamiento "afectivo-acumulativo" viscoso, define al epiléptico como un individuo que oscila entre dos polos: lentitud viscosa y explosividad. Su morfología es basta, imperfecta, parecida a la del atlético, aunque más burda. (40)

Mauz (1927-37) compara a los psicópatas epileptoides con los epilépticos idiopáticos. Los psicópatas epileptoides (40% de atléticos) son individuos tristes, con fatigabilidad extrema y tendencias a las crisis, muchas veces de tipo histérico. En los epilépticos idiopáticos se encuentran 50% de constituciones displásicas, con personalidad distinta. En ellos la explosividad-irritabilidad es menos importante, siendo lo principal la coartación (timidez, rigidez mental, pedantería), la disforia, la hipersociabilidad ó "parasociabilidad", por no ser una sociabilidad normal. (38) Este autor enumera varias constituciones con tipos y subtipos caracte -

20
rísticos, (constituciones ictáfinas, integradas por la constitución enoquética y las constituciones defectuosas combinadas, etc.) sobre las cuales no se insistirá por considerar, desde el punto de vista psicológico, superados tales conceptos por el de personalidad.

Para Stauder (1938) la personalidad epiléptica típica solo se observa en la epilepsia idiopática y se debe a una fuerte carga hereditaria (aparece en un epiléptico traumático, es sólo porque este tenía fuertes antecedentes hereditarios). Su característica fundamental es la perseveración siendo el síndrome explosivo, por el contrario, impropio de la personalidad epiléptica. De hallarlo en enfermos epilépticos se debería a la existencia de lesiones cerebrales (64).

Henry Ey (1954) considera que en la personalidad epiléptica la tipología no sería lo esencial, sino que influye mucho el proceso orgánico y la situación vital del enfermo. Los epilépticos oscilarían entre dos tipos de "personalidades" una en la que predominaría hiperestesia emocional, las reacciones de irritabilidad e inestabilidad, la sugestionabilidad, en donde las crisis serían una expresión neurótica. Estos enfermos no se deterioran y tienen un descenso del umbral convulsivo. En el segundo tipo de personalidad predomina el síndrome de compresión, la perseveración, la viscosidad, la impulsividad, en la que se observarían crisis parciales y estados psicóticos agudos y estados crepusculares con violencia extrema. Estos enfermos se deteriorarían llegando a demenciarse. La primera constituye el polo histero-epiléptico del hombre epiléptico y la segunda el polo epileptoide-viscoso.

Para la escuela psicoanalítica ortodoxa, los rasgos caracterológicos observados en los epilépticos como típicos (escrupulosidad, detallismo, viscosidad, perseveración, limitación del círculo de intereses, etc.) serían propios del carácter anal, diferenciándose de la personalidad obsesiva en líneas generales, solo desde el -

punto de vista cuantitativo.(47)

Fenichel (17) cita los siguientes rasgos de la personalidad epiléptica:

a) Una orientación general muy narcisista y mostrando las características de un Yo muy arcaico y dispuesto siempre a sustituir las relaciones objetales por identificaciones.

b) Pulsiones destructivas muy intensas, que habían sido reprimidas durante largo tiempo y que encuentran en el ataque una descarga explosiva. La represión de las pulsiones destructivas es debida a un intenso temor de castigo.

Para la escuela anglosajona(Price, Bridge, Pond, etc.) la reacción psicológica del enfermo ante su enfermedad es uno de los factores más importantes en la determinación de la personalidad epiléptica. Por ejemplo, el que las personas normales vean con miedo al enfermo epiléptico, por considerar las crisis peligrosas o contagiosas, tanto como el medio hostil donde se desenvuelven, hacen que -- este reaccione violentamente o se encierre en si mismo.

Por tanto, muchos trastornos mentales del epiléptico se explicarían así. Si el enfermo tiene crisis desde la infancia se ve relegado con frecuencia a un lugar inferior; le consideran distinto de los otros niños, etc. Si se trate de un adulto que sufre una crisis cuando ha vivido ya una época de su vida como individuo normal, establece inevitablemente comparaciones dolorosas entre su época anterior y las limitaciones y peligros que le esperan después del primer ataque. (8)

Se explican igualmente por el mismo motivo diversos signos de neurosis de angustia y de obsesión encontrados en los epilépticos, -- así como la deficiente capacidad de adaptación e identificación con los demás seres humanos, que parecen ser mayores que en los enfermos orgánicos.

Eysenck (1950) encontró mediante la aplicación de pruebas psicológicas a individuos con inteligencia normal, que los epilépticos tienen más rasgos neuróticos que los propios neuróticos estudiados a la vez y que serían asimismo de origen reaccional. (11)

Para Dawson y Conn (1929), Erickson (1935-40-41), Jones -- (1953) y otros, los rasgos de la personalidad epiléptica no son sino la manifestación inespecífica, sintomática de la lesión cerebral orgánica epileptógena. Cuando la epilepsia no es de origen lesional los enfermos no presentarían estos rasgos. Aducen el hecho de que muchos enfermos no epilépticos con procesos cerebrales orgánicos (traumatismos craneales, tumores cerebrales, etc.) presentan una "manera de estar en el mundo" análoga en todo a la descrita como propia de los epilépticos. No obstante, algunos de estos autores admiten la coexistencia de factores orgánicos y psicológicos reaccionales en la determinación de la personalidad epiléptica. (12)

Gastaut (1955), Ey(1954), Gibbs (1948-1951) y sus respectivos colaboradores, se inclinan a considerar la personalidad epiléptica como consecuencia de una hiperexcitabilidad de las estructuras temporales profundas, señalando la gran proporción de alteraciones de la personalidad presentes en esta forma electroclínica de epilepsia. (19) (16) (20).

P. de Castro y colaboradores (1960), encuentran los rasgos de la personalidad epileptica exclusivamente en enfermos cuyos registros electroencefalográficos intercríticos muestran disritmia lenta hipsincrónica, cuyas características tanto somáticas como psíquicas sería más ó menos las descritas por los autores clásicos. En los epilépticos focales temporales existirían los rasgos de la personalidad epiléptica típica, sólo en los casos con disritmia de fondo y signos lesionales, pudiendo existir algunos de estos enfermos con psiquismo normal . En la epilepsia con disritmia lenta hi-

persincrónica la interacción de factores endógenos y exógenos se -
ría más notoria que en los otros tipos. (8)

ESTUDIOS CON EL PSICODIAGNOSTICO
DE RORSCHACH.

Los estudios con el Psicodiagnóstico de Rorschach han encon-
trado cierta correspondencia entre las respuestas a los estímulos,
que representan las láminas, y la personalidad de los epilépticos.

Hermann Rorschach en su trabajo original (1921) señala fun-
damentalmente que el tipo de vivencia de los epilépticos es extra-
tensivo, con abundantes respuestas de color y movimiento, así co-
mo la perseveración (adherencia a una palabra, a un concepto, etc.)
Se observan además respuestas confabulatorias, indicaciones sobre
la simetría y referencias personales (60)

Stauder (1938) señala dos síndromes encontrados en el Rors-
chach de los epilépticos con "epilepsia genuina". En primer lugar,
el síndrome típico, en el que se tienen pocas respuestas, tiempo -
de latencia largo, abundante número de respuestas de Forma mal vis-
tas en su mayoría, con ausencia de respuestas de movimiento y co-
lor; o sea, una intensa coartación con perseveración extraordina-
ria. Señala en segundo lugar el "síndrome abortivo" análogo al an-
terior, pero menos intenso. En la epilepsia traumática considera -
que los enfermos que no tienen "carga genética" intensa dan un gran
número de interpretaciones de color (64).

Piotrowski (1937 y 1948) estableció sus "signos epilépticos"
con el fin de diferenciar entre los casos de epilepsia con lesión-
cerebral y los no lesionados, Señaló catorce signos epilépticos que
son:

T/R (Tiempo de reacción, excediendo un minuto); M (nó más -
de una respuesta de movimiento humano); C(abundantes respuestas de
color puro); F % (porcentaje de respuestas de forma bien vistas, e-
bajo de (70); Po% -----

(Respuestas populares, porcentaje abajo de 25;) Repetición; Meticulosidad; Descripción; Simetría; Comentarios : W (respuestas globales abundantes; T (Tiempo total excesivo); Choque cromático y Hostilidad.

Todo protocolo conteniendo siete de estos signos tendría probabilidad de corresponder a un enfermo epiléptico.

Minkowske (1937) enfatiza más la forma de expresión del epiléptico, que el contenido de las respuestas, considerando como típicas las contestaciones con "kinestésias" adhesivas o explosivas, que dan a las partes aisladas de la lámina una unidad especial, de tal suerte que no obtienen una respuesta global, sino un conjunto por ejemplo "atado", "enojado", "entre", "arrancar", "estirar", que aparecerían en respuestas de movimiento humano, movimiento animal o en respuestas sin movimiento. Tales respuestas tendrían además un carácter muy sensorial, muy concreto. (40)

Harrower Erickson (1940) encuentra una variedad de personalidades entre enfermos internados con epilepsia focal, cuyos protocolos de Rorschach, tanto pre-operatorios como post-operatorios - comparó para comprobar la mejoría lograda mediante la intervención quirúrgica, que estaba en relación directa con la mejoría en la estructuración de recursos psicológicos detectada por el mismo Psicodiagnóstico, sugiere la hipótesis de que los enfermos con mejores perspectivas de mejoría serían aquellos cuyos Rorschach contuvieran alguna o algunas respuestas M; respuestas FC o CF; adecuado enfoque (distribución de W, D, d y S); alto porcentaje de respuestas F+ y alguna variedad en el contenido. Esto en apoyo a la aseveración de que "los mejores records psicológicos son un indicio de un sistema nervioso mayormente capaz de beneficiarse con el auxilio de la terapéutica e intervención quirúrgica requeridas por las necesidades mentales y físicas del organismo total. Entre los records

~~de los records de epilepsia focal se encuentran los signos señalados por otros~~

autores, (Oberholzer, Stauder, Guirrdhar y Piotrowski) aunque ello estaría en relación con la magnitud y localización del foco epiléptico. Estos protocolos serían más desfavorables y contendrían bajo número de F y F +, ausencia de M, FC y CF, elaboración pobre y perseveración. Compara igualmente los protocolos de enfermos orgánicos con los epilépticos, encontrando como diferencia básica entre ambos, la casi constante uniformidad y constricción en los protocolos de enfermos orgánicos, con lesiones cerebrales extensas y difusas (tumores, hipertensión craneal, así como extirpaciones de tejido considerables e incompletas) en los cuales se observaría también ausencia de respuestas c, K y FK. Señala por tanto, que el enfermo epiléptico es capaz de una mayor reactividad psicológica, pero que está inhibido por factores mentales y físicos para funcionar adecuadamente. (26)

Algunos otros autores como Pascual del Roncal (1949) y Brunn (1950) hacen notar la frecuencia con que los enfermos con epilepsia se inspiran en la línea media de la lámina, lo que sería un signo de coartación, de timidez, junto con un cierto infantilismo emocional, no atreviéndose el enfermo a abandonar el terreno seguro, protegido de la línea media, para aventurarse en los bordes de la lámina "tierra desconocida" (44) (8)

Son varios los investigadores que han encontrado asimismo - mediante la aplicación del Roschach a epilépticos, signos de neurosis y obsesión. Tales son los estudios de Arluck, (1940) Lisansky (1948) Pompilo (1951), etc. (3) (34) (50).

Pascual del Roncal, por su parte, señala algunos factores - que deben tenerse en cuenta para establecer un diagnóstico de epilepsia y considera, como Erickson, que la perseveración primaria - (Signo Stauder) se debe a un déficit inhibitorio de la personalidad debido a las lesiones cerebrales difusas que presentan estos enfer

mos (epilepsia esencial) independientemente de que presenten lesiones o nó, haciendo la aclaración de que en sus investigaciones con dicho tipo de enfermos, encontró el signo de referencia tanto en epilepsias genuinas como en focales "faltando casi siempre en ambas formas". Los factores que menciona son los siguientes: 1.- Presencia de respuestas de movimiento (M) negativas y secundarias, que a veces pueden faltar; 2.- Aumento general de las respuestas de color y particularmente de las C puras y CF, que a menudo predominan sobre las FC; 3.- Presencia de enumeraciones de color (Cn); 4.- Interpretación del blanco y negro como colores, que para algunos autores es típico; 5.- Atracción e interpretación frecuente del color rojo (casi siempre con interpretaciones de C puras como "sangre"); 6.- Bajo porcentaje de formas bien vistas como expresión del bajo nivel intelectual; 7.- Presencia de interpretaciones DW y más rara vez Do (Especialmente en los casos más demenciados); 8.- Presencia de respuestas anatómicas perseverativas; 9.- Signo de Stauder, o sea repetición perseverativa de la misma respuesta a través de todas o casi todas las láminas; 10.- Bajo porcentaje de respuestas de contenido animal (A%), que "es la más frecuente visto de acuerdo con Rorschach, que indicaba de 20 a 35 % para casos muy demenciados y de 35 a 50% para los poco demenciados", con la aclaración, por parte del autor que se viene considerando, de que hay casos con cero de estas respuestas (que son substituídas por -- respuestas anatómicas) hasta casos con el 100%; 11.- Frecuente empleo de diminutivos al expresar las respuestas; 12.- El tipo de apercepción suele ser DW-D-Dd; 13.- La Sucesión es más frecuentemente relajada y 14.- Presencia de respuestas FM negativas frecuentes. Este mismo investigador considera como un síntoma constatado con frecuencia en los epilécticos la frecuente perseveración, no ya en el contenido de la respuesta, sino en la manera de interpre-

tar ésta, por ejemplo casi al comienzo de todas: "Como si" ó "Parece como..." ; además, que la respuesta K, es muy frecuente en los estados crepusculares y en los protocolos obtenidos inmediatamente después del ataque cuando todavía están los enfermos en estado confusional, siendo rara en el estado habitual de los epilépticos.

Painado Altable (1946), en los resultados de su investigación de un grupo heterogéneo de epilépticos mexicanos, hace la indicación de no haber encontrado un tipo exclusivo de reacción en los mismos, no obstante que los disturbios psíquicos son más notables en el grupo considerado como "epilepsia psíquica" (psicomotora) y en el cual la sintomatología clínica está ausente. Resume las características psicológicas de estos enfermos como sigue: Deficiente control intelectual sobre las esferas emocional e instintiva; ansiedad; agresividad; tipo de reacción predominante extrovertida; tendencia hacia la oposición; eficiencia mental escasa y ligera bradipsiquia. Considera este propio autor que el síndrome Gran Mal puede ser distinguido del Pequeño Mal, en que en primero la ansiedad es muy intensa, mientras que en el segundo, especialmente en su forma psicomotora, se encuentran, además, falta de prudencia y de control intelectual sobre la esfera afectiva; que el deterioro mental es mayor en el Gran Mal que en el Pequeño Mal y sus varias formas; que en los epilépticos las respuestas de claroscuro son -- tan típicas como las C y CF. siendo el tipo de epilepsia psicomotora (con una definitiva disritmia) la que mayormente corresponde a un cuadro psíquico específico, según indicaciones del Psicodiagnóstico de Rorschach. (1)

c.- ALTERACIONES MENTALES EN LA EPILEPSIA.

Algunos autores consideran una serie de alteraciones mentales que presentan los enfermos epilépticos, como "fenómenos o síntomas sobre añadidos," sin ligazón estructural con el trastorno epiléptico primitivo. Tales son los trastornos maníaco-depresivos, las organizaciones delirantes de la personalidad, los síntomas de tipo esquizofrénico, etc. (8)

La relación entre la epilepsia y la psicosis maníacodepresiva ha sido establecida en vista de la frecuencia con que alternan en los enfermos epilépticos las fases de excitación y depresión aislada o combinadas en ciclos; en unos predominan las fases depresivas con intenso pesimismo; en otros son más frecuentes los accesos de agitación: optimismo, sensación de agilidad mental, excitación, incluso megalomanía con risas, logorrea e hipererotismo, faltando por lo regular las crisis en estos períodos.

Picard, (1927) Baruk, (1930) y Ey, (1954) existe indudablemente una relación estrecha entre ambos padecimientos. Ey considera que "entre las manifestaciones psicopatológicas de los epilépticos los estados maníaco-depresivos pueden substituir a las crisis comiciales" (46) -(4)-(16).

Marchand y Ajuriaguerra, (1948) creen por el contrario que no existe ninguna relación significativa entre los padecimientos señalados. Interpretan las alteraciones maníaco-depresivas como -- "fenómenos banales en enfermos epilépticos." (36)

Se ha descrito también en algunos enfermos con crisis convulsivas, "organizaciones" delirantes de la personalidad, de tipo reivindicatorio, de influencia o perseveración, señalándose como el más frecuente de estos delirios el de tipo místico.

La asociación entre epilepsia y esquizofrenia ha sido muy discutida, tanto quizá como su incompatibilidad, de la que en un tiempo se dedujo la terapéutica convulsiva.

Las cifras estadísticas sobre esta relación varía entre los diferentes autores. Se observa en 5% de epilépticos síntomas de tipo esquizofrénico: fabulaciones, alucinaciones visuales, etc. LandoH ---- observa en algunos epilépticos con foco temporal evidente el siguiente fenómeno: en el período en que sufrían crisis el foco era muy activo y se inactivaba por el contrario cuando el enfermo presentaba un "estado crepuscular," el que llama productivo, ya que no se registra disminución del nivel de conciencia. (16)(31) El mismo autor señala un fenómeno igual en los esquizofrénicos: muchos de ellos (excluidos los catatónicos) presentarían antes del brote esquizofrénico, signos de irritación focal temporal, que desaparecería durante el brote. "Brote esquizofrénico" y "estado crepuscular" epiléptico" por un lado y estado intercrítico del epiléptico y estado del esquizofrénico antes del brote serían pues en cierto modo comparables entre sí. La normalidad del E.E.G. en el curso del estado crepuscular se debería a una presunte "normalización y maduración excesivas", cuya manifestación clínica sería precisamente el estado crepuscular del epiléptico".

Segun Hill (1948 y 1950) algunos esquizofrénicos catatónicos presentarían signos de irritación focales en el E.E.G. (27) Sherwood (1956) ha observado por su parte en esquizofrénicos descargas hipersincrónicas de gran voltaje en las estructuras profundas de la amígdala y del hipocampo, estructuras a las que hoy se atribuye gran importancia en la epilepsia temporal.(62) Ervin y Epstein (1956) han descubierto alteraciones paroxísticas generalizadas en el E.E.G. de esquizofrénicos a los que se ha administrado cloroformo Rodin y colaboradores(1957) observan que enfermos con epilepsia de-

tipo psicomotor presenten síntomas de aspecto psicótico y de aspecto esquizofrénico. El E.E.G. de estos enfermos presentaba una disfunción del lóbulo temporal y de las estructuras profundas de dicha región. (8).

La relación entre epilepsia e histeria ha sido estudiada desde antiguo, especialmente desde el punto de vista de la psicogénesis de las crisis convulsivas, habiéndose llegado a considerar el tipo especial de la "histeroepilepsia".

" Janet (1903) refiere 12 casos de coincidencia de epilepsia con la "maladie des obsessions", y afirma que existe algo en común entre la psicastenia y la epilepsia, que sus "fenómenos son vecinos y se pueden transformar unos en otros". Parhon y Goldstein (1908)- y Oppenheim, (1906) describen crisis intermedias y "convulsiones psicasténicas" fundamentalmente en enfermos "degenerados" con fobias y reacciones y obsesiones ansiosas que suelen presentar tics y trastornos vasomotores. Las crisis aparecerían en el acme del estado ansioso y tendrían las características de la crisis epiléptica auténtica. Para Lepine (1911) en las crisis psicasténicas la pérdida de conocimiento es completa pero de instauración progresiva, las sacudidas clónicas son muy discretas y la duración muy larga, siendo difícil en ocasiones hacer el diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas e histéricas. Los enfermos son impresionables, de carácter débil, aunque con fuerza muscular muchas veces extraordinaria. Marchand (1948) considera que existen pocas diferencias entre las crisis epilépticas y las crisis histéricas, que existen crisis intermedias entre la epilepsia y la histeria, pueden transformarse en crisis epilépticas o viceversa y que pueden aparecer elementos histéricos en el curso de un ataque epiléptico" (8). P. de Castro (1957) señala que "la histeroepilepsia como tal entidad no existe. Que lo único que existe son epilépticos autén-

ticos que además son histéricos y en los que alternan las crisis de una y otra naturaleza y finalmente histéricos con crisis diagnosticadas erróneamente de epilépticos. " (8) Encontró este hecho con mayor frecuencia en los enfermos con crisis centroencefálicas que en los focales temporales.

Algunos otros autores insisten sobre una serie de trastornos mentales complejos de uniformidad constante como "pauta de comportamiento" en epilépticos internados, principalmente reacciones histéricas y paranoides. Explicanse tales trastornos por una especie de "contagio psíquico" que sufrirían los epilépticos internados, que en su mayoría son débiles mentales de origen lesional, sugestivos, enclaustrados en el medio manicomial, que son impresionados hondamente por los enfermos con alteraciones mentales con quienes conviven. (8)

Dicha condición podría ser válida por lo que se refiere a enfermos manicomiales y aún hospitalizados, por la impresión ambiental deprimente que reciben de continuo, más no parece ser así en los epilépticos tratados en consulta externa, que aún con crisis controladas por medicamentos, presentan algunas veces toda una serie de trastornos psicopatológicos de intensidad y condición variable, cuya detección temprana puede ser hecha mediante la aplicación de pruebas psicológicas adecuadas, conforme a la tesis que sugiere el presente trabajo.



CAPITULO III

MATERIAL Y METODO.

El material utilizado en el presente estudio lo constituyeron sesenta y un enfermos con diagnóstico de epilepsia, los cuales se encuentran bajo tratamiento médico en el Pabellón de Neurología y Neurocirugía del Hospital General.

Los pacientes fueron elegidos sin seleccionarlos y remitidos exclusivamente de la Consulta Externa, para estudio psicológico.

Las condiciones físicas de los enfermos fueron variables, - así como la antigüedad del padecimiento.

En cuanto al sexo y edad de dichos pacientes, la proporción fué de treinta y ocho hombres (62.3%) y 23 mujeres (37.7%) , con un límite de edad entre 10 y 49 años.

Conforme al tipo de epilepsia, según diagnóstico clínico, se agruparon los enfermos en la forma siguiente.

<u>No. de Casos</u>	<u>Tipo de Epilepsia.</u>	<u>Porcentaje.</u>
49	Gran Mal	80.3 %
2	Pequeño Mal.	3.3 %
1	Gran Mal y Pequeño Mal.	1.6
3	Psicomotora	4.9
1	Crisis Convulsivas - post-encefalíticas.	1.6
5	Crisis convulsivas de- tipo indeterminado	8.3
<u>61</u>		<u>100.0 %</u>

El nivel socioeconómico tanto como la situación ambiental de los propios enfermos, fueron también heterogéneos, predominando el nivel medio.

Se aplicaron a los pacientes estudiados, en batería las pruebas de Raven(Matrices Progresivas), Psicodiagnóstico de Rorschach. Dibujo de la Figura Humana(Machover) y la de Apercepción Temática

(T.A.T.). (55) (60) (35) (41)

La Administración de las pruebas psicológicas se hizo en forma individual, confrontándose en todos los casos los expedientes respectivos, que contenían: la historia clínica, estudios de laboratorio, radiológicos y electroencefalográficos, así como el diagnóstico correspondiente.

Se investigaron, asimismo, algunos puntos específicos en relación con la situación ambiental de los enfermos, que no estaban incluidos en sus historias clínicas, lo cual se hizo mediante interrogatorio directo en la mayoría de los casos, corroborando y complementado por interrogatorio indirecto, cuando los pacientes se presentaron en la Unidad acompañados de algún familiar para el examen, con el objeto de obtener un enfoque global de la personalidad de estos enfermos.

Con base en lo anterior y, conforme a las técnicas específicas, se hizo la aplicación y calificación de las pruebas mencionadas, siguiendo además los criterios de Richards(57) y Schaffer(61)- para la interpretación clínica de pruebas psicológicas, emitiéndose así el diagnóstico y pronóstico en cada caso.

El pronóstico se basó principalmente en el grado de estructuración de recursos vitales de los sujetos estudiados, detectado en especial por el Psicodiagnóstico de Rorschach, siguiendo en lo general los métodos de Klopfer(29) y Beck (5) y conforme a la hipótesis propuesta por Harrower-Erickson (26) sobre el particular.

Se tomaron en cuenta, igualmente la edad de los enfermos y características general de su padecimiento, con igual propósito.

C A P I T U L O - I V

R E S U L T A D O S.

Los casos estudiados, enfermos epilépticos ambulantes de la consulta externa, no presentaron en lo general, las características de deterioro y demenciación a que se refieren algunos autores, como exclusivos de la llamada "personalidad epileptica."

Sin embargo, en la mayoría de ellos se encontraron alteraciones del psiquismo, consistentes en oligofrenias, neurosis de diversa clasificación así como rasgos psicóticos más o menos acentuados y distintos tipos de personalidad anormal, conforme a la interpretación de los resultados cuantitativos y cualitativos de las pruebas psicológicas correspondientes, según puede verse en el Cuadro de Resultados Generales (No. 1), cuya proporción numérica se indica a continuación:

<u>Clasificación</u>	<u>No. de Casos.</u>	<u>Porcentaje.</u>
Oligofrenia.	7	11.5
Neurosis	22	36.0
Personalidad Histeroide	18	29.5
Personalidad Esquizoide	5	8.3
Personalidad Paranoide	1	1.6
Personalidad Esquizo-paranoide	7	11.5
Esquizofrenia	<u>1</u>	<u>1.6</u>
	61	100.0%

El nivel intelectual de los enfermos, según los resultados de la prueba de Raven, fué el siguiente:

<u>Rango</u>	<u>No. de Casos.</u>	<u>Porcentaje.</u>
I.- Superioridad intelectual.	0	0
II.- Superior al Término medio.	1	1.6

III.- Término Medio	7	11.5
IV.- Inferior al Término Medio.	37	60.7
V.- Deficiencia Intelectual.	16	26.2
	<u>61</u>	<u>100.0%</u>

Los resultados estadísticos obtenidos con el Psicodiagnóstico de Rorschach en la presente investigación fueron como sigue:

LOCALIZACION

Número de casos: 61	<u>MEDIA ARITMETICA.</u>	<u>DESVIACION STANDARD.</u>
R	22.5	13.6
T/R	16.2	18.1
T	2,605.0	295.4
P	4.1	1.1
O	0.2 (No significativo)	
W	5.7	2.6
D	12.7	7.3
d	4.1	7.5
S	1.5	1.0

DETERMINANTES.

M	2.0	2.1
FM	4.2	3.2
m	0.5(No significativo)	
k	0.7	1.4
K	0.7	1.9
FK	0.3(No significativo)	
F	8.7	7.1
F †	6.2	9.7
F ⁻	1.5	1.6
Fc	1.0	1.3

	<u>MEDIA ARITMETICA</u>	<u>DESVIACION STANDARD</u>
C'	0.8	1.8
FC	1.9	1.8
CF	1.1	1.6
C	0.4 (No significativo)	

CONTENIDOS.

H	2.0	1.1
(H)	0.2 (No significativo)	
Hd	1.9	4.0
Ana (H)	1.0	1.7
A	8.5	5.4
(A)	0.2 (No significativo)	
Ad	1.4	3.3
Ana(A)	0.2 (No significativo)	
A Obj.	0.5 (No significativo)	
Bot	1.0	1.2
Net.	1.1	1.4
Nube	0.6	0.1
Alimento	0.07(No significativo)	
Sangre	0.2 (No significativo)	
Fuego	0.1 (No significativo)	
Sex.	0.1 (No significativo)	
Simbol.	0.1 (No significativo)	
Relig.	0.1 (No significativo)	
Embl.	0.1 (No significativo)	
Arte.	0.1 (No significativo)	
Alfab.	0.02(No significativo)	
Gramat.	0.03(No significativo)	
Mineral	0.03(No significativo)	
Amo	0.3 (No significativo)	

	<u>MEDIA ARITMETICA.</u>	<u>DESVIACION STANDARD</u>
Geograf.	0.1	(No significativo)
Geomet.	0.03	(No significativo)
Astr.	0.02	(No significativo)
Ropa	0.5	(No significativo)
Adorno	0.1	(No significativo)
Transporte	0.1	(No significativo)
Recreat.	0.2	(No significativo)
Cn	0.1	(No significativo)
Color	0.03	(No significativo)
Obj.	0.9	1.7
Indefinido	0.4	(No significativo)

Como puede apreciarse, los resultados anteriores obtenidos - de la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach a los enfermos epilépticos de esta investigación, no corresponden a una curva de normalidad propiamente dicha, que pueda considerarse como típica de una personalidad determinada.

Las discrepancias respecto al índice cuantitativo de normalidad aceptado comunmente por los autores (Rorschach, Klopfer, Beck, etc.,) puede ser igualmente apreciada en los resultados expuestos, por lo que se refiere principalmente a localización y determinantes ya que la falta de significación estadística en los contenidos es notoria.

Sin embargo, puede señalarse el hecho de haber encontrado con el propio Psicodiagnóstico en algunos casos, los signos considerados como epilépticos y orgánicos por Piotrowski(49), o sean, "R" - "T", "M", "Cn", "F"%, "P", "Rpt", "Imp", "Plx" y "AP", siendo estos - más notables en aquellos enfermos con diagnóstico de epilepsia - clínica y electroencefalográficamente comprobado, como por ejemplo en los casos Números 5, 21, 34, 35, 36, y 51, (Cuadro de resultados -

Generales (No. 1) y los respectivos de Tabulación, (2 y 3), para citar sólo los de pronóstico desfavorable, ya que un estudio más profundo sobre la materia, requeriría la exposición de los resultados de secuencia, además de la consideración detallada de cada uno de los protocolos incluidos en este trabajo.

En los casos de etiología dudosa o indeterminada (Núms. 12, 50 54 y 55), se apreció igualmente en la interpretación cuantitativa y cualitativa de los resultados del Psicodiagnóstico de Rorschach una restricción mayor de los signos anteriores, datos estos que pueden ser útiles en el establecimiento del diagnóstico diferencial, dada la frecuencia con que suelen presentarse perturbaciones psíquicas en los epilépticos, cuyas manifestaciones críticas pueden prestarse a confusiones en un momento dado.

El grado de estructuración de recursos vitales, como puede apreciarse asimismo en los Cuadros de Tabulación de resultados del Rorschach (Núms. 2 y 3), varió en cada caso, casi siempre en proporción inversa al grado de deterioro inherente a la naturaleza y evolución del padecimiento, factores influenciados invariablemente por las condiciones culturales del sujeto durante el curso de la enfermedad, independientemente de la condición de organicidad implicada en ella.

Aunque en los resultados de su investigación con epilépticos focales, Harrower-Erickson (26) no precisa un perfil psíquico-común a este tipo de enfermos, en el presente trabajo pudieron comprobarse, mediante la comparación de protocolos de Rorschach de los enfermos estudiados (incluyendo los análisis de secuencia correspondientes), sus indicaciones respecto a la mejor estructuración psíquica de aquellos con "lesiones cerebrales discretas", revelada por el monto y calidad de las respuestas en los casos con disritmias moderadas en el electroencefalograma. Por consiguiente los enfermos con estructuración psíquica en las condiciones ~~añadidas tan~~

drían conforme a la hipótesis de Harrower-Erickson un pronóstico favorable, basado en la producción por parte de los propios enfermos de respuestas M, F+, FC, CF, adecuado enfoque y alguna variedad en el contenido cuya ausencia o menoscabo en los protocolos del Rorschach, indicaría un pronóstico desfavorable, dada la implicación vital y psicodinámica de los factores a que dichos determinantes se refieren, interpretados en forma conjunta con la totalidad del protocolo respectivo en cada caso.

En el presente estudio se obtuvo un predominio del pronóstico favorable sobre el desfavorable, de acuerdo con las consideraciones anotadas en el párrafo anterior, en la proporción siguiente:

48	casos con pronóstico favorable	78.7 %
12	" " " desfavorable	19.7 %
1	caso " " dudoso	1.6 %
<u>61</u>	(Cuadro de Resultados Generales)	<u>100.0 %</u>

En relación con estos resultados, cabe mencionar la circunstancia de que la mayoría de los enfermos epilépticos a quienes se les practicó exámen psicológico, eran en esa fecha pacientes con crisis controladas por medicamentos, pero con gran necesidad de ayuda por lo que se refiere a la comprensión de su problemática emocional.

Investigador Rorschach. Piotrowski. Guirdham Rangel Klopfer

Núm. de casos.

Edad.

Clasificación.

					D.E	
c				.02		cyC' no de- ben pasar a
C'				.8	1.8	Suma C.
H		16.6%		2.2	1.3	H, Hd, A y -
Hd				2.9	4.5	Ad-
A	35-50%(a)	44.7%	36.37%	8.7	5.4	en conjunto
Ad	20-35%(b)			1.1	3	75% del to- tal de R.
Sex		88%		.1		
Relig.		17%		.1		
P			11.38%	4.1	1.1	5 a 10
O	20-40%(a) 40-50%(b)†	(82%)	33.34%	.2		20 a 50%
		(0-)				

* (a) Epilépticos con demencia tardía.

* (b) Epilépticos con demencia temprana.

NOTA.- Se incluyen las cifras de normalidad teórica según Klopfer, como índice de referencia.

Según los resultados comparativos expuestos con anterioridad, Rorschach en su investigación con 20 enfermos epilépticos hospitalizados, encontró dos tipos principales de configuraciones de la personalidad, o sean los "demenciados tardíos" (a) y los demenciados - tempranos"(b), según se indica en el cuadro correspondiente.

El número de respuestas R, señalado por Rorschach, 29 para el tipo (a) no ofrece discrepancias notorias con el señalado por los - investigadores subsecuentes que se incluyen en el propio cuadro: -- 25 en Guirdham, 22 en la autora, considerando la desviación estandar 13.6 ni con el índice de normalidad de Klopfer 30. La única diferencia significativa se aprecia en los resultados de Piotrowski - que dá 14 respuestas, la cual es explicable tomando en cuenta la naturaleza de sus enfermos investigados. Piotrowski comparó los resultados obtenidos en 18 enfermos con organicidad clínicamente comprobada, tanto de tipo cortical, como subcortical y los obtenidos con enfermos nó orgánicos e histéricos conversivos, consignando él mismo la característica de restricción en la productividad a que se - refiere el número de respuestas, como una de las principales, entre otras, que encontró en los enfermos orgánicos, entre los que puede considerarse a los epilépticos focales propiamente dichos, con las reservas necesarias, puesto que el propio investigador expresa la - circunstancia de que la mayoría de sus enfermos presentaron crisis convulsivas en alguna ocasión(49).

Las respuestas globales W- 4-7 en Rorschach, 8.5 en Guirdham 5.7 en la autora, con desviación estandar de 2.6, tampoco ofrecen discrepancias considerables, ni aún con la cifra normal señalada - por Klopfer 20 a 30%. No obstante, Guirdham enfatiza la "propiedad" de perseveración característica importante en el epiléptico, reve -

lada según sus observaciones en forma considerable por el alto número de respuestas globales confabulatorias (globales secundarias-DG) lo cual esté en relación con la deficiencia de la capacidad de síntesis de abstracción en dichos enfermos, relacionando otros factores del psicograma, como calidad de las respuestas, originalidad genuina, porcentaje de forma bien visto, etc.(25).

Las respuestas de detalle usual grande D, en Guirdham 19.5 y 12.7 con desviación estándar de 7.3 en la autora, ofrecen asimismo una correlación positiva y están dentro del índice aceptable usualmente marcado por Klopfer de 45 a 55 %.

Las respuestas de detalle usual pequeño Dd, 4.5 en Guirdham y 4.1 en la autora, están en concordancia, pero discrepen un tanto de la cifra de normalidad señalada por Klopfer: menos del 10%. A este respecto ya Guirdham ha hecho notar, tomando en consideración otros determinantes, cierta tendencia perseverativa en estos enfermos, que incluye el aumento en las respuestas D y Dd entre otros factores, lo cual concuerda con lo señalado por Klopfer acerca de que un número considerable de respuestas de este tipo acusan una meticulosidad compulsiva por parte del sujeto (29), patología que será corroborada tanto en naturaleza como en grado mediante el estudio completo del protocolo.

Las respuestas de espacio S, que se incluyen por lo general en la Dd para el cómputo, tienen igual cifra en Guirdham y en la autora: 1.5 y está dentro de la señalada por Klopfer de menos del 10%, para el grupo de respuestas Dd y S en conjunto.

Las respuestas de movimiento humano M en Rorschch, 1-2 para el tipo (a) y 3-5 para el tipo (b), 3.84 en Guirdham y 2 en la autora, con desviación estándar de 2.1 se encuentran dentro del límite aceptable marcado por Klopfer, 3 o más. A este respecto, cabe hacer notar que la existencia o inexistencia de patología -

no puede basarse en la interpretación cuantitativa de un factor aislado, sino en relación con la totalidad del protocolo, analizando en cada caso las características cualitativas de los determinantes. Así, la cifra marcada por Guirdham incluye tres tipos de respuestas de movimiento: .58 de Movimiento Primario, .84 de movimiento secundario y 2.42 de movimiento confabulatorio, siendo por tanto las dos últimas cifras citadas de calidad inferior a la primera. Igual aclaración es necesario hacer en el caso de las respuestas de movimiento humano que indica Rorschach para el tipo (b), o sea 3-5, que sería el más próximo a la normalidad estadísticamente, conforme al índice marcado por Klopfer, de 3 o más; sin embargo, según la conclusión del propio Rorschach dicho tipo (b) es el de pronóstico más desfavorable por la concurrencia de otros factores, como se ha indicado.

La discrepancia más notoria en las respuestas de movimiento humano incluídas en los resultados expuestos, corresponde a Piotrowski quien reporta .5 siendo él mismo quien dé la explicación correspondiente, al señalar en primer término a M como uno de los signos más numerosos que encontró en los enfermos orgánicos de tipo cortical, que en términos psicológicos se refiere a "un menoscabo(o daño) en la habilidad para una vida interior bien desarrollada, activa y constructiva en dichos enfermos".

* Las respuestas de movimiento animal FM, sólo pueden ser comparadas en Piotrowski, .5 y la autora, 4.2 cuyas cifras difieren notablemente entre sí y del índice de normalidad indicado por Klopfer, menos que M, tomando como base el mínimo de respuestas de movimiento humano 3, para el adulto normal.

Ahora bien, conforme al propio Klopfer y de acuerdo con lo expuesto en el párrafo anterior, las necesidades instintivas del sujeto normal, con las que esté conectada la respuesta FM, no deben

sobrepasar a las respuestas M, que se refieren a funciones de orden superior, como ya se ha explicado, proporción que en los resultados expuestos es de orden inverso, en la autora, por sobrepasar la cifra correspondiente a FM, a las respuestas de movimiento humano, lo cual vendría a significar una movilización excesiva de las necesidades primarias en general en sus enfermos investigados, en contraste con una exagerada restricción en las de los enfermos de Piotrowski, que por la concurrencia de otros factores, como escasez de M, emotividad incontrolada, etc. es de significación mayormente patológica, por referirse a una limitación de recursos vitales, que en otras circunstancias podrían ser aprovechables, conforme a un pronóstico favorable.

Las respuestas de forma natural F, 7 en Piotrowski y 8.7 en la autora, ofrecen correlación entre sí y con el índice de normalidad de Klopfer, 20 a 50%

Las respuestas F+, que se refieren a forma bien percibida 50-60% (a) en Rorschach, 58.67% en Guirdham y 6.2 en la autora, tienen también una correlación positiva entre sí y con el índice marcado por Klopfer, 60% de F como mínimo. La discrepancia que se aprecia en el tipo (b) de Rorschach, 30-50%, nos habla de una deficiencia en la agudez de percepción de esos enfermos, lo cual es explicable si se considera la naturaleza de ellos, enfermos hospitalizados con demencia epiléptica prematura, con el pronóstico más desfavorable a todas luces.

Las respuestas F-, respuestas de forma mal percibidas, de significación francamente patológica en un número considerable, sólo aparece en los resultados comunicados por la autora con 1.5, pudiendo considerarse numéricamente dentro del límite marcado por Klopfer, quien acepta de 1 a 2 respuestas del tipo indicado, que pueden darse en el protocolo de un adulto normal, siempre y cuando

no existan en el mismo protocolo otros signos de naturaleza similar.

Las respuestas de color, FC, CF y C, serán tratadas simultáneamente, a efecto de compararlas con el índice de normalidad de Klopfer. La estrecha relación de estas respuestas con el control emocional del sujeto, han venido a servir de base, por decirlo así, en la determinación del carácter epiléptico, a partir de los estudios de Rorschach, cuyos resultados y los de los investigadores subsecuentes se dan a continuación.

Investigador	No. FC	No. CF	No. C
Rorschach	1-2(a) 1-3(b)	2-3(a) 2-3(b)	1-2(a) 1-6(b)
Piotrowsk	.1	1.8	3.8
Guirdham	42.8%	34.39%	23.53%
Rangel	1.9	1.1	.4
Klopfer(índice de normalidad)	Más que CF y C	Menos que FC	Rara vez

Tomando como índice de referencia las cifras de normalidad señaladas por Klopfer para el grupo de respuestas a que se hace referencia, en virtud de la relación de las mismas con el control emocional del sujeto, la distribución de dichas respuestas según este investigador tienen una explicación lógica y natural, al señalarse un predominio de la respuesta FC, que es la que implica mayor madurez y estabilidad, por ser la más diferenciada del grupo, sobre CF y C, cuya connotación psicológica se refiere a una mayor habilidad emocional e impulsividad en orden creciente.

Como puede apreciarse, los resultados arriba anotados tienen una proporción inversa a la indicada por Klopfer, especialmente los de Rorschach y Piotrowski en que predomina la respuesta C, sobre FC y CF, notándose también un número elevado e irregular en dichas respuestas en las cifras de Guirdham, lo cual denota patología en el grado que corresponde a la naturaleza de los enfermos estudiados.

por cada uno de los investigadores mencionados, según se ha venido indicando. Por lo que hace a los resultados de la autora, tanto el número como la distribución de las respuestas de color contrastan con los de los demás investigadores y, sin estar precisamente dentro del índice de normalidad de Klopfer, son los más cercanos a éste, ya que no muestran la extrantensividad patológica de los enfermos estudiados por aquellos, sino más bien, tomando en cuenta la concurrencia de otros factores, una deficiencia emotiva de tipo constrictivo, compatible con las características generales del grupo de enfermos comprendidos en la presente investigación y de acuerdo con el pronóstico favorable que predominó en los mismos, según las cifras estadísticas señaladas en su oportunidad.

Las respuestas de cloroscuro k .7 en la autora, FK 63.78% en Guirdham y 1.02 en la autora, KF 24.49% en Guirdham y 0 en la autora y K 1.5 en Piotrowski, 11.73% en Guirdham y .7 en la autora, se encuentran más o menos dentro del límite normal señalado por Klopfer, o sea, menos de 3 de cada uno de los determinantes indicados, con excepción de los resultados de Guirdham, que son significativos en virtud de la considerable frecuencia, hecho que fué señalado por él mismo al concluir que las respuestas de éste tipo se dan en aquellos enfermos que revelan más característicamente los clásicos rasgos epilépticos, siendo su implicación psicológica en ese nivel, de excesiva ansiedad.

Las respuestas de textura y acromáticas, c y C' respectivamente, sólo aparecen en los resultados de la autora con .02 la primera y .8 la segunda, sin sobrepasar a la Σ uma C, que en el grupo de la misma considerado como un todo es de 2, según el límite de normalidad de Klopfer. Sin embargo, conforme a la hipótesis psicológica aceptada por éste, la escasa significación estadística de las respuestas c y C' estaría en relación con una ne-

gación de las necesidades afectivas.

La respuesta de contenido humano, H 16.6% en Guirdham y 2.2- en la autora, no ofrecen discrepancia. Su significación será considerada conjuntamente con Hd, A y Ad, a fin de compararlas en tal forma con el límite de normalidad de Klopfer.

La respuesta de detalle humano, Hd aparece en los resultados de la autora con 2.9, cifra por sobrepasar a la respuesta H está en relación con una marcada preocupación por detalles o partes del cuerpo humano, que en términos psicológicos denota ansiedad difusa.

La respuesta de contenido animal A, 35-50% y 20-35% en Rorschach 44.7% en Piotrowski, 36.37% en Guirdham y 8.7 en la autora, con desviación estándar de 5.4, no ofrecen gran discrepancia, pero la cifra de la autora que es la más considerable, aunque no denota estereotipia, sí se refiere a una movilización mayor de fuerzas instintivas-aprovechables, en contraste con los enfermos de Piotrowski.

La respuesta de detalle animal, Ad, 1.1 en la autora no puede considerarse significativa por no igualar o sobrepasar al número de A.

Ahora bién, conforme al límite normal de Klopfer, el conjunto de respuestas H, Hd, A y Ad, debe ser igual al 75% del total de R, apreciación cuantitativa que sólo es factible lograr en los resultados de la autora, ya que en las investigaciones restantes sólo se cuenta con algunas de las respuestas mencionadas únicamente, pudiendo concluirse, por lo tanto, una concordancia entre las cifras de Klopfer y las de la autora.

La respuesta de contenido sexual, Sex, 88% en Guirdham es bastante significativa en comparación con la cifra obtenida por la autora, .1 que carece de significación estadística. A este respecto, el propio Guirdham hace notar la frecuencia con que el epiléptico se dá la preocupación sexual franca, por concentrarse en esas

partes de su propio cuerpo, a consecuencia de una constricción creciente en sus intereses. Con relación a la cifra de la autora, cabe mencionar el hecho de haber encontrado en las respuestas Hd de su grupo de enfermos, la preocupación por partes del cuerpo humano con implicación de ansiedad difusa, como se indicó en su oportunidad.

La respuesta de contenido religioso, Relig. 17% en Guirdham, contrasta igualmente con la cifra de .1 obtenida por la autora, lo cual, por carecerse de comentario expreso sobre el particular, podría ser considerado como un fenómeno transcultural.

La discrepancia en la respuesta popular, P entre Guirdham y la autora, cuyas cifras son: 11.38% y 4.1 respectivamente, puede ser explicada si se toma en consideración el índice de normalidad de Klopfer, que señala de 5 a 10 respuestas de este tipo, así como la implicación psicológica de la misma, que se refiere al grado en que el sujeto es capaz de pensar como los demás miembros de su comunidad en situaciones obvias. La cifra de respuestas populares de la autora, más cercana a la Klopfer, nos habla una vez más, no de un grupo considerado precisamente dentro de la normalidad, sino mejor estructurado psicológicamente que el de Guirdham en este caso particular.

La respuesta original, O, cuyo monto y cualidad están en relación con la capacidad intelectual del sujeto, según hipótesis psicológica aceptada a partir de Rorschach y cuyas cifras son: 20-40% y 40-50% en dicho investigador, 33.34% en Guirdham (con 82% de O-) y .2 en la autora, discrepan tanto entre sí como de la cifra de normalidad de Klopfer, que es de 20 a 50% de respuestas originales de buena calidad. La calidad dudosa de dicha respuesta en Rorschach (7 en el tipo (b)) y francamente mala en la mayoría del número que da Guirdham (82% O-) habla por sí y por la concurrencia de otros

factores, de un tipo de inteligencia que no puede ser considerada precisamente aceptable ni cuantitativa ni cualitativamente. La cifra de la autora, a pesar de discrepar bastante de la Klopfer, está en relación con el nivel intelectual general que predominó en el grupo de enfermos estudiados por la misma y que fué el inferior al término medio, según se indicó en su oportunidad. tales resultados se refieren al rendimiento intelectual únicamente y nó a una cualidad de la inteligencia de los enfermos investigados, rendimiento que puede ser escaso a consecuencia de una interferencia de factores de significación vital, que suele darse en enfermos con estructuración psíquica deficiente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

- 1.- Los enfermos epilépticos de la consulta Externa del Hospital General de la Ciudad de México suelen presentar - anomalías psíquicas diversas, cuya determinación, aún en fases tempranas, puede ser hecha mediante la aplicación clínica de pruebas psicológicas a los mismos.
- 2.- El tipo de personalidad varía en cada caso por lo regular de acuerdo con la estructuración de recursos vitales que la evolución del padecimiento y factores ambientales hayan permitido, pudiendo encontrarse, por tanto síndromes psicopatológicos de naturaleza y grado distintos.
- 3.- Algunos signos "epilépticos" y "orgánicos" propuestos por Pietrowski y estudiados por otros investigadores, revelados por el Psicodiagnóstico de Rorschach, pueden orientar en el diagnóstico diferencial, ya que generalmente no se encuentran en los protocolos de enfermos sin diagnóstico de epilepsia clínicamente comprobada, o bien aparecen en menor grado en los de aquellos enfermos bajo condiciones más benignas.
- 4.- La estructuración de recursos vitales determinada por las pruebas psicológicas, en especial por el Psicodiagnóstico de Rorschach, dá la clave en la mayoría de los casos, para la valoración del pronóstico correspondiente, mediante la determinación cuantitativa y cualitativa de determinantes tales como M,F,FC,CF,C,P y O entre otros.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo no se consideran de ninguna manera definitivos, sino, dentro de los fines -- que competen al mismo, como una aportación a los estudios sobre la personalidad del epiléptico, desde un punto de vista integral, a -- efecto de lograr un mayor conocimiento de esta clase de enfermos -- como persona y en su caso, se oriente la terapia en un sentido más-

CUADRO No. 1
RESULTADOS GENERALES.

CASO No.	EDAD	SEXO	ANTIGUEDAD DEL PADECIMIENTO.	TIPO DE EPILEPSIA.	NIVEL INTELECTUAL.	PERSONALIDAD (Rasgos-Predominantes).	PRONOSTICO
1	18	M	4 años	Psicomotora.	Deficiente.	Esquizo-paranoide.	Favorable.
2	18	F	3 "	Gran Mal (Predominio lado derecho.)	Inf. al término medio.	Psiconeurosis tendencias paranoideas.	Favorable.
3	21	F	5 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Histeroide. Tends. obsesivo compulsivas.	Favorable.
4	20	M	7 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Obsesivo-compulsivas. Hipocondriasis.	Favorable.
5	24	F	1 "	Gran Mal.	Deficiente.	Oligofrenia profunda depresión.	Desfavorable
6	17	M	1 "	Gran Mal (E.E.G. actividad lenta difusa)	Inf. al término medio.	Histeroide, tends. obsesivo compulsivas.	Favorable.
7	22	F	4 meses	Gran Mal.	Término Medio	Histeroide, tends. paranoideas	Favorable.
8	14	M	11 años	Gran Mal. (Predominio lado izquierdo).	Deficiente.	Psiconeurosis Oligofrenia-Superficial.	Favorable.
9	16	M	4 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Paranoide.	Favorable.
10	10	F	2 "	Psicomotora.	Inf. al término medio.	Esquizo-paranoide.	Favorable.
11	19	M	5 "	Gran Mal (Predominio lado derecho)	Inf. al término medio.	Psiconeurosis	Favorable.
12	21	M	11 "	Crisis convulsivas de tipo indeterminado.	Inf. al término medio.	Esquizo-paranoide	Favorable.
13	16	F	2 "	Gran mal y pequeño mal.	Inf. al término medio.	Psiconeurosis.	Favorable.

14	13	F	9 años	Gran Mal.	Mínimo medio	Tendens. Obsesivo compulsivas, depresión.	Favorable.
15	10	F	2 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Psiconeurosis, tendencias histeroides	Favorable.
16	46	F	20 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Melancolía ansiedad depresión.	Desfavorable.
17	22	M	5 "	Gran Mal (E.E-G. Fronterizo)	Deficientes.	Histeroide depresión.	Favorable.
18	13	M	8 "	Pequeño Mal (E.E.G. descargas paroxísticas bilaterales).	Término medio.	Histeroide, tendens. obsesivo-compulsivas.	Favorable.
19	16	F	7 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Psiconeurosis ansiedad-depresión.	Favorable.
20	13	M	4 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Histeroide, depresión.	Favorable.
21	17	M	8 "	Gran Mal (predominio lado derecho.)	Deficiente.	Esquizofrenia.	Desfavorable.
22	24	M	12 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Esquizoide, depresión.	Favorable.
23	45	F	30 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Ansiedad, depresión melancolía.	Desfavorable.
24	12	F	5 "	Gran Mal (E.E-G. hiporritmia generalizada).	Inf. al término medio.	Psiconeurosis, tendencias esquizoides.	Favorable.
25	18	M	13 "	Psicomotora.	Término medio.	Esquizoide.	Favorable.
26	15	M	3 "	Gran mal.	Inf. al término medio.	Histeroide, ansiedad, depresión.	Favorable.
27	16	M	5 "	Gran Mal.	Deficiente.	Histeroide, tendencias esquizoides.	Favorable.

28	12	M	3 años	Gran Mal (E.E.G. Descargas paroxis- tas bilaterales.)	Término medio	Histeroide, ansiedad depresión	Favora- ble.
29	14	M	3 "	Gran Mal (predomi- nio lado izquierdo)	Deficiente	Histeroide, tenden- cias esquizoides	Favora- ble.
30	13	F	3 "	Gran Mal	Inf. al térmi- no medio	Histeroide	Favora- ble.
31	24	M	3 "	Gran Mal (E.E.G. actividad lenta, difusa)	Deficiente	Histeroide, tenden- cias esquizo-paro- noides y depresivas	Favora- ble
32	49	M	3 "	Gran Mal (predomi- nio regiones ante- rior).	Inf. al térmi- no medio	Histeroide, tenden- cias depresivas y melancolicas.	Desfa- vorable
33	17	M	10 "	Gran Mal (predomi- nio regiones medias)	Deficiente	Oligofrenia modera- da, tends. histeroi- des.	Favora- ble.
34	19	M	3 "	Gran Mal •	Inf. al térmi- no medio	Obsesivo-compulsi- va.	Desfa- vorable
35	20	M	11 "	Gran Mal •	Deficiente	Oligofrenia inten- sa, ansiedad y de- presión.	Desfa- vorable
36	20	M	3 "	Gran Mal (E.E.G. - actividad anormal difusa)	Deficiente	Esquizoide, tenden- cias depresivas y paranoides.	Desfa- vorable
37	18	F	7 "	Gran Mal (predomi- nio region ante- rior)	Término medio	Histeroide, tenden- cias obsesivo com- pulsivas.	Favora- ble
38	23	M	11 "	Gran Mal (E.E.G. foco anterior)	Inf. al térmi- no medio • (mínimo medio)	Histeroide, tenden- cias paranoides y depresión.	Favora- ble.

39	19	M	7 años	Pequeño Mal.	Inf. al término medio.	Psiconeurosis, ansiedad, depresión.	Favorable
40	26	M	11 "	Gran Mal (Predominio regiones anteriores).	Inf. al término medio.	Psiconeurosis, tendencias obsesivo-compulsivas	Favorable
41	27	F	18 "	Gran Mal (E.E.G actividad anormal difusa).	Inf. al término medio .	Histeroide, ansiedad, depresión	Favorable.
42	17	M	5 "	Gran Mal (E.E.G predominio lado izquierdo).	Deficiente .	Oligofrenia moderada, tendencias compulsivas.	Desfavorable
43	21	M	2 "	Psicomotora .	Inf. al término medio .	Esquizo-paranoide depresión	Favorable.
44	14	M	10 "	Gran Mal (E.E.G. actividad, lenta difusa).	Deficiente.	Oligofrenia intensa, ansiedad .	Desfavorable.
45	23	F	5 "	Gran Mal (E.E.G disritmia paroxística) .	Inf. al término medio .	Histeroide, ansiedad, depresión.	Favorable.
46	20	M	4 "	Crisis convulsivas (post-encefalitis) .	Inf. al término medio .	Oligofrenia moderada, depresión, - tendencias esquizoides.	Dudoso.
47	7	M	4 "	Gran Mal.	Inf. al término medio .	Psiconeurosis, tendencias, obsesivo-compulsivas.	Favorable
48	35	F	24 "	Gran Mal.	Inf. al término medio .	Histeroide, tendencias obsesivo compulsivas.	Favorable
49	18	M	25 "	Gran Mal.	Inf. al término medio .	Tendencias esquizo-paranoideas .	Favorable

50	18	M	15 años	Crisis Convulsivas de tipo indeterminado. (No hay E.E.G)	Inf. al término medio .	Depresión profunda, ansiedad ten-	Desfavo- rable
51	9	M	5 "	Gran Mal. (E.E.G.- actividad anormal difusa.	Deficiente .	Olígfrenia, intensa, depresión.	Desfavo- rable.
52	17	F	1 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Psiconeurosis, ansiedad, depresión.	Favora- ble.
53	23	F	7 "	Gran Mal.	Inf. al término medio .	Tendencias obsesivas y paranoides,	
54	17	M	3 "	Crisis Convulsivas (No hay E.E.G).	Deficiente	Psiconeurosis, tendencias esquizoides y depresivas.	Favore- ble
55	23	M	5 "	Crisis convulsivas indeterminadas (No hay E.E.G.)	Deficiente	Histeroide, tendencias obsesivo-compulsivas.	Favora- ble
56	15	F	1 "	Crisis convulsivas (E.E.G. actividad - normal difusa)	Inf. al término medio.	esquizoide, depresión.	Favora- ble
57	21	M	18 "	Gran Mal.	Inf. al término medio.	Tendencias esquizo-paranoideas.	Favora- ble.
58	19	M	2 "	Gran Mal.	Inf. al término medio:	Psiconeurosis, ansiedad, depresión.	Favora- ble.
59	17	F	3 "	Gran Mal.	Inf. al término medio .	Tendencias esquizoides.	Favora- ble.
60	5	F	2 "	Gran Mal. (E.E.G. trazo ligeramente anormal)	Superior al término medio	Psiconeurosis depresión.	Favora- ble.
61	12	M	4 "	Gran Mal (E.E.G.- foco anterior)	Inf. al término medio	Tendencias obsesivo-compulsivas, depresión.	Favora- ble.

CUADRO N o. 2
 TABULACION DE RESPUESTAS EN EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.
LOCALIZACION. DETERMINANTES.

Caso No.	Tiempo de Reacción.	R	W	D	d	S	M	FM	m	k	K	FK	F (F+ F-)	FC.c	C'	FC	GF	C
1	14 "	22	6	12	4	1	2	3	1	0	2	0	9 (6+ 3-)	3	1	0	1	0
2	8 "	15	3	10	2	0	2	2	0	0	0	0	6 (5 +1-)	2	1	0	2	0
3	6 "	32	3	20	9	3	4	2	0	0	2	0	10 (8 +2-)	2	1	6	0	5
4	10 "	56	7	29	20	4	5	11	1	4	0	1	21 (14+5-)	7	1	5	0	0
5	15 "	11	4	6	1	2	0	3	0	1	1	0	3 (2 +0-)	1	0	0	1	1
6	13 "	35	3	16	16	0	1	1	0	2	3	0	24 (11+8-)	0	1	1	1	1
7	10 "	23	8	14	1	0	1	9	0	0	2	1	5 (5 + 0-)	2	0	3	0	0
8	7 "	20	5	15	0	0	4	5	0	0	1	0	8 (4 +1-)	0	1	1	0	0
9	38 "	25	15	9	1	6	5	3	0	1	1	1	10 (9 +1-)	0	0	0	4	0
10	7 "	17	6	10	1	7	4	0	0	2	1	0	3(3 +0-)	1	0	4	0	2
11	15 "	16	6	10	0	4	5	5	2	0	0	0	4 (4 +0-)	0	0	0	0	0
12	17 "	63	13	39	11	7	8	12	4	6	1	2	20(14 + 4-)	4	0	6	0	0
13	7 "	27	6	18	3	0	1	13	0	0	1	0	7 (6 +0-)	3	1	0	1	0
14	12 "	21	3	13	5	1	0	0	0	0	1	0	13 (8 + 2-)	1	2	4	0	0
15	3 "	19	8	9	2	0	1	3	0	0	1	0	12 (10+0-)	0	0	1	1	0
16	10 "	8	5	3	0	0	0	4	0	0	0	0	2 (2+0-)	0	1	0	0	0
17	7 "	16	11	5	0	3	1	3	0	0	0	2	3 (2+1-)	2	2	0	0	3

Caso No.	Tiempo de Reacción.	R	W	D	d	S	M	FM	m	k	K	FK	F	(F+F ₋)	Fc	c	G'	FC	CF	C
18	6 "	21	2	14	5	2	4	6	1	0	0	1	8	(6 + 2 ₋)	0	0	0	0	1	0
19	46 "	23	4	18	1	0	1	4	0	0	2	0	15	(11 + 1 ₋)	0	0	0	0	1	0
20	15 "	17	8	9	0	0	2	1	0	0	0	0	7	(6 + 1 ₋)	0	0	2	3	2	0
21	3 "	21	8	13	0	0	0	10	0	0	1	0	7	(4 + 3 ₋)	0	0	0	3	0	0
22	22 "	17	6	9	2	0	1	4	2	0	0	2	7	(6 + 0 ₋)	0	0	0	0	0	1
23	19 "	12	4	7	1	1	0	0	0	0	0	0	11	(11 + 0 ₋)	0	0	0	1	0	0
24	3 "	25	6	18	1	2	0	10	2	0	1	0	8	(7 + 1 ₋)	1	0	1	1	1	0
25	3 "	26	5	15	6	4	1	3	0	1	0	0	14	(6 + 0 ₋)	1	0	0	1	0	0
26	18 "	9	2	6	1	0	1	3	0	0	0	0	3	(2 + 1 ₋)	0	0	0	1	0	0
27	9 "	19	6	11	2	1	1	2	0	0	0	0	13	(10 + 3 ₋)	0	0	0	2	1	0
28	71 "	6	4	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	(1 + 0 ₋)	2	0	0	1	0	0
29	4 "	17	4	12	1	0	1	6	0	0	0	0	8	(5 + 3 ₋)	1	0	0	1	0	0
30	15 "	16	5	11	0	0	1	3	0	0	0	0	5	(3 + 2 ₋)	1	0	1	5	0	0
31	23 "	12	9	3	0	2	1	0	0	3	1	0	4	(4 + 0 ₋)	0	0	2	0	1	0
32	5 "	11	4	6	1	1	1	2	1	0	1	0	6	(6 + 0 ₋)	0	0	0	0	0	0
33	68 "	17	8	8	1	2	2	2	0	0	0	0	9	(8 + 1 ₋)	0	0	1	3	0	0
34	9 "	65	8	30	27	6	6	5	7	1	4	0	27	(23 + 3 ₋)	2	0	2	5	6	0
35	12 "	12	8	3	1	1	0	0	0	2	0	0	5	(5 + 0 ₋)	1	0	0	1	2	1

HOJA No. 3.

Caso No.	Tiempo de Reacción.	R	W	D	d	S	M	FM	m	k	K	FK	F (F ⁺ F ⁻)	Fo	c	U	FC	CF	C.
36	13 "	27	6	21	0	1	0	5	0	0	1	4	9 (8+1-)	3	0	0	1	1	3
37	18 "	77	6	29	42	0	9	7	0	6	0	0	33 (28+3-)	5	0	8	5	4	0
38	14 "	21	6	15	0	1	3	4	0	0	0	1	8 (7+1-)	0	0	0	2	2	1
39	64 "	15	8	7	0	5	3	0	0	0	0	0	10(9+1-)	0	0	0	2	0	0
40	15 "	26	2	18	6	2	1	0	5	0	2	2	11(10+0-)	1	0	1	0	2	1
41	10 "	20	8	11	1	1	1	4	0	3	1	0	4(4+0-)	1	0	1	2	2	1
42	10"	43	2	23	18	1	0	6	0	0	0	0	37(25+11-)	0	0	0	0	0	0
43	5"	25	4	18	3	0	0	8	0	0	1	0	10(7+ 3-)	0	0	2	4	0	0
44	103"	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0(0 0 0 0)	0	0	0	0	0	0
45	10"	18	4	12	2	3	0	9	2	0	0	0	3 (2+1-)	0	0	2	2	0	0
46	23"	15	6	9	0	0	1	4	0	0	0	0	1(1+ 0-)	0	0	2	2	2	3
47	22"	28	5	19	4	1	1	10	0	0	0	0	3(3 + 0-)	0	0	3	5	6	0
48	10"	20	4	12	4	0	3	6	0	1	1	0	1()	4	0	0	3	1	0
49	9"	12	4	7	1	0	4	2	0	0	1	0	2(2 + 0-)	0	0	0	0	3	0
50	10"	8	3	4	1	0	0	2	0	0	0	0	4(4 + 0-)	0	0	2	0	0	0
51	6"	10	6	4	0	0	6	0	0	0	0	0	0(0)	1	0	0	0	3	0
52	10"	22	4	18	0	0	2	4	0	0	2	0	8(6 + 0-)	3	0	2	0	1	0
53	4"	25	11	10	4	5	0	1	0	3	0	0	11(8 + 2-)	4	0	0	6	0	0

HOJA No. 4

Caso No.	Tiempo de Reacción.	R	W	D	d	S	M	FM	m	k	K	FK	F(F+F-)	Fc	e	C'	FC	CF	C
54	6"	11	8	3	0	0	0	7	1	0	0	.0(0)	0	0	2	0	1	0	
55	18"	43	3	23	17	3	1	4	0	2	2	18(14+ 0-)	3	0	0	9	4	0	
56	8"	14	7	6	1	2	3	3	2	0	0	3(2+ 0-)	0	0	0	2	1	0	
57	22"	14	7	7	0	0	5	4	3	0	0	0 0	0	0	0	0	2	0	
58	11"	16	5	11	0	0	1	3	1	0	2	4(4 + 0-)	0	0	3	2	0	0	
59	8"	22	6	16	0	0	2	2	0	1	3	6(3 + 2-)	1	0	0	7	0	0	
60	4"	30	6	21	3	0	3	7	0	0	0	8(7 + 0-)	0	0	2	1	7	2	
61	5"	35	1	17	17	0	3	4	0	1	0	19(17+1-)	1	0	2	3	0	2	

R E F E R E N C I A S.

- 1.- Altable, J.P. "Rorschach Psychodiagnosis in a group of epileptic-Children" *Nerv. Child.*, 6-22, 1947.
- 2.- Aring, Lederer and Rosenbaum. McNaughton: "Psychoterapy on Epilepsy" on Penfield, W. and Jasper, H.: *Epilepsy and the functional Anatomy of the human brain*", Cap. XIV, Little Brown Co., Boston, 1954.
- 3.- Arluk, E. W. Castro P.de, Sacristán, J.M., Moya G., Sanabra, F.R.- "Síndromes Epilépticos", *Libr. Cientif.Méd. Española*, Madrid, 1960
- 4.- Baruk, H. Castro P. de, y colaboradores, ob. cit. pag. 114.
- 5.- Beck, S.J.: "Rorschach's Test", Grune & Stratton, N. York, 1949.
- 6.- Binswanger, O. Vallejo N., A.: "Tratado de Psiquiatría", Edit. Salvat. Barcelona, 1954, p. 406.
- 6.- Bis.-Bleuler, E. Vallejo, N., A, ob. cit.
- 7.- Bridge, E.M. "Epilepsy and Convulsive disorders in childhood", *McGraw-Hill*, N.York, 1949, p. 322.
- 8.- Castro P. de, Sacristán, J.M. Moya G., Sanabra, F.R.: Ob. cit. *Libr. Cientif-Méd. Española*, Madrid, 1960.
- 9.- Clark, L.P.: "A personality study of Epileptic Constitution", *Am. J.M. Sc.*, 148:729, 1914.
- 10.- Contenau, G.: "La Médecine a travers le Temp. et l "Espace". *La Médecine en Assyrie et Babylonie*, *Libr. Maloire*, Paris, 1938.
- 11.- Davies-Eysenck, M.: "Neurotic tendencies in epilepsy", *J. Neurol.*, - *Neurosurg, Psychiat.*, 13:237, 1950.
- 12.- Dawson, S. and Cohn, J.C.M.: "The intelligence of epileptic children" *Arch. Dis. Childhood*, 4:142, 1929.
- 13.- De la fuente, M.R.: "Psicología Médica", Fondo de cultura Ec. Méx. 1959. p. 47.
- 14.- Erickson, T.C.: "Spread of the epileptic discharge. An experimental study of the after discharge induced..." *Arch. Neurol. And. Psychiat* 43: 429, 1940.
- 15.- Ervin y Esptein. Castro P. de, y colaboradores: ob.cit p. 116.
- 16.- Ey, H. Castro P. de, y colaboradores: ob. cit p. 89
- 17.- Fenichel, O.: "The Psychoanalytic Theory of Neurosis", *Norton & Co. inc* N. York, 1945, p. 266.
- 18.- Freud, S.: "Dostoiowsky y el Parricidio", *Obras completas*, Vol. II, - *Edit. Bibl. Nueva*, Madrid, 1948.
- 19.- Gastaut, H.: "So called Psychomotor" and "Temporal" "Epilepsy", *A. critical study*, *Epilpesia II*, 2:59, 1953.
_____ et Roger. _____ J. Castro P. de, y colaboradores. -
ob. cit.
- 20.- Gibbs, E.L., an Gibbs, F.: "Atlas Of Electroencephalography", E.d.2 Vol. 2. *Adison- Wesley Press*. Cambridge, 1952.

- 21.- Goldstein, K. "The Organism: A Holistic approach to Biology, derived From pathological data in man", The American Book Co. N. York, - 1939.
- 22.- Goto P.: "La Epilepsia", Edit. Morata, Madrid, 1942.
- 23.- Gowers, W.R.: "Epilepsy and other Convulsive Diseases", Churchill 1901, p. 320.
- 24.- Guarnor, E.: "Alteraciones Mentales en los enfermos epilópticos", Sobretiro Rev. Méd. del Hospital Gral. Vol. XXII, 9, 1959.
- 25.- Guirham, A.: "The Rorschach test in epileptics", Bull, Canad, Psychiat, ass. 8: 870, 1935.
- 26.- Harrower-Erickson, M.R.: "Personality changes accompanying cerebral lesions". 1.- Cerebral tumors .2.- Rorschach studies of patients with focal Epilepsy, Arch. Neurol. an Psychiat, 63:859,- 1081, 1940.
- 27.- Hill, D., and Parr, G.: "Electroencephalography" Macdonald, London, 1950, p 438.
- 28.- Jackson J.H. "Selected Writtings of John Hughlings Jackson, Vol. 1, "On Pelipepsy, and Epileptiform convulsions" H.&Stoughton London, 1931.
- 29.- Klopfer, B. "Tehica de Psicodiagnóstico de Rorschach", Ed. Paidos, B. Aires, 1952.
- 30.- Kraepelin, E. Vallejo N.A.: "Tratado de Psiquiatría", Edit. Salvat Barcelona 1954, p. 406.
- 30.- Bis.- Kretschmer, E. Castro P. y colaboradores, ob. cit.
- 31.- Landlot, H. Castro P. de, y colaboradores ob cit. p. 114.
- 32.- Lennox, W.G.: "The inheritance of cerebral dysthytmia on epilepsy" Arch. Neurol, Psychiat., 44.937, 1940.
- 33.- Lepine, Castro P. de, y colaboradores, ob cit., p. 118.
- 34.- Lisanski, E.S. Castro P. de y colaboradores: ob cit. p. 129.
- 35.- Machover K.: "Proyección de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana", Cultural, S.A. Habana 1949.
- 36.- Marchad, L. Castro P. de, y colaboradores ob.cit. p. 118.
- 37.- _____ et ajuriaguerra, J. Castro P. de y colaboradores, ob cit. p. 114
- 38.- Mauz, F: "La predisposición de los ataques convulsivos", Edit. Morata, Madrid, 1942, p. 62.
- 39.- Menniger, K., Rapaport D. and Schafer, R.: The New Róle of. psychological, testing, in psychiatry, Am. Journ. Psychiat., 103, -- 1947.

- 40.- Minkowska, F. "Recherches genealogiques et problemes touchant - aux caractères (en particulier a celui de l'épileptodie) Ann. Méd Psych. 81, 1923.
- 41.- Murray, H.A.: "Thematic Apperception Test Manual", Harvard University, Press. Cambridge, 1943.
- 42.- Oppenheim. Castro P. de, y colaboradores, ob. cit. p. 118.
- 43.- Parhon y Goldstein, Castro P. de y colaboradores.-ob.cit.p.118
- 44.- Pascual del Roncal, F.: Teoría y práctica del psicodiagnóstico de Rorschach, The University Soc. Mex., S.A. México, 1949, p.-521.
- 45.- Penfield, W and Jaspers, H.: "Epilepsy and the functional anatomy of the human brain", Little Brown and Co., Boston 1954.
- 46.- Picard, J. Castro P. de., y colaboradores: ob cit. p. 114.
- 47.- Pichon R. Ramírez, S.: "Algunos factores psicodinámicos en la Epilepsia", Semana Méd. de México, Año V. Vo. XIX, 235,-7, 1958
- 48.- Pick, E. Castro P. de, y colaboradores: ob. cit. pag. 88
- 49.- Piotrowski, Z.: The Rorschach inkblot method in organic disturbances of the central nervous system", Nerv, Ment. is. 86,--1937.
- 50.- Pompilio, P.T. Castro P. de y colaboradores, "Síndromes Epilépticos p. 129.
- 51.- Pond D.A. "psychiatric aspects of epilepsy in children", J. Ment Sc. 98, 404, 1952 .
- 52.- Price, J.C. Castro P. de, y colaboradores, ob cit. pag. 129.
- 53.- Reacke, Castro P. de, y colaboradores. ob. cit. p. 88
- 54.- Rasmussen, F., y Mc. Naughton, F.L. en Wohl, M.C. "Enfermedades de larga duración".- Tratamiento del enfermo crónico, Edit. Interamericana, México, 1959, p. 355.
- 55.- Raven J.C.: "Test de Matrices Progresivas", Editi. Paidós, B.Aires 1957.
- 56.- Redlich H. Vallejo N., A.: "Tratado de Psiquiatría" Edit. Salvat, Barcelona, 1954. p. 405.
- 57.- Richards, T.W.: "Modern Clinical Psychology", Mc.Graw, Hill Book Co. Inc.
- 58.- Robin G. Castro P. de , y colaboradores: ob cit. p. 116.
- 59.- Roger, H.: "Les Epilepsies", Flamarión, París, 1950, p. 252.
- 60.- Rorschach, H. "Psicodiagnóstico", Edit, Paidós, B.Aires, 1948 p. 249.
- 61.- Schafer, R. "The clinical application of psychological tests", Internacional Universities, 1948.

- 62.- Sherwood, S. Castro P. de, y colaboradores. ob. cit.p.116.
- 63.- Soriano, V.: "Epilpesias" , Edit.Labor, B.Aires, 1955. p. 17
- 64.- Stauder K.H. Castro P. de, y colaboradores, ob. cit. p. 125.
- 65.- Wallon, H. Castro, P. de, y colaboradores: ob.cit. p. 121

FE DE ERRATAS.

- CAPITULO 1, Pág. 4.- DICE: ...dos clases de epilepsias :
"Esenciales" y "Sistomáticas"
- DEBE DECIR: ... dos clases de epilepsias:
"Esenciales" y Sintomáticas"
- CAPITULO 1, Pág. 10.- DICE: ...(Centrencéfalo)
- DEBE DECIR: ...(Centroencéfalo)
- CAPITULO 1, Pág. 10.- DICE ...Epilepsia Central (o Cen-
tronecefálica),
- DEBE DECIR: Epilepsia Central (e Cen-
troencefálica)
- CAPITULO II, Pág. 14.- DICE... Legrad de Saule ...
- DEBE DECIR: Legrand de Saule ...
- CAPITULO II, Pág. 20.- DICE... Los epilépticos oscilarían...
- DEBE DECIR: Los epilépticos oscilarían...
- CAPITULO II, Págs. 22 y 27 DICE... disritmia.....
- DEBE DECIR..... disrritmia ...
- CAPITULO II, Pág. 30.- DICE... que existen crisis interme-
dias entre la epilepsia y -
la histeria, pueden transfor-
marse en crisis epilépticas
o viceversa...
- DEBE DECIR: que existen crisis intermo-
dias entre la epilepsia y la
histeria, que las crisis his-
téricas pueden transformarse
en crisis epilépticas o ---
viceversa.
- CAPITULO III, p. 33- DICE: ...corroborando y complementando
por interrogatorio....
- DEBE DECIR:corroborado y complementado
por interrogatorio....
- CAPITULO III, Pág. 33.- DICE: ...y características general
de su padecimiento,
- DEBE DECIR:y características generales
de su padecimiento.
- CAPITULO IV, Pág. 38.- DICE...con disritmias moderadas...
- DEBE DECIR:con disrritmias moderadas...
- " " " 43.- DICE...M en Rorschch,...
- DEBE DICIR:M en Rorschach...
- " " " 45.- DICE....7 en Piotowki....
- DEBE DECIR.....7 en Piotrowski...
- " " " 46.- DICE...señaladas por Klopfer
- DEBE DECIR.....señaladas por Klopfer
- " " " 46.- DICE: ...mayor habilidad emocional
- DEBE DECIR:mayor labilidad emocional

CUADRO No. 1, Pág. 5.-
Caso 57.-

DICE: Crisis Convulsivas(E.E.G.-
actividad normal difusa

DEBE DECIR: Crisis Convulsivas(E.E.G.-
actividad anormal difusa)

REFERENCIAS, Pág. 1.-

DICE:.. "Síndromes Epilépticos",

DEBE DECIR.: "Síndromes Epilépticos",

" " 1.-

DICE:..10.- "La Médecine a travers
le Temp.et.l "Espace"

DEBE DECIR:.. "La Médecine a travers le
Temp et l'Espace"

" " 2

DICE:.. "A hollistic approach..

DEBE DECIR:.. "A hollistic approach..

" " 2

DICE:.. 25.- Guirham, A.

DEBE DECIR... Guirdham, A.

" " 2

DICE... "Techica de Psico-
diagnóstico....

DEBE DECIR... "Técnica del Psicodiagnós-
tico de Rorschach.

" " 2

DICE:32.-... "The inheritance
of cerebral dysthytmia

DEBE DECIR:.... "The inheritance -
of cerebral dysrhtytmia

" " 2

DICE:....36.- Marchad, L.

DEBE DECIR: .. Merchand, L.

" " 2

DICE....39.- Menniger, K.

DEBE DECIR: Menninger, K