CONCLUSIONES DE LA PONENCIA DEL PROF. DR. E. MIRA Y LOPEZ ACERCA DEL TEMA: "PSICOSIS Y PERSONALIDAD EPILÉPTICA"

1) Si por psicosis entendemos "un processo mórbido que perturba el juicio da realidad de un modo intenso y duradero, enajenando a quien lo sufre y alterando su conducta hasta el punto de romper los naturales y espontaneos vínculos que lo mantienen en satisfactoria interrelación con su grupo congenial" cabe diferenciar entonces 4 tipos patógénicos de psicosis *en* los epilépticos:

   a) Las de fondo endógeno que, al coincidir con la epilepsia, adquieren cursos atípicos, inter-influenciándose ambos procesos en forma adversa por lo general.

   b) Las debidas a las alteraciones encefálicas (neurovasculares, neuroeléctricas, etc.) que son concomitantes de los focos epileptógenos y responsables por los fenómenos de disfunción somatoencefálica que a su vez producen las perturbaciones de la conciencia. Estas son las únicas que en realidad merecen el título de "psicosis epilépticas" y se caracterizan por el predominio de los estados crepusculares, distímicos o confusionales.

   c) Las ocasionadas por causas exógenas (infecciones, intoxicaciones, traumas, neoformaciones, presiones sociales, conflictos mentales, etc.) y por así decir *injertadas* sobre el curso habitual del proceso, alterándolo pero a su vez sufriendo también sus influjos *patoplásticos*. Tales psicosis son de sintomatología proteiforme y merecen el nombre de mixtas.

   d) Las reacciones y disposiciones psicóticas que secundariamente derivan del tremendo impacto que sobre la personalidad del epiléptico producen la concienciación de su trastorno, de su relativa invalidez, de su nebuloso futuro, de la tensa reacción de su ambiente social y, de otra parte también, las secuelas permanentes de sus crisis convulsivas (atrofias circunscritas, edema, etc.) y inclusive de los efectos secundarios de las medicaciones usadas. La primera serie de causas no se observa en los casos de epilepsia críptica o ignorada. En esta clase de alteraciones se incluyen también los fenómenos de limitación de intereses, rigidez afectivoemocional, liberación instintiva accesional, déficit intelectual, perseveración psicomotriz, etc.

2) Existe actualmente profundo desacuerdo entre los autores en relación con la posición del llamado "círculo epiléptico" ante los dos grandes grupos, de psicosis endógenas (ciclofrenias y esquizofrenias) y también en relación con los dos temperamentos kretschmerianos: ciclotímico y esquizotímico. Mientras la escuela francesa (MINKOWSKA, WALLON, PICHON, ZENA HELLMAN, etc.) *con la única excepción* (relativa) de DÉLAY aproxima los fenómenos de disritmia hipersincrónica y paroxística a la constitución que llama "glischroide" (acumulativoexplosiva) y al psiquismo de tipo "sensoriomotor" y los opone a la racionalidad, proyección y simbolismo esquizofrénicos, numerosos investigadores anglogermanos y algunos americanos (DAVIS Y DAVIS, FITZPATRICK Y SOLOMON, HILL, GIBBS, LENNOX, ARANA Y GALEANO, JASPER, HOODGKIN, ROBERT HEATH, etc.) señalan, por el contrario, una estrecha asociación clínica y electroencefalográfica entre epilepsia y diversas formas del círculo esquizofrénico. Las más recientes investigaciones hechas con la Técnica de la "Feinmotorik" (Steinwadrs) y del PMK (Mira) permiten concluir la existencia de un "blending" *esquizo-disrítmico* que en nuestra estadística de 14.000 trazados niokinéticos de adultos brasileños supuestamente normales se presenta con una frecuencia 6 veces mayor que los trazados ciclodisrítmicos.

3) Si por personalidad entendemos "el conjunto integral de rasgos o características físico y psicodinámicas que imprimen a cada persona su inconfundible sello de originalidad" habremos de convenir en que los trazos descritos por una mayoría de autores como *típicos* de la personalidad epiléptica y sus variantes (epileptoides, enekéticas, hiperkinéticas, sensoriomotrices, explosivas, ictafines, incontinentes, ixioides, etc.) se encuentran frecuentemente y con igual intensidad en los demás tipos de personalidad (histérico, compulsivo, paranoide, neurótico, esquizoide, etc.) y nos impiden delimitar en forma unívoca la personalidad epiléptica.

   Cualquier personalidad puede desarrollarse en un terreno en que también proliferen la disritmia y la hipersincronia. En este sentido, hablar de personalidad epiléptica tiene la misma imprecisión que hablar de personalidad asmática, por ejemplo. Según como se ecuacionen los factores geno, cito y paratípicos con los patodinamismos específicos del encéfalo se estructurará y evolucionará en cada caso, de un modo diverso, el proceso de síntesis que da lugar a la silueta de la personalidad epiléptica" sería mejor hablar de "personalidades epileptopáticas".

4) Las características parasociales que muchos autores describen como propias del carácter epiléptico pueden explicarse, en primer lugar, por la coincidencia de los factores epileptógenos y los oligofrenizantes. En segundo, por la forzosa distancia que se establece entre los centros yoicos de la persona que sufre epilepsia y los de las que la rodean y con ella conviven. Pero tales factores no son exclusivos de

los epilépticos y se encuentran igualmente actitudes y conductas parasociales (tanto del tipo serviluntuoso y adulador como del tipo obtuso, brusco o brutal) en los esquizoides, oligoides, psicópatas y delincuentes amorales, etc., sin que en ellos se registren trazos propiamente disrítmicos.

Tan lentos como los comiciales pueden ser los "tranquilos autosatisfechos" de Kretschmer (Stillvernunftigen); tan pedantes y circunspectos pueden serlo tanto los compulsivos como algunas variantes de esquizoides; tan bruscos y explosivos aparecen frecuentemente los hebefrénicos y los maníacos inclusive en sus períodos no críticos; tan infantiles e inestables o hiperestésicos pueden serlo los histéricos. De ahí que sea necesario mucha prudencia antes de diagnosticar o rotular con un determinado calificativo cualquier paciente que presente esos rasgos, inclusive si en sus antecedentes clínicos existen datos de jaquecas, parestesias, alteraciones transitorias de conciencia, etc.

5) Bajo el punto de vista práctico se impone extender más a la clínica psiquiátrica el uso de la interpretación del EEG (y en casos especiales del CEG) especialmente cuando se trate de pacientes sin anamnesis y que presenten síndromas confusionales, alucinósicos, oniroides, distímicos, de comienzo brusco. En su defecto hay que procurar la obtención del PMK que permitirá diferenciar, desde el punto de vista psicomotor, cuanto hay de "bloqueo", "interceptación" y "contraimpulso" y cuanto hay de "disritmia, avalancha e hiper o parasincronismo" en las series kinéticas padronizadas que integran la prueba y que pueden ser obtenidas en pacientes que no se prestarían a adaptarse al "armamentarium" del EEG/ Solamente un análisis cualitativo y pluridimensional de los aspectos práxicos de la actividad individual permitirá entonces al psiquiatra orientarse no solamente en la compreensión patodinámica del cuadro clínico sino en las directrices que ha de seguir el ataque terapéutico.