

EPILEPSIA E IMPUTABILIDAD

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
11 DE NOVIEMBRE 2022

Fundación H.A Barceló.

Especialización en Medicina Legal

Director de Carrera: Dr. Roberto Foyo.

Autora: Giudice María Agustina.

Tutora de TFI Dra. María Norma Claudia Derito.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
FUNDAMENTACIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
TIPO DE ESTUDIO	4
MARCO TEÓRICO.....	5
HISTORIA DE LA EPILEPSIA	5
DEFINICIONES FUNDAMENTALES EN EPILEPSIA	8
CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS	9
FISIOPATOLOGÍA DE LA EPILEPSIA.	11
EVALUACIÓN CLÍNICA.....	13
ANAMNESIS	13
EXAMEN FÍSICO	14
ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA EPILEPSIA.	14
PSICOSIS EPILÉPTICA.....	27
CUADROS CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA EPILEPSIA CON INTERÉS PSIQUIÁTRICO-LEGAL:	39
CRIMINALIDAD DE LOS EPILÉPTICOS	47
ARTÍCULO 34 DEL CÓDIGO PENAL ARGENTINO.....	49
INIMPUTABILIDAD.....	50
CAPACIDAD CIVIL	55
ASPECTOS IMPORTANTES A VALORAR EN CASOS CON PRESUNTO DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA	57
CONCLUSIONES FINALES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS	62

Introducción

El estudio de la epilepsia nos aporta una oportunidad única de aplicar nuestros conocimientos acerca de la relación existente entre el cerebro y la conducta humana.

Aunque afecta casi al 2% de la población mundial, la mayoría de estas personas hacen una vida casi normal. No obstante, en algunos pacientes las crisis recurrentes son asociadas a alteraciones del intelecto, de la personalidad o de las emociones.

Casi un 10% de la población experimentará una crisis convulsiva a lo largo de su vida, y muchas de estas personas desarrollarán epilepsia. A pesar de estas estadísticas la epilepsia continúa siendo una enfermedad carente de definición unívoca.

Una revisión de textos neurológicos revela un acuerdo significativo en cuanto a la descripción de lo que es una crisis convulsiva, pero pocos son capaces de extrapolar este acuerdo a una definición que abarque el amplio abanico de trastornos que se incluye bajo la denominación de epilepsia.

El *Dictionary of Epilepsy* de la Organización Mundial de la Salud, define a la epilepsia como “un trastorno cerebral crónico con diferentes etiologías, que se caracteriza por crisis convulsivas recurrentes debido a descargas excesivas de neuronas cerebrales...” (Gastaut, 1973).

Aunque esta definición es útil a fines estadísticos, no incluye el amplio rango de efectos que la epilepsia puede producir en un individuo.

Para plantear el problema sobre la inimputabilidad en la epilepsia se expone primero la cuestión clínica de la epileptología desde el punto de vista clásico de la Clínica Médica y la Neurología.

El hecho en cuestión más dificultoso, es que, cuando el grupo de neuronas afectadas que dispara hipersincrónica e hipervoltadamente, genera un cambio en la conducta de la persona que lo padece, que no se puede controlar, aquí surge el gran inconveniente. Lo que parece sencillo desde el punto de vista médico-biológico y psicológico, a la hora de calificar el hecho como la imputabilidad, el modelo médico se nos escapa, ya que esta persona, por el hecho de serlo, es más que el concepto psicobiológico tradicional: es una entidad existente en el mundo social con sus derechos y obligaciones, esto es, tiene capacidad. Es además un ente jurídico existente. Si cometió un delito, la imputabilidad- inimputabilidad es un tema que ya no depende de la medicina ni de la

psiquiatría forense, sino del derecho, que se podrá o no basar en el aspecto forense o médico-legal de la epilepsia.

Capacidad de la persona, imputabilidad, culpabilidad, intencionalidad, responsabilidad son temas esenciales que escapan tanto del marco médico como del marco médico-legal clásico y esto abordare en el trabajo.

Finalmente trazaré los aspectos más importantes que debe tener en cuenta el médico legal en la valoración de las personas que tras cometer algún hecho jurídico manifiestan padecer epilepsia.

Fundamentación

Desde siempre la epilepsia ha sido considerada como enfermedad relacionada de forma importante con el delito hasta tal punto que Lombroso y su escuela llegaron a identificar en alguna época la criminalidad con epilepsia e, incluso Kraft-Ebing, llegó a manifestar que los crímenes no serían más que fenómenos epilépticos mal interpretados.

De las crisis y la repetición frecuente de las mismas. Finalmente, y dado que al hablar de epilepsia se mencionan con frecuencia términos como: explosividad, impulsividad, violencia, peligrosidad, habría que preguntarse ¿es mayor la comisión de delitos en este tipo de pacientes? De acuerdo al estado actual del pensamiento y estudio con este tipo de pacientes, habría que realizar una aseveración: ni todos los delincuentes son epilépticos, ni todos los epilépticos delinquen, ni toda clase de delitos son realizados por los epilépticos. La criminalidad con violencia sobre las personas o los bienes es comparable entre epilépticos y no epilépticos y en este hecho intervienen las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, la prevalencia de la epilepsia en las prisiones sería similar a la de la población general. El epiléptico puede, en principio, cometer cualquier tipo de infracción, pero, en general, dado el carácter paroxístico, súbito y accesimal, así como el trastorno concomitante de la conciencia, todas las transgresiones llevan la marca de la impulsión y del hecho imprevisto e insólito. Por ello, un elemento fundamental a la hora de la realización de la pericia psiquiátrica será justamente la valoración del hecho, cuáles son sus características, la motivación, el método y su resolución. La consideración de estos elementos será de indudable valor antes, incluso, de estar en presencia del sujeto y estudiar su psicopatología.

Con la valoración psicológica y/o psiquiátrica que se le realiza a la persona implicada en algún tipo de acto no lícito, se puede determinar si el sujeto presenta alguna condición específica, la cual el juez tomará en cuenta para clasificarlo como inimputable o con disminución de su imputabilidad o por el contrario imputable, de no evidenciarse ninguna alteración durante dicha valoración.

Como médicos legales es sumamente importante conocer lo que implica este término, así como el de inimputabilidad e imputabilidad disminuida, ya que están estrechamente relacionados y a su vez saber aplicarlos de acuerdo a cada caso específico.

Objetivo general

- Hacer una revisión bibliográfica actualizada de los aspectos más importantes relacionados a epilepsia y la imputabilidad.
- Ofrecer una orientación para la evaluación de los aspectos más importantes a considerar relacionados a la epilepsia.

Objetivos específicos

- Destacar los aspectos históricos fundamentales.
- Definir los conceptos fundamentales de la epilepsia.
- Analizar el artículo 34 del código penal argentino.
- Revisar la jurisprudencia en Argentina.
- Proponer un listado de los aspectos a valorar en casos de epilepsia e imputabilidad.

Tipo de estudio

Se propone un trabajo de investigación documental, especialmente empleando bibliografía actualizada, para hacer una evaluación crítica y arrojar conclusiones al respecto, que sirvan para confeccionar un listado que ayude al médico legista en evaluaciones que impliquen pacientes con epilepsia.

Marco Teórico

Historia de la Epilepsia

Pocas enfermedades han ocasionado tanto misterio, respeto y temor como la epilepsia. La historia de la epilepsia puede rastrearse en el pasado en los primeros textos médicos y ofrece una idea interesante sobre las perspectivas médicas y sociales en distintas etapas de la historia. De esta forma la percepción de la enfermedad ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde la visión más espiritualista y sobrenatural a la más empirista y molecular.

La antigua **medicina ayurvédica** India (4.500-1.500 A.C.) contiene descripciones minuciosas sobre una enfermedad, *apasmara* (apa, negación o pérdida de; y *smara*, conciencia o memoria), que se parece notablemente a la epilepsia.

La etiología de la apasmara se creía que podía ser endógena (es decir producida por perturbación de los humores cerebrales), o exógena (es decir, fiebre, envenenamiento, deshidratación o agitación).

Los textos **mesopotámicos y accadianos** contienen descripciones detalladas de convulsiones tónico- clónicas generalizadas. No obstante, su asignación diagnóstica como *asantasubbu* ("mano del pecado") refleja el paradigma médico dominante de este periodo, según el cual la enfermedad era el castigo divino de dioses enfadados o descontentos.

Basta decir que la historia de la epilepsia de los siguientes 2.500 años representa básicamente el conflicto entre estos dos paradigmas opuestos. Como manifiesto entre la interrelación entre el cuerpo y la mente la epilepsia ha proporcionado un terreno fértil para un debate en medicina que continúa creciendo en complejidad.

En los **comienzos modernos** pueden encontrarse en el tratado **Hipocrático sobre la enfermedad sagrada** (aprox. 400 a.C.). En la época en que se escribió este tratado era un término inespecífico (derivado del verbo griego epilambanein, "*atacar por sorpresa*"), utilizado para cualquier enfermedad en la que un individuo sufría crisis y era atacado por los dioses o demonios descontentos o iracundos. Las convulsiones se consideraban el ejemplo más claro del descontento divino, y el individuo que las sufría se suponía impío o pecador.

Los siglos que sucedieron, fueron testigos de un progreso considerable en la descripción detallada y en la definición de las crisis y de la epilepsia. El médico alejandrino **Erisistrato** en el siglo III a.C. describió a la epilepsia como “una convulsión de todo el cuerpo junto con un deterioro de las funciones motoras”. **Galeno** proporcionó muchas reflexiones válidas sobre la fenomenológica de la epilepsia; en particular su observación de que la experimentación de una “sensación como una brisa” en las piernas de una paciente epiléptica, era un signo premonitorio de un tipo de crisis que facilitó la introducción del término aura (derivado de la palabra griega que se utilizaba para decir brisa). La afirmación de **Areteo** describe claramente muchas consecuencias neuropsiquiátricas y psicosociales de la epilepsia, y ofrece una visión del estigma asociado a la enfermedad en su época: *“Las personas epilépticas se vuelven lánguidas, torpes, poco sociables, pierden la espiritualidad y la humanidad, y no les apetece mantener relaciones sexuales durante ningún periodo de su vida; sufren insomnio o pesadillas horribles, pierden el apetito, sus digestiones son difíciles, palidecen; son lentos en los aprendizajes debido a la torpeza del entendimiento y de los sentidos”*. (Temkin, 1945, pag.44).

Los médicos de la **Grecia y Roma antiguas** desarrollaron un entendimiento fenomenológico sofisticado de la epilepsia, y es admirable su resistencia a las teorías basadas en la superstición y los embrujos. No obstante, influidos por las teorías humorales de Aristóteles y la teoría “pneumática” de la neurofisiología de Galeno, su entendimiento de la ftopatología de la epilepsia se mantuvo en un estado primitivo y sus tratamientos fueron ineficaces.

En la Edad Media la preponderancia de la **Iglesia Cristiana** limitó mucho el crecimiento de la investigación científica y finalmente quedó en el exilio informal de la medicina hipocrática al medio oeste europeo. Aunque la medicina continuó creciendo y madurando en el Oriente Medio, en Europa los principios científicos establecidos por los médicos hipocráticos se sustituyeron gradualmente por una nosología médica basada más en la superstición y el miedo que en la observación o la deducción racional. En este periodo se tenía la creencia de que las crisis eran el resultado de una posesión demoníaca y de que la persona epiléptica era víctima de una lucha titánica entre Dios y el diablo.

El **renacimiento** inauguró una etapa de autorreflexión que animó la reapertura del debate sobre la naturaleza de la epilepsia. Los dos siglos siguientes arroparon el crecimiento del “método clínico”, y resurgió el interés por los síntomas clínicos y la

taxonomía de la enfermedad. Formado en la nosología clínica de Sydenham, **Thomas Willis** ofreció una descripción de la epilepsia que se distinguía de la histeria y de las crisis convulsivas que se producían secundariamente a otras causas. En 1770, **Tissot** postuló en su principal texto *Tratamiento de la epilepsia* que “los excesos sexuales producirán epilepsia en las personas más sanas y que nunca las hayan sufrido”. La castración, la clitoridectomía y la circuncisión eran los tratamientos adecuados para esta enfermedad. La superstición acerca de la posesión demoníaca se sustituyó por un sistema que consideraba la perversidad moral del paciente como el elemento responsable de la enfermedad.

El **siglo XIX** marcó el comienzo del debate entre neurólogos y psiquiatras. Bajo la tutela de los primeros alienistas europeos como **Pinel, Tukes y Chiarugi**, la consideración de los “locos, dementes y epilépticos” mejoró ostensiblemente. Se fundaron nuevos “centros de tratamiento moral” para proporcionar cuidados más humanitarios a los que habían sido relegados a prisiones y abandonados.

Philippe Pinel, describió la “locura complicada con epilepsia” y fue su discípulo y sucesor, **Jean Esquirol** quien realizó las primeras aproximaciones neuropsiquiátricas a la epilepsia.

Esquirol, y sus contemporáneos **Calmeil yorget**, introdujeron muchos términos que aún forman parte del léxico médico, incluidos *petit mal*, *grand mal*, *status epilepticus* (*état mal*) y *ausencia*. Estos autores intentaron describir los aspectos no convulsivos del trastorno y distinguieron entre vértigo (experiencia somatosensorial subjetiva), ausencia (episodio de confusión) y petit mal (episodio motores focales). La diversidad de signos y síntomas asociados a la epilepsia llevaron a **Esquirol** a afirmar lo siguiente: “Dada la gran variedad de síntomas que presenta, ¿con qué signos deberíamos diagnosticar epilepsia?

Augustin Morel (1809- 1879) propuso el término *épilepsielarvé* (epilepsia larvada), para los casos en que las crisis convulsivas eran poco frecuentes, a veces incluso inexistentes y en los que prevalecían los síntomas psiquiátricos. **Jules Falret** (1824-1902) también se centró más en los aspectos cognoscitivos y conductuales de la epilepsia que en los puramente ictales. La descripción de **Samt** de la “personalidad epiléptica” se asemeja a lo que se entiende actualmente por trastorno interictal de la personalidad.

Cesare Lombroso (1836- 1909) amplió la idea sugiriendo que la “irritabilidad cerebral” era, por un lado, la causa común del gran genio creativo y por otro una

enfermedad mental. Jackson, a finales del siglo XIX, describía las crisis focales motoras que hoy llevan su nombre y las crisis uncinadas, y señalaba que la descarga neuronal excesiva y desordenada es el factor fisiopatológico esencial en las epilepsias.

Finalmente **Berger**, descubre en 1929 el electroencefalógrafo, instrumento que ha desempeñado una función primordial en la ampliación de los conocimientos sobre la neurofisiología de la epilepsia y que ha permitido identificar la figura objetiva correspondiente a la descarga neuronal excesiva que Jackson postulara.

Si bien en la actualidad, se trata de una enfermedad asignada al campo de la neurología, su importancia a nivel psiquiátrico radica en el conocimiento de las **alteraciones mentales** que pueden **preceder, acompañar o acontecer** en la persona que sufre una crisis epiléptica y pueden tener derivación médico-legal.

Definiciones fundamentales en Epilepsia

Es fundamental diferenciar la crisis epiléptica de la epilepsia.

***La Crisis Epiléptica:** se debe a una descarga paroxística de grupos de neuronas cerebrales. Puede no ser más que el síntoma de una agresión cerebral, cómo, por ejemplo, una infección aguda (meningitis) o de una perturbación biológica (hipoglucemia)

***La Epilepsia:** por el contrario, es una alteración crónica caracterizada por la repetición (generalmente imprevisible) de crisis. Puede ser idiopática, puede estar relacionada con una predisposición criptogenética o bien ser sintomática, en relación con una lesión cerebral sobrevenida.

La Liga Internacional contra la Epilepsia (**ILAE**) la define como:

- 1- Una enfermedad del cerebro con una de las siguientes condiciones: dos o más Crisis Epilépticas (CE) no provocadas (o reflejas) que se manifiestan al menos con veinticuatro horas de diferencia.
- 2- Una CE no provocada (o refleja) y evidencia de una lesión estructural en las neuroimágenes (por ejemplo, un ataque cerebrovascular, tumor, etc.)
- 3- Diagnóstico de un determinado **síndrome epiléptico** siendo este un conjunto de síntomas y signos, antecedentes familiares de epilepsia y patrón electroencefalográfico.

Las **CE o convulsiones** -este término se usa coloquialmente pero no discrimina tipos de epilepsia-, en un nivel básico, se originan en un desequilibrio entre los estímulos excitatorios e inhibitorios a las células (es decir aumento de la excitación o disminución de la inhibición). El resultado es una sincronización anormal de la actividad eléctrica en un grupo de neuronas activas; dependiendo del sitio de origen y las estructuras cerebrales y redes subsecuentemente afectadas, las CE podrán producir una variedad de síntomas y características clínicas y permanecer localizadas o generalizarse comprometiendo todo el cerebro. También puede entenderse como un trastorno de la red nerviosa en la cual las conexiones fisiológicas normales entre regiones/vías corticales y subcorticales, son interrumpidas o perturbadas.

Clasificación de las epilepsias

La nueva clasificación presenta tres niveles: **el tipo de crisis, el tipo de epilepsia y el síndrome de epilepsia**. Incorpora la etiología a lo largo de todas las etapas y recalca la necesidad de considerar la etiología en cada etapa del diagnóstico, ya que a menudo tiene implicaciones significativas para el tratamiento.

EL TIPO DE CRISIS EPILÉPTICA: las crisis se pueden clasificar en crisis de inicio focal, de inicio generalizado o de inicio desconocido.

Las crisis focales se definen como aquellas que se originan dentro de redes limitadas a un hemisferio. Ellas pueden estar bien localizadas o más ampliamente distribuidas. Si la consciencia no está preservada en algún momento de la crisis, la crisis se considera focal con alteración del nivel de consciencia. Las crisis focales pueden difundirse ampliamente en el cerebro hasta involucrar redes neuronales bilaterales, incluyendo estructuras corticales y subcorticales, resultando en una crisis generalizada tónico-clónica con pérdida de consciencia. Este tipo de crisis se conoce como crisis focal con progresión a tónico-clónica bilateral.

Las crisis de inicio generalizado son aquellas originadas en un punto, pero rápidamente propagada por las redes neuronales distribuidas bilateralmente. Esas redes neuronales bilaterales pueden incluir estructuras corticales y subcorticales, pero no necesariamente todo el córtex.

Tabla 1

INICIO FOCAL	INICIO GENERALIZADO	INICIO DESCONOCIDO
-Consciente -Con alteración de la conciencia	Motor Tónico-clónica Clónica Tónica Mioclónica Mioclónica-tonica-clonica Mioclónica-atónica Atónica Espasmos epilépticos No motor(ausencias) Típica Atípica Mioclonica Mioclonica palpebral	Motor Tónico-clónica Espasmos epilépticos No motor Detención del comportamiento
Inicio motor Automatismos Atónica Clónica Espasmos epilépticos Hipercinetico Mioclónica Tónica Inicio no motor Autonómica Detención del comportamiento Cognitiva Emocional Sensorial		
		No clasificadas

EL TIPO DE EPILEPSIA: el diagnóstico se establece clínicamente y se confirma con los resultados del electroencefalograma (EEG). Este puede ser el nivel final de diagnóstico alcanzable cuando el médico es incapaz de establecer un diagnóstico del síndrome de epilepsia.

El término «desconocida» se utiliza para indicar que se entiende que el paciente tiene epilepsia, pero el médico no puede determinar si el tipo de epilepsia es focal o

generalizada porque no se dispone de suficiente información. Esto puede deberse a varias razones. Es posible que no haya acceso al EEG o que los estudios del EEG hayan arrojado poca información (por ejemplo, si los resultados fueron normales). Si se desconocen los tipos de crisis, es posible que se desconozca el tipo de epilepsia por motivos similares, aunque pueden no ser siempre coincidentes.

EL SÍNDROME DE EPILEPSIA: hace referencia a un conjunto de características que incorporan tipos de crisis, EEG y características de diagnóstico por imágenes que suelen presentarse juntas. A menudo presenta características que dependen de la edad, como la edad al inicio y al momento de la remisión (según corresponda), los desencadenantes de las crisis, la variación diurna y, a veces, el pronóstico. También puede presentar comorbilidades distintivas, como disfunción intelectual y psiquiátrica, junto con resultados específicos en el EEG y en estudios de diagnóstico por imágenes. Puede tener implicaciones asociadas etiológicas, pronósticas y para el tratamiento.

Existen muchos síndromes bien reconocidos como la epilepsia de ausencia infantil, el síndrome de West y el síndrome de Dravet, aunque cabe señalar que la ILAE nunca ha establecido una clasificación formal de los síndromes. **(ANEXO FIG. I)**

IMITADORES DE LAS EPILEPSIAS

Existe una serie de afecciones que se caracterizan por episodios paroxísticos recurrentes que pueden simular o diagnosticarse incorrectamente como epilepsia. Los **antecedentes** son la clave para el diagnóstico correcto y los **registros de video** son muy útiles. **(Anexo II. Tabla 1)**

Fisiopatología de la Epilepsia

Se tiende a considerar su fisiopatología como un fenómeno de naturaleza exclusivamente eléctrica cuya actividad produce manifestaciones clínicas estrechamente ligadas con la función que cotidianamente desempeñan las redes neuronales por donde se distribuyen los estímulos anormales de trenes de potenciales propagados, generando la activación de sistemas motores y sensitivos que pueden, incluso, involucrar la participación de grupos neuronales relacionados con los mecanismos de percepción y pensamiento en sí mismos.

Sin embargo, a medida que se profundiza en su estudio y se analiza la serie de fenómenos que en su conjunto desencadenan esta entidad nosológica, difícilmente se puede sustentar la idea inicial que minimiza su fisiopatología a una serie de despolarizaciones y repolarizaciones sucesivas que producen episodios súbitos de actividad eléctrica organizada, pero al mismo tiempo carente de sincronía con relación al resto de las funciones que desempeña el sistema nervioso central (SNC); es decir, en esta entidad nosológica se generan descargas rítmicas, pero asincrónicas.

No obstante que clínicamente las crisis pueden ser generalizadas, focalizadas o secundariamente generalizadas, resulta muy difícil aceptar que la actividad eléctrica de una crisis generalizada dependa de despolarizaciones que en tiempo y en espacio se generan repentinamente en forma simultánea y coordinada, con varias áreas de distintas zonas del encéfalo y en ambos hemisferios, y que de la misma manera se recuperen, restableciendo su actividad y ritmo de descarga.

Con base en esto podemos afirmar que **todas las crisis tienen un origen focal** y que, en el caso de las crisis generalizadas, el punto de origen se distribuye casi instantáneamente al resto del encéfalo. Éstas, de hecho, parten de un grupo muy específico de neuronas cuya actividad focalizada y anormal produce las señales necesarias en cuanto a magnitud, velocidad de desplazamiento y espacio, para reclutar a otras redes neuronales en el SNC, con las que, en coordinación, generan una descarga generalizada.

En contraste con lo anterior, las alteraciones que sufre la actividad eléctrica de una neurona como unidad no pueden dar lugar a la aparición de un foco de descarga capaz de influenciar la función del resto del encéfalo; para que esto ocurra es necesario que la alteración funcional que esa neurona presenta la padezcan en forma simultánea otras neuronas que le rodean, ya que una sola célula aislada no puede desencadenar un fenómeno eléctrico de esta magnitud.

Cuando un grupo de neuronas contiguas comparten la misma alteración, al sumar sus potenciales en espacio y tiempo, pueden en un momento dado influenciar la actividad eléctrica y la función de otros complejos neuronales, que sin presentar la alteración que produjo el proceso original, contribuyen con la generación y propagación del fenómeno.

Evaluación clínica

En las crisis de inicio reciente, neuroimágenes, pruebas de laboratorio y, habitualmente, EEG y mapeo cerebral

En los trastornos comiciales conocidos, por lo general concentraciones de los anticonvulsivos

En las crisis convulsivas de inicio reciente o conocidas, otros estudios complementarios según estén clínicamente indicados

La exploración debe determinar si el evento fue una crisis convulsiva versus otra causa de obnubilación (p. ej., una seudocrisis, síncope), y luego debe identificar posibles causas o desencadenantes.

Anamnesis

Debe interrogarse a los pacientes que tienen una convulsión acerca de sensaciones inusuales, que sugieren un aura y, por lo tanto, una crisis convulsiva y sobre las manifestaciones convulsivas típicas. Los pacientes normalmente no recuerdan las crisis de inicio generalizado, por lo que una descripción de la propia convulsión se debe obtener de los testigos.

La anamnesis debe contener información sobre la primera crisis y las siguientes (p. ej., duración, frecuencia, evolución secuencial, intervalo más largo y más corto entre las crisis, aura, estado posictal, factores precipitantes). Se debe interrogar a todos los pacientes sobre los factores de riesgo para las crisis:

- Traumatismo de cráneo o infección del sistema nervioso central previos
- Trastornos neurológicos conocidos
- Consumo de sustancias químicas o su abandono, sobre todo las de uso recreativo
- Abstinencia alcohólica
- Falta de consumo de los antiepilépticos
- Antecedentes familiares de crisis convulsivas o trastornos neurológicos

Todos los pacientes deben ser interrogados sobre desencadenantes raros (p. ej., sonidos repetitivos, luces parpadeantes, videojuegos, tocar ciertas partes del cuerpo) y sobre la privación del sueño, que pueden descender el umbral convulsivo.

Examen físico

En pacientes que han perdido la consciencia, la mordedura de lengua, la incontinencia (p. ej., orina o heces en la ropa) o una confusión prolongada después de la pérdida de la consciencia sugieren una convulsión.

En las seudocrisis, la actividad muscular generalizada y la falta de respuesta a los estímulos verbales pueden sugerir a primera vista crisis tónicoclónicas generalizadas.

El examen físico pocas veces indica la causa cuando las convulsiones son idiopáticas, pero puede proporcionar pistas cuando las crisis son sintomáticas.

ANEXO III

Aspectos psiquiátricos de la epilepsia.

Existen en el acontecer del epiléptico 4 momentos fundamentales.

1. El periodo preictal
2. El período ictal
3. El período post-ictal
4. El período inter-ictal

La psicopatología puede manifestarse en **cualquiera de estos momentos** y permanecer como fenómeno único, o encadenarse a otras expresiones psicopatológicas de los períodos que le siguen. El examen neuropsiquiátrico de un epiléptico es cualitativamente distinto en cada uno de esos momentos.

En el **período preictal** podemos distinguir dos grandes grupos de síntomas: los inespecíficos y los específicos.

Los síntomas inespecíficos cuya fisiopatología aún no está aclarada, incluyen disforia, insomnio, ansiedad, tensión creciente, irritabilidad, aprensión, tristeza, sensación de malestar indefinido. Estos pródromos pueden durar horas o días. Casi todos los epilépticos lo refieren, pero son más frecuentes en las formas convulsivas.

Una vez desencadenada la crisis todos estos síntomas desaparecen. Sin embargo, no pueden considerarse vinculados a la epilepsia más que por su asociación temporal. No tienen expresión electroencefalográfica y en los videos prolongados no se distinguen del ritmo de fondo habitual del paciente.

Por el contrario, los síntomas específicos están directamente vinculados a la crisis. En ocasiones no pueden diferenciarse de ella y el pasaje de un estado a otro solo puede verificarse a través de un registro simultáneo de la conducta del individuo y el registro de su actividad electroencefalográfica.

Durante mucho tiempo se usó el término de aura para definir estos estados. “**Aura**” significa vientecillo anunciador, noción muy ligada a las concepciones demoníacas de la epilepsia. “Algo” avisaba al epiléptico que iba a tener una crisis y a veces le daba tiempo para protegerse de la convulsión.

LAS CRISIS PARCIALES (ACTUALMENTE SERIA CRISIS DE INICIO FOCAL)

Una crisis parcial puede constituir todo el evento comicial o ser la etapa previa a su generalización. En el primer caso lo consideramos como manifestación crítica. En el segundo caso es una manifestación preictal, siendo la convulsión y la pérdida de conocimiento el evento epiléptico mayor.

La crisis parcial con aura o como fenómeno preconvulsivo está traduciendo la activación de una estructura circumscripita de la corteza. Pero el nivel en que se produce la activación permite diferenciarlas en dos tipos: simples y complejas.

En las crisis parciales simples o de sintomatología elemental se trata de sensaciones crudas e indiferenciadas que no repiten experiencias previas. Estas crisis alteran brevemente el habla, el movimiento, la visión o el sentido del olfato o del gusto de la persona. Aquí la conciencia no se altera.

En las crisis parciales complejas en cambio, siempre hay alteración de la conciencia. El paciente reconoce que se trata de una experiencia impuesta sobre él. Su conciencia está dividida y él permanece como un observador objetivo de estos curiosos acontecimientos.

Hughling Jackson (1873) dijo de estos estados que están constituidos por dos componentes:

Un estado semiconsciente

Restos de estado normal

Siguiendo a Daly vamos a reconocer las siguientes 6 categorías de crisis parciales complejas:

1. OBNUBILACION DE LA CONCIENCIA
2. SINTOMATOLOGIA PSICOSENSORIAL
3. SINTOMATOLOGÍA COGNITIVA
4. SINTOMATOLOGIA AFECTIVA
5. SINTOMATOLOGIA PSICOMOTORA (AUTOMATISMOS)
6. FORMAS COMBINADAS

LA OBNUBILACION DE LA CONCIENCIA

Casi nunca hay un eclipse total del estado de vigilia. Con gran frecuencia se trata de una obnubilación más o menos prolongada que puede ocultar en forma parcial otros componentes psicosensores o mentales. Llamados por algunos crisis confusionales o crepusculares, pueden acompañar a las descargas de cualquier sector de un hemisferio, pero más particularmente a las estructuras relacionadas con el lóbulo temporal, por lo cual se las llama a veces pseudoausencias del lóbulo temporal.

Características:

- Restricción del campo de la conciencia, con disminución de gran parte de las actividades psíquicas superiores de la personalidad.
- Reducción de la actividad motora
- Puede aparecer después de una o varias crisis generalizadas o instalarse en forma brusca, sin prodromos de ninguna naturaleza.
- Puede durar de minutos a horas.
- Hay bradipsiquia intensa, concentración dificultosa, lo que incide sobre la percepción y la comprensión, que están muy entorpecidas.
- Lentitud de los mecanismos asociativos con retardo y viscosidad del pensamiento.
- Las respuestas al interrogatorio son torpes y perseverantes.
- Los movimientos son lentos, correspondiéndose con la lentificación intelectual.
- Durante los estados crepusculares pueden producirse las otras crisis parciales complejas, interfluyendo unas a otras.

SINTOMATOLOGIA PSICOSENSORIAL

A) CRISIS ALUCINATORIAS: Percepciones sin estímulo

B) ILUSIONES: Percepciones deformadas

ALUCINACIONES ELABORADAS: Presumiblemente estas alucinaciones complejas resultan de descargas comiciales en áreas de asociación secundaria, relacionadas con la estructuración del córtex según el esquema de A. Luria.

ALUCINACIONES VISUALES: Las crisis que se desarrollan en la corteza primaria visual producen sensaciones crudas de luz u oscuridad. Por ejemplo, pequeños círculos o elipses de luz blanca o coloreada (Descriptas por Penfield en 1954)

En contraste, las alucinaciones visuales complejas pueden escalonarse desde sensaciones simples de objetos, estáticas, monocromáticas pero reconocibles, hasta escenas más intrincadas y multicoloreadas.

ALUCINACIONES AUDITIVAS: Pueden tratarse de voces que llaman al paciente por su nombre. Otros escuchan una melodía que suele ser siempre la misma. Otros escuchan una melodía que suele ser siempre la misma.

ALUCINACIONES VERTIGINOSAS: Pueden tratarse de crisis con sensación de rotación o desplazamiento lineal. En otros casos refieren sensación de flotar, volar, nadar, etc.

ALUCINACIONES OLFATORIAS: Ilanadas también crisis uncinadas, aquellas en las cuales hay en el comienzo del paroxismo una sensación cruda de olor o de sabor o en las cuales hay movimientos de succión, chupeteo, morder, escupir, etc. Raramente se trata de un olor reconocible.

ALUCINACIONES GUSTATIVAS: Sabores ácidos, salados, amargos y ocasionalmente la sensación de sabor metálico. En general las formas elaboradas son raras.

ALUCINACIONES SOMATOSENSORIALES: Táctiles: sensación de apretar algo (una moneda, una fruta, etc.). Somáticas como sensaciones de cambios en el cuerpo, dolores, desgarros, etc. son raras

ALUCINACIONES MULTIMODALES: Incluyen más de una variedad sensorial. La forma más interesante es la autoscopía descrita por Lukianowich en 1950 y definida como una alucinación compleja, psicosensores en la que la imagen del propio cuerpo

es proyectada en el espacio visual exterior. El paciente describe su cuerpo vacío y el contenido saliendo afuera.

ILUSIONES ELABORADAS: Son distorsiones de las experiencias sensoriales pudiendo incluir alguna o varias de ellas.

ILUSIONES VISUALES: Puede haber macroscopias y microscopias, es decir que el objeto puede verse más grande o más pequeño de lo que es.

Otra forma es la aproximación o distorsionamiento de los objetos. Ocasionalmente puede haber distorsión formal de la imagen.

Puede haber combinaciones de alucinaciones e ilusiones. En estos casos se impone el diagnóstico diferencial con algunos delirios alcohólicos.

ILUSIONES AUDITIVAS: Sonidos más bajos o más agudos, cambiar de timbre de voz, música, etc. y pueden desaparecer bruscamente.

ILUSIONES OLFATORIAS: Por ejemplo, la repentina acentuación de un olor.

ILUSIONES GUSTATIVAS: Son muy raras.

ILUSIONES SOMATOSENSITIVAS: Sensaciones de alargamiento o acortamiento de brazos o piernas o aumento de tamaño y aún sensación de que algún miembro ha desaparecido o no le pertenece (manos, dientes, etc.). Son reconocidas como absurdas o extrañas por el paciente y no contribuyen a la estructuración de ideas delirantes, lo que las distingue de ciertos síndromes psicológicos y especialmente del Cottard.

Todos los fenómenos son de duración breve y se acompañan de patrones encefalográficos característicos (descargas de puntas u ondas lentas en la región temporal derecha o izquierda y menos frecuentemente en áreas extra temporales (frontales-occipitales o parietales).

SINTOMATOLOGIA COGNITIVA O INTELECTUAL

Afectan especialmente la memoria y la ideación.

Los mejor conocidos de los trastornos de la memoria son los fenómenos de “deja vu”. Durante los episodios el paciente siente que una experiencia ya ha ocurrido anteriormente. En otros casos los pacientes refieren que pueden anticipar lo que va a decirse o lo que va a ocurrir inmediatamente. A esta sintomatología se la llama pre-ocurrencial.

La experiencia inversa es la del fenómeno del “jamás vu” o de lo nunca visto.

Dentro del grupo de manifestaciones dismnesicas deben incluirse también las sensaciones de extrañeza, irrealidad y despersonalización, imponiendo el diagnóstico diferencial con algunas formas de esquizofrenia.

TRASTORNOS IDEATORIOS: El más frecuente es el “pensamiento forzado” consistente en una especie de parasitismo intelectual por el cual el sujeto no puede apartar de su mente una cierta idea, como si estuviera atrapado en un remolino que lo lleva siempre al mismo tema.

Dentro de este grupo clínico se describen también las sensaciones de aceleración o lentificación del tiempo en que ocurren los acontecimientos.

Se ha comparado este fenómeno con el efecto producido por algunas drogas alucinógenas (LSD o mescalina). Sin embargo, la administración de estas sustancias a pacientes con crisis parciales no produce en ellos los ataques habituales.

FENOMENOS AFECTIVOS

EL MIEDO

Cualquier emoción reconocible puede constituir la experiencia comicial, aunque algunas formas son más frecuentes que otras. Algunos autores las han llamado “elaboración afectiva”. “ilusión afectiva” etc., basándose en la ausencia de motivaciones exteriores capaces de despertarlas.

El miedo fue la primera emoción comicial reconocida y parece ser la más frecuente de todas las manifestaciones afectivas de la comicialidad. El terror es intenso y los pacientes hablan de temor, pánico, desastre inminente. Por ejemplo, temor de estar volviéndose loco, temor de morir. Un paciente afirma que en esas circunstancias no puede hablar porque el terror se lo impide. De ahí que algunos pacientes corran, sin que deba confundirse esta conducta con un automatismo, por cuanto aquí la motivación de la huida existe para el paciente. En el automatismo no existe la motivación.

En general todas estas emociones son brevísimas durando apenas unos pocos segundos. Y esto permite diferenciarlos de ciertas neurosis obsesivas y de angustia.

EL PLACER

Son frecuentes. Un ejemplo de ello, lo tenemos en las anotaciones de Dostoievski, quien escribía textualmente: “La felicidad que nosotros los epilépticos sentimos en los

momentos previos a nuestros ataques no pueden ser imaginadas por ustedes los hombres normales”

LA DEPRESION COMO FENOMENO ICTAL

Menos común que el miedo o el placer. Es en general más tolerable que el temor o la ansiedad. Puede durar minutos y en algunos casos hasta diez días. Son frecuentes las sensaciones de tristeza, inutilidad, soledad o desamparo. En ocasiones hay tendencia al suicidio. Importante el diagnostico diferencial de urgencia con otras depresiones.

EROTISMO

Las experiencias sexuales son manifestaciones comiciales infrecuentes, debiendo hacerse una neta distinción entre las sensaciones sexuales y las somato sensoriales en los órganos genitales. Se han informado algunos casos, por ejemplo, de ninfomanía.

IRA

Rara. No obstante, se han descrito casos en los que la sensación dominante es la furia, acompañada de desagrado. La comorbilidad de la epilepsia con otros trastornos mentales suele dificultar el diagnostico.

SINTOMATOLOGIA PSICOMOTORA O AUTOMATISMOS

Automatismos es un término acuñado por Jackson para describir los actos que el paciente realiza en forma automática e inconsciente, con amnesia posterior y de los cuales el protagonista no es responsable. Su duración es aproximadamente de 40 a 50 segundos. La brevedad de estos accesos hizo que durante mucho tiempo su descripción fuera imprecisa y poco confiable. Actualmente, con la utilización de video EEG y la telemetría se ha llegado a una mejor comprensión y descripción de estos fenómenos.

Penry y Dreyfus por su parte, clasificaron en 1969 los automatismos en 2 grupos:

- 1) Perseverativos: en los cuales el paciente continúa realizando actos iniciados antes del comienzo de la crisis.
- 2) De Novo: en los cuales el paciente comienza una nueva acción, coincidiendo con la iniciación de la crisis. Que pueden ser a su vez divididos en reactivos al estímulo inicial o libre con ejecución de actos normales inhibidos socialmente.

Gastaut describió en 1972 cinco variedades fundamentales de automatismos:

1- Alimentarios: incluyen movimientos masticatorios, succión, protrusión de la lengua, acción de relamerse, escupir, en general indiscriminada, pero a veces bien dirigidos hacia alguna persona en particular.

2- Afectivos: risa gelástica: o crisis comicial de risa. Es inmotivada y fuera de contexto. Debe diferenciarse de la risa histérica y la risa de los pseudobulbares. Manifestaciones sexuales: Tienen las mismas características de ausencia de estímulo o causa obvia para su producción. Pueden acompañarse de orgasmo. Manifestaciones iracundas: consiste en actividad violenta o forcejeo, en general mal organizado e incoherente.

3- Gestuales: Son muy variados, inapropiados, por ejemplo, rascarse la cabeza, frotarse la nariz, restregarse las manos, palmotear, cepillarse las ropas.

En otros casos los pacientes se desvisten o aflojan sus ropas, se desabrochan. En ocasiones estas manifestaciones son rotuladas como exhibicionismo, llegando a ocasionar serios problemas legales.

4- Ambulatorios: adoptan el carácter de una marcha o de una carrera en línea recta, apartando o derribando los obstáculos que el sujeto encuentra ante sí. Otras veces puede ser una ambulación coordinada (a pie, en bicicleta o en auto). Puede durar segundos o minutos cuando el cuadro es exclusivamente confusional. En cambio, en las formas de crisis subintrantes puede persistir horas y aún días.

5- Verbales: adoptan a veces el tono de un cuchicheo o de una recitación, a menudo incomprensible y entremezclado con exclamaciones o suspiros (epilepsia musitante). Con mayor frecuencia se expresan por frases a veces repetidas en forma estereotipada y que traducen la preocupación del sujeto en el momento en que experimenta el fenómeno subjetivo que caracteriza su crisis “¿que me sucede?”, etc.

DELIRIOS ICTALES

Raros, aunque descriptos, los delirios ictales no se diferencian de otros delirios oníricos. Su única peculiaridad según Alfonso Fernández es la de mostrar una franca preferencia por los contenidos religiosos exóticos y los estados de excitación con impulsividad y agresividad extrema. Las visiones angustiosas abundan tanto entre los delirios epilépticos como entre los no epilépticos.

Los delirios ictales deben ser claramente diferenciados de los estados interictales, es decir, de aquellos que aparecen en epilépticos fuera de sus crisis. Tanto su evolución como su tratamiento son diferentes.

LAS MANIFESTACIONES INTERICTALES

LO DISTINTIVO DE LAS PSICOSIS EPILEPTICAS

Todos los autores coinciden que, a diferencia de las esquizofrenias veras, las que presentan los epilépticos suelen tener la afectividad preservada, con menos aislamiento social y con menos delirios sistematizados. Los síntomas son paranoides atípicos, con más alucinaciones y predominio de síntomas positivos.

Casi no existen síntomas negativos. Según Trimble se observan síntomas del primer orden de Schneider, con trastornos del pensamiento, sonorización del pensamiento, audición de voces que acompañan los actos propios, robo del pensamiento y percepción delirante: todo ello involucra, el lenguaje simbólico y el pensamiento (y por ende el hemisferio izquierdo), y el comienzo temprano de las crisis en estos pacientes interrumpe el desarrollo de la función del lenguaje simbólico.

Para Trimble éste es el punto de partida de la psicosis. A continuación, menciona este autor los síntomas de 2 orden: alucinaciones sensoriales, ocurrencia delirante, desorientación, ánimo depresivo y pobreza emocional.

Las conjeturas de Trimble parecen confirmarse por el hecho de que casi invariablemente la psicosis aparece después de un período de 12 a 15 años de crisis intensas y repetidas.

El contenido de los delirios suele ser religioso o místico. Muchos pacientes atribuyen sentido especial significación a situaciones comunes. Un grupo de pacientes decía tener poderes especiales, por ejemplo, sanadores o capaces de ver a través de las paredes o leer los pensamientos. En muchos casos aparece persecución extrema.

Según Trimble los pacientes con epilepsia temporal muestran mayor incidencia de delirios de persecución y de referencia y más características de depresión.

Los pacientes con epilepsia generalizada muestran mas ansiedad, fantasías sexuales, hiperactividad, despersonalización e hipocondría. También tienen mayor tendencia a hacer psicosis confusionales y disfóricas.

LA PSICOSIS POR NORMALIZACION FORZADA DE LA EPILEPSIA

Descrita por Landolt en 1958, refleja una circunstancia ya observada por los clásicos: ciertos tipos de Epilepsia mejoran cuando se instala el cuadro psicótico.

Generalmente se trata de pacientes con crisis generalizadas primarias o con generalización secundaria.

Landolt realizó numerosos registros electroencefalográficos de pacientes esquizofrénicos y epilépticos, comprobando que en algunos casos había una “inequívoca relación entre el proceso psicótico y los cambios electroencefalográficos. El foco paroxístico que es activo antes y después del estado crepuscular desaparece durante este y a veces tan completamente que el registro se normaliza completamente”.

En otras palabras, y para decirlo crudamente, pareciera ser que los epilépticos tienen que tener un electroencefalograma patológico para estar mentalmente sanos.

Las llamadas psicosis por normalización forzada son diferentes a las del tipo esquizofrénico, su duración es menor y encuadran dentro de las características de los trastornos esquizofreniformes y psicóticos breves.

DEPRESION INTERCRITICA EN EPILEPSIA

Los trastornos del estado de ánimo son los fenómenos intercríticos más frecuentes en epilepsia. Salvo los casos de status epiléptico, los epilépticos no se internan por tener convulsiones o automatismos sino por estar deprimidos. En los pacientes ambulatorios los test de Hamilton y de Zung muestran más características depresivas que en los no epilépticos. El riesgo suicida es 5 veces mayor que en la población general y no existe una relación lineal entre la frecuencia de la crisis o su etiología.

No está comprobado que las crisis aumenten la depresión ni que la depresión aumente las crisis.

Existen rasgos atípicos en la depresión de los epilépticos. Entre los episodios atípicos mayores tienden a tener una distimia crónica con más irritabilidad, emocionalidad y pérdida del humor. Se los describe más bien como distantes que disfóricos. Además, tienen más rasgos atípicos que los deprimidos no epilépticos, con frecuente estado afectivo paranoide.

La incidencia de antecedentes familiares de depresión es menor que la observada en deprimidos no epilépticos.

Parece existir una relación entre la epilepsia temporal, especialmente del lado izquierdo y predisposición a la depresión. Se han invocado varias hipótesis para explicar la depresión en epilépticos:

- 1) lesión focal en el sistema límbico izquierdo
- 2) alteración eléctrica reiterada en el sistema límbico

- 3) existencia de un área peri focal inhibitoria, que se evidencia por hipometabolismo en el PET
- 4) Desbalance funcional por indemnidad del otro hemisferio límbico.

Lo más probable es que se trate de una interacción dinámica entre estos factores y el desequilibrio dopamino /serotoninérgico de estos pacientes.

EL RIESGO DE SUICIDIO

Los epilépticos se suicidan 5 veces más que la población general y en los casos de crisis parciales complejas el riesgo de suicidio se eleva 25 veces. Méndez afirma que la tendencia suicida no resulta del stress psicosocial, sino que el epiléptico lo intenta por su personalidad limítrofe y lo logra por su psicosis. Los factores contribuyentes son las alucinaciones paranoides, la compulsión de acabar con su vida y las voces que le ordenan suicidarse.

Otros autores han enfatizado la importancia de las causas psicosociales de la depresión en la epilepsia y el riesgo suicida, sobre todo referidos al estigma y prejuicios sociales, la discriminación laboral, problemas escolares, pérdida de empleos, aislamiento social, pérdida de lazos afectivos, tratamientos comiciales contraproducentes, pobre respuesta a un buen tratamiento y consiguiente descontrol.

Todo parece indicar que no existe un único tipo de depresión en epilepsia y que del mismo modo que en los trastornos del ánimo que se observan en la clínica general, habrá que discernir entre las formas mayores y las manifestaciones reactivas. Lo que sí es incuestionable es que el diagnóstico del tipo de depresión deviene esencial en el tratamiento de los epilépticos.

Los trastornos bipolares son mucho menos frecuentes como manifestación interictal.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

La ansiedad y los síntomas relacionados (fobias y miedos) aparecen con mayor frecuencia en epilepsia que en personas normales (66% pacientes epilépticos).

Estos síntomas relacionados con la ansiedad pueden ser manifestaciones de auras o forman parte de manifestaciones post-ictales en crisis parciales complejas. En otros casos forman parte de la psicopatología interictal. A este respecto cabe decir que el miedo a la próxima crisis es lo que constituye el trastorno por ansiedad.

El miedo o la ansiedad es un aura común y se diagnostica como tal por lo paroxístico de su aparición y la frecuente concomitancia de automatismos o fijeza de la mirada,

aunque también puede aparecer un intenso e inexplicable miedo en otros trastornos psiquiátricos.

Muchos pacientes psiquiátricos experimentan en forma paroxística alucinaciones y sensaciones de desrealización que dan lugar a dudas sobre la etiología. La video electroencefalografía prolongada suele poner en orden el diagnóstico.

PANIC ATTACKS O CRISIS DE ANSIEDAD

Representa una forma muy severa de neurosis. Sucede de forma inesperada mientras realiza alguna actividad laboral o de placer. La sintomatología es alarmante y dramática: palpitaciones, dificultades respiratorias, dolor torácico, mareos, vértigo, sensación de irrealidad. En otros casos hay parestesias, sudoración, lipotimia, temblor, miedo a volverse loco.

La duración es de 20 a 30 minutos.

Las complicaciones más severas son la depresión y el suicidio. Según el modelo de Klein intervendrían en el desencadenamiento de la crisis dos estructuras: el lóbulo límbico, donde se asienta el centro de ansiedad anticipatoria, y el cerebro medio, donde se encuentra el locus ceruleus, centro noradrenérgico que presenta una extensa proyección hasta el sistema límbico, la corteza cerebral y cerebelosa. La estimulación de este centro provoca sintomatología del S.N.A.

Los ataques de pánico idiopáticos usualmente duran más que las crisis parciales complejas. En estos casos para hacer diagnóstico diferencial deben realizarse videoEEG, electrodos de profundidad o EEG prolongados con privación de sueño.

ANSIEDAD INTERICTAL

La ansiedad persistente, crónica, no paroxística, junto con la depresión se presenta en muchos pacientes epilépticos. Algunos presentan tanto episodios de miedo ictal como de ansiedad y miedo interictales.

En general los pacientes con auras de miedo son más proclives a presentar psicopatología interictal ya sea en la forma de depresión o ansiedad crónica.

El miedo interictal esta probablemente facilitado por factores que representan distress psicológico reactivo.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La sintomatología esencial es la ansiedad generalizada y persistente que dura más de un mes, con signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva y vigilancia.

Se presenta con estremecimiento, espasmos, movimientos bruscos, temblor, dolores musculares, fatigabilidad, incapacidad para relajarse, tics palpebrales, disnea suspirosa.

Hay hiperactividad vegetativa con sudoración, palpitaciones o taquicardia, sudor frío, boca seca, mareos, sensación de vacío cefálico, parestesias, micción frecuente, diarreas, epigastralgia. Además, hay expectación aprensiva, preocupación anticipada, vigilancia, escrutinio, impaciencia, irritabilidad, falta de concentración, insomnio y disomnina.

TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Los episodios de violencia y agresión son raros como manifestación ictal, pero sí pueden ocurrir en períodos post-ictales e interictales o representar un trastorno crónico asociado de comorbilidad, pero no temporalmente ligado a las crisis.

Estudios monitorizados han mostrado muy raros casos de violencia dirigidos hacia otra persona durante las crisis.

Puede haber agresividad verbal o destrucción de objetos. En el estado post-ictal estos eventos son naturalmente debidos al estado confusional. En cambio, la incidencia de violencia y agresión interictal puede llegar al 30% según Loombs.

El perfil característico del paciente violento es un hombre joven, de bajo nivel socioeconómico e intelectual, con temprano comienzo de las crisis y foco temporal izquierdo. Otros autores no han encontrado tanta evidencia. Lo que sí parece demostrado es que se halla afectado el sistema límbico en el área de la amígdala y el hipocampo.

Síndrome explosivo intermitente con descontrol episódico: descrito por Mark en 1970, en el cual hay un patrón de conducta caracterizado por actos de violencia periódicos de minutos hasta horas de duración, precedidos por síntomas afectivos o vegetativos, cambios en el sensorio y amnesia lacunar. Hay una historia personal de violencia y agresividad contra esposa, hijos o propiedades, conducta sexual impulsiva, infracciones de tránsito y accidentes automovilísticos. El EEG es siempre anormal, con lesiones en el lóbulo temporal, frontal, sistema límbico, amígdala e hipocampo.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Estas alteraciones pueden ser psicógenas o ictales.

El rasgo esencial de estos trastornos es la alteración repentina y temporal de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad o la conducta motora.

Cuando está alterada la conciencia se tendrá la amnesia. Si la alteración recae en la identidad habrá pérdida u olvido de la propia identidad, con fenómenos de irrealidad, de realización y despersonalización y autoextrañamiento. Si la alteración afecta la conducta motora tendremos las fugas psicógenas en las cuales el individuo asume una nueva identidad, con amnesia de lo ocurrido. Siempre tienen como desencadenantes factores psicosociales, stress, desastres naturales, conflictos militares.

En los casos de fugas epilépticas no se asume una nueva identidad, no hay factores sociales ni adaptativos, no existe un fin premeditado. Aparecen en el curso de crisis parciales complejas o en el período post-ictal.

Psicosis epiléptica

Los autores clásicos como Kleist Jaspers Scheneider consideraban los tres grandes grupos de psicosis endógenas en:

- Las afectivas
- Las esquizofrenias
- . Las epilepsias

Jaspers, dentro de los complejos sintomáticos orgánicos de las alteraciones de la conciencia, describe tres formas:

El delirium

Tipo de amnesia

El tipo de estado crepuscular.

A veces es dificultoso distinguir de cual complejo sintomático estamos hablando cuando decimos “psicosis epiléptica”, es por eso que hemos decidido hablar de esta patología dentro de las psicosis agudas sintomáticas o sea de origen orgánico. La importancia de reconocer su existencia y poder realizar un diagnóstico rápido en la urgencia, es lo suficientemente importante porque determina la conducta terapéutica y el pronóstico del paciente.

En el caso de las manifestaciones agudas se les han dado algunos nombres como psicosis orgánicas, exógenas, sintomáticas. Todos estos sinónimos hablan de un síndrome confusional de origen orgánico dentro de los cuales uno de ellos es la epilepsia

aguda, pero también puede tener otros orígenes intracerebrales, extracerebrales intracorporales o extracorporales (cualquier noxa que afecte directa o indirectamente al cerebro).

Los psicosisindromes epilépticos reversibles (agudos) están conformados por cuadros que se manifiestan con diferentes síntomas que se corresponden con crisis parciales:

- 1) Síndromes de transición.
- 2) Crisis parciales simples: con enturbiamiento o no de la conciencia.
- 3) Crisis parciales complejas: con enturbiamiento de la conciencia.

La conciencia

Es importante aclarar cómo trabaja la conciencia que llamamos lucida y cuáles son sus alteraciones en los estados crepusculares epilépticos.

Según Jaspers “la claridad de la conciencia exige que tenga claramente ante mí, lo que sé, lo que pienso, lo que quiero, lo que hago, lo que siento, mi vivencia vinculada a mí y que se mantenga en conexión con el recuerdo”.

Un individuo con la conciencia lucida es alguien que percibe con claridad todos los estímulos provenientes del mundo externo y de su mundo interno, hasta dónde sus sentidos y el contexto en el que se encuentra le permite alcanzar. Estos estímulos se hacen conscientes y le permiten a la persona ubicarse temporo-espacialmente, tomar conocimiento de la situación que está viviendo y programar conductas en consecuencia, adaptadas a la situación.

La vivencia de conocimiento del entorno y de sí mismo, tiene el límite que le otorgan sus sentidos, a eso se llama “campo” de la conciencia. Dentro de ese campo, los estímulos son muchos y muy variados, pero el individuo elige conscientemente o no (porque puede un estímulo fuerte atraer la atención espontánea), adonde concentra su atención, el espacio al que dirige su vigilancia entrará por sus sentidos con mucha mayor claridad y definición que lo que queda alrededor, ese lugar se llama “foco” de la conciencia, lo que está en los “márgenes” del foco se percibirá con menor nitidez, y esta irá disminuyendo en la medida que me acerco a los límites del campo.

Alteraciones de la conciencia:

Son muy variadas desde dos aspectos diferentes a tener en cuenta:

1. Alteraciones de la claridad de la conciencia y estrechamiento del campo, serían alteraciones cuantitativas que van de la perplejidad al coma.

2. El origen de las alteraciones, que puede ser provocadas por una cantidad de trastornos orgánicos, endógenos, exógenos y hasta reacciones psicógenas.

Las oscilaciones de la conciencia en los grados leves pueden comprobarse como oscilaciones periódicas de la atención. En grados más elevados pueden llegar a la ausencia completa de la conciencia. Las oscilaciones de la atención son normales al fin del día, pero se ha observado que son mayores en los epilépticos.

En los ataques epilépticos hay una conciencia alterada en el comienzo de la llamada aura, es una transición de la conciencia a la inconciencia. Dice Jaspers que en ella desaparece el mundo exterior y predominan las experiencias internas, se estrecha la conciencia y puede parecer más clara en el momento del estrechamiento, habría un miedo inicial que puede ir a la sensación de claridad mental y de allí a sentimientos insoportables que terminan el ataque.

Presentaciones de los diferentes complejos sintomáticos según su ubicación
Durante algunas crisis focales, la persona se mantiene consciente, pero experimenta sensaciones motrices, sensoriales o psíquicas (por ejemplo, deja vu o recuerdos intensos) u otro tipo de sensaciones que pueden expresarse de diferentes formas. La persona puede experimentar sentimientos súbitos e inexplicables de alegría, ira, tristeza o náuseas. También puede escuchar, oler, saborear, ver o sentir cosas que no son reales y puede tener movimiento en una sola parte del cuerpo, por ejemplo, en una sola mano.

En otras crisis focales. La persona tiene una alteración en su nivel de conciencia (estado onírico). Pueden mostrar comportamientos iterativos y extraños como parpadeos, tics, chupeteos, movimientos de la boca (como masticar o tragar) o hasta caminar en círculos. Estos movimientos repetitivos se conocen como automatismos. Las personas pueden seguir realizando las actividades que habían iniciado antes de la crisis, como lavar los platos, en una forma repetitiva pero improductiva. Estas crisis duran, por lo general, solo uno o dos minutos.

Algunas personas que tienen crisis focales pueden tener auras, es decir, sensaciones inusuales que advierten de la ocurrencia inminente de una crisis. Estas auras son por lo general crisis focales sin pérdida de conocimiento. Algunas personas experimentan una verdadera advertencia antes de una crisis real. Los síntomas de cada persona y la progresión de los mismos tienden a repetirse siempre en forma similar (fidelidad fotográfica). Otras personas dicen que experimentan un pródromo, una sensación de que la crisis es inminente. El pródromo puede durar horas o días.

Los síntomas de las crisis focales se pueden confundir fácilmente con otros trastornos. El comportamiento extraño y las sensaciones causadas por las crisis focales pueden confundirse por síntomas de narcolepsia, desmayos o hasta enfermedad mental. Tal vez se requieran muchas pruebas y un monitoreo detallado para hacer la distinción entre la epilepsia y otras enfermedades cuando es un primer episodio detectable

Síndromes de transición

Estados distimicos

Se presentan bruscamente, en forma aguda, como “ataques” de ira, de rabia, reacciones primitivas de los instintos. También se lo puede llamar síndrome de descontrol episódico. Episodios repentinos de violencia espontánea, breves, con final súbito. A veces relacionados con el consumo de pequeñas cantidades de alcohol, ¿cuadro comicial?, ¿Borrachera paroxística?, está en entredicho.

La pregunta sería, si acontecen en el cerebro del epiléptico, cambios metabólicos que predisponen a alteraciones comportamentales. Los ataques de ira pueden aparecer ante un mínimo estímulo, los pacientes los describen como una especie de sentimiento de rabia con la sensación corporal que sube desde el estómago hacia “arriba”, hasta que aparece el descontrol de la conducta que se manifiesta como una crisis de violencia auto y heterodestructiva. Dicho por los pacientes, cuando ese sentimiento se transforma en impulso agresivo, pierden la noción de su conducta, y de hecho concluido el episodio que puede durar minutos, tiene la sensación de despertar y ahí toman conciencia de lo que han hecho, pero no recuerdan sus actos, solo pueden ver los resultados, de los que luego se arrepienten y es frecuente que se depriman.

Pueden cursar con fuerte inhibición psicomotora, abolición de impulso vital, de arranque, de motivación. Puede confundirse con un cuadro depresivo reactivo, ya que es frecuente que se presente posterior a un episodio de violencia que ha tenido consecuencias severas (lastimar a un miembro de la familia, a un extraño que se cruzó en el camino y fue agredido por el paciente, terminando con importantes lesiones y hasta la muerte). Estos cuadros se deben considerar dentro de las alteraciones de la conducta de los epilépticos, si bien no presentan enturbiamiento de la consciencia, fuera del episodio impulsivo agresivo. Con tratamiento adecuado remiten en poco tiempo.

Crisis parciales

Estados crepusculares

Los estados crepusculares en la epilepsia pueden ser ictales (crisis parcial), o post-ictales (inmediatamente después de la crisis). Puede iniciarse con alteración de la conciencia, pero lo que resulta más frecuente, está precedido por una sintomatología focal, la mayoría de las veces del lóbulo temporal (epilepsia psicomotora).

Los síntomas más comunes que preceden la crisis son automatismos, se dan como movimientos cefálicos y oculares de búsqueda, rechinar los dientes, salivación copiosa, movimientos masticatorios y deglutorios, silbidos.

Iniciada la crisis la alteración de la claridad de la conciencia y el estrechamiento del campo, comienzan a distorsionarse las percepciones, a perder nitidez, cambiar los colores, el mundo afectivo también se altera con sentimientos primitivos de miedo y angustia, a veces de éxtasis. En este estado el paciente puede deambular sin una finalidad determinada (puede darse la llamada **fuga epiléptica**, cuando reacciona el individuo no entiende como se encuentra en ese lugar, como llegó, tratándose a veces de lugares muy alejados de su domicilio), puede tocar y hasta sacarse sus vestimentas, revolver objetos, musitar frases ininteligibles y/o incoherentes, exhibir conductas inadecuadas al entorno.

Puede pasar que la persona presente conductas adaptadas al entorno y nadie perciba la alteración de la conciencia, **esos son los casos más complicados de definir por la medicina legal**, si en la crisis acontece un hecho delictual. La finalización de la crisis puede darse en forma brusca, o en forma lenta durante varios minutos en los que el paciente está confuso y con dificultad para pensar, en esos casos, en este período de confusión o post-ictal, la persona puede presentar, miedo, agitación, ansiedad y agresividad, especialmente si se trata de contenerlo. Hay amnesia o dismnesia posterior a la crisis.

Crisis parciales simples

Con síntomas motores

Con síntomas sensoriales y somatosensoriales

Con síntomas autonómicos o vegetativos

Con síntomas psíquicos

Síntomas afectivos

Los ECG de los pacientes que sufren este tipo de crisis registran descargas focales repetitivas que no siempre pueden registrar por la distancia del foco a los receptores del cuero cabelludo. En la actualidad los estudios funcionales del cerebro (SPECT, PET, Resonancia funcional), pueden detectar estos focos, siendo de gran ayuda, ante la sospecha clínica que se trata de crisis parciales simples.

En las psicosis epilépticas agudas encontramos, además: alteraciones del curso del pensamiento hasta la incoherencia. Labilidad distímica, con estados de ánimo o humor de fondo fluctuantes entre depresivo ansioso y eufórico desinhibido o hipomaniaco.

Crisis parciales complejas

La característica principal es la alteración de la conciencia, que puede estar perturbada desde el comienzo de la crisis, o venir evolucionando hacia un grado mayor de desconcierto, porque partió de una forma simple y evolucionó a una compleja, a la que se agregan síntomas psicóticos.

En su inicio pueden aparecer síntomas motores, como mirada fija, o movimientos que sin afinalísticos, de tareas que ya habían comenzado y las repiten sin terminarlas, o bien aparecen movimientos diferentes (automatismos de novo). El paciente puede estar inquieto, agitar los miembros, masticar, tragar, jugar con la ropa, utilizar torpemente los objetos, caminar, correr, hablar entre dientes, hacer muecas, repetir palabras o frases, ejecutar movimientos con ambas manos o pies (como ir en bicicleta). A veces los automatismos pueden ser posturas extrañas o movimientos frenéticos principalmente en las crisis parciales complejas que se originan en los lóbulos temporales. El EEG ictal muestra descargas epileptiformes uni o bilaterales o cierto enlentecimiento bilateral.

A veces los episodios ambulatorios prolongados son las crisis epilépticas a las que llamamos fuga epiléptica, el paciente camina sin rumbo fijo y sin finalidad de llegar a ningún lugar en particular. Cuando despierta no tiene idea de cómo llegó a ese sitio.

Con síntomas psiquiátricos

- . Hay un grado de obnubilación de la conciencia.
- . Las alucinaciones, a diferencia de las formas simples, son elaboradas.
- . Son egodistónicas.
- . Tienen una duración mayor que las simples, Pueden durar horas hasta días.
- . Puede aparecer ideación delirioide de tipo persecutorio, místico o erótico.

- . La afectación de la claridad de la conciencia es mayor, así como la amnesia del episodio.
- . Pueden pasar a crisis secundariamente generalizadas.

Pueden cursar con los siguientes síntomas

Simple trastorno de conciencia

- . Ha sido denominado ausencias del lóbulo temporal
- . Estado confusional que dura minutos a horas con amnesia del episodio.
- . Con síntomas cognitivos.
- . Con síntomas dismnesicos: alucinaciones ecmnésicas, deja vu, jamais vu.
- . Con trastornos ideatorios: ideas que se imponen (obsesivoides a veces interpretadas como premonitorias) o visión epiléptica panorámica.
- . Con síntomas afectivos: crisis de ira, de terror, terrores nocturnos, pánico, tristeza, angustia.
- . Ideas de pesimismo, culpa, suicidio, displacer.
- . Crisis gelásticas: risas y sonrisas inmotivadas. Sentimientos de éxtasis o placer intenso.
- . El furor epiléptico: actos auto o heteroagresivos brutales (se observan más frecuentemente en los estados confusionales posictales)

Con sintomatología psicosensoial

Crisis epiléptica ilusional

Ilusiones o alucinaciones de carácter egodistónico. Dura segundos.

Somatosensorial

- . Una parte del cuerpo se vive como anormal, desplazamiento de los miembros, deformidad, más corto o más grande.
- . Visual: los objetos aparecen deformados, macropsias, micropsias, dismetroscopias, Dismorfopsias.
- . Auditivas: microacusia, macroacusia, microteleacusia
- . Gustativas hipergeusia (se asocia a procesos tumorales)
- . Olfativas: hiperosmias o crisis uncinadas, exaltación del olfato y del gusto.
- . Tienen carácter paroxístico

Crisis epiléptica alucinatoria

- . Estas percepciones son más elaboradas y poseen frescura sensorial.
- . Son egodistónicas
- . Somatosensoriales: sensación de miembro supernumerario, de tener personas en el abdomen, etc.
- . Visuales: escenas cinematográficas, autoscopia, micropsias, macropsias. Ver pasar sombras, sentir presencias, zoopsias.
- . Auditivas: palabras, conversaciones, murmullos, melodías.
- . Gustativas: sensaciones de alimentos, ácido, amargo, salado, metálico.
- . Olfativas: olor a podrido, excrementos, a quemado, o agradables.
- . Neurovegetativas: hambre sed apetito sexual.

Convulsiones parciales complejas del lóbulo frontal

Las convulsiones del lóbulo frontal son una forma común de epilepsia.

Dado que el lóbulo frontal es grande y tiene funciones importantes, las convulsiones del lóbulo frontal quizás produzcan síntomas inusuales que pueden parecer relacionados con problemas psiquiátricos o un trastorno del sueño.

Cuando el tratamiento farmacológico no es eficaz puede optarse por la cirugía o un dispositivo de estimulación eléctrica.

Las convulsiones del lóbulo frontal duran menos de 30 segundos. En algunos casos la recuperación es inmediata.

Síntomas

- . Movimiento de la cabeza y de los ojos hacia un lado
- . Falta de respuesta total o parcial o dificultad para hablar.
- . Gritos explosivos, incluidas blasfemias o risas
- . Postura corporal anormal
- . Movimientos repetitivos como balancearse, pedalear en bicicleta o empujar la pelvis.

Causas

Tumores acv infección, lesión traumática trastorno hereditario (epilepsia del lóbulo frontal autosómica dominante nocturna). Causa desconocida.

Complicaciones

Estado epiléptico la actividad convulsiva dura mucho más de lo habitual. Más de 5 minutos es una emergencia médica.

Lesiones por los movimientos durante la convulsión

Muerte súbita sin causa aparente.

Depresión y ansiedad

Crisis del lóbulo temporal

Comienzan en los lóbulos temporales del cerebro, los cuales procesan las emociones y son importantes para la memoria a corto plazo.

Pueden provenir de un defecto anatómico o una cicatriz en el lóbulo temporal, aunque a menudo es difícil ubicar el foco epileptógeno. Se tratan con medicación. En los que no responde la cirugía es una alternativa

Síntomas

Una sensación poco común (aura) puede preceder a una convulsión del lóbulo temporal, lo que actúa como una advertencia.

El aura es la primera parte de una convulsión focal antes de que se vea afectado el conocimiento. Ejemplos;

Una sensación repentina de temor o de alegría no provocados

Una experiencia de deja vu

Uno olor o sabor repentino o extraño

Una sensación ascendente desde el abdomen similar a la que se siente en una montaña rusa.

Este tipo de convulsiones del lóbulo temporal suele durar de 30 segundos a 2 minutos.

Signos y síntomas

Automatismos

Perdida de la conciencia del entorno

Ausencias

Chasquido de labios

Tragar y masticar repetidas veces.

Movimientos poco comunes con los dedos, como movimientos de recolección.

Masticatoria

Mímica

Verbales: frases repetidas, musitaciones

Ambulatorios: fugas epilépticas, dromomanía

De orientación: parece desorientado

Gestuales: abrocharse o desabrocharse la ropa, rascarse el cuerpo, frotarse las manos, sacarse los zapatos, etc.

Después de un aura o automatismo la crisis del lóbulo temporal, puede tener los siguientes síntomas:

Simple trastorno de conciencia: ha sido denominado “ausencias del lóbulo temporal”.

Estado confusional que dura minutos a horas con amnesia del episodio.

- Con síntomas cognitivos. Ideación de contenido delirioide.
- Con síntomas dismnesicos: alucinaciones ecmnesicas, deja vu, jamais vu.
- Con trastornos ideatorios: ideas que se imponen o visión epiléptica panorámica.
- Con síntomas afectivos: crisis de ira, de terror, terrores nocturnos, pánico, tristeza, angustia.
- Ideas de pesimismo, culpa, suicidio, displacer.
- Crisis gelásticas: risas y sonrisas inmotivadas. Sentimientos de éxtasis o placer intenso.
- El furor epiléptico: actos autoagresivos o heteroagresivos brutales. Se observan en los estados confusionales posictales.
- Con sintomatología psicosensoial.
- Ilusiones o alucinaciones de carácter egodistónico. Duran segundos.

Crisis epiléptica ilusional

Somato sensorial una parte del cuerpo se viven como anormales, desplazamiento de los miembros, deformidad, más corto o más grande.

Visual: los objetos aparecen deformados

Auditivas: micro macroacusia microteleacusia

Gustativas hipergeusia

Olfativas hiperosmias o crisis uncinadas, exaltación del olfato y del gusto. Tienen carácter paroxístico.

Crisis epiléptica alucinatoria

Estas percepciones son más elaboradas y poseen frescura sensorial. Son egodistonias

Somatosensoriales: sensación de miembro supernumerario, de tener personas en el abdomen, etc.

Visuales: escenas cinematográficas, autoscopia, micropsias, macropsias.

Auditivas: palabras, conversaciones, melodías.

Gustativas: sensaciones de alimentos, ácido, amargo, salado, metálico.

Olfativas: olor a podrido, excrementos, a quemado o agradables.

Neurovegetativas: hambre, sed, apetito sexual.

Periodo post-ictal:

Un período de confusión y de dificultad para hablar.

Incapacidad para recordar lo que ocurrió durante la convulsión.

Desconocimiento de haber tenido una convulsión.

Somnolencia extrema

En casos extremos, lo que comienza como una convulsión del lóbulo temporal evoluciona a una convulsión tónico clónica generalizada.

Una psicosis post-ictal

Con frecuencia, la causa de las convulsiones del lóbulo temporal se desconoce. Sin embargo, pueden ser resultado de varios factores, entre ellos:

Lesión cerebral traumática, infecciones como encefalitis o meningitis, gliosis en hipocampo, malformación de los vasos sanguíneos del cerebro, acv, tumores.

Complicaciones

Las convulsiones del lóbulo temporal pueden causar que la parte del cerebro que es responsable de aprender y de recordar (hipocampo) involucione. La pérdida de neuronas en esta zona puede causar problemas de memoria

Crisis del lóbulo parietal

Poco frecuentes

Crisis del lóbulo occipital

Es más frecuente en los niños

Estados posictales

La agresividad en la epilepsia

La agresividad en la epilepsia es en realidad poco frecuente. Es raro que un episodio agresivo se relacione con la crisis convulsiva o con su tratamiento. Los episodios dignos de mencionar son los relacionados con alteraciones prodrómicas (auras), ictales, posictales e interictales.

Fenwick, neuropsiquiatra y neurofisiólogo, describió con detalle las características clínicas de la agresividad periictal (durante la crisis), y su diferencia con la agresión interictal:

- Agresión ictal, es casi imposible que sea direccionada, dado que el paciente no es consciente de sus actos. No son dirigidos por la voluntad. Es muy poco frecuente, pero puede darse en las crisis parciales complejas, secundariamente generalizadas.
- La agresión prodrómica puede producirse, minutos, horas o días antes de la crisis, etapa en la que puede haber cambios bruscos del estado de ánimo, irritabilidad
- La agresión posictal es la más frecuente porque el paciente aún, no está lúcido, es parte del síndrome confusional, automatismo o psicosis postictal.
- La agresión interictal ha sido poco estudiada. Las crisis interictales se calculan entre 4,5% y 50% de pacientes epilépticos y puede deberse a muchas causas, como estresantes psicosociales, medicación o instalación silenciosa de un deterioro cognitivo subyacente.
- Entre los pacientes epilépticos la agresión parece estar más vinculada al inicio temprano de la crisis, a la clase social, al sexo masculino, al bajo coeficiente intelectual y a un foco en el hemisferio dominante.

Psicosis posictales

El término posictal nos remite a una psicosis que está indisolublemente ligada a la crisis, ya sea esta parcial o secundariamente generalizada, que la antecede. Responden al uso de convulsivantes, que previenen nuevas crisis focales o generalizadas en la evolución de la psicosis posictal. Algunos autores proponen un intervalo de días entre la crisis y la psicosis post ictal. Otros autores encuentran un intervalo de 2 a 3 hs hasta 72 hs. En general son de corta duración y dejan un recuerdo parcial, como flashes de lo vivenciado.

Es importante no confundir los cuadros confusionales que se suceden a una crisis (estado confusional post ictal), que va pasando con el correr de las horas y el paciente vuelve a la normalidad, con esta otra entidad que se desencadena después de la crisis, pero tiene síntomas psicóticos y puede convertir al paciente, por sus conductas en un riesgo para sí y para terceros.

Para la mayoría de los autores estas psicosis son poco frecuentes y a veces se desencadenan por la suspensión o reducción de dosis del anticonvulsivante.

El cuadro se inicia en forma brusca, con alteración de la claridad de la conciencia. Puede ir desde un simple estado crepuscular, hasta síntomas psicóticos floridos y cambiantes.

Se distingue la labilidad afectiva, que va desde la euforia y la exaltación, pasando por la irritabilidad, o entrando en cuadros de depresión importantes.

Puede haber un humor exaltado, expansivo, verborreico, con ideas de grandiosidad, que imitan una fase maníaca, pero bruscamente cambian el humor y se sumen en la depresión. Son peligrosas las ideas suicidas en estos pacientes, dado, que, por la impulsividad, y la intensa angustia, no puede frenar el acto. Estos pacientes no elaboran el delirio, su conciencia está obnubilada y se manejan por impulsos.

Pueden aparecer ideas deliroides, frecuentemente relacionadas con la vida o la personalidad del paciente. El afecto profundo y cambiante puede dar vigor a estas ideas deliroides y ser especialmente de riesgo si son de tinte paranoide, también son frecuentes los contenidos religiosos y/o místicos, o eróticos. Si bien no logran estructurar un delirio coherente, estas ideas deliroides cargadas de afecto pueden disparar un cuadro impulsivo auto o heteroagresivo. Pasado el episodio estas ideas remiten inmediatamente, y muchas veces no son recordadas por quien las padeció.

Son frecuentes las alucinaciones visuales.

Estos pacientes tienen conciencia de enfermedad.

Neuroimagenes funcionales, su utilidad en epilepsia

Resonancia magnética espectroscópica

Tomografía por emisión de fotón único SPECT

Tomografía por emisión de positrones PET

Cuadros Clínicos Relacionados con la Epilepsia con Interés Psiquiátrico-Legal:

Trastorno de Personalidad.

Para Minkowska, los epilépticos presentan un biotipo semejante al atlético, prevaleciendo entre sus rasgos temperamentales la viscosidad afectiva y desde el punto de vista del pensamiento la bradipsiquia. El termino viscosidad, en el epiléptico proviene del término acuñado por esta autora como traducción de la palabra "glischroide". La afectividad viscosa se caracteriza por una finura escasa, movimientos lentos y una

llamativa adherencia amorosa hacia objetos familiares, la tierra natal, las tradiciones y las personas con quienes se convive. Se trata de una afectividad empalagosa para los demás. Intellectualmente, lo más llamativo sería el ritmo lento. La viscosidad afectiva y la bradipsiquia se irían acentuando progresivamente hasta alcanzar su punto crítico, momento en el que tendría lugar la descarga explosiva y con ello la inauguración de un nuevo ciclo en el punto cero; se caracteriza por el binomio viscosidad-explosividad. Otros consideran el rasgo fundamental la perseveración, es decir la excesiva persistencia de las ideas y los sentimientos. Para Bleuler, además, el pensar lento y prolijo: hablar despacio, repetir muchas veces las mismas expresiones u otras sinónimas matizadas por detalles obvios y accesorios; girar constantemente en torno a unas pocas ideas, referente sobre todo a la propia persona, a su familia, a sus ropas, y a toda clase de detalles insignificantes. En un pequeño número de epilépticos, existen trastornos caracteriales del tipo de impulsividad, irritabilidad, cólera y desconfianza además de las alteraciones previamente reseñadas. No sería sino hasta los trabajos de JONES (1953) cuando se señala que los rasgos de la llamada personalidad epiléptica no tienen un fundamento en la constitución sino en la lesión cerebral responsable de los propios ataques epilépticos. Hay que señalar que la clásica "personalidad epiléptica" hasta aquí recogida se obtiene a partir de los datos estudiados en pacientes que se encontraban largamente institucionalizados y que poco o nada tienen que ver con los que actualmente pueden presentarse y no puede totalmente aplicarse a la situación actual de los epilépticos en los que el tratamiento anticonvulsivo hace que, por un lado, las crisis sean cada vez menores y, por otro, que hagan una vida plenamente adaptada a la sociedad. En la actualidad, los trastornos de personalidad en el epiléptico, cuando no están en relación directa con la lesión cerebral, hay que considerarlos como la consecuencia de toda una vida de crisis sobrevenidas de forma precoz que conlleva dificultades de adaptación y trastornos del comportamiento en la infancia y, posteriormente, en la adolescencia, es decir, al factor orgánico hay que añadirle el psicógeno. Cuanto antes debuten las crisis, más riesgo de presentar posteriormente trastornos de personalidad. De esta forma en el epiléptico adulto los trastornos de personalidad no son raros y sin embargo pueden no interferir en la realización de una vida afectiva, profesional y de relación satisfactorias. Los rasgos de personalidad inmadura y pasivo-dependiente serían los más frecuentemente observados, con inhibición de conductas sociales y búsqueda de protección y refugio en la enfermedad. Además, podría establecerse una estructura anómala de la personalidad en el

epiléptico, independiente del proceso morboso, condicionada a veces por factores psicorreactivos, distinguiendo tres modalidades: el desarrollo anómalo de la personalidad, debido a influencias ambientales y a la vivencia de los efectos de la enfermedad, la reacción a la vivencia de padecer epilepsia y la reacción vivencial de trasfondo que se montaría sobre la alteración orgánica de la personalidad. Algún tipo de epilepsia, como la del lóbulo temporal, se relaciona frecuentemente con determinados rasgos, como los ya mencionados: adherencia al pensamiento, viscosidad además de labilidad e intensidad de emociones, exageración del interés por asuntos religiosos, filosóficos o cósmicos, hipergrafía e hiposexualidad. En concreto, por su interés médico legal hacemos mención a esta última característica ya que, en los períodos intercríticos, las quejas acerca de una disminución de la libido, así como impotencia son frecuentes. A menudo, la falta de actividad sexual no va a ser más que el reflejo de una disminución de las relaciones sociales del sujeto, aunque sin subestimar el efecto de los medicamentos a lo largo del tiempo. Sin embargo, durante o después de un automatismo epiléptico es posible la existencia de conductas de quitarse la ropa ocasionando problemas de exhibicionismo y las consecuencias legales que el mismo pueda comportar.

La minuciosa descripción tipológica de Minkowska fue la causa de la más lamentable mistificación de la personalidad en los epilépticos y el origen de mal entendidos que todavía persisten. A los estigmas sociales que sufría el epiléptico se agregó el de una personalidad que lo acompañaría en su calvario como la sombra al cuerpo.

Son muy pocos los epilépticos que reúnen las características enumeradas por Minkowska. Las investigaciones más serias fueron realizadas por Bear y Fedio que elaboraron un inventario en el cual consignaban los rasgos de personalidad interictal más frecuentes en la epilepsia del lóbulo temporal: Los 18 ítems investigados por Bear y Fedio son los siguientes:

viscosidad, circunstancialidad, falta del sentido del humor, emocionalidad aumentada, hipergrafía, obsesividad, hipermoralidad, tristeza, depresión, ira, agresión, paranoia, júbilo, culpa, dependencia, hiperreligiosidad, intereses filosóficos, sentimientos de destino personal, alteraciones de la sexualidad.

Como lo han sostenido y defendido la mayoría de los autores no existe una personalidad epiléptica específica y los trastornos de personalidad tienen en estos pacientes la misma frecuencia y distribución que en la población general. Los hallazgos que se encuentran

al administrar las láminas del Test de Rohrschach no son diferentes a las de otros lesionados cerebrales y la organicidad evidenciada por el test de Bender necesita siempre ser correlacionada con el EEG y las Neuroimágenes.

Trastornos de la Afectividad.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente de los epilépticos. Los estudios revelan una prevalencia comprendida entre el 19% y el 31%, pudiendo aparecer ligadas a las crisis o en el período intercrítico.

DEPRESIONES LIGADAS A LAS CRISIS: Sentimientos depresivos pueden relacionarse con las crisis bien como aura antes de una crisis tónico-clónica bien en el curso o a la finalización de una crisis parcial compleja. Incluso sentimientos depresivos intensos con impulsos suicidas pueden surgir en estado postcrítico y desaparecer con él. En el caso que se trate de sintomatología prodrómica, puede durar varios días antes de un ataque, existiendo una mezcla de disforia e irritabilidad que pueden tener un cierto parecido al síndrome premenstrual.

DEPRESIONES INTERCRÍTICAS: Se manifiestan en forma de distimias bruscas, intensas, sin comprensibilidad y limitadas en el tiempo. No hay que olvidar que las dificultades que conlleva para la vida habitual de la persona el padecimiento de la epilepsia (relación con personas, conformación de relaciones afectivas estables, búsqueda de trabajo, permiso de conducir, etc.) puede ocasionar la existencia de depresiones reactivas y, por tanto, con características diferentes a las anteriores.

SUICIDIO: La tasa de suicidios en los epilépticos es superior a la de la población sin este padecimiento. Los diferentes estudios encuentran un riesgo de suicidio de alrededor de 5 veces superior y de 25 en el caso que se trate de una epilepsia temporal. A ello contribuyen diferentes factores: la importancia de los problemas sociales con los que se enfrenta el epiléptico, el alcohol y la facilidad con la que dispone de medicamentos, así como otras del tipo: impulsividad, explosividad, dificultad en el control de los impulsos, intensidad de las distimias depresivas, etc.

Otros trastornos psicóticos. Así denominadas clásicamente, aunque actualmente incluidas en las Clasificaciones Internacionales dentro de los Trastornos Mentales

Orgánicos, se caracterizan, como toda psicosis, por la pérdida de contacto con la realidad pudiendo distinguir dos núcleos fundamentales:

A) CON ALTERACIÓN DE CONCIENCIA: 1. Delirios oníricos cuyos cuadros clínicos se desdoblán en dos componentes: la obnubilación de conciencia (estado de conciencia ofuscada, sin vivencias claras y sin capacidad para poder configurarlas y reflexionar) y el onirismo (exaltación psíquica en forma de imágenes, representaciones y, sobre todo, ilusiones y alucinaciones visuales, sobre un fondo de inquietud o agitación psicomotora). En estos casos poseen la característica de la preferencia hacia lo religioso o hacia la excitación con gran impulsividad y agresividad.

2. Los estados crepusculares en los que el rasgo definidor viene dado por el oscurecimiento heterogéneo de la luz de la conciencia. Para algunos autores [2] no se puede hablar de un estado crepuscular sino de varios, en función de la desorganización que haya producido a nivel de la conciencia, no siendo fácil distinguir los diferentes grados de intensidad, llegando a distinguir cinco formas diferentes en relación con la conducta que vaya a presentar el sujeto. Así, en un primer grado nos encontraremos con estados crepusculares en los que la conducta será, aparentemente, normal como consecuencia de una conciencia cuasi-normal. Hay vivencias claras, ordenación psíquica idónea y continuidad en las experiencias.

La anormalidad apreciable desde el exterior se reduce a un campo vivencial demasiado estrecho en donde prevalece de forma intensa y exclusiva un determinado contenido psíquico. En los estados crepusculares de segundo grado, a lo ya reseñado habría que añadir un déficit en las relaciones con el mundo exterior de tal forma que el comportamiento pasa a ser algo automático e impulsivo con abundantes elementos ilógicos, torpes y desordenados. En los de tercer grado comienza a detectarse un déficit en la capacidad de orientación espacial y temporal pudiendo llegar a afectar la orientación alopsíquica- así como desestructuración del orden y continuidad de las vivencias.

Los de cuarto grado pueden presentarse con apagamiento o exaltación psicomotora; en el primer caso daría cuadros semejantes a la obnubilación de conciencia mientras que en el segundo serían semejantes a los delirium. Finalmente, existirían formas especiales que se manifestarían como sonambulismo y crisis de pavor nocturno, traducción de una epilepsia temporal profunda o rинencefálica.

B) SIN ALTERACIONES APARENTES DE CONCIENCIA: Pueden ser de dos tipos: 1. Psicosis afectivas: los más frecuentes son cuadros depresivos, irritables o hipocondríacos. A veces de corte obsesivo y perseverante (incapacidad de desviar la atención de una idea).

2. Psicosis esquizofreniformes: aparece un síndrome delirante-alucinatorio en períodos intercríticos. Los contenidos delirantes más frecuentes son de tipo persecutorio, celos, reivindicación y místicos, pudiendo, en ocasiones, tomar forma hebefrénica o catatónica. El comienzo de los síntomas debuta, en numerosas ocasiones, tras acontecimientos que se pueden vivenciar como traumáticos: duelo, ruptura de una relación, etc. Las alucinaciones son, normalmente, más de carácter auditivo que visual. Aparecen fundamentalmente en la epilepsia temporal y son de curso recortado, aunque en ocasiones se hacen subagudas o crónicas.

Finalmente, debe explorarse la existencia de síntomas que revelan la existencia de crisis motoras o psíquicas y que resulta orientativas para el diagnóstico [4]: 1. Fenómenos de zoom 2. Despersonalización y desrealización. 3. Fenómenos de deja vu, jamais vu, más intensos que en los sujetos sin patología epiléptica. Constituyen las paramnesias 4. Cambios en la imagen corporal. 5. Alucinaciones olfativas, auditivas y visuales. 6. Pensamiento forzado 7. Cambios de carácter y afectos de características paroxísticas. Demencias: Para STAUDER, la demencia epiléptica se originaría por la frecuente repetición de los ataques epilépticos. Un individuo que hubiese sufrido más de cien ataques, tendría el 90 por 100 de probabilidades de hacer un proceso demencial [citado en 2]. En resumen, siguiendo a M. BLEULER [3] podría hablarse de un psicósíndrome local, cuyo grado leve corresponde a la alteración epiléptica del carácter (desestructuración epiléptica de la personalidad) y el grado grave que sería el cuadro demencial. Las características del psicósíndrome orgánico en los epilépticos se apreciarían, especialmente, en el lenguaje, la perseveración y la dificultad de evocación. El lenguaje epiléptico vendría determinado por su monotonía, lentitud y pobreza de vocabulario. La perseveración, para muchos el rasgo más característico de la actividad intelectual del epiléptico, se manifestaría por la dificultad de la adaptación sensorial y motora. El déficit de evocación de palabras se refiere, en principio, a las palabras de significación simbólica y abstracta. El grado extremo, como ha quedado dicho, vendría determinado por la demencia epiléptica que puede manifestarse en epilépticos de larga duración y en su aparición intervendrá no solo la propia enfermedad epiléptica sino el número de crisis que haya padecido, los traumatismos craneoencefálicos como

consecuencia de las caídas, la medicación recibida y el abandono social. El cuadro demencial se caracteriza por déficit en la capacidad de comprensión y evocación, así como en la gran dificultad de utilizar el lenguaje.

Diagnóstico diferencial. Por su interés diagnóstico y médico-legal hacemos referencia a:

- **RELACIÓN EPILEPSIA-MANIFESTACIONES HISTÉRICAS:** El término histeroepilepsia fue propuesto originariamente por LANDOUZI en 1848 [citado en 2] para designar estados mixtos. Desde entonces, ha sido considerado como una realidad clínica ya que la desestructuración epiléptica de la personalidad, sobre todo frecuente entre los epilépticos temporales, lleva implícita la histerización de los mecanismos psicorreactivos. Solo en los casos en los que exista alternancia entre crisis histérica y epiléptica, como parte de la histerización epileptógena de la personalidad, puede aplicarse el término histeroepilepsia. A pesar de lo anterior, no es un término que se use con frecuencia aun sabiendo que no es extraño que en pacientes diagnosticados con absoluta certeza de epilepsia puedan aparecer crisis histéricas que son utilizadas como medio de resolución de un conflicto [2]. No es extraño que las crisis pseudo-epilépticas acontezcan tras períodos en los cuales se ha controlado bien su enfermedad; se producen varias veces al día, generalmente en la casa y con gente conocida, raramente en la calle siempre en presencia de espectadores (ver cuadro):

DATOS CLÍNICOS QUE SUGIEREN CRISIS NO EPILÉPTICAS

- Crisis inducidas por estrés o por una situación específica.
- Caídas lentas con escasas lesiones en el paciente.
- Inicio gradual de las crisis.
- Normalmente hay personas presentes.
- Duración prolongada de las crisis (>5 min).
- Agitación, forcejeo, gritos, movimientos anárquicos.
- Sacudidas arrítmicas, intermitentes.
- No relajación de esfínteres.
- No mordedura de la lengua y si existe, es periférica.
- Actividad motora bilateral, con preservación del conocimiento (no pérdida de conciencia o, en su defecto, parcial).
- Los datos clínicos fluctúan de unas crisis a otras.
- Ausencia de período poscrítico.

- Gritos o vociferación de obscenidades postictales

No obstante, en un paciente sin antecedentes conocidos se puede dudar en el diagnóstico. El diagnóstico diferencial entre las crisis epilépticas y las histéricas debe fundarse en la clínica, aunque otras pruebas complementarias puedan ayudar el estudio. A favor de un origen epiléptico podemos mencionar los síntomas clásicos como son la caída sorpresiva y traumática, la mordedura de lengua y la incontinencia urinaria; en cuanto a la existencia de un factor desencadenante psicógeno no es un argumento definitivo hacia lo neurótico ya que el estrés emocional puede favorecer la aparición de una crisis en un epiléptico.

Por el contrario, la teatralidad, la conservación del oído, el carácter finalista de los movimientos, la duración muy prolongada, las explosiones afectivas en la recuperación y la ausencia de lesiones hablan en favor de accidentes histéricos. Como prueba complementaria más tradicional y completa habría que considerar el electroencefalograma, aunque no puede considerarse como definitiva. Existen sujetos epilépticos que presentan un trazado normal y en cambio algunos sujetos histéricos muestran paroxismos bioeléctricos.

- **ESTADO CREPUSCULAR:** Cualquiera que sea el momento de la presentación del estado crepuscular epiléptico, habrá que realizar el diagnóstico diferencial con la forma histérica del mismo trastorno: a) En el epiléptico existen antecedentes en la biografía del paciente o entre los familiares directos; el comienzo y finalización del episodio suele ser súbito, la crisis sobreviene independientemente del mundo circundante, por lo que puede ocurrir en cualquier lugar y hora, hallándose solo o acompañado; además es de una duración breve: de algunos segundos a unos pocos minutos. En este tiempo el cuadro clínico global se mantiene de forma uniforme; en caso de hablar de horas o días sería conveniente reconsiderar el diagnóstico de estado crepuscular y plantearse la posibilidad de reacción exógena aguda de Bonhoeffer. Los estímulos sensoriales se perciben atenuados lo que ocasiona una imprecisión en los mismos. La orientación auto y alopsíquica se encuentran perturbados, así como la memoria de fijación y evocación, conllevando todo ello la ausencia de actos o deambulaciones con finalidad, así como amnesia de la crisis sin pretender resultar selectiva en cuanto a los recuerdos. El pensamiento es perseverante y adhesivo y la verbalización del mismo es difícil de realizar dado que la distorsión de las percepciones entorpece la comprensión de los

hechos. Todo ello conlleva una distorsión del juicio crítico concreto y abstracto, lo que determina como consecuencia inmediata una defectuosa capacidad de raciocinio y reflexión. La afectividad está alterada cuantitativa y cualitativamente presentando ansiedad, angustia y disforia, sin que exista una liberación de conflictos durante la crisis aunque sí liberación de pulsiones que pueden dar lugar a actos de auto o heteroagresión así como exhibicionismo. b) En el histérico no existen antecedentes epilépticos y sí, en cambio, de personalidad histérica o de histeria de conversión; el comienzo y finalización del episodio suele ser progresivo. La crisis siempre tiene motivos exógenos, evidentes o encubiertos; es esencialmente teatral y requiere público; la duración es más prolongada: entre media y una o dos horas, con altos y bajos en la intensidad del cuadro, de acuerdo al público presente [5].

Los estímulos sensoriales no se perciben atenuados ni distorsionados; no es extraño que coexistan con el estado crepuscular ilusiones o alucinaciones psicogenéticas, catatímicas, vinculadas con el fin perseguido. La orientación auto y alopsíquica están perturbadas solo en apariencia por lo que posibilita actos y deambulaciones con una finalidad. La memoria de fijación y evocación solo se encuentra parcialmente alterada de tal forma que existe una facilidad del recuerdo para los contenidos de carácter favorable al sujeto.

No hay adhesividad al pensamiento y este se encuentra influido por las vivencias generalmente displacenteras de la persona. El juicio crítico no se encuentra per se comprometido si no es por la deformación catatímica del mismo; es decir, se encuentra de alguna forma supeditado a la experiencia vivencial de la persona. Afectivamente se encuentran alteraciones en el sentido de reacciones vivenciales afectivas primitivas del tipo de pánico, cólera, odio o éxtasis, existiendo liberación de conflictos durante los mismos.

Criminalidad de los epilépticos

La capacidad e imputabilidad del paciente epiléptico.

- Éste es uno de los temas más controvertidos en la relación entre el derecho y la epilepsia; por desgracia, la ley no refleja el actual conocimiento médico de la patología. Incapacidad.

- La capacidad de tener y ejecutar derechos y obligaciones es la capacidad de obrar. No existe una capacidad, sino múltiples capacidades, como por ejemplo hacer testamento, dar el consentimiento a un tratamiento médico, la gestión de los propios bienes por terceros, etc. Cada capacidad implica una combinación diferente de aptitudes funcionales y obligaciones que la distingue de las demás. Por tanto, existe una capacidad general frente a una específica. Así pues, la restricción para ejecutar derechos se dará por incapacidad legal, y los declarados incapaces lo serán por sentencia judicial y en función de una extensión y límites que fijará el tribunal.
- La función del médico será, pues, asesorar al juez, con el pertinente informe pericial, sobre el estado físico y psíquico del paciente y su capacidad o incapacidad de obrar, y determinar en qué aspectos concretos se da dicha incapacidad. Hechas estas consideraciones parece evidente que la epilepsia, por sí misma, no es causa de incapacidad, salvo en el caso de que se asocie a demencia o retraso mental, o bien que la recurrencia de las crisis imposibilite la plena capacidad legal de la persona. Un epiléptico será incapaz por la patología subyacente (demencia, deficiencia mental) sólo en casos excepcionales; fundamentalmente por la recurrencia de las crisis, será la propia epilepsia la causante de la incapacidad.
- Responsabilidad: procede de re spondeo, que significa responder u obligar, y en ello se fundamenta la imputabilidad, definida por la propiedad del ser humano en virtud de la cual debe dar cuenta de sus actos, 'respondiendo' ante una autoridad superior. Para que existan una responsabilidad y una imputabilidad debe haber un acto humano que, por acción u omisión, cause un daño; lo esencial es saber si se trata de un acto lícito, ilícito o antijurídico.
- Culpabilidad: evaluada desde la óptica penal, configura el nexo psicológico entre el delincuente y el delito. Presupuestos que fundamentan la reprochabilidad. Puede ser a título de culpa o dolo.
- Existe culpa cuando se produce un resultado típicamente antijurídico por falta de previsión del deber de conocer, es decir, que se le puede reprochar haber desatendido un deber de precaución que le incumbía personalmente para evitar daños a los terceros.

(Goldstein). Contrariamente al derecho civil, donde culpa subyace como algo involuntario de un suceso o acción atribuible a una persona.

- Delito: acción u omisión voluntaria castigada por la ley. Acción típica, antijurídica, culpable y punible.

Al decir que es una acción se hace referencia a su carácter voluntario,

Al decir que es típica, se puntualiza que su figura está descripta en el Código Penal,

Al decir que es antijurídica se expone que atenta contra las normas legales,

Al decir que es culpable, se atribuye a su comitente la capacidad de actuar con culpa,

Al decir punible, se señala que el autor puede ser condenado.

- La culpabilidad es el presupuesto del delito y el presupuesto de la culpabilidad es la imputabilidad. En este orden, imputabilidad es sinónimo de salud mental.

Por ello para ser culpable, primero hay que ser imputable.

Podría decirse que, si alguien es alienado, su eventual delito no lo comete ese alguien, sino que el mismo sería el producto de su enfermedad. Es decir, el presumible autor no es culpable y por esta causa no es imputable.

No debe olvidarse que imputar significa atribuir y dentro de este concepto, imputable es sólo la persona a la que se le puede atribuir un delito.

Artículo 34 del Código Penal Argentino.

En el Código Penal Argentino (Ossorio y Florit), bajo el título de imputabilidad consta el art. 34 de la ley 11.179 que dice:

"No son punibles: 1º) El que no haya comprendido en el momento del hecho, ya sea, por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En el caso de enajenación el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absuelve a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieron peligroso".

Inimputabilidad

Definición: no hay nexo psicológico entre persona y acto. En las causales de justificación (incisos 2 a 7 de art 34 del código penal) el nexo se mantiene.

La responsabilidad queda excluida en las causales de justificación.

Lo formal antijurídico es igual en lo contemplado por el inciso 1 y las causales de justificación dentro del art 34 del Código Penal. Por ejemplo: matar es lo mismo por accidente, homicidio o deber. Varía lo culpable. Puede haber o no delincuente y puede haber o no delito.

La inimputabilidad no exime el delito. Este sigue existiendo. Pero no hay delincuente.

En las causales de justificación se exime el delito. No hay delito, pero si hay delincuente.

El **delito** tiene dos elementos:

- a) elemento objetivo-lo antijurídico (lo estático).
- b) elemento subjetivo- la culpabilidad (lo dinámico).

Así en la imputabilidad hay delito. Pero no hay culpabilidad ni hay delincuente. Por ello no se absuelve, se sobresee.

Mientras que en las causales de justificación no hay delito ni culpabilidad. Pero hay autor. Por ello se absuelve.

Código Penal art 34

No son punibles:

Análisis inciso 1 (primer párrafo).

- a) Apartado cronológico (determina la policía). El que no haya podido al momento del hecho;
- b) Apartado psiquiátrico (asesora el perito psiquiatra) ...ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia;
- c) Apartado jurídico (resuelve el juez) ...error o ignorancia de hecho no imputable,
- d) Apartado psicológico (asesora el perito psiquiatra) ...comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

Tesis alienista (sostenida por Nerio Rojas): el dictamen médico legal se basa en el apartado psiquiátrico. Usa categorías nosológicas en vez de especies patológicas. Dentro de estas categorías debe el perito ubicar a los diagnósticos psiquiátricos. Se trata de una tesis restrictiva que sólo incorpora psicótico, deficitarios, etc.

Alienación (del latín alienare- perder el juicio) (según Nerio Rojas): es una alteración global y persistente de las funciones mentales. El sujeto lo ignora o lo percibe defectuosamente. Actúa condicionado sin provecho para sí ni para terceros.

Según Osvaldo Loudet (conforme a la escuela francesa): es toda alteración del psiquismo que coloca al sujeto en la imposibilidad de adaptarse a la vida social, por haber perdido el contacto inteligente y vital con la realidad; el sujeto es, en definitiva, un extraño (alienado) a su medio y a sí mismo, sin tener, las más de las veces, conciencia del cambio.

Tesis nosológica (sostenida por Vicente Cabello): el dictamen médico legal se basa en el apartado psicológico. No tiene en cuenta clasificaciones ni diagnósticos psiquiátricos. Equipara “alteraciones morbosas” con “enfermedad mental”, es por ello una tesis amplia que incluye a gran parte de la patología psiquiátrica. Considera que puede estar indemne lo intelectual y pone énfasis en cuanto a “dirigir sus acciones”.

Un exhibicionista, por ejemplo, es lúcido y comprende, pero exhibe porque no puede resistir el impulso terrible de hacerlo. Sus impulsos lo dominan- pese a su criterio de realidad y a su juicio crítico.

Comprender es entender (intelectualmente- aspecto cognitivo) y es valorar (afectivamente- aspecto axiológico). Así incluye psicopatías.

Tesis de imputabilidad generalizada: Actualmente algunos psiquiatras del Cuerpo Médico Forense tienden a dictaminar asesorando al juez con un criterio que apunta a esta tesis.

Si la persona puede aceptar libremente la norma, su alcance e implicancias, esto la hace sujeto de derecho. No la capacidad de “comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”

Hasta el más psicótico puede comprender los pequeños actos delictivos que realiza (por ejemplo: los hurtos en el hospicio).

Comprender es valorar lo ético. Responde a la libertad interior, siendo la misma un objeto ideal, sujeto de estudio de la filosofía, la sociología y el derecho.

La medicina legal y la psiquiatría forense trabajan con objetos reales.

Se estudia la persona enferma.

Hay que demostrar la enfermedad porque se presupone que la gente es sana.

El juez opina según su leal saber y entender.

Los psiquiatras forenses opinan según su ciencia y arte. Como expertos deben ilustrar al juez. Describir estructura de la personalidad, dinanismos mentales, mecanismos de defensa, y definir qué posibilidades de delinquir tiene.

El Art 34 del Código Penal (inciso 1) crea un fuero discriminatorio. No protege al insano, protege a la sociedad. Aunque la mayoría de sus delitos son excarcelables.

No se puede sacar al enfermo mental si estatuto de ciudadano.

En Suecia se pena de acuerdo al delito cometido. Solo varía la forma de ejecución.

Kindor, un psiquiatra sueco, desde antes de 1950 incidió para cambiar las leyes de su país.

- la ley resume la postura social frente a alguien.
- no se puede discriminar al enfermo mental
- le caben las generales de la ley
- si no, se atenta contra los derechos humanos.
- ley vigente desde 1965
- Juzga a todo el mundo igual y retribuye con la misma pena
- Sólo se modifica la parte ejecutiva de la sentencia.
- Con psiquiatra o grupo terapéutico, en su casa, cárcel o instituto, cumple la pena y se va, curado o no.

En el derecho anglosajón priman las reglas de M Naghteen. Crimen de 1844 en Londres, la cámara de los Lores hizo preguntar con sentido común y así se condenó a un psicótico homicida de una niña, aunque después fue indultado por el Rey. Se comprobó que podía programar, postergar o ejecutar, según si actuaba en un suburbio solitario (como ocurrió) o en el centro de Londres y, al mediodía, con policía próxima.

Si uno puede admitir el derecho dentro de sí, es imputable. No si comprende o no la norma.

Imputabilidad del paciente epiléptico

Como corolario de esta legislación, en el espíritu de la ley se requiere la existencia de un trastorno estable –una enfermedad crónica– o un trastorno no estable –una perturbación temporal íctica– por el que el sujeto no sea capaz de comprender la licitud o ilicitud de sus actos o actuar conforme a su comprensión. Aunque debe usarse la nueva denominación, se puede seguir utilizando la clásica denominación de trastorno mental transitorio, en el que se requerían por una parte la aparición brusca del cuadro y, por otra, la pérdida de la capacidad volitiva o intelectual del acto, o de ambas, para ser eximente o atenuante, y que se encuadraba claramente en el tema de los episodios comiciales críticos y poscríticos, en los que hay una conducta violenta e ilícita y, por ello, punible.

En el estado actual de nuestros conocimientos únicamente se dan estos supuestos en los períodos críticos o poscríticos, tal como se ha definido previamente, o bien fuera de todo contexto crítico, en los estados psicóticos intercríticos ya referidos con anterioridad. En el momento actual debe considerarse que la presencia de episodios de violencia que deriven en hechos penales en los enfermos epilépticos, son

excepcionales y se circunscriben a los períodos críticos y poscríticos y, en menor medida, en el curso de las psicosis intercríticas (que no son fenómenos epilépticos y como tal habrá que considerar). La imputabilidad del paciente debe hacerse siempre con pleno conocimiento de la comorbilidad psiquiátrica que presenta y en función de todos los datos de la historia clínica, sin circunscribirse al hecho puntual del que se deriva el acto ilícito y, por ende, punible. Esta visión, que en el momento actual es la que debemos admitir a la luz de los conocimientos médicos, dista mucho de ser conocida no ya sólo por los juristas, sino incluso por otros profesionales médicos que consideran todavía la epilepsia, per se y fuera de todas estas consideraciones, como causa de alteraciones conductuales, potencialmente delictivas y, por ello, punibles; también suelen considerarse como probados médicamente hechos no documentados de forma fehaciente (por ejemplo, asumir la existencia de una personalidad epiléptica).

Todavía más grave es sacar conclusiones sobre esta discutible alteración de la personalidad en función de unos datos paraclínicos, como son las perturbaciones que puedan existir en un EEG. No hay epilepsia sin crisis epilépticas y el diagnóstico es esencialmente clínico, aunque debe integrarse en un conjunto protocolizado de exploraciones complementarias de las cuales el EEG y el mapeo cerebral es un eslabón importante, pero sólo un eslabón en el diagnóstico de la epilepsia. La epilepsia constituye la recurrencia de crisis, pero es más que la propia crisis; el médico debe tener presente que se trata de un enfermo epiléptico y no de una persona con crisis epilépticas y que, ahora más que nunca, es preciso un nuevo abordaje multidisciplinario del paciente por la particular idiosincrasia de la enfermedad. A modo de resumen, debe considerarse que un enfermo epiléptico tiene siempre capacidad legal; la incapacidad vendrá derivada de su patología subyacente, ya sea su demencia o su deficiencia psíquica. El epiléptico será inimputable durante el episodio crítico y post crítico en el que existan perturbaciones de la conciencia; es poco probable que se plantee la ausencia de imputabilidad durante una crisis parcial simple en la que no hay alteraciones de conciencia. Entre una crisis y otra, en contra de lo que normalmente se admite, la situación mental del enfermo epiléptico puede ser totalmente normal y las perturbaciones referidas (esencialmente, psicosis interictales y violencia) constituyen más la excepción que la norma en la patobiografía de un enfermo epiléptico.

Capacidad civil

Desde siempre la epilepsia ha sido considerada como enfermedad relacionada de forma importante con el delito hasta tal punto que Lombroso y su escuela llegaron a identificar en alguna época la criminalidad con epilepsia e, incluso Kraft-Ebing, llegó a manifestar que los crímenes no serían más que fenómenos epilépticos mal interpretados. Se ha hablado de uno u otro modo de la peligrosidad y violencia de los epilépticos de tal forma que, por un lado era una de las características que se atribuía a estos enfermos y, por otro, dio lugar a determinados diagnósticos como el de "psicópatas epileptoides que serían aquellos individuos libres de ataques que muestran las características psicopatológicas propias de la constitución epiléptica: en especial la explosividad, la intolerancia al alcohol, la tendencia a la irritabilidad y las crisis impulsivas en forma de robo, fugas, incendios, excesos alcohólicos, tentativas de suicidio y actos criminales. Sin embargo, los comportamientos agresivos intercríticos, a menudo caracterizados como reacciones explosivas, y que en otro tiempo fueron considerados como típicos de la personalidad epiléptica, en la actualidad se aceptan como una manifestación específica de la epilepsia del lóbulo temporal de tal forma que los diferentes estudios acerca de la cirugía del lóbulo temporal revelan que la agresividad es precisamente el síntoma psiquiátrico que mejor responde a la cirugía en estos casos. No obstante, la mayor parte de los actos agresivos tienen las características de la agresividad orgánica: seguirían a una provocación, aunque esta pudiera parecer mínima, se acuerda de sus actos, los reconoce y le produce sentimientos de arrepentimiento y culpabilidad lo que le diferencia del psicópata. No hay que olvidar la posibilidad de que los actos agresivos sobrevengan en el curso de ideas delirantes de persecución. A pesar de las características orgánicas, existen ciertos factores que inciden en la violencia, especialmente la existencia de lesiones cerebrales, el comienzo precoz de las crisis y la repetición frecuente de las mismas.

Finalmente, y dado que al hablar de epilepsia se mencionan con frecuencia términos como, explosividad, impulsividad, violencia, peligrosidad, habría que preguntarse ¿es mayor la delincuencia en este tipo de pacientes? De acuerdo al estado actual del pensamiento y estudio con este tipo de pacientes, habría que realizar una aseveración: ni todos los delincuentes son epilépticos, ni todos los epilépticos delinquen, ni toda clase de delitos son realizados por los epilépticos. La criminalidad con violencia sobre las personas o los bienes es comparable entre epilépticos y no epilépticos y en este hecho

intervienen las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, la prevalencia de la epilepsia en las prisiones sería similar a la de la población general. El epiléptico puede, en principio, cometer cualquier tipo de infracción, pero, en general, dado el carácter paroxístico, súbito y accesimal, así como el trastorno concomitante de la conciencia, todas las transgresiones llevan la marca de la impulsión y del hecho imprevisto e insólito. Por ello, un elemento fundamental a la hora de la realización de la pericia psiquiátrica será justamente la valoración del hecho, cuáles son sus características, la motivación, el método y su resolución. La consideración de estos elementos será de indudable valor antes, incluso, de estar en presencia del sujeto y estudiar su psicopatología. Como recogen Codon y López Saiz, los actos brutales, instantáneos, sin motivación, llevados a cabo por el sujeto sin noción de su ejecución y, por consiguiente, seguidos de una conducta especial (imposible de simular), son los típicos de los epilépticos. Es característico, a la vez que la violencia, la inconsciencia del acto, la falta de disimulo, el sueño irresistible en ocasiones, que impele al epiléptico a no ocultarse ni huir, haciéndole en ocasiones caer dormido en el lugar de los hechos con olvido completo de lo acaecido o con un recuerdo vago o confuso. En general, los autores ponen de relieve una serie de características de los actos cometidos por los epilépticos durante las crisis paroxísticas que sistematizan Gisbert Calabuig y Sánchez Blanqué:

- 1.- Ausencia de motivo para la acción delictiva.
2. Ausencia de premeditación.
3. Con frecuencia existe una disociación con la forma habitual de ser del sujeto.
4. Extraordinaria violencia y furor brutal de la reacción: su intensidad y violencia son desproporcionadas al objeto que se pretende lograr.
5. Es posible marcar diferencias con la perversidad y procedimientos clásicos de otros delincuentes.
6. En ocasiones, sueño irresistible tras la comisión del acto delictivo
7. Amnesia consecutiva al acto; por ello, la reacción típica del enfermo al tener conciencia de su acción es más de abatimiento y asombro que de remordimiento.

Aunque lo hasta aquí mencionado se refiere a actos realizados por el epiléptico sobre otras personas, no hay que olvidar que durante las crisis se pueden producir lesiones e incluso el fallecimiento del propio enfermo, siendo, por tanto, esencial conocer la existencia de la enfermedad para no errar en la etiología médico-legal; accidentes

domésticos, de tráfico o laborales, quemaduras, ahogamientos en bañeras, etc. es posible encontrarlos durante las crisis, especialmente si esta es generalizada, siendo, en estos casos, prácticamente imposible los actos voluntarios al tener la conciencia abolida.

Durante los períodos intercríticos es igualmente posible la realización de actos por parte de epilépticos y que de alguna manera tengan relación con su enfermedad, ya que la repetición de las crisis puede terminar ocasionando trastornos de personalidad y, en su caso más grave, la aparición de demencia epiléptica. En estos casos, el hecho derivará de su propensión a la irritabilidad, explosividad y violencia con la dificultad que conlleva el control de esos impulsos, aunque el individuo conozca y entienda perfectamente el alcance de lo que realiza. En definitiva, el trastorno que sufren no afecta tanto a los elementos de la cognición como a la dificultad o imposibilidad de adecuar las respuestas. No hay que olvidar que a pesar de lo hasta aquí reseñado, es posible que el epiléptico realice actos delictivos no tengan ninguna relación con su enfermedad ni con su carácter. Independientemente de su padecimiento el epiléptico puede robar, estafar, matar etc. Y misión será del perito el valorar hasta qué punto existe la relación de causalidad entre epilepsia y delincuencia.

Aspectos Importantes A Valorar En Casos Con Presunto Diagnostico De Epilepsia

- 1) El diagnóstico previo al hecho de Epilepsia, no presume que no haya podido comprender la realidad, aun estando medicado.
- 2) Un EEG anormal puede ir acompañado de conductas normales.
- 3) Hay personas con conductas impulsivas graves y EEG normales.
- 4) Hay epilépticos que muestran EEG normales.

- 5) Es muy probable que un epiléptico habitualmente medicado y que eventualmente sufra una embriaguez alcohólica pueda ser pasible de padecer un trastorno en el nivel del comprender la realidad.
- 6) No todos los epilépticos sufren el trastorno denominado "personalidad epiléptica", como también es bajo el porcentaje de pacientes que cursa hacia una demencia y/o hacia una psicosis.
- 7) Hay estructuras de personalidad que parecen epilépticas, pero no son epilépticas en el sentido pleno del concepto. Simplemente se asemejan.
- 8) El antecedente de una convulsión no hace a una enfermedad epiléptica. Ya que se debe tener presente que hay un umbral convulsivo y que todos podemos convulsionar, cuando dicho umbral baja.
- 9) Es fundamental el examen exhaustivo de todos los antecedentes, en primer lugar, para afirmar con seguridad que verdaderamente es una epilepsia. En segundo lugar, hay que examinar muy bien para evaluar cómo estaba la capacidad de comprender la realidad en el momento del hecho.
- 10) Un elemento clínico fundamental a pesquisar es aquel paciente que padece episodios psicóticos breves siempre iguales a sí mismos, ya que éste es el patrón de la epilepsia. (Otto Bumke).
- 11) Un EEG negativo no descarta la epilepsia. Cuando se la sospecha, debe insistirse con estudios más complejos como el EEG de 24 horas, el de sueño, con electrodo faríngeo, con privación de sueño, etcétera.
- 12) Para afirmar que un epiléptico, en el momento del hecho, no pudo comprender la realidad, se deben juntar todos los antecedentes y hechos del momento incluyendo testigos, más todos los estudios, y de aquí se podrá o no inferir esta circunstancia.
- 13) Un simulador bien entrenado puede perfectamente esgrimir amnesia posterior al hecho.

14) Un delito cometido bajo un estado crepuscular ofrece elementos clínicos que se deben buscar y certificar; precisamente, estos pacientes, algo recuerdan, no tienen una amnesia total, aunque no sepan si realmente les pasó o fue un sueño.

15) Un crimen violento, inusitado e inmotivado puede surgir, desde ya, del círculo epiléptico. ¿El crimen es el síntoma de la enfermedad epiléptica? Para la psiquiatría asistencial seguro, pero para la psiquiatría forense se debe demostrar. Si bien será la Justicia quien evalúe este problema, no se puede hoy día, frente a un síntoma cerebral de este tipo, no implementar estudios de alta complejidad, que la Justicia generalmente retacea. De todos modos, ésta debe evaluar a una persona en el momento que cometió el delito y no a un cerebro. Como dice Cabello: "Primero deletrear el delito epiléptico, luego inscribirlo en la biografía del autor".

Conclusiones finales

La epilepsia es una enfermedad capaz de producir un estado transitorio de no comprensión de la realidad. El examen del paciente y de todo el hecho es fundamental para emitir una opinión, de cómo estaba la capacidad de esta persona para comprender la realidad **en el momento del hecho**.

Usualmente los delitos cometidos durante un estado de confusión posictal o durante una CE con automatismos son triviales (por ej: hurto).

No es infrecuente que se recurra a psiquiatras y neurólogos para decidir si el delito fue cometido durante un ataque epiléptico y si los automatismos a alegar pudieran ser sustentados por los hechos médicos del caso.

Ocasionalmente, sin embargo, los acusados pueden reclamar en su defensa la CE con automatismos, cuando hay poca evidencia que lo respalde.

No debe haber evidencia de premeditación u ocultamiento. Una CE con automatismos debe surgir de novo a partir del comportamiento continuo.

Si hay un testigo disponible, deberá informar respecto del imputado un trastorno de conciencia al momento del hecho.

Debido a que el acto tiene lugar durante una CE con automatismos o en estado confusional posictal, el compromiso de la memoria o recuerdo es la regla. Es poco probable que pueda producirse una CE con automatismos sin alteración de la conciencia.

El diagnóstico de CE con automatismos es un diagnóstico clínico de epilepsia de tipo “inicio focal con alteración de la conciencia motora con automatismos”

Es finalmente el Juez quien determinará si es o no imputable por el delito de que se lo acusa.

BIBLIOGRAFIA

Cabello V. (1984). Psiquiatría Forense en el derecho penal. 1ra edición. Buenos Aires. Edit. Hammurabi S.R.L.

Covelli. J. (2016). Manual de Psiquiatría Forense. 2da Ed. Buenos Aires. Editorial Dosyuna.

Covelli, José Luis; Casas Parera Ignacio, (2021). Trastorno mental transitorio y Epilepsia y Criminalidad. 1ª ed. Ciudadela Bs As Editorial Dosyuna.

Derito, N. Monchablon A. (2011). Las Psicosis. 1era Ed. Buenos Aires. Editorial Inter-Medica.

Derito N. (2021) Psicosis endógenas agudas. 2da ed. Buenos Aires. Ed Sciens

Hernández. A. La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal (2015).

J.A Guija Villa, M. D. Franco Fernández y A. Sanmartín Roche. (2001). Valoración psiquiátrica y legal de la epilepsia. Valencia, España. Cuadernos de Medicina Forense Nro. 25

J. Burcet-Dardé. (2002) Medicina y Derecho. Aspectos jurídicos de las epilepsias. Rev. Neurología.

Patitó. J. (2012) Manual de Medicina Legal. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Akadia.

Prof.Dr. René Raúl Ugarte. (2017). Neuropsiquiatría Forense: para médicos que estudian la especialización en psiquiatría. 2da ed. CABA. Bs As. Tribunales Ediciones.

Riú J, Tavella de Riú G. (1987)."Psiquiatría Forense, Aspectos penal, civil y laboral ". Buenos Aires. 1ra edición. Edit. L.E.A.

Salgado Jorge Luis Muñoz Psicosis Epiléptica: a propósito de un caso clínico (2009) Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, No 3, , págs. 141 a 167

Sandra Yadoum. Claudia Díaz de León. Entre la clínica y el derecho: la epilepsia, un desafío. (1998) Salud mental V21, No 5

Duarte. A, Araujo Oscar. (2015). La visión de la epilepsia a través de la historia. México. Revista HIES.

<file:///Users/Tina/Downloads/HistoriadelaEpilepsiaFronteras27802140229.pdf>
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152f.pdf>

Liga internacional contra la Epilepsia www.ilae.org

ANEXOS

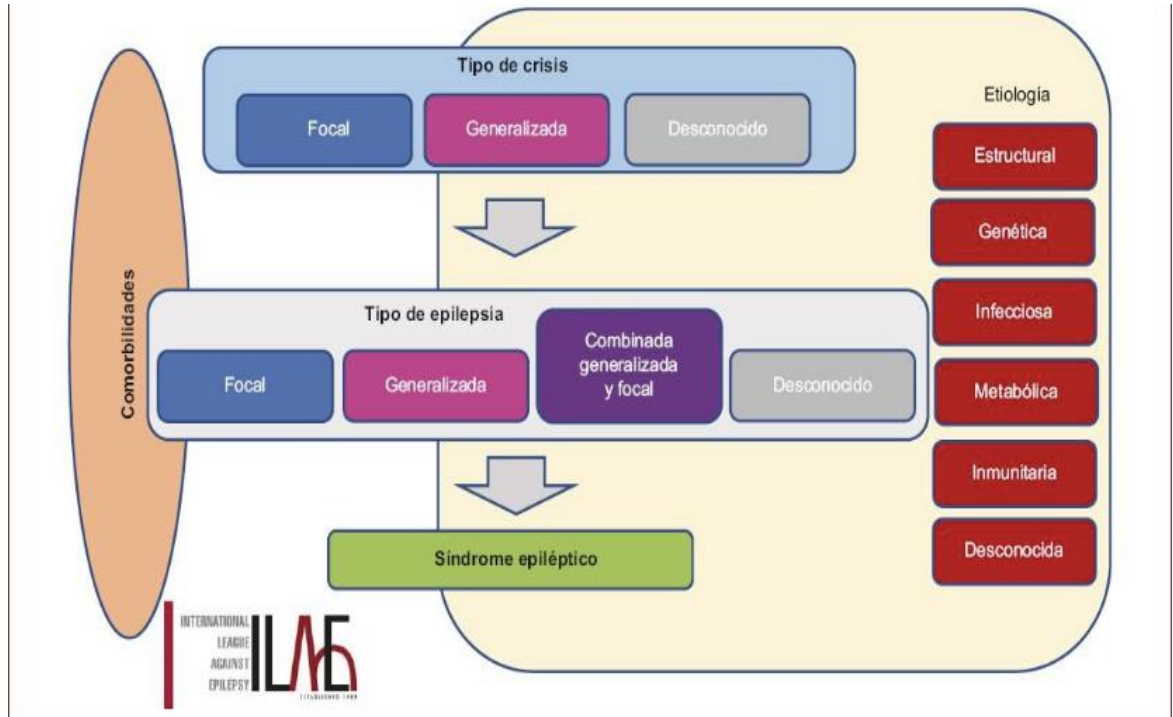


Figura 1. Marco para la clasificación de las epilepsias. Indica el inicio de las crisis. Epilepsia ILAE

(Anexo II. Tabla 1)

SÍNCOPE Y CRISIS ANÓXICAS

- Síncope vasovagal
- Crisis anóxico-reflejas
- Espasmos del sollozo
- Síncope por hiperventilación
- Valsalva compulsiva
- Síncope neurológico
- Obstrucción impuesta de las vías respiratorias superiores
- Intolerancia ortostática
- Intervalo QT largo y síncope cardíaco

j. Episodios hipercianóticos

2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

a. Ensoñación/Inatención

b. Auto gratificación

c. Imaginación eidética

d. Rabietas y reacciones de ira

e. Experiencias extracorporales

f. Ataques de pánico

g. Estados disociativos

h. Crisis no epilépticas

i. Alucinaciones en desórdenes psiquiátricos

j. Enfermedad fabricada o ficticia

3. TRASTORNOS DEL SUEÑO

a. Trastornos rítmicos del movimiento durante el sueño

b. Espasmos hipnagógicos

c. Parasomnias

d. Trastornos del sueño REM

e. Mioclonía benigna del sueño del neonato

f. Movimientos periódicos de las piernas

g. Narcolepsia-cataplexia

4. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

a. Tics

b. Estereotipias

c. Discinesia paroxística cinesigénica

d. Discinesia paroxística no cinesigénica

e. Discinesia paroxística inducida por el ejercicio

f. Desviación paroxística benigna de la mirada hacia arriba

g. Ataxias episódicas

h. Hemiplejía alternante

i. Hipereplexia

j. Síndrome de opsoclono-mioclono

5. TRASTORNOS ASOCIADOS CON LA MIGRAÑA

a. Migraña con aura visual

b. Migraña hemipléjica familiar

- c. Tortícolis paroxística benigna
- d. Vértigo paroxístico benigno
- e. Vómitos cíclicos
- 6. DIVERSOS EVENTOS
- a. Mioclonías benignas de la infancia y crisis de estremecimiento
- b. Tremulaciones
- c. Síndrome de Sandifer
- d. Cabeceo de causa no epiléptica
- e. Espasmo nutans
- f. Aumento de la presión intracraneal
- g. Trastorno de dolor extremo paroxístico
- h. Mioclonía espinal

ANEXO III

Indicios clínicos de las causas de las crisis sintomáticas

Hallazgo	Posible causa
Fiebre y rigidez de nuca	Meningitis Hemorragia subaracnoidea Meningoencefalitis
Edema de papila	Hipertensión intracraneal
Pérdida de pulsaciones venosas espontáneas (observada en la oftalmoscopia)	Hipertensión intracraneana (la especificidad es del 80-90%*)
Defectos neurológicos focales (p. ej., asimetría de los reflejos y de la fuerza muscular)	Anomalía estructural del encéfalo (p. ej., tumor , accidente cerebrovascular) Parálisis posictal
Irritabilidad neuromuscular generalizada (p. ej., temblores, hiperreflexia)	Toxidad farmacológica (p. ej., simpaticomiméticos) Síndromes de abstinencia (p. ej., de alcohol o sedantes) Algunos trastornos metabólicos (p. ej., hipocalcemia , hipomagnesemia)
Lesiones cutáneas (p. ej., pecas axilares o manchas café con leche, máculas cutáneas hipomelanóticas, parches de piel de zapa)	Trastornos neurocutáneos (p. ej., neurofibromatosis , esclerosis tuberosa)

*Las pulsaciones venosas espontáneas están ausentes en todos los pacientes con aumento de la presión intracraneana; estas pulsaciones también están ausentes en el 10-20% de las personas con presión intracraneana normal, pero a veces sólo transitoriamente.