

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



REVISION DE CASOS DE PSIQUIATRIA FORENSE DEL
HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO

JOSE ROBERTO GONZALEZ AREVALO

PLAN DE TESIS

- 1) Introducción
- 2) Justificación
- 3) Objetivos
- 4) Definición de Conceptos
- 5) Revisión de fichas clínicas.
- 6) Análisis y comentario
- 7) Conclusiones
- 8) Recomendaciones
- 9) Bibliografía

INTRODUCCION

Honorable Tribunal Examinador:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado revisión de casos de Psiquiatría Forense del Hospital Neuropsiquiátrico.

El objetivo principal de este trabajo, es difundir la importancia de un enfermo mental que comete un acto delictivo, sus factores condicionantes y su resonancia social, así como poner al alcance del médico general, del estudiante de Medicina de Jueces, y sociólogos; un enfoque que encierra la triste situación actual en Guatemala de estos pacientes que se encuentran marginados de la sociedad.

Deseo expresar mis agradecimientos a la facultad de Ciencias Médicas y al hospital Neuropsiquiátrico por haberme brindado material bibliográfico y los archivos respectivos.

Quiero agradecer la valiosa colaboración de mis asesores Dr. José A. Campo y Dr. José Pérez por la orientación que me brindaron en la realización de esta tesis, asimismo al revisor de la misma Dr. Ricardo García Manzo.

Esperando merecer vuestra aprobación presento a v o s o t r o s miembros del Honorable Tribunal Examinador mi atenta consideración y Respeto.

JUSTIFICACION

Considero que nunca se ha tomado en cuenta en Guatemala al Enfermo Mental como un ser Humano, sino como un instrumento de aprendizaje, por lo tanto este trabajo, no trata de brindar soluciones irrealizables, o de presentar una actitud paternalista; sino nos hace comprender la situación real que existe en Guatemala, con respecto al enfermo mental, y de la importancia que este encierra dentro de la sociedad.

Y ya que este tema ha sido muy poco estudiado en Guatemala, creo sin temor a equivocarme que es justificado el hecho de efectuar este trabajo de tesis, para brindarnos un mejor criterio con respecto a la patología de la mente humana.

OBJETIVOS GENERALES

- 1) Dar a conocer (a todo el gremio Médico y Jurídico), de la importancia de un enfermo mental que comete un acto delictivo, su diagnóstico y tratamiento. Para tener un fin común como es su recuperación parcial o total.
- 2) Que todas las distintas especialidades (médicas, Sociales, Jurídicas) posean un criterio criminológico, para lograr una mayor comprensión y por consiguiente una mejor comunicación, que redunde en beneficio del enfermo mental y la sociedad.
- 3) Insistir en la utilidad como método auxiliar para llegar a un diagnóstico psiquiátrico de la electroencefalografía.
- 4) Comprobar la necesidad en formar un centro adecuado para la recuperación de los reos que padecen enfermedad mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Conocer los parámetros que se tomaron para llegar a un diagnóstico.
- 2) Conocer la patología más frecuente entre los pacientes reos encontrados.
- 3) Conocer el diagnóstico electroencefalográfico de todos los pacientes estudiados.

CONCEPTOS DE PSIQUIATRIA FORENSE

Sería erróneo circunscribir el alcance de la psiquiatría forense a los límites del derecho vigente, negándole el título de disciplina autónoma y considerando como su objeto exclusivo dar respuesta a todas las cuestiones que los tribunales pueden proponer a los peritos.

Por otra parte, cuando el cirujano, el tocólogo, el farmacéutico, presentan alguna declaración no hacen sino contribuir al esclarecimiento de los hechos, como pudiera hacerlo el inspector de una contabilidad en el caso de una quiebra fraudulenta; pero corresponde exclusivamente al juicio del psicopatólogo el estudio de lo que en el hecho hay de subjetivo (cuando se trata de casos criminológicos) y el último resultado de todo el proceso judicial, de la responsabilidad, y la decisión firme sobre la misma corresponde al juez, pero siempre sobre los fundamentos proporcionados por el psiquiatra.

Se ha tratado de menospreciar la psiquiatría forense por parte de los juristas fundándose en que no es posible llegar, por medios exclusivamente médicos, a la averiguación del estado de imputabilidad o inimputabilidad de un sujeto, y sumando esta imposibilidad con la carencia de bases de otra especie para estos problemas, por desgracia no puede fundamentar la psiquiatría clínica todas sus conclusiones con métodos exactos de comprobación sino que muchas veces tiene que confiarse en la experiencia de los especialistas médicos.

CONCEPTOS JURIDICOS

En el curso de una instrucción (juez de instrucción), o raramente en una sesión de un tribunal; el psiquiatra puede ser en-

cargado de efectuar una peritación para decidir, si el inculpado estaba en estado de demencia; en este sentido el artículo No. 23 del Código Penal, al respecto de la inimputabilidad textualmente dice lo siguiente:

No es imputable:

- 1o. El menor de edad
- 2o. Quién en el momento de la acción, no posea a causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado o de trastorno mental transitorio, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión salvo que el trastorno mental (transitorio; haya sido buscado a propósito por el agente).

El objeto de la peritación es pues, determinar en que estado mental se encontraba el inculpado en el momento de los hechos que le son imputados.

Este diagnóstico es lo que constituye el núcleo de la peritación.

Después del examen del expediente y del examen médico del inculpado, el experto debe consignar, en su informe, la observación clínica y paraclínica (exámenes biológicos o psicométricos usuales) y exponer las conclusiones que le son solicitadas. En primer lugar debiendo apreciar si el estado mental estaba lo suficientemente trastornado como para constituir un estado de demencia; es decir un estado en el cuál el individuo, por sus trastornos mentales había perdido el control de sí mismo, sus capacidades de adaptación a la realidad y en definitiva su libre albedrío. Cualesquiera que sean las discusiones a las cuales ha dado

lugar la noción de irresponsabilidad, es evidente que la peritación solicitada sobre este punto al psiquiatra, consiste en dar una opinión sobre la deficiencia grave de la capacidad de obrar libremente, con conocimiento de causa y sin que su voluntad se a paralizada por los trastornos psíquicos, para la segunda cuestión que le es solicitada, el experto debe tener en cuenta todos los síntomas y anomalías que le permitan afirmar que el inculpado, si n estar en estado de demencia, no era, sin embargo, completamente dueño de sí mismo. Debe decir si y en que medida las anomalías le parecen atenuar la responsabilidad.

CONCEPTOS CRIMINOLOGICOS

Se debe llamar la atención sobre un prejuicio, todavía muy extendido entre la población; que consiste en querer ver en el carácter extraño o chocante del acto criminal, la intervención de una tendencia o de una fuerza derivada de la patología mental. Este prejuicio de la locura, del desequilibrio cerebral o por hablar con mayor propiedad, del aspecto morboso del fenómeno criminal, parece debida a una necesidad humana del hombre normal (o capaz de sentir un malestar moral ante la realidad criminal) de negar la posibilidad de existencia del hombre natural o fácilmente capaces de atentar contra la vida del prójimo. Ante la evidencia de la criminalidad, este prejuicio optimista permanece, en parte o totalmente reprimido, inconsciente. Sólo se manifiesta cuando, producido el crimen, la conciencia moral no renuncia a explicar este horror; esta falta contra el hombre y contra su necesidad innata de que le excuse o atenué su valor negativo. En efecto, el crimen cometido por el otro amenaza el narcisismo del espectador o del testigo al propio tiempo que su moral infantil apoyada por su moral social tradicional.

Por esto sueña en una explicación tranquilizadora; para cometer un acto así; hay que haber perdido la razón, este prejuicio, inofensivo y noble, pero que choca con la dura realidad humana, convirtió desde hace mucho tiempo al médico, al psiquiatra, en un auxiliar capaz de tranquilizar la conciencia del juez.

La clasificación de los criminales formulada antaño por Ferreri; comprendía, los criminales natos, los criminales habituales, los criminales pasionales, los criminales alineados y los criminales ocasionales.

Los progresos del conocimiento psicológico obligan a modi

ficar esta clasificación. Hoy no creemos ya en la fatalidad, en la degeneración mental, en que antaño se apoyaba la idea de los criminales natos, concepto de construcción lombrosiana. Entre los que Ferri, llamaba habituales y ocasionales, hay una multitud de criminales y delincuentes.

J. Ley discute las relaciones del concepto de enfermedad con las anomalías psíquicas; suscitando de nuevo el irritante problema ya planteado por los psiquiatras fenomenólogos, como Binswanger de la oposición normal-anormal.

¿Qué es el hombre normal?

E. de Greeff propuso esta definición:

El hombre normal es el que en la mayoría de los casos, se comportan como la mayoría de las personas. Definición matizada de ligera ironía pero que práctica y concretamente, es perfectamente válida.

Puede decirse que los anormales psíquicos se presentan lo mismo casi siempre, los normales portadores de rasgos de carácter que llaman la atención ajena, llamados caracteriales como variedades extremas del carácter o de la personalidad aparente del hombre. Se diferencian totalmente de los psicópatas o enfermos mentales; aunque pueden darse casos llamados normales que rozan la conducta psicopática pero no presentan jamás síntomas clásicos ni de psicosis evolutiva.

INADAPTADOS SOCIALES

La descripción psicológica de los individuos que se han querido agrupar bajo esta denominación, desde luego discutible, de inadaptados sociales; denominación cuya sola ventaja está en que

los relaciona desde el punto de vista de la sociedad, con el medio social; resulta difícilísima, de tal modo se confunden en la práctica sus diferentes tipos.

Psicológicamente, se les puede definir así: individuos cuyo comportamiento social es más o menos inadecuado a los fines o normas de la vida social y más exactamente, profesional. Hay que señalar que si bien, cierto número de ellos están perfectamente adaptados al grupo delictivo o criminal a que pertenecen, e incluso a veces una existencia al margen de la sociedad y marcada por frecuentes delitos se nos manifiesta como adaptada al género de vida, es raro que estos delincuentes-habituales u ocasionales no manifiesten antes del acto que los pone al descubierto una cierta aversión por la vida socializada regular, capaz de desarrollarse sin ciertos conflictos con la autoridad.

Se ha dicho muchas veces que es difícil, en presencia de semejantes sujetos, saber en que momento de su existencia o a raíz de que conflicto con la autoridad familiar y después social ha comenzado la anomalía, el desarreglo o la insuficiencia de la adaptación por otra parte, la mayoría de las características de la mala adaptación al medio social se encuentran, de manera episódica o accidental, en individuos capaces de esta adaptación continua en ciertas condiciones del medio. Aquí hay que recordar los ejemplos de inadaptación reaccionaria de ciertos individuos o de ciertos grupos en los medios señalados por los sociólogos y los demógrafos como difíciles de soportar por los obreros o miembros de una empresa. Tampoco puede decirse que todos estos inadaptados pertenezcan a los tipos bien definidos neurológicamente por Pavlov.

El enigma del crimen morboso no es de orden humano normal. El crimen morboso tiene un determinismo que no es otro que el de la psicosis, de la enfermedad llamada mental. Su psicología que es una psicopatología, es única y exclusivamente expresión de su mentalidad patológica.

Su determinismo es del síntoma, su reconocimiento corresponde al psicopatólogo, al psiquiatra a veces al clínico psicoanalista, pero no al criminólogo, ni siquiera al representante de la psicología criminal. Pues hay una psicología criminal, como hay una psicología social, una psicología experimental, una psicología estética etc., que apuntan, no al enfermo del espíritu sino al hombre medio, al hombre observado y analizado en sus conductas normales.

TESTIMONIO PSIQUIATRICO

Las situaciones legales que implican un testimonio psiquiátrico ya sean civiles o criminales, implican al menos dos consideraciones principales en relación con el individuo cuya posición psiquiátrica se encuentra en duda.

- 1o. Es o fue capaz y competente para llevar a cabo determinadas acciones si no se le puede evitar que haga algo que quería hacer o algo que ha hecho puede ser nulificado en cuanto a acto.
- 2o. Es o fue responsable por la acción que se imputa: de ser así puede ser obligado a hacer algo que no quiera hacer.

Una persona incompetente no es responsable de sus actos en el área de su incapacidad y una persona que es absuelta de responsabilidad en algún área en particular es incompetente para actuar legalmente en esa área.

ACTOS CRIMINALES QUE IMPLICAN RESPONSABILIDAD

- A= No culpable debido a locura: esta definición de locura varía según las jurisdicciones.
- 1o. Regla de M'Nagthen (tribunales estatales y federales) una persona escapa a la responsabilidad de su acto si en el momento en que lo ejecutó tenía un defecto de la razón o enfermedad mental que no sabía la naturaleza y cualidad del

acto ni sabía que estaba equivocado.

- 2o. Las Fuerzas Armadas de los EEUU: Una persona escapa a la responsabilidad de su acto si en ese momento padecía una enfermedad mental, defecto o locura, que lo incapacitaba para distinguir el bien del mal o el adherirse al bien.
- 3o. Regla de Durham (Washington DC): Una persona escapa a la responsabilidad de su acto, si el acto criminal fue el resultado o producto de su enfermedad mental o de un defecto mental.
- 4o. Código Penal Modelo (sugerido por el American Law Institute): Una persona debería de escapar a la responsabilidad de un acto si por una enfermedad mental o defecto al momento de cometer la acción, carecía de capacidad substancial para apreciar la criminalidad de su conducta o para conformar su conducta a los requerimientos de la ley.
- 5o. Impulso irresistible (muchas más variación entre las jurisdicciones). La definición de lo que constituye un impulso irresistible varía, pero la noción general es la de que el individuo no pudo resistir el impulso para cometer el acto criminal a pesar del riesgo de ser descubierto y aprehendido.

Es aparente que esta defensa sólo es invocada en casos de juicios por crímenes mayores.

- B= En la litigación después de un veredicto de culpa: Varios factores atenuantes incluyendo el de enfermedad mental y sus consecuencias pueden influenciar a un juez a que imponga una condena más leve en un criminal convicto. Los Psiquiatras pueden ser llamados a que presenten evidencia atenuante en el momento de la sentencia.

Por lo antes dicho, se verá que los tópicos legales críticos que involucran a psiquiatras son difíciles de evaluar en una for-

ma adecuada, es decir, de manera que las evaluaciones por diferentes individuos, todos ellos competentes, conduzcan a la misma conclusión. El concepto de términos tales como conocimiento, entendimiento, habilidad, incapacidad, inteligencia, impulso, etc.; no pueden ser fácilmente circunscritos y delineados con precisión, en cuanto al bien y al mal, naturaleza y calidad; el problema se multiplica cuando estos conceptos deben ser relacionados con el estado mental de un individuo en un momento dado, antes del testimonio y por lo general antes de un examen si es que alguno puede ser hecho; esto constituye una dificultad inherente a los procesos psicológicos y al sistema legal. Por lo tanto hasta cierto grado, las conclusiones a las que se llega, deberán, ser compromisos y un tanto subjetivas.

CUADRO CLINICO Y NOMENCLATURA DE LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE ENCONTRADA EN PACIENTES REOS

EPILEPSIA:

Disposición morbosa del sistema nervioso central, con tendencia a pérdidas paroxísticas del conocimiento que presentados ocasionalmente suelen desaparecer. El acceso comicial de gran mal suele producirse después de una distimia (mal humor inmotivado), de horas o días de evolución.

Aplanamiento, irritabilidad, algunas veces embotamiento de los sentidos con cefalalgia, tinitus concomitantes, el ataque está anunciado por el aura fenómeno que dura breves minutos o segundos y que involucra a cualquiera de los sistemas.

En el momento de sobrevenir el ataque o acceso, seguido a veces de flacidez clónica, cae el enfermo al piso, sin conocimiento, con rigidez tónica de la musculatura, profiriendo un grito en algunas ocasiones, presentándose luego cianosis midriasis y rigidez pupilar, también relajación de esfínteres, para luego iniciar convulsiones crónicas para quedar dormido luego por algún tiempo.

po.

Algunas veces continúa con la enajenación y embotamiento pudiendo cometer algún acto delictivo.

El pequeño mal se caracteriza por una repentina pérdida del conocimiento que dura segundos o pocos minutos; frecuentemente con fijeza de la mirada, midriasis, palpitaciones, emitiendo gritos y sonidos inarticulados o repetición de algunas palabras; en muchos casos se efectúan durante el ataque, actos desatinados por ejemplo: desnudarse en la calle, hacer gestos raros, micción involuntaria y generalmente no recuerda nada al despertar, para reanudar la ocupación emprendida anteriormente.

El mareo es un síntoma frecuente de tanta intensidad en algunos casos que altera profundamente la consciencia desapareciendo especialmente la noción de situación (ausencia epiléptica).

Los estados crepusculares tienen una duración más prolongada después de un ataque (estado crepuscular post-paroxístico) o independientemente del acceso convulsivo, sobreviene una perturbación orílica de la conciencia mantenida durante horas o días, la cual da origen a accesos insensatos.

Los accesos de fuga impulsiva o de andar sin rumbo horas o días o semanas (dromomanía y poriomanía), en esta, el epiléptico vagabundea sin darse cuenta de lo que hace.

También pueden presentarse distimias, unas veces como pródomos del ataque, otras independientemente, en ciertos casos representando durante mucho tiempo el único síntoma; provocado algunas veces por el alcohol, unidas incidentalmente con hemícranea y escotoma. Mientras dura la distimia, el enfermo siente oprimido, irritado, hastiado de la vida y el estado patológico del humor se transforma a veces en una fuga impulsiva o acarrea un acceso de bebida impulsiva de toda clase de líquidos (generalmente alcohol), convirtiéndose en dipsómano que empeora el

estado patológico.

La intolerancia alcohólica y las borracheras atípicas son con frecuencia síntomas concomitantes de la disposición epiléptica.

DESCRIPCION DEL CARACTER EPILEPTICO Y DEGENERACION EPILEPTICA

Irritabilidad, explosiones de cólera, egocentrismo, falta de interés, para otras impresiones, egoísmo, desconfianza, santurroneña, hábito de mentir, hipocresía, gazmonería, devoción afectada, pedantería y brutalidad.

DEMENCIA EPILEPTICA

Dificultad de la asociación y percepción, reducción del interés, falta de atención, debilidad de la memoria, irritabilidad afectiva, embotamiento y pérdida de la inteligencia.

Todo lo anterior, son síntomas de epilepsia esencial o genuina enfermedad que suele comenzar en la infancia y se agrava conforme avanza la edad.

Sub-formas Anatómicas Clínicas: Sector aerotálamico precentral (cortex, prerolandico núcleo ventral lateral). Su manifestación clínica más característica es la crisis jacksoniana, cuyo valor localizador aparece especialmente en la fase de parálisis post-clínica.

Sector aerotalámico post central: Cortex-retro rolandico núcleo ventral postero-lateral del tálamo) la manifestación más frecuente es la crisis sensitiva (parestesia, disestesias) a veces acompañada de ilusiones de transformación corporal (o de otros trastornos del esquema corporal).

Cortex extraído del Lóbulo occipital geniculado lateral: la crisis se manifiesta sobre todo en el campo perceptivo visual. Por lo general, se trata de una deformación perceptiva de ilusiones, alguna vez de destellos entópticos, de visiones coloreadas, y más raramente, de figuras o de escenas complejas. En cada crisis estas visiones tienen un carácter estereotipado. Generalmente se asocian a trastornos de campo perceptivo visual (escotoma, hemianopsia, etc.) y entran en el cuadro de los fenómenos alucinosos.

Ahora bien, cualquiera que sea la manifestación clínica y el sector afectado por la descarga, debe señalarse la expresión eléctrica de estos accidentes durante la crisis, aparecen puntas repetidas de manera rítmica que progresivamente se hacen más lentas, entre las crisis existen descargas esporádicas de puntas ondas limitadas a los sectores en actividad y por consiguiente registradas sin modificación en el tiempo o en el espacio en una región muy localizada del cráneo.

Epilepsia parcial con generalización consecutiva (formas grado comiciales) como es bien sabido toda epilepsia parcial tiende a propagarse y, en consecuencia, crisis como las que acaban de ser descritas pueden terminar dando lugar a una generalización, sin embargo, hemos querido señalar que los sistemas bipolares aerotalámicos son sectores en los cuales una crisis puede permanecer estrictamente localizada; lo que ocurre es que las otras formaciones cerebrales están interconectadas de tal manera que la generalización de la crisis a un gran número de formaciones es casi reglamentaria. Las manifestaciones clínicas y eléctricas de esta propagación son complejas e incluyen toda una serie de estos automáticos y de degradación de la conciencia. Es lógico, pues, que se den en este caso el máximo de manifestaciones psiquiátricas, así en razón de la liberación de los automatismos psicomotores, en curso de sus etapas intermedias, constituye el prototipo de la epilepsia psíquica o psicopatológica.

Primeramente indicaremos los caracteres generales de estos paroxismos asocian varios síntomas o síndromes motores, sensoriales, vegetativos alucinaciones, trastornos afectivos. Esta complejidad se resiste al análisis con frecuencia, lo cual obliga a un cuidadoso interrogatorio de los enfermos para hacerles describir sus síntomas vegetativos, psíquicos, sensoriales, etc. en realidad, el sujeto es invadido por una experiencia vital trastornadora, de la que no aprendemos sino fragmentos que nos muestran la existencia de descargas difusas sobre las regiones de proyección de las formaciones profundas para-medianas.

Según que estos fenómenos parciales constituyen una fase inicial del desarrollo no pase más allá de dichos fenómenos, se denominan auras o equivalentes. Para exponer con claridad este desarrollo del proceso grado-comicial, describiremos, en primer lugar, las auras como fenómenos iniciales.

Auras: El término aura hace referencia a la experiencia vivida al comienzo de la crisis. Esta forma de epilepsia grado-comicial se caracteriza especialmente por la frecuencia y la repetición de las auras; se describen los sig. auras:

A) Auras vegetativas: la más frecuente es el dolor epigástrico, a veces asociado a salivación y a movimientos de masticación pero son también conocidas una sintomatología vaso motriz (accesos de calor o de frío); accesos de palpitación de pseudo asma, trastorno del sueño, fiebre.

b) Auras olfato-gustativas: la crisis uncinada. H Jackson describió en 1873, bajo la denominación de crisis uncinada, una asociación de alucinaciones olfativas y gustativas junto a una vivencia paramésica y onírica de angustia y extrañeza; relacionándola con un sufrimiento del uncus o gancho del hipocampo. Posteriormente, esta descripción ha sido confirmada por todos los autores, y simplemente, se ha procedido a una más precisa descrip-

ción de la alucinación olfativa (generalmente muy intensa, extraña o desagradable) y a insistir sobre el sentimiento de deja-vu o deja vécu y ha descrito en esta crisis 4 aspectos 1) el deja vu, - 2) el Jamais vu (yo sueño todo me parece cambiado) 3) la memoria panorámica (desfile de recuerdos) 4) el tipo incompleto (recuerdos ilusiones de la memoria, paramnesias).

c) Auras denominadas psíquicas: Con este nombre se describen las experiencias afectivas o ideativas, a las cuales pertenecen ciertos fenómenos de la crisis uncinada (lo que demuestra la debilidad de esta clasificación es): experiencias de angustia, de extrañeza, de despersonalización más raramente embriaguez eufórica; experiencias de rememoración; flujo incoercible de recuerdos, buscar inersiones en el pasado- experiencias de pensamiento forzado o de pensamiento interrumpido etc. por lo general después de la crisis persiste una imagen muy intensa del aura, un recuerdo coloreado y vivo, reviviscencia de todas sus tonalidades estésicas y afectivas.

Crisis grado comicial: Generalmente se produce después de los pródromos (auras) que se describieron anteriormente, consiste en una gran crisis generalizada, análoga a la crisis ictocomicial, su repetición puede dar lugar también a un estado de mal. Con bastante frecuencia, este tipo de crisis ofrece variantes, se señala la posibilidad de trastornos motores atípicos, como se ha visto en la observación de Wilson y en particular de crisis tónicas (síndrome de descerebración) variedad más frecuente de crisis posteriores que desde el punto de vista clínico manifiestan las descargas de las estaciones motoras del tronco cerebral. Asimismo se señalan los comportamientos automáticos o crisis psicomotoras de penfield los más simples son la musitación los movimientos de labios o de la mirada, los gestos son más elaborados; Gestos profesionales, pequeña deambulación. Los automatismos verbales consisten en simples palabras o en esbozos de palabras. Dicho de otra manera, lo que caracteriza a este tipo de crisis graduocomiciales es

la gran variedad de su desarrollo cinético y la posibilidad de su detención en fases intermedias (crisis incompletas).

3- Equivalentes (automatismos psicomotores) Sucede a veces que el automatismo psicomotor reemplaza a la crisis es decir que la disolución de la actividad psíquica se detiene en este estadio. Una enferma de Marchan, por ejemplo estaba lavando el embaldosado de su cocina y, en un determinado momento se puso a repetir el lavado, en forma continuada, en el mismo lugar; ella se daba cuenta de lo que hacía pero no podía evitarlo. Más complejas son las conductas coordinadas conscientes, que pueden durar varias horas y comportar actos "eupráticos" e incluso a veces acciones muy complicadas.

Los actos automáticos inconsciente y amnésicos se observan cuando la disolución de la conciencia es más profunda. Se destacan por la absurdidad del comportamiento, la suspensión, durante un período bien delimitado, de la actividad vigil, por el desconocimiento en que se encuentra el sujeto con respecto a su conducta y a su extrañeza cuando se le informa.

Un enfermo de Jackson pidió comida, comió y pagó la cuenta, volvió a su despacho y después regresó al restaurante, dudando de que hubiera ya estado anteriormente. Son frecuentes el automatismo ambulatorio y las fugas; el sujeto pierde la conciencia, emprende un trayecto y después puede encontrarse a varios kilómetros en una dirección imprevista. En el curso de estos equivalentes comiciales pueden realizarse actos delictivos o criminales; raramente se dan casos de homicidios, que más bien se presentan en los estados crepusculares sino más bien agresiones sexuales o incendios. A veces, por el contrario el equivalente se desencadena en forma de actos risibles o de payasadas.

Cuando la sintomatología se limita al equivalente, la manifestación clínica consiste en trastornos del comportamiento con

eclipse de la conciencia, cuando la duración del episodio es muy breve, se habla de ausencia temporal. Naturalmente son posibles todas las combinaciones y el propio enfermo puede presentar equivalentes seguidos de una crisis, equivalentes aislados o crisis seguidas de equivalentes. Es en especial, después de la crisis - cuando se observan los automatismos gestuales y verbales (Jackson Penfield), en tanto que en el curso de la crisis más bien se observan automatismos alimenticios (Gastaut).

La expresión eléctrica de estos accidentes parece ser la misma que de la epilepsia grado comicial por lo cual puede decirse que se asemejan tanto eléctrica como clínicamente.

Estados psicóticos agudos o subagudos epilépticos: A los ojos del psiquiatra, el paroxismo epiléptico es una brusca o rápida disolución de la conciencia, casi siempre completa y breve, de rápida recuperación. Es posible distinguir un cierto número de fenómenos psíquicos, pero es evidente que la corta duración del accidente no permite la organización de un comportamiento o de una experiencia que recuerde el cuadro clínico de las psicosis agudas. Se puede admitir que a título de hipótesis, que la disolución no sea rápida, completa y breve sino incompleta y durable, que se realice a través de niveles sucesivos; entonces aparecerán comportamientos automáticos más o menos complejos. Esto es lo que ocurre en el caso de los equivalentes epilépticos (crisis incompletas, automatismos psicomotores) ahora bien, este es también el caso de ciertos estados psicóticos epilépticos denominados a veces intercríticos pero que aparecen en relación con procesos comiciales atípicos o abortivos.

El EEG de estos estados fue estudiado en el coloquio de Marsella, y generalmente, se observan disritmias lentas difusas con frecuente retorno del trazado a la normalidad durante el estado psicótico.

A) Estados confuso Oníricos; El grado más profundo de desestructuración de la conciencia confiere al enfermo la sintomatología confusional: o confuso onírica si no se dispone de información acerca de los antecedentes del enfermo, el diagnóstico de epilepsia es difícil con frecuencia. Se ha destacado la tonalidad ansiosa de estos estados, su tendencia a la agitación e incluso a la agitación furiosa; pero pueden observarse toda la variedad de estados confuso-ansiosos, confuso oníricos, o confuso estuporosos y de delirios agudos más o menos atípicos todos estos estados son particularmente amnésicos.

Su relación con los síndromes comiciales paroxísticos es variable; por lo general, el episodio confusional aparece después de una crisis o de una serie de crisis; otras veces en el curso de dicho episodio se presentan una serie de crisis; a veces aparece aislado.

La duración de los accesos varía de algunas horas a varios días en su evolución estos accesos confusionales muestran una tendencia a la repetición. Con frecuencia siempre idénticos en el mismo enfermo, hecho común a todos los estados descritos como si cada enfermo tuviera una peculiar nivel de desestructuración.

B) Estados Crepusculares: Estos accidentes constituyen un aspecto psiquiátrico fundamental de la epilepsia. Son bastante frecuentes y no es raro que planteen problemas médico-legales. Corresponden al nivel de desestructuración de la conciencia en que se dan generalmente las experiencias delirantes o alucinatorias de las psicosis delirantes agudas pero la epilepsia difiere a este cuadro caracteres particulares el comienzo brusco, la brevedad (algunas horas) y la amnesia consecutiva constituyen una tríada de gran valor diagnóstico.

Bruscamente un sujeto con antecedentes epilépticos generalmente conocidos y con frecuencia, después de una o varias crisis o equivalentes se instala un estado de obtusión intelectual; el pa-

ciente se muestra como atontado, ofuscado o perplejo. Responde a las preguntas con lentitud en forma lejana y viscosa vaga e elusiva. La afectividad está trastornada, indiferente a las circunstancias de la situación actual, el epiléptico se enardece de súbito por un tema cósmico, religioso o político.

Es un grado menos profundo de desestructuración, puede suceder que, en el seno mismo de la vida psíquica consciente y amnésica del sujeto, todavía capaz de una correcta orientación de una aceptable adaptación practicada, sea vivida una fantasía oniroide. Este estado es esencialmente fluctuante. Su duración es, por lo general, de varios días, en el curso de los cuales alternan de manera caprichosa fases oniroides y fases de mayor lucidez. El comportamiento consecutivo se desarrolla en una atmósfera dramática e insólita: Es en estos estados donde se observan grandes fugas, con desplazamientos a lugares distantes, y los estados segundos: en los cuales existe una gran tendencia a los actos violentos, a los homicidios, a las agresiones o al suicidio. La alternativa de fases más lúcidas y más confusas de la conciencia explica estas conductas de varios días de duración y su relativa readaptación.

Si se intenta analizar la vivencia de estas experiencias, se constata la imbricación de fenómenos de extrañeza de onirismo, de ilusiones y alucinaciones, junto a los esbozos de organizaciones delirantes, acerca de temas con frecuencia místicos.

Los comportamientos de horror sagrado de estos episodios de una incomparable intensidad dramática y primitiva, manifiestan a la vez la desestructuración de la conciencia bajo la influencia del proceso epiléptico y la reorganización lírica y metafórica de la conciencia crepuscular bajo la forma fantástica o fantasmática en que se proyectan los complejos inconsciente, es decir, las más profundas pasiones humanas.

Los delirios crónicos y las evoluciones esquizofrénicas:

Por lo general, en un adulto, los trastornos mentales crónicos como se ha dicho raros, aparecen de una manera lenta, progresiva y tardía la mayoría de las veces se trata de un delirio, con o sin disociación esquizofrénica.

Desde hace ya largo tiempo, la relativa frecuencia de delirios de tema religioso ha llamado la atención de los autores. Se manifiestan por una tendencia a introducir en la conversación frases de una untuosa y mojigata religiosidad, en tanto, que de vez, en cuando, una experiencia crepuscular en forma de expansión mística o de desapego profundo puede venir a recordar la permanencia del proceso. Estos delirios por más raros que sean, ponen de manifiesto la posibilidad que presenta la epilepsia de engendrar una reorganización crónica del mundo vivencial, a través de los trastornos de conciencia descritos más arriba en los estados agudos y subagudo. En el terreno del análisis psicológico, ponen de manifiesto también el doble abismo que se abre ante el epiléptico en el cataclismo de su vida; el vértigo de lo alto y el vértigo de lo bajo, la expansión mística y la culpabilidad abisal, el cielo y el infierno. Pueden encontrarse también no obstante, otros temas delirantes; persecución reivindicación megalomanía.

El problema de la esquizofrenia se plantea a propósito de otras formas de delirio crónico, que comportan temas delirantes del tipo de las fabulaciones oníricas, alucinaciones visuales y una tendencia a lo fantástico, junto a los rasgos fundamentales de la discordancia. Su evolución tiende a un déficit marcado y progresivo; en el curso de la misma, se intercalan numerosas accesos delirantes o catatónicos. Estas formas, sin embargo son muy raras (como es sabido el antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia fue la hipótesis sobre la que Von Meduna concibió la terapéutica del cardiazol; de todos modos existen observaciones indiscutibles.

Diagnóstico: En primer lugar, es importante asegurar la naturaleza comicial de todos los trastornos que se han expuesto, así como precisar sus modalidades desde el punto de vista clínico se debe recordar la importancia de un detallado interrogatorio (tanto del paciente como de los que lo rodean) y de un minucioso examen neuropsiquiátrico, asociado, si el caso lo requiere a radiografías del cráneo, exámenes del fondo de ojo, aplicación de test, etc.

Uno de los puntos más discutidos en la clínica cotidiana es el que se refiere al diagnóstico entre las crisis de histeria y las crisis comiciales; por lo general, estas últimas son bastante fáciles de distinguir y es suficiente con referirse a la descripción clínica que se ha hecho; los caracteres de inocencia, automatismo y amnesia consecutiva constituyen la tríada clásica de este diagnóstico. No obstante, en presencia de ciertas formas de epilepsia temporal o en ciertos casos de histero epilepsia, pueden presentarse dudas en cuanto al diagnóstico.

En lo que respecta al dominio electroencefalográfico, los registros deberán efectuarse preferentemente durante o en la proximidad de un accidente comicial; los trazados deben repetirse, estudiando en cada ocasión, de manera sistemática, las modificaciones: la misma interrupción del tratamiento constituye ya un procedimiento indirecto. Son métodos corrientes la Hiperpnea y la estimulación luminosa intermitente. Combinando esta última con inyección de cardiazol, puede determinarse el umbral convulsivante. A principios de siglo se utilizaba también, especialmente en el niño, el sueño natural o provocado por medio de hipnóticos recientemente para completar estos métodos bioeléctricos de investigación, se han introducido las pruebas con Largactil Neudoptico y el Mégimide. (Hipnótico).

Durante todas estas exploraciones es conveniente mantener la actitud recomendada por Gibbs una óptica puramente clínica o únicamente eléctrica escribe no podrá dar jamás sino una visión

parcial por el contrario de la combinación de estos dos enfoques nacerá una síntesis valiosa.

En ciertos casos hay que establecer el diagnóstico diferencial entre epilepsia esencial y sintomática de una enfermedad orgánica:

- a) Encefalitis.
- b) Desórdenes epilépticos de origen sifilítico.
- c) Esclerosis tuberosa asociada a hidrocefalia grave.
- d) Epilepsia alcohólica y saturnina.
- e) Epilepsia tardía resultante de lesiones arterioesclerosas cerebrales.
- f) Traumatismos y otras lesiones orgánicas de la corteza cerebral como tumores abscesos y hemorragias.
- g) Enfermedades infecciosas como meningitis, fiebre tifoidea etc.

La epilepsia constituye la psicosis de mayor importancia jurídica en primer término por la manifestación y tendencia de los epilépticos a cometer actos delictivos.

La delincuencia durante el paroxismo comicial clásico pertenece a las excepciones pero en cambio es muy frecuente que durante los estados crepusculares perpetre el epiléptico atentados contra la vida y pudor y a la propiedad (incendios). La deserción es un delito cometido muchas veces por epilépticos durante los estados de fuga impulsiva; son típicos de la degeneración epiléptica ciertos delitos, como vagancia, ratería, estafas perjurio etc.

Nota: "Solamente se detallan los aspectos psiquiátricos de la patología más frecuente encontrada, ya que es el tema central de esta tesis.

TX: las principales medicaciones antiepilépticas:

Farmacología	Dosis Habituales	indicación esquemática	efectos secundarios
Fenobarbital	de 0.10 g a 0.30g en dosis fraccionadas	gran mal sin acción en pequeño mal	somnolencia toxicodermia
Hidantoinas Varios derivados del mismo radical	de 0.10gr. a 0.40gr. en dosis fraccionadas	gran mal en menor grado en las epilepsias psicomotoras.	trastornos cerebrales rebelosos hiperplasia gingival. toxicodermia.
Oxalidina	de 0.90gr. a 1.80gr. sellos o cápsulas de 0.30 gr.	epilepsia psicomotora. pequeño mal sin acción en gran mal.	trastornos gástricos hepáticos granulopenia fotofobia, erupciones
Fenacetilurea	de 0.90gr. a 1.80gr. comprimidos de 0.30 gramos	epilepsia psicomotora.	trastornos gástricos, hepáticos granulopenia

Esquizofrenias: La asociación psiquiátrica Americana define la esquizofrenia como un grupo de trastornos manifestados por características de la ideación, del talento y de la conducta. Los trastornos de la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos los cuales conducen a mal interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones, las cuales aparecen con frecuencia como autoprotectoras psicológicamente. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada y pérdida de la empatía con otros. La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante. Los estados paranoides se distinguen de la esquizofrenia por lo estrecho de las distorsiones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

Frecuencia: Mundial: las reacciones esquizofrénicas se han observado en todas partes del mundo y en todas las sociedades sujetas a un estudio metódico. Los cálculos de la frecuencia mundial varía desde un total de 0.3% al cálculo de que hasta el 1% de la gente sufre una reacción esquizofrénica alguna vez en sus vidas.

En los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos se encuentra con una frecuencia del 25% de la primera admisión de los hospitales psiquiátricos públicos.

Causas de la Esquizofrenia: No existe un acuerdo preciso acerca de las causas fundamentales de la esquizofrenia, y existen más teorías donde los datos disponibles son menos precisos. Casi cualquier variante concebible fisiológica o psicológica ha sido considerada en alguna ocasión como factor etiológico de la esquizofrenia. En general las teorías de la etiología pueden dividirse en aquellas relaciones con factores orgánicos y aquellas con factores psicosociales.

FACTORES ORGANICOS: Predisposición genética: Franz Kallman estudió 500 pares de gemelos varones, en los cuales uno de

los gemelos tuvo un diagnóstico de esquizofrenia. Encontró que 15% de los otros gemelos eran esquizofrénicos.

En un estudio semejante de 174 pares de gemelos idénticos, uno de los cuales fue esquizofrénico, halló una tasa de concordancia de 86%.

Lo anterior le sugirió a Kallman una base genética de la esquizofrénica sin embargo, otros investigadores han reportado una tasa de concordancia mucho más baja para diferentes estudios gemelares han sido objeto de interpretaciones conflictivas.

Algunos investigadores consideran que los resultados de los estudios gemelares sean compatibles con una etiología ambiental.

Factores Bioquímicos: La literatura sobre la esquizofrenia está saturada con reportes de anomalías bioquímicas; sin embargo muchos estudios no han sido confirmados por otros investigadores; y aun cuando definitivamente aparece una anomalía bioquímica en un grupo de esquizofrénicos, una variable influenciadora que no tenga relación con la esquizofrenia puede ser responsable. Un estudio inicial reportó un metabolismo anormal de las xantinas en un grupo de esquizofrénicos dichos pacientes estaban bebiendo grandes cantidades de café en relación al grupo control lo cual explicaba las cifras urinarias elevadas de metabolitos de la xantina sin que tuvieran relación alguna con la enfermedad mental.

El 70% de esquizofrénicos presentan en sus orinas una amina anormal de 3-4 dimetoxi-feniletilamina (DMPE) que produce en la cromatografía una mancha rosada, esta anomalía es por la presencia en los esquizofrénicos de un defecto de la transmetilación; la observación de la inducción de psicosis con Mezcalina y LSD sugirió que la esquizofrenia pudiese ser el resultado de la síntesis endógena de una sustancia alucinógena semejante; sin embargo investigaciones posteriores han hecho una diferencia entre las psicosis provocadas por drogas y la esquizofrenia.

Factores Intrapsíquico: El esquizofrénico al igual que el no esquizofrénico es conducido por impulsos sexuales básicos y agresivos y debe enfrentarse a sus ideales, valores ético y normas sociales: además debe confrontar al mundo exterior y todavía tratar de satisfacer sus propias necesidades. El esquizofrénico difiere del no esquizofrénico en que sus defectos profundizan la función mental le vuelven imposible al mediar con éxito entre la demanda conflictiva de los impulsos instintivos, la conciencia y a la realidad externa.

Además encontramos funciones alteradas del ego: privación regresión y restitución, defectos de la relación madre infante; interacciones patológicas familiares.

Síntomas fundamentales (las cuatro aes de Bleuler)

a) **Trastornos de la asociación:** las asociaciones lógicas que normalmente conducen de un pensamiento al otro aparecen relajadas. El resultado es que la ideación se muestra extravagante, ilógica y caótica.

b) **Autismo** el autismo es una forma de ideación en la cual el contenido mayor es principalmente subjetivo o endógeno. El paciente está preocupado con ideas provenientes de ensueños y fantasías aún alucinaciones e ideas delirantes conforme aumenta la ideación autista se presenta una interferencia correspondiente con la relación con la realidad y la prueba de la realidad.

c) **Incongruencia Afectiva:** Las respuestas emocionales pueden ser inadecuadas al contenido del pensamiento. El estado afectivo a menudo es inconciente o exagerado. El trastorno afectivo puede incluir indiferencias frivolidad, consticción impasibilidad o afecto obtuso.

d) **Ambivalencia:** El paciente esquizofrénico encubre sentimientos contradictorios, actitudes, deseos o ideas hacia un objeto determinado, persona o situación por ejemplo odia y ama a las mismas personas al mismo tiempo.

La ambivalencia es una característica de otros padecimientos también y puede presentarse hasta cierto punto en individuos normales pero en la esquizofrenia es particularmente intensa.

Síntomas accesorios: Alucinaciones (percepciones sensoriales que ocurren en respuesta a estímulos externos) las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial auditiva (por ejemplo la voz de Dios) visual (por ejemplo: ángeles) táctil (sentir hormigas que se deslizan) gustativas mal sabor u olfatorias mal olor; sin embargo las alucinaciones auditivas son las más comunes.

b) **ideas delirantes:** una idea delirante es una creencia falsa inadecuada para el grado educativo o social del paciente y que no es influenciada por evidencia lógica contradictoria.

c) **ilusiones:** interpretación indebida de una percepción sensorial actual por ejemplo una mancha en el cielo raso se considera que sea una araña que desciende sobre el paciente.

d) **ideas de referencia:** una impresión inquietante de que la conversación o los gestos de una persona tienen relación con el paciente.

e) **despersonalización:** la sensación de sentirse dividido de su propia personalidad la sensación de que la propia identidad o personalidad se está desintegrando o perdiendo.

f) **negativismo:** el paciente hace lo opuesto de lo que se le pide que haga por ejemplo: cierra los ojos cuando se le pide que los abra.

g) **automatismo:** se ejecutan acciones sin el consentimiento consciente del pte. él siente que no es él quien está realizando sus propias acciones.

h) **Escolalia:** repetición exacta de las palabras o conversación de otro.

i) **ecopraxia:** repetición de los movimientos de otro.

- j) manierismos: gestos iterativos u otras formas de expresión.
- k) estereotipia: repetición persistente sin sentido de cualquier acción.
- l) impulsividad: acciones ejecutadas inesperadamente sin suficiente reflexión y sin consideración de toda la personalidad.

Tipos clínicos de Esquizofrenia: Simple: la esquizofrenia simple se caracteriza principalmente por la reducción del interés en las relaciones humanas y el mundo exterior, depauperación de la personalidad, apatía e indiferencia, las ideas delirantes no ocurren con frecuencia y las alucinaciones si ocurren, son rara y efímeras, después de cierto tiempo el paciente tiende a retroceder a un nivel inferior de funcionamiento.

Esquizofrenia hebefrénica: En ésta las respuestas emotivas son frías y volas e inadecuadas. Son frecuentes la risita nerviosa, la sonrisa incongruente y la carcajada. Son características las fantasías fragmentarias de deseos por satisfacer o las ideas delirantes en lugar de sistemas ideatorios elaborados bien organizados. Estos pacientes son a menudo introvertidos e inaccesibles a las relaciones con otras personas. La tendencia a retroceder a un estado vegetativo es lo más intenso probablemente en este tipo de esquizofrenia.

Esquizofrenia Catatónica: En esta las anomalías motoras constituyen los síntomas más conspicuos. Pueden tomar la forma de inhibición generalizada, presentándose tales síntomas como negativismo, estupor mutismo y flexibilidad cética o puede existir actividad motriz excesiva y excitación. En la excitación catatónica la conducta no parece estar influenciada por estímulos externos pero es estereotipada, aparentemente sin motivo, impulsa e impredecible. El paciente puede correr alrededor de un objeto sin motivo, estar sin dormir, rehusar alimentos y llegar a la deshidratación y el agotamiento.

Frecuentemente ocurren estereotipias, ecolalia, ecopraxia, manierismos, gesticulación, posturas extravagantes y catalepsia.

Esquizofrenia paranoide: A diferencia de otros tipos, comienza a menudo tarde en la vida. Se caracteriza principalmente por ideas delirantes y a menudo por alucinaciones además de los trastornos esquizofrénicos habituales de las asociaciones y el talante, autismo y ambivalencia. Los temas persecutorios constituyen a menudo el núcleo de los sistemas paranoides y frecuentemente se hallan presentes algunos elementos de grandiosidad.

Durante el período prepsicótico el esquizofrénico paranoide a menudo muestra desconfianza, hostilidad en exceso, resentimiento belicosidad, y fácilmente se siente injuriado. Las ideas de referencia y la hipocondría aparecen frecuentemente antes del desarrollo de la psicosis delirante en todo su apogeo las ideas delirantes paranoides pueden tener una cualidad pseudológica altamente organizada, con el aumento de la desorganización de la personalidad pueden aparecer fragmentadas.

Esquizofrenia esquizo-afectiva: este síndrome está caracterizado por trastornos acentuados del estado afectivo ya sea de los procesos ideatorios muestra que la ideación es característica de un trastorno psiquiátrico. El paciente tiende a descuidar la realidad en forma considerable y a comportarse en forma extravagante característica de la esquizofrenia.

Esquizofrenia no diferenciada: Los pacientes a menudo muestran trastornos profundos de la ideación de la afectividad y de la conducta pero son síntomas específicos insuficientes para permitir una clasificación más precisa. A menudo acontece que el primer ataque (o el inicial) de esquizofrenia no se hallará diferenciado y que conforme la reacción progresa se cristaliza en uno de los tipos antes mencionados.

Estados menos malignos relacionados con la esquizofrenia: Esquizofrenia Seudoneurótica: en estos pacientes presentan síntomas típicos de las psiconeurosis- ansiedad, reacciones de conversión, fobia, síntomas obsesivo compulsivo, depresión pero hay acceso de preocupación con pensamientos autistas y una tendencia a salirse

de la realidad algunos pueden desarrollar episodios psicóticos francos de corta duración pero muchos no.

B) Esquizofrenia ambulatoria: El esquizofrénico ambulatorio parece estar libre de síntomas extravagantes pero, cuando se le enfrenta a la tensión comete actos de repente que muestran la alteración de su pensamiento, puede pasarse toda su vida sin someterse a tratamiento psiquiátrico.

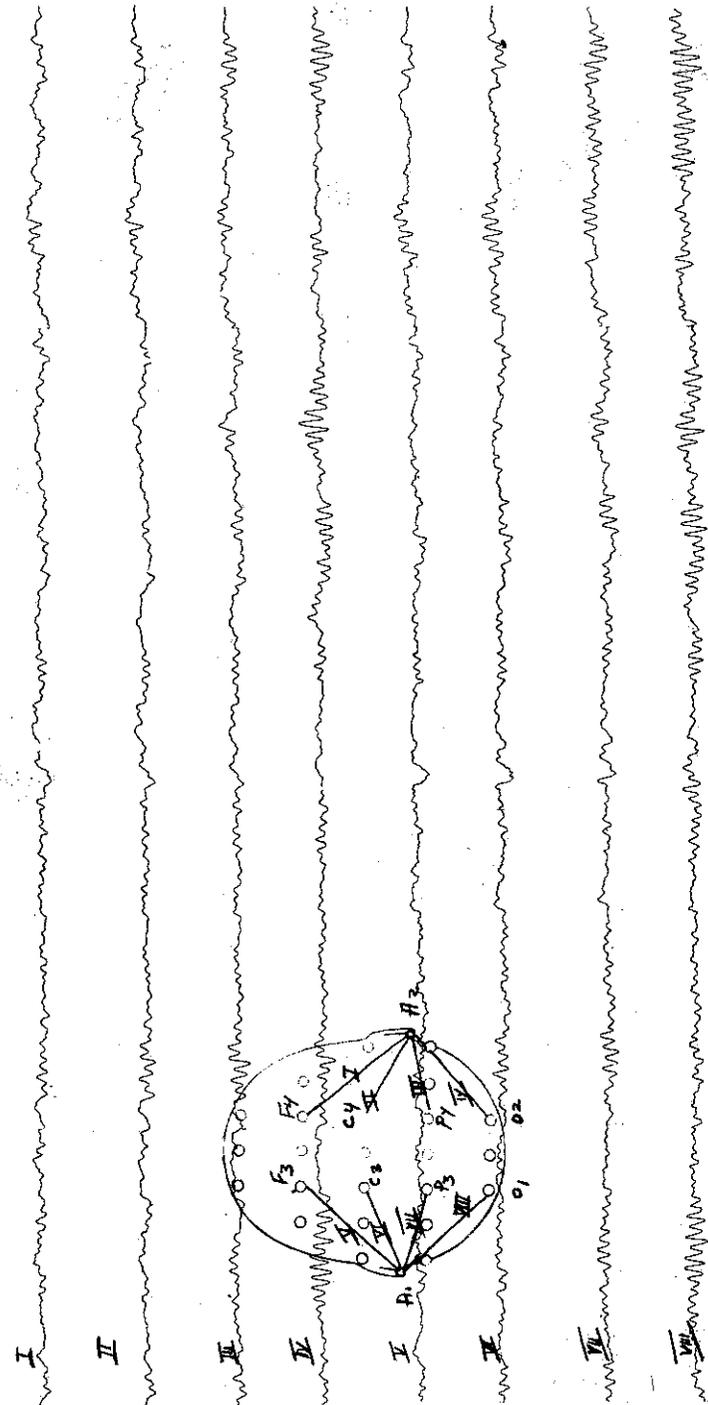
ELECTROENCEFALOGRAMA COMO AYUDA DIAGNOSTICA:

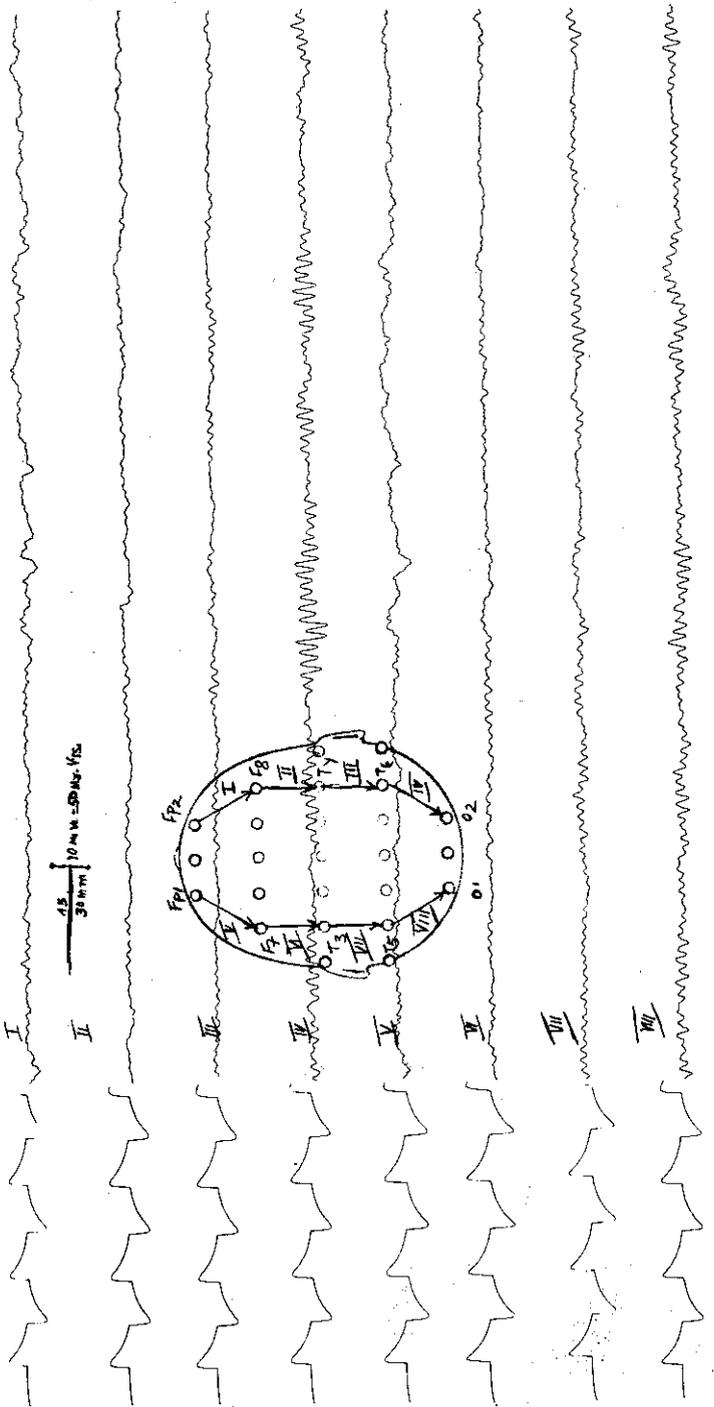
Existe un desarrollo de la actividad bio-eléctrica cerebral del niño. Algunas de estas figuras pueden parecer variaciones en el curso de diversos estados fisiológicos; el sueño, las modificaciones fisiológicas del medio interior (hiperpnea), el miedo, el dolor, la atención etc. modifican los trazados eléctricos.

Los trazados anormales serán pues, difíciles de reconocer. Los tipos de anomalías bien establecidas representan variaciones enormes con respecto a la media. El estudio de las variaciones discretas está tan sólo esbozado y sujeto a discusión. Al igual que el EEG en psiquiatría existe también una separación "Organo-Clinica" que con frecuencia hace imposible la interpretación correcta de un trazado sin una referencia clínica del paciente. Un tipo de trazado especifica un momento de una actividad cerebral anormal; pero no en general, una enfermedad determinada. Por otra los trastornos de la electroencefalografía cerebral no concuerdan totalmente con la importancia de los trastornos clínicos e incluso de las lesiones; una droga, tal como un barbitúrico o un neuroléptico, perturba mucho más el EEG que la mayoría de las lesiones patológicas crónicas.

EL EEG NORMAL: nociones indispensables. (FIG. 1)

Ritmos: Los registros nos dan la suma de actividades neuronales sincronizadas es decir, ritmos. Estos provienen en parte de la autoritmicidad celular, en parte de las interacciones de ciertas





45
30 mm

10 mm = 500 μV

uronas o grupos de neuronas sobre su vecindad.

Potenciales evocados: Se trata de actividades bioeléctricas que se observan sobre las áreas de proyección primarias, después de estimulaciones sensoriales.

Sistemas de control: Se ha constatado que la actividad eléctrica del cerebro supone un control de las estructuras corticales por las formaciones subcortical (tálamo, hipotálamo y sustancia reticulada del tronco cerebral). En este sentido son dos formaciones que desempeñan un papel importante.

ACTIVIDAD ELECTRICA NORMAL DEL CEREBRO:

1) Actividad Alfa: es la actividad rítmica esencial del cerebro en el individuo despierto, en reposo, relajado y con los ojos cerrados. Dicho ritmo está compuesto por ondas de una frecuencia de 10 ciclos por segundo apareciendo sobre las áreas occipito-parieto-temporales de manera bilateral y sincrónica aunque no forzosamente simétrica. Desaparece durante el sueño y se interrumpe (desincronización) si el sujeto abre los ojos o fija su atención: es la reacción de paro.

Variantes: El ritmo alfa puede estar ausente en ciertos sujetos normales puede asimismo, ser muy amplio, permanente o aparecer con los ojos abiertos en ciertas condiciones (alfa de búsqueda, alfa de relajación después de un esfuerzo) etc.

2) Actividad Beta: Difícil de registrar en el individuo normal en las exploraciones transcraneanas, este ritmo se compone de ondas de 15 a 30 ciclos por segundo. Se recoge en las regiones frontocentrales en accesos sinusoidales bilaterales pero no sincrónicas, siendo de muy pequeña amplitud, es sensible a las variaciones tónico motrices (aumento o desaparición con el esfuerzo, con los movimientos de los miembros).

Actividad Theta: Se compone de ondas de 6-4 ciclos por se gun-

do. Aparece preferentemente en las regiones parieto-temporales (montajes transversales).

Pero se extiende a distancia, dispuesta en accesos fusiformes, por lo general es simétrica y sincrónica. Estas no siempre son rítmicas pueden estar aisladas o agrupadas en pequeñas unidades en una actividad diferente a las condiciones de su interrupción no son bien conocidas, pero pueden aparecer en ocasión de estados afectivos penosos.

Variaciones normales del EEG: Hay que recordar que las figuras normales no se observan sino hacia los 15 ó 20 años en el niño, - los ritmos lentos son normales en curso de los primeros años; a partir de los 3-5 años de edad, poco a poco, irán cediendo el lugar a una actividad alfa. Sin embargo, existen grandes diferencias individuales.

Durante el sueño aparecen: 1) en primer lugar, una depresión del ritmo alfa 2) después de un trazado con alternancia de accesos theta y de accesos rápidos de 14 ciclos por segundo sobre las regiones centrales, con puntas lentas aisladas a nivel del vértex 3) finalmente, aparición de ondas delta señalan la fase de sueño establecido y tienden a desaparecer con el sueño muy profundo en el que se tiende hacia el silencio eléctrico, interrumpido por amplios husos.

Formas Patológicas: 1) Actividad Delta: se trata de las ondas más lentas de la 4 ciclos por segundo y de mayor voltaje 100mv en estado de vigilia son de alta significación, tanto por su presencia, siempre patológica, como por su localización existen dos tipos: las ondas delta regulares, sinusoidales, se denominan: monomorfas. Las ondas delta irregulares, anárquicas, se conocen por polimorfas. La presencia de un foco delta polimorfo significa la existencia de una lesión cortical local.

2) Ritmos Rápidos: Con excepción del ritmo beta, que se obser-

va en las regiones rolandica, los ritmos rápidos son considerados como patológicos. Se trata de ondas de 20 a 25 ciclos por segundo que aparecen con frecuencia en zonas posteriores. Para la mayoría de autores traduciría un estado de ansiedad existen también ritmos rápidos frontales y ritmos rápidos de bajo voltaje o trazados planos que hacen pensar en la ansiedad o los trastornos vasculares.

3) Trastornos paroxísticos: La aparición brusca de ondas de gran amplitud es de alta significación: traduce el funcionamiento sin crónico de una gran cantidad de células, que entran bruscamente en una hipersincronía que dará lugar a figuras bien definidas, compuestas por puntas (elementos rápidos muy agudos) y ondas (elementos más lentos, en ondas asimétricas) la combinación de estas formas, así como su localización permiten definir con una cierta precisión, el origen y la significación del paroxismo. Así un foco epileptógeno si predominan los ritmos lentos, existen muchas posibilidades de que el foco esté situado lejos de la convexidad, tanto más lejos cuanto mayor sea la proporción de ritmos lentos. En este caso con frecuencia, los signos recogidos no serán constantes ni estarán bien limitados.

Si la extensión de la irradiación eléctrica alcanza las zonas sensoriales y motrices, asistimos a las manifestaciones clínicas de comicialidad. Si la extensión se propaga aún más se asiste a una crisis epiléptica.

Cuando, simultáneamente, todas las derivaciones señalan de súbito una hipersincronía, nos encontramos ante las crisis generalizadas, brusca cuyo origen se sitúa con toda probabilidad en las formaciones medias de la base del cerebro (Centroencefalo de Penfield). La diferenciación entre las crisis generalizadas súbitas y las crisis de irradiación progresiva es de un considerable interés clínico. En el estudio eléctrico el que ha permitido clasificar y precisar los conocimientos sobre la epilepsia.

Los resultados del EEG en psiquiatría: Si bien puede considerarse como indispensable en el análisis de una epilepsia: el EEG, en los otros síndromes, proporciona al psiquiatra una información más o menos interesante. El método es todavía demasiado reciente o conjeturable como para permitir apreciaciones indiscutibles.

1) Epilepsia: El EEG ha permitido la clasificación de las epilepsias, asimismo ayuda a la observación y tratamiento.

a) Aprobar la existencia de una epilepsia, la cuestión se plantea ante los cuadros clínicos atípicos: crisis nerviosa, en la cual la anamnesis no permite alcanzar un diagnóstico: episodio psíquico paroxístico; Trastornos caracteriales graves con impulsiones, estados crepusculares, etc. el EEG puede dar una clara respuesta afirmativa con tantas mayores posibilidades de éxito, cuanto más inmediato al accidente se realice el examen, así como más prolongado y, sobre todo, repetido sea éste, sin embargo, puede ocurrir también que facilite indicaciones difíciles de interpretar o indicaciones negativas. Estas últimas respuestas no constituyen, no obstante, una prueba negativa.

b) Definir el tipo de epilepsia: la respuesta es precisa en los casos de gran mal esencial, de pequeño mal o de foco epileptógeno bien circunscrito, la mayoría de los epilépticos o psiquiátricos no entran dentro de esta primera categoría de enfermos, con paroxismos netos, tanto desde el punto de vista clínico como eléctrico, muchos de entre ellos se presentan al electroencefalografista como epilepsias temporales. Es decir que proyectan sobre la región temporal del cuero cabelludo paroxismos, por lo general, del tipo de ondas escarpadas o Sharp Waves, que las concomitancias clínicas llevan a denominar complejo psicomotor.

c) Definir el origen de la epilepsia: Se trata de un problema semejante al anterior tiene interés en casos de lesiones locales (tumor, hematoma etc.). El aspecto que se plantea de una intervención quirúrgica a causa de un foco epileptógeno, la exploración

eléctrica deberá ser continuada mediante electrocorticografía.

d) Seguir la evolución y los efectos del tratamiento: En este caso el EEG aporta datos valiosos mediante la comparación de las anomalías intercríticas o, por el contrario, la normalización del ritmo de fondo.

2) Afecciones cerebrales diversas: En aquellos casos en que lesiones del tejido cerebral, por otra parte manifiestas, no dan lugar a ningún signo clínico específico, el EEG puede contribuir a dilucidar el diagnóstico en dos puntos: El estado funcional global del cerebro y los signos eléctricos de localización.

a) Traumatismos Cráneo cerebrales: pueden ser tomados como ejemplo de estas informaciones. El EEG permitirá seguir en estas circunstancias la evolución de la restauración funcional del cerebro: Trazado plano y sin reactividad en la fase de conmoción, retorno de las reacciones a las estimulaciones sobre un trazado de fondo normalizado.

Sobre esta evolución de fondo, pueden también observarse las anomalías locales que manifiestan una atrición, un hematoma etc.

En el síndrome subjetivo de los traumatizados de cráneo se observan anomalías discretas en una proporción que oscila entre el 20 y 50% según los autores. Es por ello que debe actuarse con prudencia, cuando se tienen que interpretar anomalías ligeras en caso de peritaje.

b) Tumores: frecuentemente existen anomalías generalizadas no específicas que traducen la compresión del tronco cerebral, y anomalías localizadas de desigual valor localizador; los signos más claros a este respecto son la reducción de la actividad eléctrica de un territorio limitado y con más frecuencia, la aparición de un foco de ondas lentas. El interés del EEG en el diagnóstico de un tumor cerebral se manifiesta especialmente en los casos psi-

quiátricos, que dan lugar a pocos signos neurológicos a causa de su localización en una zona muda. Este es el caso de ciertos tumores frontales y de muchos tumores parietales.

c) Lesiones vasculares: Las anomalías lentas, focales o difusas se observan solamente en los síndromes agudos. Con frecuencia, cuando se ha terminado la fase evolutiva el trazado se normaliza, incluso si subsisten importantes lesiones residuales.

d) Atrofias cerebrales y estados demenciales orgánicos: los trazados son variables como elementos positivos deben retenerse: 1) la rareza de alfa el arrastre positivo del cerebro en casi todas las frecuencias de la ELI la tendencia al trazado plano 2) una disminución de la reactividad a las estimulaciones psicosenoriales 3) alteraciones localizadas (ondas lentas) que corresponden a una zona atrófica, sobre todo si es posterior 4) la noción de que las anomalías eléctricas están más en relación con la evolutividad del proceso que con su importancia anatómica.

Afecciones psiquiátricas sin sustrato anatómico demostrado:

a) Psicosis aguda: Se trata sobre todo, de la tendencia a los enaltecimientos del ritmo, la aparición el ritmo theta y la disminución o abolición de la reactividad.

b) Esquizofrenia: Los signos descritos por Davis con el nombre de Choppy Rhythm en 1940 o ritmo cortado; el ritmo alfa es pequeño o nulo, o reemplazado por un ritmo lento, pero estos ritmos están desorganizados, son de bajo voltaje y con rápidas frecuencias de 26 a 50 ciclos por segundo que los interrumpen sin regularidad. Este EEG que parece al de los sujetos bajo efectos de la mescalina, se encontraría según Davis en un 61% de los casos diversos autores han criticado dichas aserciones descargas, ondas lentas paroxísticas Sharp Waves 4 ciclos por segundo o puntas ondas; todos los autores están de acuerdo en reconocer que estas figuras son tanto más frecuentes cuanto más reciente es la esqui-

zofrenia. Son muy abundantes en los catatónicos 3) la resistencia del ritmo alfa a la reacción de paro, así como a la desorganización por la hipernea.

c) Personalidad psicopática: Las anomalías del EEG son muy frecuentes en el grupo de los desequilibrados en los cuales la impulsividad juega un papel importante. Las anomalías descritas son: foco de ondas lentas en el área de proyección temporal 2 ritmos Theta 3 ritmos rápidos más raramente 4 figuras de hipersincronía más o menos evocadores de epilepsia.

d) Psicosis maníaco Depresiva: En los maníacos se describen episodios muy breves de trazados de sueño (microeslep); en el maníaco. Liberson ha descrito la misma figura en las psicosis involutivas de tipo maniaco depresivo, se constata la presencia de ritmos rápidos aproximadamente en la mitad de los casos, al contrario de lo que ocurre en las psicosis seniles en las que abundan los ritmos lentos.

REVISION DE CASOS CLINICOS DE PACIENTES REOS

Número de caso: Uno
Paciente: CDJRC Edad 46 años
Número de registro médico: 319/70

Historia: referido en papeleta, que el paciente el día 30 de Julio de 1970 ingirió unas cuantas copias de licor sin llegar a emborracharse y al día siguiente, se sintió mal y decidió dejar el trabajo renunciando y se dirigió a San Miguel Petapa donde comenzó a destruir objetos de una propiedad privada por valor según nota de Juez de mil Quetzales; el paciente refirió no acordarse de nada.

Antecedentes Médicos: Cefalea frecuente y visión borrosa náuseas y vómitos.

Antecedentes quirúrgicos: negativos, Traumáticos; negativos Familiares neg.

Escolaridad: 6o. año de primaria.

Ocupación: Cartero.

EEG 19 agosto/70 -----Normal paciente en vigilia.

EEG 24 agosto/70 -----Normal paciente sedado.

EEG 8 Septiembre/70-----Normal paciente sedado.

Resumen: A su ingreso se investigó una epilepsia de Jasper y se descartó por electroencefalogramas en número de tres que fueron negativos teniendo como diagnóstico una reacción depresiva psicótica aguda de origen indeterminado en Septiembre/70 tuvo su egreso/ posteriormente queda en libertad.

Caso Número Dos
Paciente: EDLD Edad: 23 años
Número de registro: 366/70

Historia: Pte. es referido por juez de paz de Mazatenango por Hurto de semovientes a su ingreso Pte. presentó convulsiones tónico clónicas.

ANTECEDENTES MEDICOS: Ninguno.

Antecedentes Familiares: ninguno.

Escolaridad: quinto año de primaria.

Ocupación: despachador.

EEG: 24/septiembre/70 Lentitud de ritmo de base trastornos paroxísticos y presencia de espigas lentas amplias hipersincrónicas y presencia de espigas lentas que traduce una lesión cortical generalizada con máxima patología en ambas regiones anteriores.

Resumen: paciente presentó un síndrome cerebral crónico asociado a crisis convulsivas de tipo gran mal acompañada de hemiplejía izquierda en Mi y ms.

Caso Número: Tres
Paciente: A R Edad: 26 años
Número de ficha: 416/70 Soltero

Historia: paciente referido por Juez de Huehuetenango indicado de Lesionar a una menor.

Antecedentes Médicos: negativos. Traumáticos: negativos

Antecedentes Familiares: Negativos.

Escolaridad: cuarto año de primaria.

Ocupación: agricultor.

EEG: 23 de Junio/71 -----normal.

Resumen: paciente fue ingresado con un Dx de reacción esquizofrénica indeterminada por lo tanto no fue responsable de sus actos.

Caso Número: Cuatro

Paciente: E C Edad: 48 años. Casado

Número de ficha: 496/70

Historia: paciente consignado por juez por falsificación de documentos (título de propiedad).

Antecedentes Médicos: En 1956 sufrió traumatismo cráneo cefálico siendo hospitalizado en el hospital General San Juan de Dios durante 6 días y luego cuatro años después comenzó a presentar cambios de conducta, cefalea, desorientación, insomnio, verborrea y pérdida de la memoria actual.

EEG: 28/Noviembre/70 normal.

Resumen: paciente solamente presentó crisis de angustia y menos precio por su persona siendo el diagnóstico como normal.

Caso Número: Cinco

Paciente: A O O C Edad: 18 años Soltero

Número de ficha: 93/71

Historia: paciente referido por juez por tenencia de Marihuana.

Antecedentes patológicos y médicos: referido por madre que de dos meses de evolución comenzó a presentar trastornos de la conducta y pérdida de la memoria.

Antecedentes familiares: negativo.

Escolaridad: tercero de primaria.

EEG: 5 de abril/71 alteración de la corteza cerebral compatible con gran mal.

Resumen: Se ingresó con un diagnóstico de SCC asociado a trastornos convulsivos y períodos psicóticos depresivos por lo tanto no era responsable de sus actos.

Caso Número: Seis

Paciente: DT Edad: 25 años Soltero

Número de registro: 262/72

Escolaridad: ninguna Ocupación: ninguna.

Historia: referido por juez de Escuintla sindicado de Homicidio.

Antecedentes Médicos: neg. Familiares: neg. Patológicos: Desorientación y verborreico

EEG: 4 de Agosto/72-----normal.

Rx de cráneo: 10/agosto/72 normal.

Resumen: Paciente se le diagnosticó una reacción esquizofrénica catatónica a su ingreso presentaba una psicosis aguda.

Caso Número: Siete

Paciente: LFMM Edad: 16 años

Soltero Número de ficha: 393/69

Historia: referido por juez por tenencia ilegal de marihuana.

Antecedentes Médicos: neg. Traumáticos: caída en 1968 sufriendo trauma cráneo-cefálico con pérdida del conocimiento quedando hospitalizado en hospital general San Juan de Dios.

Escolaridad: tercero prevocacional.

Ocupación: ninguna.

EEG: 12/noviembre/69 irritación cortical generalizada compatible con epilepsia de tipo gran mal.

Resumen: paciente fue tratado y diagnosticado como una epilepsia de tipo gran mal con períodos psicóticos por lo cual el paciente no era responsable de sus actos.

Caso Número: Nueve

Paciente: ER P Edad: 20 años Soltero

Número de ficha: 404/71

Historia: paciente es sindicado por profanación de cadáveres robo y asesinato.

Antecedentes Médicos: problema similar al actual con alucinaciones visuales y auditivas y cambios de conducta y verborrea.-

Quirúrgicos: Neg.

Escolaridad: neg. Ocupación: Jornalero

EEG: 2 noviembre/71 19 Oct/71 Nel.

Resumen a su ingreso se diagnosticó una reacción psicótica depresiva de la cual se le dio egreso posteriormente mejorado.

Caso Número: Diez

Paciente: TSG Edad: 24 años Casado

Historia: paciente referido de Pavón sindicado de homicidio con historia de que al encontrarse en estado de ebriedad - mató a un amigo.

Antecedentes: Convulsiones tónico-clónicas de dos años de evolución.

Escolaridad: sexto año de primaria.

Ocupación: ninguna

EEG: 23 dic/71 trazo que presenta espigas amplias que traduce una irritación cortical difusa de tipo gran mal ideopático.

Resumen: paciente con SCC asociado a crisis convulsiva que presenta además una personalidad obsesivo compulsiva y al ingerir licor le produce una embriaguez patológica o psicosis aguda, la cual no es responsable de sus actos.

Caso Número: Once

Paciente: A D P H Edad: 35 años Soltero

Número de ficha: 250/72

Historia: sindicado de atacar a una persona y ocasionarle lesiones.

Antecedentes: médicos: convulsiones tónico-clónicas desde los 15 años de edad. Quirúrgicos: negativos. Familiares: negativos.

EEG: 21/Julio/72 trazado compatible con una epilepsia de tipo gran mal ideopático.

Rx de cráneo: 24 de Julio/72 normal.

Resumen: Paciente fue ingresado con diagnóstico de SCC asociado a crisis convulsiva por lo tanto paciente no era responsable de sus actos.

Caso Número: Doce

Paciente: AHR Edad: 19 años Soltero

Número de ficha: 506/72

Historia: de 10 años de evolución comenzó a presentar convulsiones tónico-clónicas y pérdida de la memoria y comportamiento antisocial (camina desnudo en la calle) siendo referido por Juez de Paz por enajenación y violación en grado de tentativa en una menor.

Antecedentes médicos: convulsiones tónico clónicas de 10 años de evolución: Quirúrgicos: Negativos. Familiares: negativos.

EEG: trazado compatible con epilepsia de tipo gran mal.

Resumen: Paciente fue ingresado con un diagnóstico de gran mal y egresado con su tratamiento anticonvulsivo y por lo tanto el paciente no es responsable de sus actos.

Caso Número: Trece

Paciente: D G V L Edad: 20 años Soltero

Número de ficha: 513/72

Historia: paciente es referido por Juez de Chiquimula por agredir a una persona mientras se encontraba ingiriendo licor, paciente no refiere haber padecido ninguna enfermedad.

Antecedentes: Médicos: Amigdalitis a repetición. Quirúrgicos: neg. solamente refiere que es de carácter muy irritable.

Ocupación: fotógrafo.

Escolaridad: quinto año de primaria.

EEG: en vigilia 25 Enero/73 se repetirá por encontrar una pequeña anomalía 22/11/73 irritación cortical compatible con SCC

paciente sedado.

Resumen: paciente fue ingresado con un dx de una psicosis aguda de origen epiléptico.

Caso Número: Catorce

Paciente: APC Edad: 43 años Casado

Número de Ficha: 568/72

Historia: Paciente referido por Juez de Paz de Petén para evaluación psiquiátrica por cometer doble asesinato.

Antecedentes médicos quirúrgicos y traumáticos Negativos al igual que antecedentes familiares: Negativos.

Escolaridad: Ninguna.

Ocupación: agricultor.

EEG: 22/Enero/73 se recomienda otro sedado paciente no colaboró.

11/abril/73 normal.

Resumen: paciente probablemente padeció de una psicosis aguda teniendo como origen probable epiléptico sin embargo no se pudo determinar el origen del mismo. Paciente se fugó de este hospital en marzo de 1974.

Caso Número: Quince:

Paciente: MBA Edad: 25 años Soltero

Número de ficha: 40/73

Historia: paciente es referido por Juez sindicado de tentativa de violación y enajenación mental.

Antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos y familiares: negativos.

Escolaridad: ninguna Ocupación: agricultor.

EEG: 6/marzo/73 compatible con SCC asociado o convulsiones. Traumatismo en cráneo a los 16 años de edad estando hospitalizado en hospital General San Juan de Dios durante dos meses datos proporcionados por hermano posteriormente.

Resumen: paciente presentó un SCC asociado con convulsiones - post-traumático posiblemente.

Caso Número: Diez y seis

Paciente: N P E Edad: 35 años Soltero

Número de ficha: 103/73

Historia: paciente referido por Juez de paz de Huehuetenango - por atacar a dos mujeres a machetazos refiriendo el paciente que no se acordaba de nada.

Antecedentes Médicos: convulsiones tónico-clónicas cada mes desde los 15 años de edad.

Quirúrgicos: negativos, traumáticos: negativos familiares: negativos.

Escolaridad: ninguna

Ocupación: agricultor.

EEG: 9/Marzo/73 SCC

Resumen: en base a exámenes clínicos y EEG se concluyó que padeció de un SCC asociado a reacciones psicóticas por lo tanto no es responsable de sus actos.

Caso Número: Diez y siete

Paciente: J V G G Edad: 39 años Casado

Número de ficha: 308/71

Historia: refieren que paciente siempre ha sido desconfiado y celoso estando casado en una oportunidad divorciándose por el motivo anterior, volviendo a casarse nuevamente, sindicado de intento de homicidio sobre su esposa y su supuesto amante (el médico de la localidad).

Antecedentes Médicos, Quirúrgicos, traumáticos: Negativos.

Familiares: Negativos.

Escolaridad: tercer año de primaria.

Ocupación: Panadero.

EEG: Julio/71 normal

Resumen: clínicamente se llegó al diagnóstico de paranoia.

Caso Número: Diez y ocho.

Paciente: C G M

Edad: 25 años

Casado

Número de registro: 132/73

Historia: paciente es referido por Juez de Jutiapa sindicado de Homicidio.

Antecedentes: médicos quirúrgicos, traumáticos y familiares: negativos. Solamente pudo indicar que ha padecido de ataques ignorando fecha de apareamiento y evolución de los mismos.

Hábitos: Ingiere licor en grandes cantidad.

EEG: 17 Abril/73

Resumen: Paciente fue ingresado y tratado como una reacción esquizofrénica y período psicótico post-alcohólico.

Caso Número: Diez y Nueve

Paciente: C V M

Edad: 23 años

Soltero

Número de ficha: 258/72

Historia: paciente fue sindicado de homicidio: (parricidio mató a su madre a machetazos).

Antecedentes Médicos: convulsiones tónico clónicas no indicando tiempo de evolución ni intervalo entre las mismas, así como cefalea constantes.

EEG: 17/Julio/73 Octubre 3/73 Irritación cortical discreta y difusa.

Resumen: Paciente había sido tratado como un SCC asociado a convulsiones y reacciones psicóticas.

Caso Número: Veinte

Paciente: O A I F

Edad: 45 años

Casado

Número de ficha: 237/71

Historia: Paciente es sindicado por el delito de intento de incendiar su casa de habitación encontrándose sus habitantes dentro.

Antecedentes: convulsiones tónico clónicas desde los 15 años de edad es bebedor crónico, quirúrgicos y familiares y traumáticos: negativos.

EEG: 25 Junio/71 lesión cortical difusa trazado frecuentemente encontrado en síndromes epilépticos de larga duración.

Resumen: paciente le fue diagnosticado clínicamente y por medio de EEG un SCC asociado a crisis convulsivas por lo tanto durante estas el paciente no es responsable de sus actos.

Caso Número: Veinte y uno

Paciente: F H H

Edad: 65 años

Soltero

Historia: Paciente es referido por Juez sindicado de homicidio.

Antecedentes: pérdida de la memoria y cambios de conducta de 1 año de evolución quirúrgicos traumáticos y familiares: negativos.

EEG: 18/Junio/71 traduce una encefalopatía generalizada, discreta e inespecífica, probablemente relacionada con trastornos circulatorios cerebrales de un SCC.

Resumen: paciente fue ingresado con un dx. de SCC recibiendo tratamiento para ello y no fue considerado como responsable de sus actos.

Caso Número: Veinte y dos

Paciente: O M R

Edad: 39 años

soltero

Historia: paciente referido por Juez de Chiquimula por agresión a terceras personas de hecho y de palabra.

Antecedentes de convulsiones tónico-clónicas de nueve años de evolución, quirúrgicos traumáticos y familiares: negativos.

Escolaridad: ninguna ocupación: agricultor.

EEG: 13 Enero/74 compatible con síndrome epiléptico.

Resumen: paciente fue tratado con un diagnóstico de síndrome epiléptico y egresó con tratamiento anticonvulsivantes.

Caso Número: Veinte y tres

Paciente: J L G O Edad: 29 años Soltero

Número de ficha: 252/74

Historia: sindicado por el hurto de semovientes.

Antecedentes: retraso mental el cual fue observado desde su infancia, no hay antecedentes quirúrgicos ni traumáticos ni familiares.

Escolaridad: ninguna

Ocupación: vendedor.

EEG: 2/Julio/74 irritación cortical en ambas regiones anteriores.

Rx de cráneo: 10/Julio/74 normal.

Resumen: paciente se le consideró con debilidad mental secundaria a problema crónico por lo tanto no es responsable de sus actos.

Caso Número: Veinte y cuatro

Paciente: M L M D Edad: 17 años Soltero

Registro: 53/66

Historia: paciente referido por juez por alteración del orden público.

Antecedentes Médicos Quirúrgicos, traumáticos y familiares: negativos.

Escolaridad: Primero prevocacional. Ocupación: Ninguna
EEG: 28/Julio/69 irritación cortical generalizada.

Resumen: paciente fue ingresado y tratado como una epilepsia de tipo gran mal y equivalentes psíquicos.

Caso Número: Veinte y cinco

Paciente: I D C L Edad: 12 años Soltero

Historia: paciente referido por Juez por agresividad a terceras personas de hecho y de palabra.

Antecedentes de convulsiones tónico-clónicas como Ant. Médicos. Quirúrgicos traumáticos y familiares: Negativos.

Escolaridad: tercero de primaria. Ocupación: ninguna.

EEG: 7/Marzo/73 anormal en forma generalizada observado en síndromes epilépticos de larga duración.

Resumen: paciente fue ingresado con un diagnóstico de síndrome epiléptico de larga duración. Recibiendo su tx. anticonvulsivante.

Caso Número: Veinte y seis.

Paciente: A A L Edad: 20 años Soltero

Número de ficha: 321/74

Historia: familiares refieren que el paciente desde hace dos años comenzó a presentar cambios de conducta, alcoholismo drogadicción y agresividad de hecho y de palabra contra su madre por lo que fue referido por Juez por Lesiones.

Antecedentes: Ninguno.

Rx de cráneo: 23/Sept/74 Cráneo normal.

EEG: 2 Octubre/74 lesión cortical en ambas regiones frontales foco epileptógeno.

Resumen: paciente fue tratado y diagnosticado como una epilepsia de tipo gran mal no siendo responsable de sus actos.

Caso Número: Veinte y Siete.

Paciente: S R R Edad: 38 años Soltero

Número de ficha: 143/72

Historia: paciente es referido por Juez por haber cometido el asesinato de su esposa mientras se encontraba en estado alcohólico.

Antecedentes: bebedor crónico y últimamente había presentado alucinaciones visuales.

Escolaridad: ninguna. Ant. Quirúrgicos traumáticos y Familiares: negativos.

EEG 19 Mayo/72 Normal.

Rx de cráneo 2 de Mayo/72 normal

Resumen: paciente ingresó en calidad de reo por homicidio ingresó con Dx de una psicosis secundaria a una intoxicación alcohólica padeciendo una alucinación post-alcohólica no siendo responsable de sus actos.

Caso Número: Veinte y ocho

Paciente: A N G Edad: 20 años Soltero

Número de ficha: 50/66

Historia: paciente es referido por Juez de Paz sindicado de robo

Antecedentes médicos quirúrgicos y traumáticos, negativos.

Hábitos: bebedor dioxmano.

EEG 18 Septiembre/74 irritación cortical discreta generalizada

Resumen: paciente fue tratado y diagnosticado como una epilepsia acinética y con la ingesta de alcohol sufre una desorganización de sus precarias defensas psicológicas.

RESULTADOS

Aquí se analizarán los hallazgos aportados por los diferentes pacientes y que según nuestro criterio son importantes.

Cuadro 1

a) Frecuencia según edad:

Grupo de edad	No. de casos	Porcentaje
10-19	5	17.8
20-29	12	42.9
30-39	5	17.8
40-49	5	17.8
50-59	0	00.0
60-69	1	3.6
70-79	0	00.0
Total	28	99.9

El paciente de mayor edad fue de 65 años y el de menor edad 12 años.

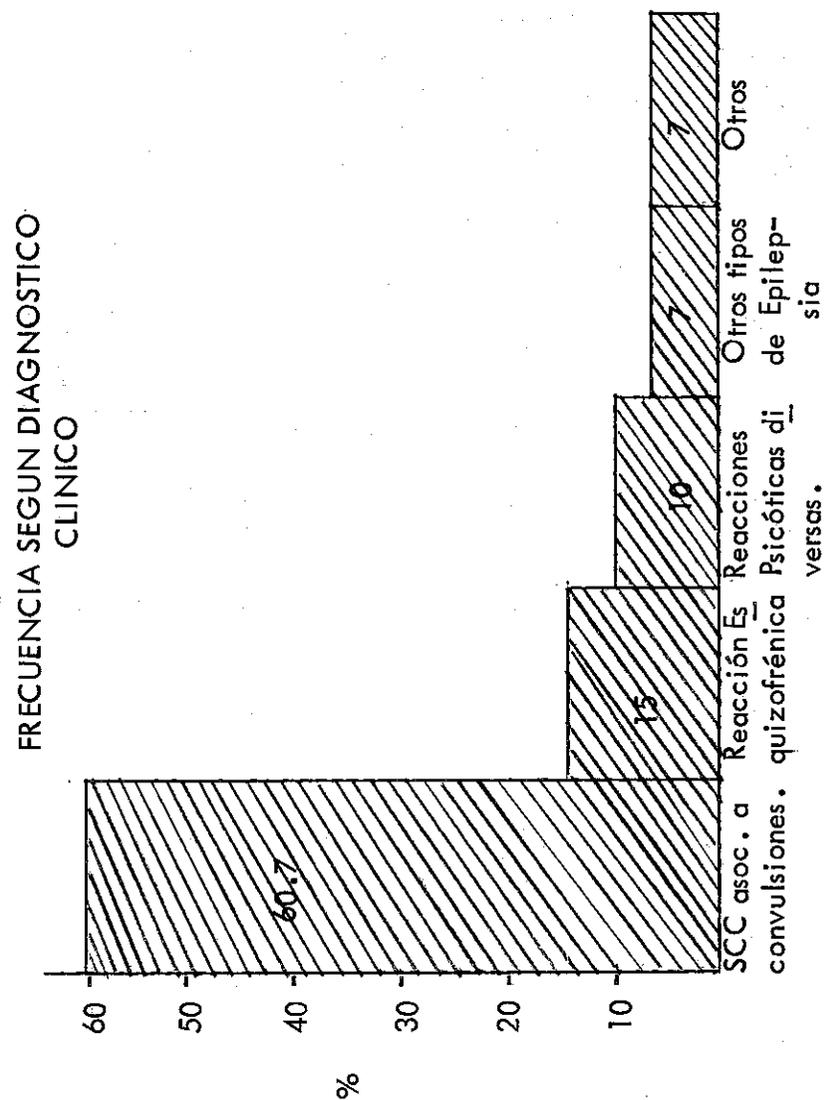
El grupo de edad promedio de los pacientes estudiados según el cuadro 1 oscila entre los 20 y los 29 años.

Cuadro 2

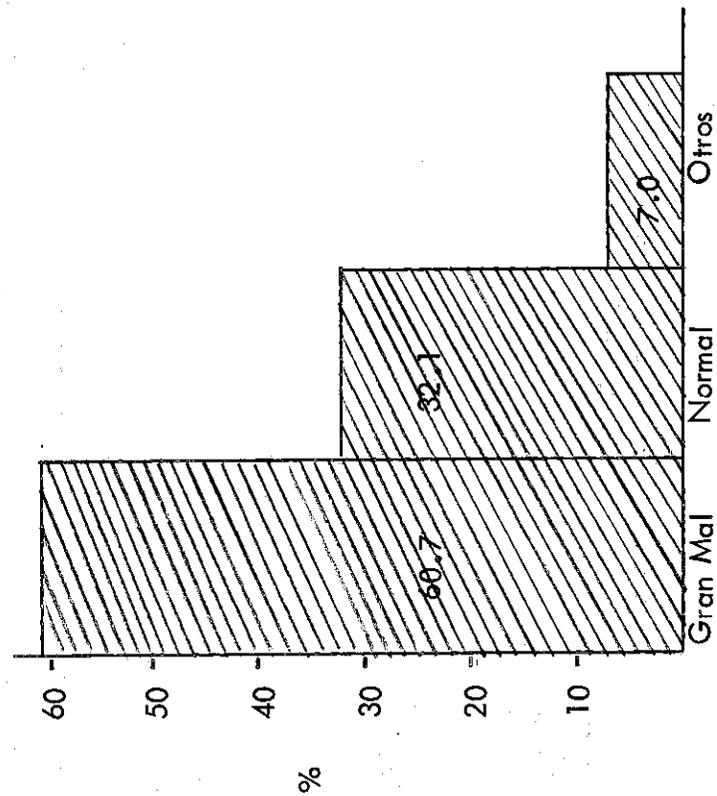
b) Frecuencia según diagnóstico clínico

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
SCC asociado a convulsiones	17	60.70
Reacción esquizofrénica	4	15.00
Reacciones psicóticas diversas	3	10.00
Otros tipos de epilepsia	2	7.00
Otros	2	7.00
Total	28	99.70

El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue el de Granmal con un total de 17 casos.



FRECUENCIA SEGUN DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAFICO



c) Frecuencia según diagnóstico electroencefalográfico

Dx electroencefalográfico	Frecuencia	Porcentaje
GRAN MAL	17	60.7
NORMAL	9	32.1
OTROS	2	7.0
TOTAL	28	99.8

El diagnóstico electroencefalográfico más frecuente fue de gran mal con un porcentaje de 60.7%.

ANÁLISIS Y COMENTARIOS

Este trabajo de tesis tiene como objetivo, iniciar una relación más íntima entre la aplicación de la ley por los tribunales de justicia y los médicos que tienen a su cargo la evaluación, de las personas que sospecha, se señalan, que se clasifican y que son enfermos mentales sujetos a procedimientos criminales por algún delito cometido.

El análisis de los casos presentados, se debe a que hasta hace dos años no existía en Guatemala el servicio de psiquiatría forense como asesor del organismo Judicial en los casos que juzgan, sino que era el hospital Neuropsiquiátrico quien prestaba este servicio gratuito, exigiéndose de la institución y de su personal dictámenes analíticos que resolvieran dudas que bajo el punto de vista legal, se presentaban a los Jueces.

En consecuencia he querido colaborar con la experiencia adquirida en el hospital Neuropsiquiátrico, escudriñando en sus archivos, casos notables o muy especiales que fueron evaluados, diagnosticados y ayudar al Organismo Judicial.

Sí es interesante pensar que en la gran mayoría de los casos se pide al psiquiatra detalles que no pueden encuadrarse dentro de los límites de la conducta humana, que no tiene fronteras radicales específicas, sino por el hecho de ser humano flexible.

Por otra parte estos informes al amparo de la legislación vigente son presentados por médicos que no tienen ninguna remuneración específica y que se recarga dentro de sus obligaciones especiales, acarreado en muchas ocasiones, responsabilidades serias que han querido derivar angustiando y en ocasiones provocando serias repercusiones en el trabajo y la vida de quien gra-

tuitamente está poniendo al servicio de la humanidad, su experiencia y conocimientos.

De la investigación llevada a cabo en los expedientes revisados y en muchos otros, debe pensarse en hacer una o varias actividades para reformar alguna parte de las leyes vigentes, porque actualmente los tribunales del ramo penal con el hecho de sospechar por dictámenes escritos, que se trata de un enfermo mental irresponsable con cuadro clínico transitorio, se resuelve recluir definitivamente al ser humano que se le ha clasificado como enfermo mental, en hospitales especializados, hasta que dictámenes periciales nuevos, indiquen que no hay peligrosidad para la sociedad.

Pienso que esta actitud es negativa dentro de todo principio de derecho humano, puesto que en la tramitación del proceso se ha dictaminado que se trata de un cuadro mental con irresponsabilidad, pero en la tramitación que dura meses en muchas ocasiones, ya el cuadro ha mejorado y cuando se le quiere hospitalizar, el paciente está en condiciones de egresar, permaneciendo por meses y hasta años el logro de su salida del centro en que fue recluido.

Otro enfoque es el de que se debe estimular la especialización en criminología en los distintos niveles culturales del país, pero especialmente en abogados, psiquiatras y sociólogos, etc. para analizar adecuadamente el futuro de estos casos.

CONCLUSIONES

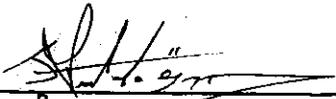
- 1) Bajo el punto de vista forense, los jueces deben tomar en cuenta que el método diagnóstico en psiquiatría, en su gran mayoría los datos con que se cuenta son subjetivos, por la misma subjetividad de la mente humana.
- 2) Existe una inadecuada comunicación entre el organismo Judicial y los métodos psiquiatras que redundan en perjuicio de los pacientes sujetos a procedimiento criminal reclusos en el Hospital Neuropsiquiátrico por resolución Judicial.
- 3) Para los jueces el proceso que se sigue contra una persona que se sospecha que padece enfermedad mental es solamente un caso archivado, por el contrario para el perito es un caso clínico que de comprobarse, se tratará con todos los medios a su alcance de brindarle un tratamiento adecuado con el fin de obtener una remisión de su cuadro patológico.
- 4) Que es inhumano y contra el más elemental respeto a la persona, que no es imputable por padecer enfermedad mental se encuentre refundida en una prisión (granja Penal), sin el más mínimo recurso terapéutico y ambiental para su recuperación, física y psíquica; como también es inhumano mantener reclusa a una persona en un hospital mental sin instalaciones adecuadas, ya que en muchos casos solamente, este encierro contribuye a destruir sus precarias defensas, psicológicas.

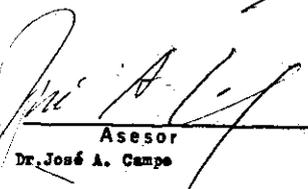
RECOMENDACIONES

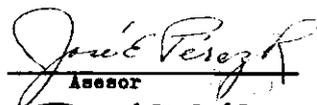
- 1) Que tanto abogados, psiquiatras y sociólogos posean una especialización en criminología, para que sea con un criterio adecuado como se sometan a estudio especializado los casos que así lo requieran.
- 2) Es urgente e indispensable construir un centro adecuado para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales sujetos a procedimiento criminal y no solamente de evaluación como actualmente funciona con proyección negativa hacia la persona.
- 3) Que exista una mejor comunicación entre los peritos y los jueces por medio de un lenguaje fácil (entendible para ambas partes).
- 4) Que cuando se dicta sentencia de irresponsabilidad para una persona y se decide recluirlo en un centro especializado (hospital Neuropsiquiátrico), el tiempo de tramitación del proceso no sea tan largo, en vista de que muchos pacientes cuando se decide hospitalizarlos ya se encuentran en franca mejoría y que ingresar al hospital es muy fácil pero egresar es muy difícil, y con ello no solamente se produce una pérdida de tiempo, dinero y trabajo, sino que esto va en detrimento de los pacientes, que se encuentran en un ambiente hostil por encontrarse recuperados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ey Henri. Tratado de Psiquiatría. Barcelona España Impresiones Gráficas Iricolor España 1965.
- 2.- Hesnard A. Psicología Del Crimen. Barcelona España. Ediciones Zeus colección Tecnológica 1a. Edición 1963.
- 3.- Hofling Charles K. Tratado de Psiquiatría México DF. Editorial Interamericana 3a. edición 1970.
- 4.- Mora Carlos Federico Medicina forense 3a. edición Guatemala Tip. Nac. 1963.
- 5.- Solomon Philip. Manual de psiquiatría. México DF. Traducido por Dr. Armando Soto Editorial El Manual Moderno 1a. edición 1972.
- 6.- Weygandt W. Psiquiatría Forense México DF. Editorial Nacional Edinal 2a. edición.
- 7.- Cruz Héctor Código Penal y Procesal Penal de Guatemala Editorial Universitaria Guatemala. 1977.
- 8.- Ackerknecht Erwin H. Breve historia de la Psiquiatría Buenos Aires Argentina Editorial Universitaria de Buenos Aires. 3a. Edición 1968.
- 9.- Noyes, Arthur P. Psiquiatría Clínica moderna 3a. edición México la prensa médica Mexicana 1971.


Dr. José Roberto González Arévalo


Asesor
Dr. José A. Campo

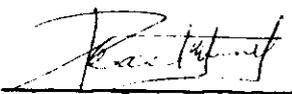

Asesor
Dr. José Barea


Revisor
Dr. Ricardo García Muñoz


Director de Fase III
Dr. Julio De León


Secretario General
Raul A. Castillo

Vº.Bº.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo