

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ms. ata

"INCIDENCIA DE REACCIONES PSICOTICAS EN
PACIENTES EPILEPTICOS

(Revisión de 50 casos en el Hospital
Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Guatemala)

WALTER MARCOS LOPEZ



PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION
- III. FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS
- IV. ETIOLOGIA
- V. ASOCIACIONES
- VI. MANIFESTACIONES CLINICAS
- VII. TRATAMIENTO
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

LAS EPILEPSIAS

Datos Históricos:

Hace muchos siglos las convulsiones epilépticas tenían una interpretación sobrenatural. Si los cráneos prehistóricos que - - adornan ahora las vitrinas de los Museos pudieran hablar, muchos narrarían, por propia experiencia, historias de convulsiones o dolores de cabeza intolerables que sus dueños experimentaron y de los médicos curanderos, que por raspaje o serruchando lograron una apertura del cráneo para permitir la salida del "espíritu responsable". El primer libro acerca de la epilepsia fue escrito en 1754 por el Doctor Pedro de Horta, en el pueblo de Los Angeles de Nueva España (hoy California). El libro está enteramente dedicado al tema de la posesión diabólica. - - Aún hoy grandes extensiones de la tierra están habitadas por - - hombres que creen que las crisis epilépticas deben ser tratadas por exorcismo o expiaciones. Por supuesto que las personas -- instruidas no creen en la posesión demoníaca del epiléptico, - sin embargo muchos actúan como si lo pensarán.

Sabemos en la actualidad que la electricidad mueve artefactos domésticos, hace funcionar televisiones, teléfonos etc.; por lo consiguiente "una crisis convulsiva, no es sino la evidencia visible de una tormenta eléctrica dentro del cerebro". La verdadera causa de las crisis recide en la constitución física y química particular de las células de descarga del cerebro, aunque también ya se hablaba del factor herencia. La cura de las epilepsias vendrá cuando se logre modificar la alteración química y el trastorno eléctrico de las ondas cerebrales. Una convulsión es parecida a una mala conexión telefónica o un incendio por combustión "espontánea".

Personalidad Epiléptica:

Algunos médicos han insistido sobre la peculiar personalidad - del epiléptico como parte esencial de su enfermedad, caracterizable aún antes que se instalen las convulsiones. Se trataría

de individuos egocéntricos, introvertidos, pedantes, que repiten gestos o formas favoritas del lenguaje, estrechez en sus puntos de vista, monótonos de palabra y pensamiento y superficiales en sus emociones. Aquellos que relacionan la epilepsia con inferioridad, descubren con sorpresa que un cierto número de epilépticos figuran en las páginas de la historia. Este conocimiento debe ser una fuente de estímulo y un aliento para todos los que padecen de crisis epilépticas. Como ejemplo se citan:

Julio César, Pedro el Grande, Calígula, Alejandro Magno, posiblemente Napoleón Bonaparte, Mahama, Lord Byron, Dostojevski, Paganini, Berlioz, Guy de Maupassant, Cardenal Richelieu, Haendel, Van Gogh, etc. etc.

Definición:

"La epilepsia es un trastorno paroxístico y transitorio de las funciones del cerebro que se desarrolla bruscamente, cesa espontáneamente y presenta una notable tendencia a repetirse" (Russell Braim 1951). El trastorno puede estar muy localizado y manifestarse por ejemplo en sacudidas de un solo músculo, o en una sola experiencia sensorial centrada en uno de los sentidos especiales."

En tales casos no hay alteración de la conciencia, este tipo de la epilepsia focal pertenece más al campo de la Neurología, -- que al de la Psiquiatría. Por otra parte, los trastornos de la función cerebral pueden ser generales y de cualquier grado. Así nos encontramos en un extremo con una pérdida total de la conciencia que puede durar desde una fracción de segundos, hasta varios minutos, y en otro extremo puede haber solo ligeros trastornos de la capacidad de la atención, o un pequeño cambio en el estado de ánimo. Los factores causales son tan variables como los síntomas. La epilepsia conceptualizada como entidad nosológica ha llegado a ser considerada un síntoma de muchas enferme-

dades, no obstante existe un número considerable de pacientes que sufren de epilepsia "Idiopática" o sea de síntomas epilépticos cuya causa no se conoce, y que se atribuyen a la constitución, sea éste genética o adquirida.

Fundamentos Fisiológicos:

La cualidad esencial de una manifestación epiléptica es la presencia de una excitación neuronal espontánea en algún foco, la cual puede o no difundirse a otras neuronas; la descarga puede mantenerse en un límite estrecho, como en las epilepsias focales - en donde el aspecto clínico es focal, será este un proceso transitorio sensorial o motor, pero puede efectuarse en un área silenciosa del cerebro en donde no habrá manifestaciones clínicas visibles. - El E.E.G. ha demostrado que muchas descargas epilépticas son sub-clínicas, que no se sienten en forma subjetiva, ni muestran objetivamente alteraciones de la conducta. Esta descarga local puede difundirse para producir la excitación de los centros sub-corticales encargados de la producción de las perturbaciones eléctricas - generales del cerebro, originándose un ataque epiléptico o alguna supresión de la conciencia. La facilidad con que esta perturbación difusa se genera en un cerebro, constituye probablemente la diferencia entre un epiléptico "idiopático" de un individuo normal. La diferencia entre la epilepsia sintomática y la idiopática, parece ser que, en la primera, el ataque epiléptico se inicia en un centro focal de la corteza, activándose secundariamente los centros relacionados con la detonación de la descarga eléctrica - generalizada. En la epilepsia idiopática estos centros situados en el tálamo, y en la porción superior del cerebro medio, constituyen el sitio primario de la descarga, no existiendo un foco "irritativo" cortical. La facilidad con que se puede generar la descarga epiléptica difusa, varía de un individuo a otro, pero se cree que es un "factor constitucional" que influye en la patogénesis de la epilepsia sintomática. Este factor fue demostrado en el descubrimiento de Conrad, de que los gemelos uniovulares de epilépticos sintomáticos, tenían una expectación elevada de epilepsia. Así mismo Lennox observó la existencia de E.E.G. idénticos en gemelos uniovulares aún cuando uno tenía epilepsia sintomática y el otro clínicamente era normal. Por otra parte una predisposición epiléptica puede permanecer inadvertida hasta que ocurre un traumatismo craneal ligero o alguna tensión de poca importancia. Los cambios

metabólicos "especialmente el cambio de alcalinidad de la sangre" tienen gran influencia, facilitando la excitación espontánea para la difusión de la descarga en el sistema nervioso, también la causan la "baja de la glucosa en la sangre" y la producción de un estado de "hidremia" al beber grandes volúmenes de líquidos, así como algunas mujeres tienen propensión a sufrir ataques epilépticos en un período determinado del ciclo menstrual.

Frecuencia:

La frecuencia relativa de las epilepsias generalizadas o centroen defálicas y focal es considerada de modo muy diverso por los diferentes autores. Todos están de acuerdo que la epilepsia centroen defálica aparece en los primeros veinte años de la vida, a partir de esta edad los casos de epilepsia focal aumentan considerablemente. En enfermos Hospitalizados se estudió (Conrad) que más de la mitad eran epilépticos idiopáticos, un cuarto debido a la herencia y otros factores y apenas un quinto de los pacientes eran puramente sintomáticos. La frecuencia según el sexo es más o menos la misma para ambos, resultando afectados principalmente en su edad temprana más o menos el 40 por ciento de epilépticos tienen su primer ataque entre 1 y 10 años y otro 30 por ciento entre 10 y los 20 años. La frecuencia aumenta también con los individuos de clases sociales bajas por una mala adaptación social y psicológica en ciertas clases, ó por un mayor grado de mal nutrición, infecciones, violencias o poco cuidado obstétrico.

Etiología:

Hay perturbaciones groseras de la función cerebral con aparición de focos de descarga en enfermedades sistemáticas: infecciones, intoxicaciones como la uremia y la eclamsia, trastornos en la cantidad y calidad del riego sanguíneo cerebral como en la descompensación cardíaca. Las lesiones locales del cerebro pueden aumentar el coeficiente de descarga eléctrica cerebral, produciéndose la epilepsia sintomática como por ejemplo la meningitis, sífilis cerebral, arterioesclerosis, trombosis cerebral. Los traumatismos directos como puede ocurrir en las lesiones del parto, especialmente si se combinan con asfixia, pueden ocasionar lesiones circunscritas localizadas formando pequeñas zonas de esclerosis o infarto cerebral, muriendo gran cantidad de neuronas, siendo sustituidas por tejido glial. Se sabe que el traumatismo del cráneo durante el parto no es el único responsable de la esclerosis incisural; la pueden producir la hiperpirexia aguda, edema cerebral, la anoxia cerebral y el estado cianótico de las convulsiones, en los niños pueden producir epilepsia en el adulto por dichas lesiones cerebrales. La epilepsia refleja "es un estado epiléptico especial que se provoca estimulando la retina del paciente con luces centellantes, que pueden ocurrir mientras está en el cine o viendo televisión; existen personas que no pueden conducir de noche o les cuesta demasiado por el estímulo reflejo luminoso, en el cual pueden incluso perder la conciencia por breves segundos, lo suficiente para provocar un accidente serio en carretera o ciudades. La epilepsia "acusticogénita" es una variedad especial en la que las personas sufren el ataque epiléptico por la estimulación de un sonido especial. Se cita el caso de una persona que vivía a inmediaciones de una iglesia en la que al repicar de las campanas le producía el ataque, el cual se solucionó cambiándose de localidad. La forma peculiar de la epilepsia llamada "mioclónica" obedece a un gene recesivo autosómico y se cree debida a un error del metabolismo del glucógeno, todos estos tipos de epilepsia son de naturaleza "Sintomática". Cuando se han excluido todos estos casos, queda un grupo numeroso en los que no se encuentran nin-

guna causa que justifique la enfermedad, aún habiendo agotado recursos de diagnóstico para poderla clasificar, entonces nos encontramos ante la epilepsia "Idiopática".

La causa "hereditaria" de la epilepsia se ha demostrado al investigar a padres, hermanos e hijos de epilépticos, se ha calculado la frecuencia de cada uno de estos grupos en un 3 a 6%. La contribución genética en la etiología de la epilepsia, lo provee sobre todo el estudio de los mellizos.

Conrad (1937) demostró que entre los pares de mellizos monocigóticos epilépticos, la incidencia hereditaria era bastante alta por que veinte de cada treinta eran epilépticos.

La frecuencia de la epilepsia en parientes de primer grado, fue demostrada por Alström (1950) y descubrió la probabilidad relativamente baja en los parientes de primer grado: 1.3% en progenitores, 1.5% en hermanos y 3% en hijos.

ASOCIACIONES. Existe una asociación estrecha entre estados y reacciones psicóticas y la epilepsia, como se verá más adelante. Ciertas psicosis esquizofrénicas pueden provocar espasmos epilépticos. Estos ataques que aparecen en la Esquizofrenia crónica deteriorante, son bastante comunes y pueden encontrarse en muchos de los registros de hospitales mentales. Los fenómenos clínicos y el E.E.G. de tipo epileptiforme están en particular asociados con los estados catatónicos. La relación de las epilepsias (especialmente del lóbulo temporal) con estados psicóticos esquizofreniformes, está bien establecida.

Se refiere con mucha frecuencia la asociación de la epilepsia (tipo genético) con la migraña, hay aumento del índice de epilépticos en pacientes que sufren de migraña, y también un aumento de ataques de migraña en pacientes epilépticos.

La Asociación psiquiátrica más importante de la epilepsia, así co

mo una de las más difíciles de interpretar en la relación con la personalidad psicopática, pueden intervenir factores accidentales. La misma epilepsia después de unos años de evolución, causa frecuentemente alteraciones del carácter, y además muchos epilépticos, antes de que comience el ataque declarado, muestran alteraciones de la personalidad, episodios más o menos frecuentes de agresividad, impulsividad y cambios de humor que pueden considerarse como leves equivalentes psicomotores. Hay un hecho importante y es que "la psicopatía de la personalidad parece ser más frecuente en parientes de epilépticos". Se han investigado epilépticos internados en instituciones y se ha encontrado que en una gran cantidad de los hijos, una frecuencia de criminalidad cuatro veces más alta que la población general y un aumento en la frecuencia de los suicidios, producidos por cambio brusco de humor. Hay también asociación de la epilepsia con la histeria.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Las epilepsias pueden dividirse en dos grandes grupos: generalizadas y focales. El primero se llama también epilepsia centroencefálica y amplias zonas de ambos hemisferios son activadas en forma simultánea por la descarga epiléptica, desde algún punto central probablemente el tálamo.

La descarga epiléptica se inicia en una zona epileptogénica localizada, desde la cual la difusión puede ser limitada o generalizada en ambos grupos pueden variar la intensidad de los ataques.

a) Epilepsia generalizada o centroencefálica:

En el ataque mayor o "gran mal" no hay aura y las convulsiones son generalizadas desde el principio, aún cuando suele presentarse sin previo aviso, hay frecuentemente pró-dromos que lo preceden en horas o aún días; se manifiestan por cambios de humor; irritabilidad, cefaleas, alteraciones

gastrointestinales o erupciones de la piel. El estado convulsivo comienza repentinamente sin aura; el paciente a menudo emite un grito y cae a tierra si está de pié, inmediatamente toda su musculatura sufre un poderoso "espasmo tónico" generalmente asimétrico, haciendo que la cabeza y los ojos roten de un lado para otro, mientras el tronco gira lentamente en la misma dirección. Los miembros superiores están pegados al cuerpo con las muñecas dobladas, los dedos se cierran hacia las palmas con los pulgares en aducción; los miembros inferiores se estiran con inversión de los pies y flexión de los dedos. La respiración cesa y el rostro se pone lívido, las pupilas se dilatan y los ojos se vuelven insensibles al tacto. Después de unos 10 o 30 segundos tiene lugar una relajación muscular parcial, seguida en forma inmediata de un nuevo espasmo. Sobreviene después la fase clónica en que el paciente sufre violentas sacudidas con espuma en la boca, estas fuertes convulsiones al principio son más rápidas, haciéndose progresivamente más lentas y espaciadas; puede ocurrir que se vacíe el contenido intestinal o vesical y aún las vesículas seminales; la cianosis se hace más notoria. El estado clínico llega a su fin con una sacudida violenta y la respiración se restablece después de unos momentos de flacidez. El paciente cae insensiblemente o luego de algunos pocos minutos de haber vuelto en sí, en un sueño profundo.

En el ataque en sí, sea éste mayor o menor, el clínico debe esperar una total abrogación de la conciencia, ya que ésta es la característica más típica. Sin embargo hay algunas formas de ataque epiléptico, que "no se produce necesariamente una pérdida total de la conciencia". Esto es muy importante para cualquier consideración de las manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia, ya que en éstos también encontramos con mucha frecuencia toda clase de matices de trastornos, pero "nunca una pérdida total del conocimiento". En casi todos los casos hay evidencias de alteración de la conciencia o desajustes, sin embargo su preservación total o parcial es una característica del ataque focal, en especial del lóbulo temporal. La secuela del ataque cuando haya pérdida

total o parcial de la conciencia, es el "sueño" que puede ser insolitamente profundo; la cefalea se presenta y puede persistir aún después que el paciente despierte de su sueño post-epiléptico.

Casi siempre se observa "cierto grado de confusión" el paciente estará desorientado e incluso sin una clara conciencia de su propia identidad, su conversación es confusa y deshilvanada. Las "explosiones de irritabilidad" e ira son frecuentes y el paciente puede atacar en forma agresiva y violenta a la gente que le rodea. La turbulencia emocional y la agresividad, pueden llegar a tal grado que se justifique el nombre de "furor epiléptico" y los pacientes son en estos episodios los más peligrosos de los internados en un hospital mental. La forma menor del ataque generalizado se llama también "pequeño mal" y de nominado "ausencia" por Calmeil (1824). Es la forma más sutil del ataque epiléptico de corta duración y se prolonga solo unos pocos segundos. El sujeto pierde totalmente la conciencia y permanece inmóvil, no escucha, ni ve, está "completamente ausente" de todo lo que lo rodea. Su mirada está fija y vaga, su rostro pálido. Si estaba hablando enmudece, si estaba haciendo algo se detiene. Pueden aparecer temblores y unas pocas gotas de saliva brotan de su boca. (Marchand 1948). En el ataque "akinético", hay una repentina pérdida del tono muscular, cuyo resultado es que la cabeza se incline hacia adelante y el paciente pueda caer al suelo. Segundos después recobra totalmente la conciencia y está en condiciones de levantarse. Otro tipo es el "ataque mioclónico" muy común en los niños. Las tres clases de ataques han sido denominados por Lennox la triada del pequeño mal.

Estado de pequeño mal: Esto se nota fácilmente y consiste en que el paciente está ausente mentalmente, se muestra totalmente apático y con desgano mental notorio, sus reacciones son lentas, aunque puede responder con coordinación a preguntas, las respuestas son demasiado tardías y en ocasiones con --

una torpeza extrema, tanto el habla como la acción tienen una notable perseverancia. En la mayoría de los casos hay poco contenido mental y cuando el paciente vuelve en sí, no tiene nada que decir. Hay reportes de ausencias de varios días a una semana en los cuales el paciente estaba afectado de alucinaciones visuales, a veces de tipo místico (veían descender a Cristo de la Cruz y que les hablaba) por lo que también había alucinación auditiva. La mayoría de casos de epilepsia idiopática, los pacientes padecen de ausencias en una u otra ocasión, pero la mayoría los niegan, porque no tienen conciencia ni recuerdo de ellas. Los ataques de pequeño mal pueden ser la única manifestación de epilepsia en lo que respecta a la "Picnepsia Infantil" que solo consiste en ausencias diarias y en gran cantidad.

Epilepsia Focal: En los ataques mayores de este tipo de epilepsia, se aprecian manifestaciones sensoriales: acústicas, olfatorias, gustativas o sensaciones subjetivas, por ejemplo: notas musicales con el mismo timbre y manifestaciones de tipo motor, movimientos masticatorios involuntarios, contusiones de alguna parte del cuerpo, resoplidos frecuentes e intensos, etc. Todo ello constituye el "aura" que es la característica fundamental de este tipo de epilepsia; este fenómeno puede ser por mucho tiempo el único síntoma de la enfermedad, hasta que sobreviene el espasmo mayor que clarifica el diagnóstico y cuando este ataque mayor está controlado por la medicación, el aura permanece como el único síntoma de la enfermedad epiléptica. La diferencia entre un ataque pasajero y el aura es solo de grado. Un fenómeno interesante relacionado con el aura es que en algunos individuos, el ataque que se avecina se puede anular o suprimir mediante un esfuerzo voluntario.

El valor de la localización del aura, como indicadora del foco desde donde surge la descarga epiléptica es muy importante. Diversos experimentos de estimulación y observación dan por resultado que un aura de alucinaciones o estados de ensoñación puede señalar un foco situado en el lóbulo temporal, la impulsividad

de pensamientos en la parte posterior de los lóbulos frontales y los recuerdos de situaciones especiales del pasado en las superficies superior y lateral de los lóbulos temporales.

Ataques del lóbulo temporal: Podríamos decir que casi sin excepción, la forma más frecuente de descarga epiléptica focal, aparece en el Electroencefalograma en la región de los lóbulos temporales, ya sea en su convexidad como a través de las regiones esfenoidales. Esta situación se asocia clínicamente a los "ataques psicomotores" en contraposición a los "Ataques psicoparéticos" de la epilepsia generalizada. El síndrome epiléptico del lóbulo temporal, tiene mucha importancia para la Psiquiatría, pues es mucha la frecuencia con que se asocia a los estados y reacciones psicóticas que veremos más adelante, y que es el objetivo del presente trabajo.

El "Ataque Psicomotor" o ataque del lóbulo temporal o ataque crepuscular, es un trastorno de la función mental que no siempre llega al deterioro de la conciencia. Son ataques de corta duración acompañados de automatismos motores, síntomas vegetativos y trastornos del habla y la conducta. Las situaciones alucinatorias y conductas mentales anormales, son frecuentes en la epilepsia de este tipo, una investigación cuidadosa demostrará casi sin excepción, la participación de un foco de acceso en el lóbulo temporal. De los síntomas vegetativos, el más notorio, cuando aparece como síntoma aural es una rara sensación en el epigastrio que se percibe como si ascendiera a la garganta, momento en el que se pierde la conciencia. Puede ir frecuentemente asociada a emociones de terror o cambios en la conducta. Otras experiencias frecuentes son las sensaciones misteriosas en los cambios del mundo exterior, del yo y despersonalización. En ocasiones estas experiencias son muy vívidas, y asumen el carácter de una ilusión, las ilusiones ópticas son las más frecuentes y pueden consistir en ver a otra persona muy alargada, achatada o solo la mitad de la figura. Se han descrito "ideas forzadas" como fenómenos pasivos de

la esquizofrenia que pueden presentarse súbitamente como ideas de eternidad o infinitud. El aura "afectiva" es muy común y en ella se incluyen sensaciones de paz y armonía consigo mismo y con el mundo entero. En otros casos el contenido del aura puede ir asociado a sensaciones de terror, culpa o ansiedad; también se han descrito premoniciones de muerte, impulsos agresivos y de suicidio. En los ataques psicomotores de duración de más o menos un minuto, hay abrogación de la conciencia con automatismo motores tales como: escarbar en sus bolsillos, pasar se la mano repetidamente por el rostro, caminar sin rumbo fijo, tratar de encender un cigarrillo sin fósforo, nunca hay respuesta a las órdenes. Es común la amnesia subsiguiente. Las características centrales de los "estados de ensueño", esto es de desrealización y despersonalización, pueden ser simulados en pacientes que padecen de trastornos mentales con pacientes afectados al ataque del lóbulo temporal, mayormente cuando hay similitudes por ejemplo en la naturaleza paroxística y el trastorno de la conciencia, por lo que se cree que haya superposición entre la sintomatología de la epilepsia del lóbulo temporal y los trastornos neuróticos. Se han comprobado similitudes en el Síndrome de ansiedad fóbica despersonalización y la epilepsia del lóbulo temporal; distorsión de la percepción, las alucinaciones, los ataques paroxísticos del temor y ciertos trastornos de la conciencia. Las diferencias más importantes de los dos grupos se tabulan a continuación. El trastorno emocional, los síntomas agorafóbicos y las sensaciones de irrealidad dominaban el cuadro de los neuróticos y los trastornos de la conciencia son raros y no incapacitantes, mientras que en los epilépticos, los espasmos eran la característica central de la enfermedad y los trastornos emocionales eran o infrecuentes o menos frecuentes. Por último en los epilépticos el trazado Electroencefalo-gráfico es anormal mientras que en los neuróticos el registro era normal.

Los estados de mayor prolongación y las psicosis epilépticas:

Estos casos se clasifican en los que ocurren con una conciencia obnubilada y aquellos con estado de la conciencia clara. En el primer grupo encontramos los estados de pequeño mal, ataques psicomotores y automatismos, primer grupo encontramos los estados de pequeño mal, ataques psicomotores y automatismos, estados crepusculares, fugas y furores y estados confusionales con ideas paranoides. En el segundo grupo tenemos cambios epilépticos de humor, cambios epilépticos de la personalidad y psicosis paranoides crónicas. El estado de pequeño mal, es el único que tiene un Electroencefalograma característico. Los otros tipos de trastorno que tienen lugar durante la obnubilación de la conciencia, muestran menos cambios en el Electroencefalograma, aún cuando éste es casi siempre anormal.

Automatismos y Ataques Psicomotores:

Estados crepusculares y Fugas.

Actualmente es común describir con estos nombres todo lo que antes se denominaba "equivalentes de la epilepsia", o sea ataques cortos o estados más prolongados en los cuales, se encuentran presentes "síntomas psicológicos", ya solos o junto a trastornos motores y anomalías del sistema nervioso vegetativo. Estos estados habían sido un tanto despreciados por los científicos de la epilepsia, pero actualmente gracias al Electroencefalograma constituyen un centro de interés; sin embargo, existen muchas incógnitas respecto a la localización y respecto a la significación clínica, por lo tanto son hallazgos todavía incompletos, pues en este campo, todo está aún en proceso de formación. La presencia de alucinaciones olfativas, gustativas o visuales, el pensamiento forzado, de despersonalización o los movimientos masticatorios incluyen dependencias que "se han iniciado en el lóbulo temporal", también el recuerdo de un aura bien definida, después del automatismo. Por lo consiguiente pues, la forma más común de automatismo epiléptico y que ha llamado intensamente la atención, es el "ataque del lóbulo temporal", o "ataque crepuscular". Los trastornos no paroxíستicos a que están sujetos los pacientes epilépticos pueden clasificarse en cinco tipos:

- 1) Estado de pequeño mal. Típico de la epilepsia generalizada.
- 2) Estado crepuscular postaccional. Puede seguir a continuación de un ataque epiléptico ya sea generalizado o focal o ataque psicomotor del lóbulo temporal. Hay obnubilación de la conciencia, disminución del conocimiento, reducción de la capacidad de comprensión, pero también irritabilidad, estallidos de ira, reacciones primitivas, tales como actos agresivos de defensa, fugas, etc.

- 3) Estados crepusculares que acompañan a los estallidos disrítmicos del Electroencefalograma, que pueden expresar una lesión del lóbulo temporal y generalmente son asintomáticos.
- 4) Los estados de obnubilación, por el exceso de drogas, se reconocen por signos neurológicos tales como: ataxia, disartria, mistagmo. Psicológicamente hay dificultad a la comprensión, lentitud y pereza general con o sin somnolencia.
- 5) Los estados crepusculares son síntomas psicóticos agudos, con alucinaciones, ilusiones, actos compulsivos, trastornos afectivos, ideas delirantes. Esta forma de estado crepuscular se asocia particularmente a la epilepsia del lóbulo temporal, y puede considerarse como un "equivalente" psicomotor prolongado, aunque puede ocurrir en casos de epilepsia generalizada.

En los estados no paroxíستicos más comunes, pueden incluirse también los "cambios de humor".

Algunos estados crepusculares particularmente los del pequeño mal se caracterizan por un "retardo psicomotor" que puede ser extremo. Aún cuando el paciente está lúcido tardará varios segundos o minutos para captar el significado de las preguntas que se formulen y un período más largo para poder formalizar una respuesta. El retardo psicomotor puede interrumpirse bruscamente con explosiones de afecto que asumen la forma de ataques de "pánico" o estallidos de agresividad. Crímenes como el asesinato o la violación o ambos pueden cometerse especialmente en el estado postaccional, después del cual el paciente tiende a quedarse dormido, despertando eventualmente con una amnesia total del episodio. Los estados crepusculares tranquilos, sin esas explosiones duran mucho más tiempo. Las "alucinaciones" por un rasgo característico y extremadamente florido, predominando las visuales con fre-

cuencia para el rojo; el paciente verá pasar por su mente escenas totales, ocasionalmente de carácter apocalíptico, generalmente - escenas de terror.

La característica esencial del estado crepuscular es la "conducta distraída", casi en estado de ensueño, la "fuga" es una condición en que el paciente se escapa de su medio, en un estado de automatismo, la fuga es un tipo de estado crepuscular epiléptico. La frecuencia de fugas es de un 6.4 por ciento en los epilépticos. Los cambios de humor son probablemente los síntomas mentales más comunes en los epilépticos. Los estados de depresión y la irritabilidad se pueden presentar con frecuencia antes del ataque y cuando éste se presenta entonces ceden completamente. En cambio, hay fuertes períodos de depresión e irritabilidad, durante algunos días después del ataque. Estos cambios de humor o de ánimo, están asociados a los cambios eléctricos, pues a mayor disritmia cerebral, habrá mayores manifestaciones de irritabilidad y depresión durante los cuales el paciente está altamente propenso a variaciones bruscas de la conducta (Reacciones psicóticas) como agresividad, violaciones, asesinatos o muy propenso al suicidio (5 por ciento). La presentación de un ataque menor al revés de lo que sucede con uno mayor, rara vez altera el estado de ánimo o cambios de humor en cualquier dirección, esto se comprueba en la terapéutica electroconvulsiva, que la presencia de un ataque menor no tiene ningún efecto terapéutico en la depresión. Así pues, los cambios súbitos de humor con un comienzo extremadamente súbito que llega a un grado máximo en el curso de pocas horas, es característica distintiva del epiléptico.

Demencia y Deterioro de la Personalidad: No hay datos convincentes de que la "personalidad preepiléptica" difiera en forma especial de las normas de la población general.

Los rasgos anómalos que pueden aparecer antes de presentarse la epilepsia, tales como la tendencia a la irritabilidad, la ira, las emociones explosivas y la circunstancialidad, pueden interpretarse como manifestaciones de una epilepsia enmascarada. Lo que sí es verdad y categórico es que ciertos cambios de la personalidad pueden tener lugar después de los comienzos de la epilepsia. Otra causa posible del cambio de personalidad y que parece mucho más probable, es que puede ser el resultado de los "malos efectos" de los ataques mismos. La mayor parte de los epilépticos que repiten los ataques con gran frecuencia y que han tenido el mayor número de grandes convulsiones, muestran las alteraciones más severas de la personalidad. Las lesiones cerebrales causadas por el espasmo vascular y otras perturbaciones del riego sanguíneo durante y después de un ataque de gran mal, según los cuales el gran aumento del metabolismo cerebral durante el ataque, lleva a la anoxia cerebral y en consecuencia a trastornos orgánicos de las células nerviosas. Parece que no es tanto el ataque aislado como un número de convulsiones sucesivas y subsiguientes a cortos intervalos como en el "status epilepticus" lo que conduce al agotamiento celular y a las alteraciones de la circulación celular que origina lesiones celulares permanentes, que provoquen un desajuste intelectual o cambios temperamentales y afectivos con trastornos de la personalidad y la conducta. Las alteraciones de la personalidad cuando presenta un cuadro muy marcado se reconoce fácilmente. Tanto el componente intelectual como el afectivo se combinan en un cuadro clínico característico: por el lado intelectual hay inhibición, perseveración y circunstancialidad. Tanto el proceso de pensamiento como su expresión se encuentran retardados. La perseveración puede descubrirse en la manera que el enfermo se aferra a un tema a pesar de los intentos que se hacen para desviarlos de él.

Al preguntarle algo sobre otro asunto ignora la pregunta y continúa su camino o bien retrocede y repite el último párrafo, casi con las mismas palabras con lo que lo dijo antes. Hasta cierto punto se puede considerar la perseveración como un fenómeno de adaptación, al obligarse asimismo a considerar las cosas en detalle, al tener una rutina diaria bien preparada, se protege a sí mismo contra circunstancias que de otro modo llegarían a confundirlo completamente. La "limitación del campo intelectual" que muestra en las ideas, asociaciones y en los asuntos que atraen su atención, da por resultado un egoísmo cada vez más extremo. El paciente llega a estar completamente absorbido por lo que tiene importancia para el mismo. Sus propios asuntos y los de su familia más próxima forman todo su mundo. El epiléptico deteriorado se encuentra expuesto a "explosiones de afecto" y en algunos de ellos la tendencia a la "inestabilidad emocional" parece aumentar con el tiempo y con la amplitud de la alteración de la personalidad, sienten los reproches en lo más vivo y guardan rencor durante meses o años. En una sala de epilépticos reinan con gran facilidad la murmuración, la mentira, el egoísmo, el ultraje de palabra para los demás pacientes, o la tendencia a expresarse mal de los demás. Los enfermos epilépticos son capaces de las acciones más maliciosas y bajas y de combinarlas con autojustificación y orgullo de sí mismos. En un período más avanzado de la "demencia epiléptica", existe no solo una incapacidad para ocuparse de lo que sea nuevo, sino que una pérdida gradual de interés, la memoria se deteriora, lo mismo que las facultades de atención, comprensión, juicio y recuerdo, la pobreza del pensamiento se hace más marcada, se intercalan con más frecuencia frases y palabras sin ninguna importancia, la lógica está casi ausente, hasta que por fin, se llega a un estado de incoherencia que se parece a veces al estado final esquizofrénico.

La primera investigación a fondo sobre un interesante síndrome que se asocia a la epilepsia del lóbulo temporal, describiendo sus principales caracteres clínicos, fue publicada por Pond en 1957 y se trata de las "Psicosis Paranoideas Crónicas". Según

su estudio el estado psicótico, se establecía después de varios años de ataques epilépticos, el estado semejaba una psicosis esquizofrénica, sin llegar al deterioro de un estado hebefrénico.

Esto se prestó a muchos estudios en los cuales resultaba la duda sobre si las psicosis esquizofrénicas eran casos reales de esquizofrenia que ocurrían en pacientes epilépticos, por coincidencia, o si los síntomas esquizofrénicos estaban identificados con los cambios de la personalidad epiléptica o si la esquizofrenia era sintomática y consecuencia directa de la epilepsia. Se realizó un estudio sistemático en cierto número de pacientes, encontrándose una frecuencia alta en la asociación azarosa entre la epilepsia y la esquizofrenia, siempre y cuando la epilepsia se había instalado con mucho anterioridad. La investigación demostró un alto porcentaje (40 por ciento) que los pacientes habían experimentado traumas craneales circunscriptas, encefalitis y en un 80 por ciento de los casos había pruebas de epilepsia del lóbulo temporal. Las lesiones patológicas descubiertas incluían una variedad de condiciones tales como neoplasmas, quistes dermoides, esclerosis tuberosas y lesiones atróficas. Resumiendo: las pruebas provenientes de varias fuentes indicaron que las psicosis esquizofrénicas en alguna etapa de su evolución, eran desde el punto de vista etiológico, condiciones epilépticas crónicas. Se descubrió prácticamente en todos, la formación de delirios de naturaleza esquizofrénica y un 75 por ciento de los pacientes, experimentó alucinaciones esquizofrénicas típicas en estado de lucidez. Los trastornos violentos del efecto, el éxtasis o las depresiones eran regularmente comunes. Estas psicosis pueden presentarse después de una corta serie de ataques, pero más frecuentemente en forma insidiosa. Así pues la forma de aparición como la naturaleza de los delirios primarios y secundarios de estas psicosis epilépticas se relacionan estrechamente con los fenómenos esquizofrénicos: sensaciones de ser espiado por alguien que observa las intimidades

del hogar, de transformación en algo sobrenatural que rige los destinos del mundo, que sus pensamientos eran adivinados por todas las personas, o que podían manejar a voluntad la mente de un conglomerado. Las alucinaciones tienen una cualidad esquizofrénica, son principalmente auditivas, aunque pueden existir olfativas, gustativas y visuales. Los fenómenos catatónicos en el estado lúcido, se presentan bajo la forma de gestos muy esquizofreniformes: de pie o sentados en un largo período de tiempo con la mirada fija, con actos impulsivos repentinos. Un paciente pasó toda la noche efectuando ejercicios rituales, los cuales solo interrumpía para contestar las preguntas del médico, explicaba con flacidez el significado espiritual de sus actos, y luego continuaba de inmediato en los ejercicios rituales. Otra paciente tenía en la sala de su casa un crucifijo de tamaño natural y explicaba al médico que era la imagen de su esposo (ya fallecido) que estaba en esa forma por los despotismos que había hecho en su vida. La naturaleza de la relación entre las psicosis y la epilepsia subyacente presenta problemas aún no resueltos. No se pudieron encontrar signos de que la presencia de psicosis estuviera relacionada con la gravedad de la epilepsia, con el número de ataques sufridos, pero sí parece estar conectada con el lugar de la descarga epiléptica y con su duración. Los síntomas esquizofreniformes aurales de la epilepsia del lóbulo temporal, sugieren que este lóbulo incluye dentro de sí circuitos referidos a las bases fisiológicas del desorden psicológico que llamamos esquizofrenia. Por lo tanto no es la ausencia de neuronas en el lóbulo temporal, la responsable de la psicosis sino la actividad desordenada de las que quedan. Entonces, la psicosis es una respuesta de los tejidos cerebrales normales a trastornos funcionales, que se muestran como anomalías inespecíficas del Electroencefalograma en partes del cerebro que tienen relación con la lesión local y es sólo cuando las frecuencias accesorias se suprimen, que la psicosis se hace presente o tiende a aparecer. No hay ningún síntoma esquizofrénico que no pueda verse en la epilepsia, y la distinción clínica de un paciente esquizofrénico de otro epiléptico-esquizofrénico,

solo puede establecerse demostrando la existencia de un trastorno epiléptico en este último. No es difícil a pesar de las similitudes, el diagnóstico diferencial de las psicosis paranoides, de las psicosis epilépticas. La psicosis epiléptica es sólo una parte que integra el desarrollo epiléptico como un todo, que se origina en los cambios de la personalidad. Los casos en que se considera apropiadamente que el paciente sufre trastornos epilépticos y esquizofrénicos, coincidentes pero independientes entre sí, son relativamente pocos, y se podría pensar que este doble diagnóstico no debe hacerse cuando la epilepsia precede en mucho tiempo a la psicosis paranoide y persiste con ella.

Diagnóstico Diferencial:

El diagnóstico diferencial de la epilepsia es sin duda uno de los problemas más complejos y difíciles de la medicina. Se consulta frecuentemente al Psiquiatra cuando los síntomas mentales ocupan el primer plano del cuadro clínico, sin embargo, la diferenciación entre las ausencias y los síntomas paroxísticos con otros fenómenos psiquiátricos no es siempre fácil. Los ataques de ansiedad y los ataques vasomotores pueden parecer epilépticos. Los cuadros de ataque mayor con el tipo de gran histeria, es relativamente focal. En el ataque histérico no hay pérdida total de conocimiento, el paciente se da cuenta de todo lo que lo rodea, los reflejos no se alteran, no existe desviación conjugada de los ojos, los movimientos no siguen los típicos períodos tónico y clónico, sino que son de naturaleza voluntaria y muestran una tendencia expresiva, no se observa ningún cambio en el Electroencefalograma del histérico que esté presente en el estado epiléptico.

La diferenciación de la psicosis epiléptica respecto a la "Psicosis sintomática" o incluso a la esquizofrenia a menudo puede ser muy difícil.

Pero el retardo del estado crepuscular epiléptico puede ser muy característico y también puede serlo la experiencia subjetiva de una alucinosis visual que el paciente puede describir al recobrar el conocimiento total. Un problema de diagnóstico es la del epiléptico enmascarado que presenta equivalentes psicomotores con respecto al psicópata impulsivo, agresivo y con marcada inestabilidad emocional. El Electroencefalograma es de dudoso valor y a veces no aporta ningún dato puesto que el psicópata del tipo descrito generalmente proviene de familias en las que existen otros miembros epilépticos y puede presentar un Electroencefalograma anormal. Los casos en que se exige con urgencia un diagnóstico diferencial entre la epilepsia y esta psicopatía, son aquellos en que se

presenta un problema médico legal. Si el delito es de importancia como violación o asesinato, se requerirá una consideración más cuidadosa, si el crimen tuvo lugar bajo los efectos de una conciencia lúcida o perturbada, se estudiarán exhaustivamente los antecedentes del enfermo para ver si hay historia de ataques epilépticos anteriores o equivalentes psicomotores, además una investigación electroencefalográfica detallada. Puede ser difícil la diferenciación entre los brotes pasajeros de pánico, ansiedad intensa, despersonalización y distorsión perceptual que se pueden presentar en algunas formas de enfermedades neuróticas determinadas por ataques de epilepsia del lóbulo temporal. Actualmente podemos decir que el Electroencefalograma ayuda en alto porcentaje al diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO:

No ha sido posible curar un caso de epilepsia idiopática, lo que se ha logrado con la terapéutica medicamentosa y la neurocirugía, es suprimir las manifestaciones de la enfermedad o modificarlas en un gran número de casos. Como es tratamiento de continuación de años, el tratamiento médico debe ser simple y no muy costoso. Cuando se trata de una psicosis epiléptica -- además del tratamiento anticonvulsivante, debe instituirse tratamiento con psicofármacos.

Tratamiento Farmacológico; se usa:

a) Fenobarbital, b) Hidantoinatos, c) Troxidona o Tridione, d) Feyosuccidina o Milontin, e) Pirimidinas o Mysoline, f) Metoína o Mesantoina.

Nosotros tratamos a nuestros pacientes en el Hospital Neuropsiquiátrico con diferentes medicamentos, siendo los principales:

Fenobarbital: Se usa en dosis que oscilan de 200 mg. hasta 600 mg en 24 h. Niños: 30 a 90 mg. en 24 h.

Fenilhidantoinato de Sodio: La dosis fluctúa entre 300 y 600 mg cada 24 horas. Niños: 100 a 300 mg en 24 horas.

Metoína: También se da en dosis de 300 hasta 600 mg al día. El tratamiento del "Status epilepticus", que es una complicación muy grave requiere medidas de emergencia. Usamos Diazepam por vía endovenosa, iniciando con 10 mg que pueden repetirse a la hora, cuando el paciente se logra controlar del estado, se puede canalizar vena y perpendia en solución salina para 500 cc. 20 mg de Diazepam y hasta 50 mg por goteo lento. Usamos también el Sulfato de Magnesio en solución al 10% inyectando por vía endovenosa 10 c.c. que se pueden re-

petir según la gravedad cada $\frac{1}{2}$ hora, hasta que se logra controlar el estado epiléptico.

Neurocirugía: Aún cuando la escisión de la materia gris en la supuesta localización del foco de la descarga epiléptica, se ha ensayado hace ya muchos años, su valor preciso sigue incierto. Se puede hacer la excisión del lóbulo temporal en la cual algunos autores, han llegado a tener un 75 por ciento de éxito. Se han efectuado resecciones en una sola pieza de los dos tercios anteriores del lóbulo temporal. Se usa comúnmente la Neurocirugía cuando se trata de casos de psicosis epiléptica que no responde ni a psicofármacos, ni a anticonvulsivantes, cuando los ataques son intensos y de mucha frecuencia, con deterioro de la personalidad. Se ha beneficiado un alto porcentaje de pacientes, sin embargo es necesario que se produzcan con urgencia, pruebas más científicas respecto a los efectos precisos de la cirugía del lóbulo temporal.

Tratamiento de Complicaciones Psiquiátricas: Los epilépticos - que atiende más frecuentemente el psiquiatra, son aquellos que presentan serias "complicaciones psiquiátricas". Para tales - efectos nosotros usamos varias drogas a saber: en pacientes con fuerte tendencia agresiva, agitación, rasgos paranoides marcados y hostilidad, las fenotiazinas nos han dado excelentes resultados. La Clorpromazina en dosis que varían de 300 a 900 mg por vía oral o 25 mg por vía muscular, cada 8 a 12 horas, se empleará la vía endovenosa cuando el caso lo requiere a razón de 50 mg. cada 12 horas. La Tioridazina en dosis de 100 mg-3 veces al día hasta 600 mg. 3 veces al día por vía oral. El Haldol se usa con frecuencia por vía oral o intramuscular. Por vía oral se usará desde 0.5 mg. 3 veces al día hasta 6 mg. diarios. La vía intramuscular se usará cada 8-12 horas. Hay pacientes con profundo estado depresivo en los cuales se indica la Amitriptilina o Maprotilina en dosis de 50, 75, 200 mg. al día por vía oral. Hemos tenido la oportunidad de observar a través de varios años, de convivir con el paciente psicótico y epiléptico, en que hay situaciones con una fuerte coloración depresiva y/o delirante con síntomas alucinatorios de tipo florido, asociados a serias crisis de agresividad, en las cuales la psicofarmacoterapia ha dado poco o ningún resultado, es aquí - en donde la "terapia electroconvulsiva", pese a las críticas de que ha sido objeto, nos ha dado excelentes resultados. Se usa una sesión diaria durante 3 a 5 días con miliamperaje de 200 a 300 y tiempo que no excede de los 3 segundos.

Este tratamiento se había abandonado en otros lugares, pero su efectividad que no se pone en duda, se ha instalado nuevamente en otros países.

Los aspectos sociales del tratamiento de los epilépticos son de suma importancia para el transcurso de su vida. Un epiléptico bien controlado sintomáticamente, jamás debe ser marginado por la sociedad, máxime que se ha demostrado cuando no existe psicosis o deterioro mental, que estos sujetos son exce-

lentes trabajadores en tareas manuales, artísticas e incluso intelectuales, pues hay profesionales en los diferentes ramos de las carreras universitarias que han sobresalido e incluso obtenido un rotundo éxito. Hay ciertas ocupaciones como las de chofer, proximidad a maquinarias, alturas, agua o fuego, que deben por supuesto, descartarse. Los pacientes con ataques frecuentes incontrolables con la terapéutica deberían internarse en colonias y llevar una vida protegida. Los que pueden ser peligrosos con deterioro marcado necesitarán tratamiento hospitalario. La higiene física y mental es importante, deberán llevar una vida metódica, acostarse a la misma hora, evitar desvelos, dormir por lo menos 7 horas, tener un horario metódico en las comidas, no beber bebidas alcohólicas. Respecto al matrimonio y la procreación, se beneficiará por supuesto si se casa con una persona normal que esté en condiciones de prestar ayuda en su atención a su congénere. Si cualquiera de los padres y en especial la madre, está propensa a tener ataques epilépticos en el hogar, el hijo no disfrutará del medio seguro y armonioso a que tiene derecho por nacimiento.

Además si la epilepsia ha persistido desde los primeros años hasta la vida adulta, casi siempre tendrá efectos nocivos que repercutirán en la personalidad de la descendencia. Cuando las circunstancias sociales son favorables para la crianza del niño, cuando los ataques del paciente están controlados o son nocturnos y éste posee amplitud emocional, recursos e inteligencia, no deberá desalentarse el deseo de formar un hogar.

CUADRO N o. 1

Nombre:	No. Hist.	Tiempo Hosp.	EDAD:	Originario	Procedencia	Sexo	Est. Civil	Diagnóstico	Convulsiones:	Otros Sig. Epilept.	Procesos Psicotic.	E.E.G.	Tratamiento:
J.H.F.	187/73 36	51 d.	22 a	Sta. Rosa	Sta. Rosa	M	S	Sicosis Ep.	SI	Desorientado	Agresivo Alucinado Incoherente	NO	D.H.N.A. Fenobarbital Clorproprometazina-Tierridacina.
R.R.A.	32/76 27	18 d.	24 a	Jalapa	Jalapa	M	S	"	SI	Irritable	Verborreico Alucinado	NO	D.H.N.A. Feno Tioridazina - Diazepam
R.M.G.	492/71 28	28 d.	19 a	Capital	Capital	M	S	"	SI	Ninguno	Incoherente Agresivo - Fugas hogar	NO	D.H.N.A. Feno. Clorpromacina Diazepam. Haldol
M.A.G.	39/70 29	53 d.	31 a.	Zacapa	Zacapa	M	S	"	Accesos Psicomotoros	Ninguno	Agresivo, Irritable Ambulante	NL	D.H.N.A. Feno Haldol Triexifenidilo Clorpromacina
C.G.T.	91/76 30	15 d.	40 a.	Baja Verapaz	El Petén	M	U	"	SI	Ninguno	Ambulante Alucinado Explosiones risis llanto.	NO	D.H.N.A. Feno-Anatensol Haldol - Biperiden
F.R.O.	355/71 31	30 d.	14 a.	San Juan Sac.	San Juan Sac.	M	S	"	SI	Ninguno	Fugas del hogar, desorientado incoherente	NO	D.H.N.A. Feno-Tioridazina - Clorpromacina
C.M.S.	311/70 32	27 d.	44 a.	El Progreso	El Progreso	M	S	"	SI	Irritabilidad	Negativista, llora, verborreico	+	D.H.N.A. Feno-Sulf.Mg. Clorpromacina
C.V.M.	258/72 33 Matricida	21 d.	23 a.	Suchitepé-quez	Suchitepé-quez	M	S	"	SI	Mirada fija y baja	Agresivo, verborreico, matricida	-	D.H.N.A. Feno-Tioridazina - Diazepam-Haldol
R.V.V.	366/75 34	60 d.	18 a.	El Progreso	El Progreso	M	S	"	SI	Cefaleas	Ideas de persecución delirios místicos	NO	D.H.N.A. Feno-Clorpromacina Haldol - Trietifenidilo
R.A.S.	350/69 35	65 d.	32 a.	San José Pinula	Capital	M	U	"	SI	Ninguno	Melancolía -Deprimido ideas de suicidio	+	D.H.N.A. Feno-Clorpromacina Imipramina-Carbonato litio
S.L.	89/76 36	15 d.	28 a.	Zacapa	Capital	M	U	"	SI	Reacción mental tardía	Pirómano - rfe solo - soliloquios Agresivo	NO	Haldol Sulf.Mg. D.H.N.A. Feno. Clorpromacina
J.C.	357/75 37	10 d.	26 a.	Capital	Capital	M	S	"	SI	Desvanecimientos	Verborreico triste, deprimido	NO	Sulf.Mg.D.H.N.A. Feno-Tioridacina-Imipramina.
J.P.B.	27/76 38	8 d.	50 a.	Sta.Elena Barillas	Sta.Elena Barillas	M	C	"	SI	Cambios bruscos de carácter	Alucinado, Agresivo, Obnubilado rfe solo	+	Sulf.Mg.Anatensol-D.H.N.A. - Trietifenidilo
P.H.H.	222/75 39	15 d.	21 a.	Huehuetenango	Huehuetenango	M	S	"	SI	Cefalea intensa	Crisis de llanto grito, soliloquios	NO	Sulf.Mg.Haldol -D.H.N.A. Feno Carbonato litio
F.B.R.	194/69 40	45 d.	17 a.	Capital	Capital	M	S	"	SI	Accesos de cólera con temblores	Ambulante, fugas del hogar, Verborreico	NO	Sulf.Mg.D.H.N.A. Feno-Clorpromacina Diazepam
C.Y.Y.	124/77 41	16 d.	36 a.	Mixco	Mixco	M	S	"	SI	Fugas del hogar	Delirios - persecutorios, irritable, asustado.	NO	Sulf.Mg.Haldol Trietifenidilo D.H.N.A. Feno
L.H.P.	261/74 42	32 d.	17 a.	Cobán	Petén	M	S	"	SI	Mareos	Agresivo, Alucinado	NO	Sulf.Mg.Haldol Biperidón
J.A.P.	58/76 43	15 d.	27 a.	Zacapa	Zacapa	M	S	"	SI	Colérico	Fugas del Hogar	+	Clorpromacina D.H.N.A. Feno
T.G.G.	125/73 44	15 d.	24 a.	Capital	Capital	M	S	"	SI	Ninguno	Deprimido, llanto	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacina
A.J.M.	135/74 45	20 d.*	17 a.	Capital	Capital	M	S	"	NO	Variaciones de carácter	Agresivo, Agitado	+	Sulf.Mg. Clorpromacina
F.B.D.	72/78 46	10 d.	43 a.	Jutiapa	Jutiapa	M	S	"	SI	Desorientado	Verborreico alucinado	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacina
R.M.P.	368/66 47	28 d.	30 a.	Capital	Capital	M	S	"	SI	Irritable	Agitado, triste, llora.	NO	D.H.N.A. Feno-Imipramicina
	00/72 48	14 d.	24 a.	Capital	Capital	M	S	"	SI	Lipotimias	Ambulante, Fugas Hogar	NO	D.H.N.A. Feno Clorpromacina

	50/76	1	62 d.	25 a.	Chicacao Suchitep.	Chicacao Suchitepéquez	F	S	Psicosis Ep.	SI	Cefalea, náuseas, lagunas mentales	Irritable, ansiosa, alucinaciones	+	Difenil Hidtoimotol Na Fenisobital Chorpromacina Diazepan
M.de E.	124/73	2	9 d.	23 a.	Capital	Capital	F	C	"	SI	Cefalea	Habla incoherencias	+	D.H.N.A. Fenobarbital
V. de F.	92/75	3	50 d.	26 a.	Jalapa	Capital	F	C	"	SI		Agresiva Alucinada Ideas de fuga	+	Diazepan Tioridacida D.H.N.A. Fenobarbital - Tioridacida - Deconotranat.
T.P.A.	77/76	4	12 d.	33 a.	Capital	Sacatepéquez	F	U	"	SI		Alucinada, agresiva	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida
V.L.P.	210/60	5	27 d.	53 a.	Sanarate	Sanarate	F	U	"	SI	Ninguno	Incoherente, fugas verborreica	NO	D.H.N.A. Feno Clorpromacina
O.L.P.	177/75	6	15 d.	17 a.	Capital	Capital	F	U	"	SI	Cefalea intensa	Alucinada, fugas, agresiva, pirómana.	NO	D.H.N.A. Feno Clonpromasina
M.V.A.	208/72	7	39 d.	23 a.	El Progreso	El Progreso	F	S	"	SI	Ninguno	Ideas de fuga y suicidio agresiva deprimida	NL	D.H.N.A. Feno Sulf.Mg.-Clorpromacina
A.F.A.	13/74	8	33 d.	38 a.	Sta.Rosa	Sta. Rosa	F	C	"	SI	Vértigos	Llanto, tristeza apatía	NO	D.H.N.A. Feno barbital, clorpromacina - Tioridacida
I.M.G.	86/76	9	45 d.	15 a.	Sta.Rosa	Sta. Rosa	F	C	"	SI	Cefalea intensa	Melancólica, ideas de fuga, alucinada,	+	D.H.N.A. Feno Tioridacida - Maudsl-Biperiden.
M.CH.B.	96/76	10	26 d.	25 a.	Sololá	Sololá	F	U	"	SI		Incoherente, apática, llanto, tristeza	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida Clorpromacina Diazepan
L.C.R.	204/72	11	17 d.	15 a.	Chimaltenango	Jutiapa	F	S	"	SI	Desorientada	Agresiva irritable, verborreica y mística	+	D.H.N.A. Feno Diazepan Anatenol
V.O.E.	98/76	12	10 d.	43 a.	San Marcos	Capital	F	U	"	SI	Ninguna	Incoherente, llanto, tristeza verborreica	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida Clorpromacina
P.S.M.	232/71	13	13 d.	24 a.	Amatitlán	Capital	F	C	"	SI	Dolor preordial, cefalea y angustia.	Tristeza apatía, catatónica	NO	D.H.N.A. Feno Clorpromacina, Tioridacida, Sulf. Mg.
M.R.G.	16/77	15	17 d.	49 a.	Jalapa	Ciudad	F	C	"	SI	Vértigos irritable	Irritable, agresiva, incoherente.	+	D.H.N.A. Feno Anatenol, Trierifenidol, Tioridacida.
S.P.	250/64	16	25 d.	18 a.	Escuintla	Ciudad	F	C	"	SI		Alucinada, irritable, ambulante Verborreica	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida. Clorpromacina.
M.G.T.	93/69	17	20 d.	31 a.	Capital	Capital	F	S	" S.C.E.	SI	Desorientada	Ideas de fuga, tristeza, ideas de Suicidio agresiva	NO	D.H.N.A. Feno Heedol, Clorpromacina
M.de L.	3/71	18	15 d.	26 a.	Capital	Capital	F	S	"	SI	Vértigos Cefalea	Incoherente, triste, fantasía, mística.	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida. Sulf.Mg.
T.A.S.	110/76	20	19 d.	15 a.	Suchitep.	Suchitep.	F	S	"	SI		Agresiva, Irritable, Desorientada.	NO	D.H.N.A. Feno Tioridacida, Diazepan.
A.O.O.	209/67	21	41 d.	17 a.	El Progreso	Ciudad	F	S	"	SI	Traumatismo Cranio Col a la	Lagunas mentales Incoherente	NO	D.H.N.A. Feno Clorpromacina Tioridacida.

CONCLUSIONES

- 1) La frecuencia de la epilepsia es más o menos igual en - ambos sexos. Aumenta en las clases sociales bajas por - una mala adaptación social y psicológica, por mala nu - trición o por poco o ningún cuidado obstétrico.
- 2) El factor hereditario ocupa la cuarta parte (1/4 del to - tal) de pacientes epilépticos.
- 3) Las reacciones psicóticas ocupan el 5 por ciento de pa - cientes epilépticos.
- 4) Las Psicosis Esquizofrénicas Paranoides, ocupan el mayor porcentaje de asociaciones psicóticas con la epilepsia.
- 5) En pacientes hospitalizados, las reacciones psicóticas, - fueron más frecuentes en el sexo femenino (35%) que - en el sexo masculino (30%).
- 6) El electroencefalograma constituye uno de los medios - decisivos en el diagnóstico de la epilepsia.
- 7) Los habitantes del Departamento de Guatemala fueron - los que más solicitaron ayuda médica, por mayor facili - dad de traslado o por mayor nivel cultural que la pobla - ción rural.
- 8) Las reacciones psicóticas en pacientes epilépticos fue - ron más frecuentes en personas de raza indígena.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cecil - Loeb - Tomo I 14 Edición. Editorial Interamericana (Medicina Interna)
- 2) Phillip - Solomón. Manual de Psiquiatría. Editorial -- El Manual Moderno S.A. 1972. 2a. Edición.
- 3) W. Mayer - Gross. Tomo II. Editorial Paidós (Psiquiatría Clínica).
- 4) E. Slater - Tomo II. Editorial Paidós (Psiquiatría Clínica).
- 5) M. Roth - Tomo II. Editorial Paidós (Psiquiatría Clínica).

Br.

[Handwritten signature]

Assesor.

[Handwritten signature]

Dr.

[Handwritten signature]

Revisor.

Dr. Carlos Magarín

[Handwritten signature]

Director de Fase III

Dr.

[Handwritten signature]

Secretario

Dr.

[Handwritten signature]

Decano.