



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS  
TELEFAX: 042-289086  
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#072-PROY

Junio 9 del 2015

Médico  
Henry Daniel López González  
RESIDENTE ESPECIALIDAD PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS  
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

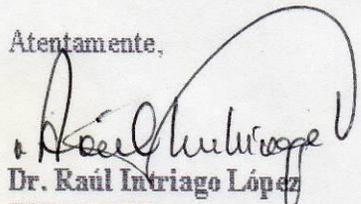
"MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL AÑO 2013-2014. PROPUESTA DE ANÁLISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO".

Tutor de tesis: Dra. Adelaida Alvear Méndez

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 03 de junio del 2015, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador final.

Revisor: Dr. Wilson Benites Illescas

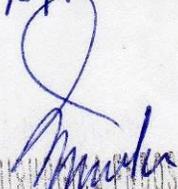
Atentamente,

  
Dr. Raúl Intriago López  
DIRECTOR

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado	Nadia Guerrero V.

09/ Septiembre/2015  
Aprobado.

  
CLINICA QUIRURGICA ENDOSCOPICA  
DR. WILSON BENITES



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN  
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día:  Mes:  Año:

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Fecha Inicio Programa:
Día: <input type="text" value="09"/> Mes: <input type="text" value="04"/> Año: <input type="text" value="2012"/>

Fecha Culminación Programa:
Día: <input type="text" value="08"/> Mes: <input type="text" value="04"/> Año: <input type="text" value="2105"/>

<b>DATOS DEL POSGRADISTA</b>			
NOMBRES:	<b>HENRY DANIEL</b>	APELLIDOS:	<b>LOPEZ GONZALEZ</b>
Cédula No:	<b>0921753398</b>	Dirección:	<b>Florida Norte, mz 203, V 17</b>
E-mail Institucional:		E-mail personal:	<b>mdhenrylg@gmail.com</b>
Teléfono convencional:	<b>042257974</b>	Teléfono móvil:	<b>09984116458</b>

<b>TRABAJO DE TITULACIÓN</b>
<b>TÍTULO:</b>
<b>"MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. AÑO 2013 - 2014. PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO"</b>

<b>MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:</b>
1. TRABAJO DE INVESTIGACION ( <input checked="" type="checkbox"/> )    2. EXAMEN COMPLEXIVO ( <input type="checkbox"/> )    3. ARTICULO CIENTIFICO ( <input type="checkbox"/> )

<b>LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.</b>	
<b>UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.</b>	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE
SUBLÍNEA:	NEUROCIENCIAS COGNITIVAS DEL COMPORTAMIENTO
<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.</b>	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	NEUROLOGICAS / EPILEPSIA
<b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL</b>	
SUBLÍNEA	

PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, PSICOSIS, CRISIS CONVULSIVA, LESION CEREBRAL
---

<b>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</b>
DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL
NO EXPERIMENTAL

<b>TUTOR:</b>	<b>DRA. ADELAIDA ALVEAR</b>
<b>REVISOR METODOLÓGICO:</b>	<b>DR. WILSON BENITES</b>
<b>COORDINADOR DEL PROGRAMA:</b>	<b>DR. CARLOS ORELLANA</b>

No. DE REGISTRO:  No. CLASIFICACIÓN:

<b>VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.</b>		
F)	F)	F)

*[Handwritten signature]*  
4-11-2015

*[Handwritten signature]*  
26/10/2015

**DRA. ADELAIDA ALVEAR MENDEZ  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

CIUDADELA BELLA AURORA MANZANA C VILLA 17  
TELEFONOS: 2290321 – 09955521220  
REGISTRO INH: 09-08-560-08 – REGFISTRO SANITARIO 11021  
REGISTRO MSP. LIBRO VI. FOLIO 1275 N. 3598  
REGISTRO SENESCYT: 1006-03-336240

Guayaquil, septiembre 10 del 2015.

**APROBACION DEL BORRADOR FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION**

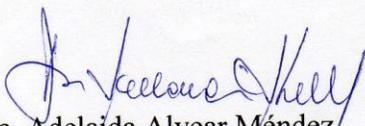
En mi calidad de Tutor de tesis, **Apruebo** el Borrador final del Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de especialista en Psiquiatría y Salud mental, presentado por el Dr. Henry Daniel Lopez Gonzalez, el que cumple con los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Borrador final aprobado:

**“MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS  
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, AÑO 2013-2014.  
PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO”**

Por la atención a la presente, quedo agradecida.

Atentamente,

  
Dra. Adelaida Alvear Méndez  
Especialista en Psiquiatría y Salud mental

DRA. ADELAIDA DEL ROSARIO ALVEAR MÉNDEZ  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
REG. MSP. LIBRO VI - FOLIO 1275 N°. 3598  
REG. INH. 09-08-560-08  
REG. SENESCYT 1006-03-336240  
REG. SANT. 11021



**INSTITUTO  
DE NEUROCIENCIAS**  
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

**DIRECCIÓN TÉCNICA  
DIRECTO 2395198  
Guayaquil - Ecuador**

**INC-DIC-DOF-0007**

Septiembre 21 del 2015

**APROBACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION  
DE TESIS**

En mi calidad de Director del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el Trabajo Final de Investigación - Tesis previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el por el **Dr. HENRY LOPEZ GONZALEZ**, el que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Trabajo final de tesis aprobado:

**"MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS  
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL AÑO 2013-2014.  
PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO"**

Por la atención a la presente, quedo agradecido.

Atentamente

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Dr. Carlos Orellana Román

DIRECTOR TÉCNICO

**Dr. Carlos Orellana Román.**

**Director Técnico**

**Director del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental**

Cc: Sr. Ing. Benjamin Rosales, Inspector  
Dra. Adelaida Alvear- Jefe de Docencia  
File.

*Janeth Herrera.*



**INSTITUTO  
DE NEUROCIENCIAS**  
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

INC-DDI-DOF- 0162

Guayaquil, septiembre 21 del 2015.

**APROBACION DEL BORRADOR FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION**

En mi calidad de Tutor de tesis, **Apruebo** el Borrador final del Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Dr. Henry Daniel Lopez Gonzalez, el que cumple con los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Borrador final aprobado:

**“MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS  
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, AÑO 2013-2014.  
PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO”**

Por la atención a la presente, quedo agradecida.

Atentamente,

Dra. Adelaida Alvear Méndez  
Jefe de Docencia  
Instituto de Neurociencias



## CERTIFICADO

Certifico que el Dr. HENRY LÓPEZ GÓNZALEZ, solicitó en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, mediante oficio con fecha 22 de Abril del 2015 al Director Técnico Dr. Fabrizio Delgado, se le conceda acceso a las Historias Clínicas, Información del MIS y demás datos estadísticos.

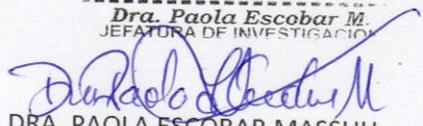
Pasa oficio a la Coordinación de Investigación siendo aprobado. Además comunico que los Datos Estadísticos, fueron solicitados y entregada la Base de Datos, a través de la mencionada área.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Guayaquil, Septiembre 21 del 2015

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

*Dra. Paola Escobar M.*  
JEFEATURA DE INVESTIGACIÓN

  
DRA. PAOLA ESCOBAR MASSUH  
JEFE DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

c.c: file

*Cecilia* /.-



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE POSTGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO  
REQUISITO PREVIO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

TEMA:

**“MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS  
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO  
DE NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.  
AÑO 2013 - 2014.  
PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO”**

AUTOR:

MD. HENRY DANIEL LOPEZ GONZALEZ

TUTOR:

DRA. ADELAIDA ALVEAR MENDEZ

AÑO

2015

GUAYAQUIL- ECUADOR

## **RESUMEN**

Los síndromes psicóticos pueden presentarse de forma frecuente durante el curso de la epilepsia, tanto en las crisis como en el período inmediatamente posterior o libre de estas; asociado con su pobre control sintomático, por refractariedad, cambio o abandono del tratamiento anticonvulsivo.

Factores como una mayor frecuencia de crisis, la edad de inicio temprano de la epilepsia, un mayor compromiso estructural lesional, la localización temporal de la zona epileptógena, alteraciones del neurodesarrollo cortical, esclerosis del hipocampo, han sido asociados a una mayor frecuencia de episodios psicóticos.

El presente trabajo tiene como objetivo dilucidar las características principales de los cuadros psicóticos que presenta los paciente epilépticos que son atendidos en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil; dentro de estas características se tratara de especificar el tipo de crisis que habitualmente está relacionado así también el tiempo de evolución entre el inicio de las crisis epilépticas y el desarrollo de este tipo de psicopatía y las características sintomatológicas de este síndrome. El estudio explora el campo de la clínica psiquiátrica y psicopatología realizando un análisis descriptivo de corte transversal que tomara los casos ingresados con diagnósticos de trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática y epilepsia (F06 y G40) y que presenten sintomatología psicótica a partir de lo cual se tabularan los datos obtenidos y se obtendrán los resultados.

### **PALABRAS CLAVES**

**EPILEPSIA, PSICOSIS, CRISIS CONVULSIVA, LESION CEREBRAL**

## **SUMMARY**

Psychotic syndromes can occur frequently during the course of epilepsy, both in crises and in the immediate aftermath of such period or free; associated with poor symptom control, for refractory, change or abandonment of anticonvulsant therapy.

Factors such as increased frequency of crises, early age of onset of epilepsy, greater lesional structural commitment, the temporary location of the epileptogenic zone, neurodevelopmental disorders cortical, hippocampal sclerosis have been associated with an increased frequency of psychotic episodes.

This paper aims to clarify the main features of psychotic epileptic table presents the patient are treated at the Institute of Neurosciences of the city of Guayaquil; within these features were to specify the type of crisis that is usually associated so the mean time interval between the onset of seizures and the development of this type of psychopathy and symptomatological characteristics of this syndrome. The study explores the field of clinical psychiatry and psychopathology performing a descriptive cross-sectional analysis to take patients admitted with diagnoses of mental disorders due to brain injury or dysfunction or somatic disease and epilepsy (F06 and G40) and to submit psychotic symptoms from which the data be tabulated and the results will be obtained

## **KEYWORDS**

**EPILEPSY, PSYCHOSIS, SEIZURES, BRAIN DAMAGE**

## INDICE

RESUMEN .....	ii
SUMMARY .....	iii
INDICE.....	iv
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
DETERMINACION DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS .....	3
1.1. Preguntas de investigación.....	5
1.2. Justificación del estudio.....	5
CAPITULO II.....	7
OBJETIVO E HIPOTESIS.....	7
2.1. Objetivos generales.....	7
2.2. Objetivos específicos .....	7
2.3. Hipótesis .....	7
2.4. Variables de estudio.....	8
CAPITULO III .....	9
MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	9
3.1. Antecedentes del estudio.....	9
3.2. Bases teóricas.....	14
3.2.1. Mecanismos etiopatogénicos y fisiopatológicos de la psicosis en la epilepsia..	18
3.3. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia.....	20
3.4. Clasificación de los cuadros psicóticos en la epilepsia.....	21
3.5. Esquemas de manejo terapéutico de los cuadros psicóticos presentes en la epilepsia	
.....	27
3.6 Propuesta de análisis de esquemas de manejo .....	29
3.6.1 Efectos Adversos de los antipsicóticos .....	32
3.7. Términos básicos .....	36
CAPITULO IV .....	37
MATERIALES Y METODOS.....	37
4.1. Materiales.....	37
4.1.1. Lugar de la investigación .....	37
4.1.2. Periodo de la investigación .....	37
4.1.3. Recursos empleados .....	37
4.1.4. Universo y muestra .....	37
4.2. Métodos.....	38
4.2.1. Tipo y nivel de la investigación .....	38
4.2.2. Diseño de la investigación .....	38
CAPITULO V.....	39
RESULTADOS .....	39
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES .....	57
BIBLIOGRAFIA .....	58
REPOSITORIO.....	60

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por grupo etario .....	40
Tabla 2. Distribución por sexo .....	42
Tabla 3. Tipos de ingresos .....	43
Tabla 4. Tipo de crisis epiléptica .....	44
Tabla 5. Alteraciones sensorio-perceptivas .....	45
Tabla 6. Ideas delirantes .....	45
Tabla 7. Conducta agresiva .....	45
Tabla 8. Tiempo post-crisis epiléptica .....	47
Tabla 9. Edad de inicio de crisis epiléptica .....	48
Tabla 10. Empleo de antipsicóticos típicos .....	49
Tabla 11. Empleo de antipsicóticos atípicos .....	51
Tabla 12. Efectos adversos presentados .....	52

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje grupo etario.....	41
Gráfico 2. Porcentaje por sexo .....	42
Gráfico 3. Porcentaje tipos de ingresos .....	43
Gráfico 4. Porcentaje tipo de crisis epilépticas.....	44
Gráfico 5. Porcentaje síntomas psicóticos.....	46
Gráfico 6. Porcentaje tiempo post-crisis.....	47
Gráfico 7. Porcentaje edad de inicio de crisis epilépticas .....	48
Gráfico 8. Porcentaje empleo de antipsicóticos típicos .....	50
Gráfico 9. Porcentaje empleo de antipsicóticos atípicos .....	51
Gráfico 10. Porcentajes efectos adversos .....	52

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diferencia entre psicosis interictal y esquizofrenia .....	24
Figura 2. Criterios de psicosis postictal.....	30
Figura 3. Antipsicóticos según efectos adversos.....	33
Figura 4. Efectos adversos de los antipsicóticos.....	35

## INTRODUCCION

La existencia de cuadros psiquiátricos asociados a la epilepsia es sabido desde hace décadas siendo esta comorbilidad más elevada en comparación con la población general; en vista de que no existen estudios sobre la problemática planteada en nuestro país a pesar de la existencia de hospitales psiquiátricos los cuales manejan este tipo de manifestaciones psicopáticas en epilépticos y los datos de las principales entidades que manejan la estadística a nivel de salud tanto el INEC y el Sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública no tipifican este tipo de entidad sindrómica. Por lo que es indispensable acudir a datos de estudios realizados a nivel internacional donde la temática es conocida.

El propósito del presente trabajo es dar a conocer las características de este complejo síndrome presente en la epilepsia y determinar los factores que inciden a su aparición.

De forma general la psicopatología que se presenta en la epilepsia habitualmente es la depresión que en diversos estudios oscila entre el 20 y 60%, seguido de los cuadros de ansiedad y los trastornos psicóticos que es lo que compete al presente estudio donde se estima su presencia entre el 8 a 10% de los epilépticos.

Estudios en Norteamérica, Japón y Europa, desde los años sesenta se han observado, porcentajes amplios entre 2% y 60%, valores que fluctúan según el sitio de realización siendo los valores más altos en servicios psiquiátricos.

En países de la región como en Colombia se registró en el 2009 una prevalencia global de 11,3 por cada 1.000 habitantes. En Argentina, los trabajos realizados en centros especializados encontraron valores entre el 8 y el 27%.

El estudio explora el campo de la clínica psiquiátrica y psicopatología, realizando un análisis descriptivo de corte transversal que tomara los casos ingresados con diagnósticos de trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática y epilepsia (F06 y G40) y que presenten sintomatología psicótica.

Se establecerá la relación de los cuadros psicóticos con las características de las crisis convulsivas presentadas en cada uno de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias para lo cual, del total de pacientes atendidos, tendremos en cuenta: El diagnóstico de ingreso codificado en el eje I del CIE 10 de la historia clínica adaptada del MSP. Al realizar la revisión de la historia clínica ubicaremos a los pacientes con sintomatología acorde al estudio.

Se revisaran datos sobre el seguimiento durante la hospitalización y revisaran los exámenes realizados incluyendo evaluaciones diarias del estado mental, entrevistas a familiares, pruebas de laboratorio, electroencefalografía e imágenes (TAC y RMN) de las que según sus resultados se establecerá la relación y principales características del síndrome presentado con la patología epiléptica de base.

## CAPITULO I

### DETERMINACION DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS

Los síndromes psicóticos pueden presentarse de forma frecuente durante el curso de la epilepsia, tanto en las crisis como en el período inmediatamente posterior o libre de estas; asociado con su pobre control sintomático, por refractariedad, cambio o abandono del tratamiento anticonvulsivo.

Factores como la mayor frecuencia de crisis, la edad de inicio temprano de la epilepsia, un mayor compromiso lesional cerebral y el tipo de lesión, localización temporal de la zona epileptógena han sido asociados a una mayor frecuencia de episodios psicóticos. Otros factores se relación con el tratamiento de la epilepsia como la politerapia y el aumento o titulación rápida de fármacos antiepilépticos de nueva generación y la cirugía de la epilepsia. Factores psicopatológicos, como trastornos afectivos y de la personalidad son también mencionados.

Las psicosis epilépticas han sido revisadas por las Asociaciones de Psiquiatría. Actualmente en el DSM V la incluye dentro de las categorías de “Otro Trastorno Mental especificado debido a otra afección médica 294.8” y en “Cambios de la personalidad debido a otra afección médica 310.1” en donde se tiene que especificar la causa medica por ejemplo: 310.1 Cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal.

EL CIE – 10 indica la inclusión de estos cuadros psicopatológicos presente en la epilepsia dentro de la categoría de F06 “Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática” que incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales causados por enfermedad cerebral primaria, a una enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro y especifica a las psicosis epilépticas dentro del F06.2 “Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico” en donde predominan ideas delirantes persistentes o recurrentes acompañadas de alucinaciones pero estas no se limitan a su contenido dentro de lo cual se puede incluir a las

psicosis esquizofreniformes de la epilepsia. Y en el F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática que incluye a las psicosis epilépticas sin especificación.

Se han desarrollado algunos estudios poblacionales, especialmente en Norteamérica, Japón y Europa (países nórdicos), desde los años sesenta, para estimar la prevalencia de psicosis mixtas en la epilepsia; se han observado también rangos porcentuales amplios (2%-60%) con valores más bajos en estudios de campo y primer nivel de atención, intermedios en unidades neurológicas, y los más altos en servicios psiquiátricos.

Adicionalmente, los estudios de incidencia han arrojado un riesgo de psicosis en epilepsia de 6-12 veces mayor que en la población general.

Por su parte, la prevalencia a lo largo de la vida en diferentes estudios se encuentra entre 4-10 por cada 1.000 habitantes, aumenta en los países del Tercer Mundo, quizá por la mayor presentación de enfermedades infecciosas del sistema nervioso central (SNC), como la neurocisticercosis, y por las complicaciones perinatales.

Para Colombia, según el Estudio Epidemiológico Nacional de Enfermedades Neurológicas (EPINEURO), se reportó una prevalencia global de 11,3 por cada 1.000 habitantes, con una pequeña variación entre las diferentes regiones del país, a excepción de la zona oriental, que arrojó una prevalencia de 23 por cada 1.000 habitantes.

La comorbilidad con trastornos psiquiátricos, entendida como la presencia de dos o más diagnósticos en el mismo paciente, ha sido evaluada en varios estudios, generalmente en fase interictal, lo cual registra, también, un estimativo amplio (19%-80%).

En Argentina los trabajos realizados en poblaciones de atención médica general encontraron una prevalencia de psicosis relativamente baja, del 0,7 al 7%, sin embargo los estudios realizados en centros especializados en neurología y en epilepsia, encontraron valores mayores que oscilan entre el 8 y el 27% y el 21 y el 40%, respectivamente.

En Ecuador hasta el momento no se registran estudios realizados al respecto a pesar del mejoramiento en el manejo de la información estadística a nivel nacional proporcionada por el INC y el sistema de vigilancia epidemiológica, estas solo registran estudios de enfermedades prevalentes y puesto que la epilepsia que es un trastorno neurológico crónico como su complicación la psicosis epiléptica no son manejada en conjunto por especialista tanto de neurología como psiquiátrico en los diferentes hospitales generales.

### **1.1. Preguntas de investigación**

¿Qué tipo de crisis convulsivas se presentan en los pacientes epilépticos que desarrollan cuadros psicóticos?

¿Que caracteriza al cuadro psicótico que presentan los paciente epilépticos estudiados?

¿En qué tiempo posterior a las crisis convulsivas se presentan los síntomas psicóticos?

### **1.2. Justificación del estudio**

Se justifica el presente estudio debido a que las psicosis epilépticas ocasionan una mayor comorbilidad en los pacientes epilépticos, generan hospitalizaciones psiquiátricas, prolongan el tiempo de internación y dificultan el manejo farmacológico. Pero el factor más importante que justifica su realización es la falta de estudios en nuestro país, tanto desde el punto de vista estadístico y clínico, que proporcionen informes que deriven en una mejora en el diagnóstico y manejo adecuados, donde se es requerido un trabajo interdisciplinario entre psiquiatría y neurología.

Los actuales manejos existentes de estos síndromes están basados en la utilización de fármacos antiepilépticos en combinación con los antipsicóticos que son necesarios para el control de los síntomas psicóticos, a pesar que todos sin excepción disminuyen el umbral convulsivo lo cual va en función de la dosis; como norma general los antipsicóticos atípicos son más seguros aunque las típicos, como haloperidol y clorpromazina, se los utiliza en los estados de agitación psicomotriz aguda post- crisis epiléptica. Se ha observado también que

el haloperidol, el cual tiene menor potencial de disminución del umbral convulsivo que la clorpromazina, se ha llegado a utilizar para el tratamiento de mantenimiento en algunos de los pacientes hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en vista de la aparente falta de respuesta de los antipsicóticos atípicos. Se intentará analizar factores que determinan esta aparente falta de respuestas de los atípicos y la existencia de la presencia de efectos adversos al administrar antipsicóticos típicos o atípicos en estos síndromes.

## **CAPITULO II**

### **OBJETIVO E HIPOTESIS**

#### **2.1. Objetivos generales**

Identificar las características de las manifestaciones psicóticas que se presentan en el curso evolutivo de los pacientes epilépticos ingresados.

#### **2.2. Objetivos específicos**

- Determinar el componente psicopatológico habitual de las psicosis en paciente epilépticos.
- Analizar los tipos de crisis convulsivas que se asocian habitualmente a la aparición de cuadros psicóticos en los pacientes con epilepsia.
- Determinar el tiempo post - crisis en que aparecen los primeros síntomas psicóticos.

#### **2.3. Hipótesis**

En la aparición del cuadro psicótico en el curso de la epilepsia está implicado el tipo de crisis epilépticas, edad de inicio de las crisis y el tiempo post- crisis epiléptica como factores que influyen en la gravedad de dicho cuadro.

## 2.4. Variables de estudio

Variable independiente: Tipo de crisis epilépticas

Variable dependiente: Cuadro psicótico

Variable interviniente: Tiempo post-crisis

Edad de inicio de crisis epilépticas

### 2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADORES	VERIFICADORES
<b>INDEPENDIENTE</b>		
TIPO DE CRISIS EPILEPTICA	TCG – PARCIALES SIMPLE Y GENERALIZADAS	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIAR, EXAMENES FISICO Y MENTAL, TAC – RMN, ELECTROENCEFALOGRAMA
<b>DEPENDIENTE</b>		
CUADRO PSICOTICO	ALTERACIONES SENSORPERCEPTIVAS TRASTORNO DEL PENSAMIENTO CUADRO DE AGRESIVIDAD	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIAR, EXAMENES FISICO Y MENTAL
<b>INTERVINIENTE</b>		
TIEMPO POST-CRISIS	Nº DE DIAS, SEMANAS POSTERIOR A LA ULTIMA CRISIS	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIARES
EDAD DE INICIO DE CRISIS EPILEPTICAS	INICIO EN LA INFANCIA Y/O ADOLESCENCIA.	HISTORIA CLINICA, ENTREVISTAS A FAMILIARES

## CAPITULO III

### MARCO TEORICO REFERENCIAL

#### 3.1. Antecedentes del estudio

Es necesario definir la epilepsia desde el ámbito de la fisiología donde se trata de una descarga excesiva de un grupo de neuronas cerebrales. Desde el punto de vista neurológico a su vez es definida como la manifestación convulsiva de esta descarga excesiva. Desde al ámbito que nos compete que es el psiquiátrico también se adopta una definición que comprende los aspectos de la desestructuración de la conciencia en relación con la crisis convulsiva y las modificaciones de la personalidad que estas asociadas a este trastorno. (*Henry Ey, 1965, p. 267*)

El termino epilepsia deriva de la palabra griega que quiere decir “apoderarse de” o “caer sobre” en referencia a la creencia de que era originada por fuerzas sobrenaturales a pesar de esta concepción Hipócrates manifestó: Respecto a esta enfermedad que la llaman divina, es seguro también tiene su propia naturaleza y sus propias causas de donde se origina, al igual que las otras enfermedades y que es curable por medios comparables a los que curan estas. Como se ha mencionado es un trastorno de la actividad electrofisiocoquímica que las neuronas siendo mas específicos en los cambios que se producen podemos decir que ocurre un cambio en el potencial eléctrico que se registra en el electroencefalograma, diversidad de trastornos de la conciencia, alteraciones en el funcionamiento del sistema nerviosos autónomo, movimientos convulsivos y síntomas psíquicos dentro de los cuales encontraremos a los psicóticos que se presentan en esta entidad. (*Lawrence Kolb, 1981, p. 295*)

Durante el siglo XIX se produjo el definitivo impulso para su comprensión desde el punto de vista racional y científico donde “los alienistas”, así llamaron los psiquiatras antiguamente, observaron y describieron estos síntomas y defendían la consideración de

la epilepsia como una *mobius totius substantiae*, como un trastorno que afectaba al comportamiento y desarrollo evolutivo del paciente. (A. Amor y J. Vallejo, 2009, p. 231)

Falret y Morel en el siglo XIX, inicialmente pensaron que entre los síntomas de la epilepsia podía encontrarse todo tipo de alteraciones del comportamiento considerándolos parte del cuadro comicial. Luego en una segunda etapa a finales del mismo siglo se concibe la idea del antagonismo entre ambos trastornos, al observarse que la menor frecuencia de crisis coincidía con la aparición de episodios psicóticos, produciéndose así una alternancia, esto fue fundamento de la concepción de la terapia electroconvulsiva (TEC) que a través de una convulsión generada artificialmente disminuía los síntomas psicóticos. En una tercera etapa se plantea la relación entre ambos trastornos mediante el fenómeno eléctrico de la normalización forzada o paradójica dando pie al inicio de la electroencefalografía.

Slater y Beard (1963) revisaron la sintomatología psicótica que presentaban muchos epilépticos los cuales con tendencia a la cronicidad se caracterizaban por episodios recurrentes e ideas delirantes de tipo paranoide; postulan la hipótesis del lóbulo temporal que consiste en la presencia de síntomas psicóticos en epilepsias generadas en el lóbulo temporal.

Tellenbach de Heidelberg, en su estudio de doce casos que presentaron normalización medicamentosa del EEG aparecieron síntomas paranoides y al suspender los medicamentos logró la remisión de la psicosis; Al instaurar nuevamente y con señales de normalización del EEG nuevamente se presentaron nuevos episodios psicóticos. A este fenómeno se le denominó “**síndrome de la normalización forzada del EEG**”. (Espinoza, 1975, p.161)

Lennox. WG (1944) concluyó que los síntomas conductuales en la epilepsia fueron efectuados en sanatorios para enfermos mentales o crónicos, más del 90% de los epilépticos no debieron estar internados y que la evidencia permitió determinar un tipo de personalidad especial o síndrome de comportamiento anormal en los epilépticos, siendo los trastornos emocionales y del carácter similares a los presentados por segmentos de la población general sometidos a un estrés psico-social equivalente.

Gibbs. E.L (1948) indicó que los trastornos intelectuales y del comportamiento en los síndromes epilépticos son sólo comunes en aquellos que sufren de epilepsia psicomotriz siendo la gran mayoría de los epilépticos normales desde el punto de vista de la personalidad y funciones psicológicas, pero el 40% con esta epilepsia psicomotriz presentaron trastornos severos de la personalidad, de estos la tercera parte pueden ser clasificados como psicóticos.

Existe diferencia de criterios en cuanto al diagnóstico de estos pacientes debido a variantes como la población estudiada; pacientes ambulatorios en unos casos, institucionalizados en otros, incluso pacientes severamente incapacitados. (*González de Rivera, 1981, p.2*)

Son las psicosis epilépticas entonces uno de las complicaciones de mayor importancia dentro de la psicopatología de las epilepsias. Tienen distintas formas de presentación siendo de por sí un esfuerzo clasificarlas y más aun diagnosticarlas ya que requieren la comprensión de todos los factores que influyen en su presencia y esto no solo para las psicosis en la epilepsia sino en otros cuadros conductuales que se presentan en epilépticos. (*Ivanovich, 2010, p. 167*)

Aun existen controversias en relacionar con la epilepsia un mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos en general y psicosis en el caso que nos atañe. Existen estudios que según demuestran que el riesgo individual de desarrollar psicosis estaría en relacionado con el tipo de síndrome epiléptico y a la respuesta de este al tratamiento. (*D'Alessio B. Et Al, 2008, p. 38*)

Las psicosis epilépticas han sido revisadas por las Asociaciones de Psiquiatría. Actualmente en el DSM V las incluye dentro de las categorías de **“Otro Trastorno Mental especificado debido a otra afección médica 294.8”** y en **“Cambios de la personalidad debido a otra afección médica 310.1”** en donde se tiene que especificar la causa medica por ejemplo: 310.1 Cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal. (*Asociación Americana de Psiquiatría. DSM -5, 2014, p. 154,369*)

EL CIE – 10 indica la inclusión de estos cuadros psicopatológicos presente en la epilepsia dentro de la categoría de **F06. “Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática”** que incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales primaria, a una enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro y especifica a las psicosis epilépticas dentro del *F06.2 “Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico”* en donde predominan ideas delirantes persistentes o recurrentes acompañadas de alucinaciones pero estas no se limitan a su contenido dentro de lo cual se puede incluir a las psicosis esquizofreniformes de la epilepsia. Y en el **F06.8 “Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática”** que incluye a las psicosis epilépticas sin especificación. (*Organización Mundial de la Salud. CIE -10, 2004, p. 39,44*)

La frecuencia de la aparición de las psicosis epilépticas es difícil de determinar ya que los estudios realizados son ya sea en pacientes hospitalizados o de centros ambulatorios lo cuales es un factor que distorsiona las muestras y por ende las conclusiones obtenidas; donde se ha concluido que existen diferencias significativas entre estas dos poblaciones de pacientes epilépticos. (*Ivanovich, 2010, p.167*)

Estudios en centros especializados determinaron un mayor porcentaje de psicosis de 19 a 27% donde predominaban la deficiente respuesta al tratamiento a diferencia de la frecuencia encontrada en los pacientes con epilepsia de centros no especializados, donde la incidencia de psicosis fue menor y más cercana a la población general de 0,7 a 7%.

Se han menciones múltiples factores como una mayor frecuencia de crisis, la edad de inicio temprano de la epilepsia, un mayor compromiso estructural lesional, la localización temporal de la zona epileptógena, el tipo de lesión epileptógena (alteraciones del neurodesarrollo cortical, esclerosis del hipocampo), han sido asociados a una mayor frecuencia de episodios psicóticos. (*D’Alessio B. Et Al, 2008, p. 38*)

La presencia de psicosis en el curso de la epilepsia también han sido descrita en cuadros epilépticos generados por la presencia de daño o lesión como en tumores así descrito por M. Escosa-Bagé, et al (2004), en su revisión de **“Psicosis en un caso de epilepsia temporal asociada a un tumor neuroepitelial disembrionárico”** donde el paciente presenta un cuadro psicótico a los 17 años y que presentaba crisis parciales complejas con episodios de desconexión con el medio, automatismos faciales y en los miembros superiores, que tenía el antecedente de traumatismo craneoencefálico a los 4 años de edad con pérdida de conciencia y sin secuelas posteriores, con consumo de cannabis, alcohol y LSD desde los 16 años; al electroencefalograma (EEG) que se le realizó fue inespecífico siendo manejado como aparente cuadro esquizofreniforme y que al realizarle una resonancia magnética (RM) se descubre una tumoración quística de 1 cm de diámetro, localizada en la cisura coroidea derecha adyacente al mesencéfalo, que comprime y desplaza inferiormente el hipocampo al que se le realizó una pequeña lobectomía, con lo que desaparecen los síntomas psicóticos.

D'Alessio Et al, (2008) en su trabajo **“Análisis de los trastornos psicóticos en pacientes con epilepsia parcial refractaria, diagnóstico psiquiátrico y características clínicas”** realizado en dos grupos de pacientes con epilepsia parcial refractaria, 57 que presentaron trastornos psicóticos y en 56 pacientes sin el mencionado trastorno encontrando en el primer grupo que 15 pacientes (26%) presentaron psicosis postictal, 29 pacientes (51 %) presentaron psicosis interictal y 13 pacientes (23 %) una psicosis bimodal y una mayor incidencia de esclerosis hipocámpica bilateral en todos estos pacientes además de un mayor tiempo de evolución de la epilepsia.

Mendoza, Gómez (2006) en su revisión bibliográfica **“La psicosis en epilepsia”** menciona que en Colombia se reportó una prevalencia global de 11,3 por cada 1.000 habitantes con pequeñas variaciones entre las diferentes regiones del país y una prevalencia de 23 por cada 1.000 habitantes.

Cuenca Alfaro (2010) en su estudio **“Características psicopatológicas en pacientes con epilepsia de un Instituto Nacional de Salud de Lima”** sobre características

psicopatológicas realizado en 178 encontrando una posible relación causal entre la politerapia, tiempo de la enfermedad entre las edades de 21 a 30 años, y la presencia de características psicopatológicas comprobando que el perfil psicopatológico en personas con epilepsia se caracteriza principalmente por depresión, esquizofrenia, histeria; psicastenia; desviación psicopática e hipocondría medido en escalas psicológicas MINI MULT-82. (pp 67-78.)

En Chile se reportan en el 2010 un 32% de psicosis epilépticas en el Instituto psiquiátrico de Santiago y un 52.3% en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. (Ivanovich, 2010, p. 167)

F. Lázaro Et al (2013) en la revisión de **“Las psicosis de la epilepsia: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura”** describen a un paciente de 72 años con un diagnóstico previo de epilepsia del lóbulo temporal y esquizofrenia paranoide, que mostraba episodios de psicosis que no respondía bien al tratamiento antipsicótico y que no presentaba un deterioro en su personalidad con buen ajuste social, que presenta durante la internación disminución del cuadro psicótico sin presentar crisis convulsivas al retirar progresivamente el antipsicótico empleado y agregando al tratamiento dado con carbamazepina, valproato, lorazepam, el clobazam de forma progresiva lo cual cuestiona en algunos pacientes el uso de antipsicótico como parte del tratamiento resaltando la dificultad en el diagnóstico de estos pacientes sin el adecuado estudio de la patología convulsiva (pp 361-375)

### **3.2. Bases teóricas**

Las epilepsias es una entidad caracterizada por el trastorno cerebral crónico de distinta causa cuyo principal componente son la presencia de crisis convulsivas recurrentes motivadas por la descarga excesiva de las neuronas. Sin embargo asociado a este trastorno se había destacado la presencia de sintomatología psiquiátrica como alteraciones del pensamiento, sensoperceptivas, del humor y de la conducta que antiguamente eran

atribuidos al castigo de los dioses o a la perversión moral de quien las padecía. (*A. Amor y J. Vallejo, 2009, p. 231*)

Un ataque epiléptico, considerado una respuesta normal del cerebro ante ciertas circunstancias, es considerado patológico si ocurre espontáneamente o se presenta en respuesta a estímulos que no producen habitualmente tal respuesta en personas normales; la repetición de las convulsiones es el criterio clínico esencial para el diagnóstico de epilepsia. Enfermedad presente entre 0,5% y 2% de la población general.

Para Hey (1965), los cuadros convulsivos son considerados como una disolución de la conciencia de forma completa pero también breve y de rápida recuperación que presentan también fenómenos psíquicos dados porque la corta duración del episodio convulsivo provoca una verdadera desorganización de comportamiento parecida apreciada en las psicosis agudas. (p. 265).

Resulta imperioso mencionar las partes de una crisis epiléptica. Siendo el periodo durante el cual se da la crisis propiamente dicha es el periodo ictal o ictus; la parte previa al ictus que es la reconocible y que recuerda el paciente es la denominada aura; la parte que sigue a la crisis es el periodo postictal, mientras que el intervalo entre una crisis y otra es el periodo interictal.

En la denominación de la epilepsia se utilizan dos tipos de clasificaciones mencionadas a continuación:

**a) Clasificación de la crisis epiléptica**

**b) Clasificación de la epilepsia**

La clasificación de la crisis caracteriza a estas como un episodio único a partir de información de la clínica y el electroencefalograma. La clasificación de la epilepsia menciona los síndromes en donde el ó los tipos de crisis presentadas constituyen una o varias manifestaciones del síndrome.

La clasificación de las crisis epilepsia es tomada de la presentada en 1981 por la International League Against Epilepsy (ILAE) que la divide en dos grandes categorías: **a) crisis parciales** que son las que inician en un área pequeña del cerebro y **b) crisis generalizada** que son las crisis bilaterales, simétricas y no tiene un inicio local.

**Las crisis parciales** pueden ser de dos tipos:

**1. Crisis parciales simples**, donde la descarga cortical es local cuyos síntomas son los correspondientes al área de descarga sin deterioro de la conciencia. Los síntomas más habituales en este tipo de crisis suelen ser síntomas motores, sensoriales, vegetativos, psíquico o combinaciones de todos estos.

**2. Crisis parciales complejas**, conocidas como psicomotoras o del lóbulo temporal y donde se produce una alteración del nivel de conciencia en donde hay una incapacidad de responder de manera habitual ante los estímulos externos por las alteraciones del estado de alerta o de la capacidad de respuesta. Los síntomas pueden ser motores, vegetativos, sensoriales, psíquicos. Durante el periodo de alteración de la conciencia puede no estar presente ningún otro síntoma o pueden aparecer automatismos, de los cuales que el paciente no guarda recuerdo.

**Las crisis generalizadas** pueden ser:

**1. Crisis de ausencia o de petit mal**, consiste en la aparición y desaparición de una reactividad alterada que se acompaña de un patrón específico en el electroencefalograma, sin aura y la sintomatología postictal son pocas o ausentes.

**2. Crisis mioclónicas** consisten en contracciones musculares breves, repentinas generalizadas o localizadas, simétricas o asimétricas, sincrónicas o asincrónicas sin detectarse generalmente ninguna afectación ni pérdida de la conciencia.

**3. Crisis tónicas** consisten en la contracción o aumentos del tono de los músculos axiales, extremidades o ambos, provocando posturas características. Habitualmente con pérdida completa o parcial de la conciencia y/o fenómenos vegetativos, alteración postictal breve pero que se puede prolongar por varios minutos.

**4. crisis atónicas**, existe una pérdida repentina del tono muscular que puede limitarse a un grupo muscular o afectar a todos los músculos especialmente del tronco provocando la caída del paciente.

**5. crisis clónicas**, se presentan durante la niñez, inician con pérdida de la conciencia total o parcial, hipotonía, espasmos breves y generalizados, luego estos se presentan bilaterales asimétricos por varios minutos, el periodo postictal es variables desde la recuperación rápida hasta periodos de confusión prolongada y coma.

**6. Crisis tónico-clónicas, grand mal**, caracterizado por pérdida de la conciencia y aumento del tono muscular que caracteriza a la fase tónica ocasionando posturas rígidas en flexión seguidos de posturas rígidas en extensión a los que sigue espasmos rítmicos bilaterales cada vez mas espaciados, lo cual caracteriza a la fase clónica; en ambas fases suelen observarse fenómenos vegetativos. En el periodo postictal aparece aumento del tono muscular seguido de flacidez y estados confusionales y somnolencia. (*Browne, Holmes, 2009, p. 5*).

El tipo de crisis no es el componente principal en la historia natural de la epilepsia datos como la herencia, etiología y la evolución intervienen en el pronóstico y tratamiento por este motivo se desarrollo la **Clasificación de los Síndromes Epilépticos** donde se definen como “*trastornos epilépticos*” a los caracterizados por una agrupación de signos y síntomas que ocurren de manera conjunta como los son el tipo de crisis, etiología, localización anatómica, factores precipitantes, edad de comienzo, gravedad, cronicidad, presentación diurna o nocturna. (*Juan J Zarranz. 1998, p. 420*)

En estas Categorías las epilepsias se dividen en 8 grupos en cada grupo la edad de aparición de las crisis es un parámetro útil para determinar el síndrome epiléptico que presenta el

paciente. En el presente estudio no se profundizara en cada uno de estos síndromes epilépticos puesto que nos compete es la presentación psiquiátrico o cuadros psicóticos de aparición en cualquiera de estos sobre, todo en las de predominio en el adulto y adolescente.

### **3.2.1. Mecanismos etiopatogénicos y fisiopatológicos de la psicosis en la epilepsia**

Siendo un punto no aclarado entre ambos trastornos se han mencionado 3 mecanismos propuestos por Bruens (1974) y discutidos en los artículos de Sachdev (1998) y Florez Menéndez y Gómez Reino (2001) estos son:

1. Predisposición genética a la psicosis precipitada por la epilepsia, de fundamento teórico, porque no se han encontrado antecedentes de psicosis en los familiares de pacientes con ambas enfermedades en comparación con la población general planteando una hipótesis de asociación causa-efecto y no etiológica.

En las psicosis como consecuencia directa de la epilepsia explica que los síntomas psicóticos son consecuencia directa del trastorno epiléptico a través de la actividad subictal continuada, mecanismos homeostáticos que reduzcan la excitabilidad epiléptica, y cambios neuroquímicos y neuroendocrinos esto explicaría las psicosis ictales y posictales que están directamente relacionadas con la crisis. Pero no explica adecuadamente las psicosis interictales en relación al tiempo, en este tipo de psicosis aparecen de 10 a 15 años posteriores a inicio aparición de la epilepsia.

2. Crisis epilépticas repetidas predisponen a las psicosis por las alteraciones eléctricas y el desarrollo de anormalidades neuroquímicas y neurofisiológicas que provocan.

**El fenómeno *kindling*** parece ser uno de los posibles factores que explican la aparición de psicosis en la epilepsia. Aplicado a la epilepsia este mecanismo es el resultado de múltiples descargas eléctricas cerebrales subumbrales, que finalmente facilitarían la propagación a lo largo de vías específicas hasta desarrollar lesiones mediante

excitotoxicidad a través de receptores N-metil-D-aspartate (NMDA), que generarían fenómenos psicóticos.

La clínica se apoya en la hipótesis del *kindling por* la larga duración de la epilepsia previa al inicio de la psicosis; que los cuadros refractarios y con peor control de las crisis son más propensos a la psicosis; diferentes edades de inicio de la epilepsia y la psicosis, y diferentes tiempos de latencia en los distintos subtipos de psicosis epilépticas.

Aspectos neuroquímicos que apoyan la hipótesis del *kindling* son: crisis epilépticas generadas mediante *kindling* ocasionan hiperexcitabilidad dopaminérgica, potente inhibidor de crisis convulsivas que podría explicar el antagonismo entre ambas entidades, inhibe la aparición de las crisis y estimula la aparición de sintomatología psicótica.

Los receptores kainato son un subgrupo de receptores ionotrópicos del glutamato que se han implicado en la epileptogénesis, estos receptores también provocan un estado de hipersensibilidad dopaminérgica.

3. La epilepsia y la psicosis comparten vías neuropatológicas comunes que podrían ser localizadas (con énfasis en lóbulo temporal, frontal y cerebelo) o estar generalizadas por todo el tejido cerebral.

**Anormalidades del neurodesarrollo** que causan disgenesias corticales como factor común en ambos trastornos. El motivo de que cada una tenga edades de inicio distintas, podría deberse a que cada una necesita un grado diferente de maduración o desarrollo del sistema nervioso central presentar síntomas. Además, se sugiere la epilepsia exacerbaría disgenesias latentes, poniendo en marcha fenómenos psicóticos; hipótesis no deja claro por qué no todos los pacientes con lesiones límbicas desarrollan ambas enfermedades y tampoco aclara la alternancia entre ambas ni por qué en algunos casos aparecen psicosis más graves que en otros.

**Daño cerebral difuso**, existe evidencia de que sujetos esquizofrénicos presentan alteraciones mucho más amplias que únicamente están localizadas en el lóbulo temporal. Se ha encontrado relación entre psicosis epilépticas y alteraciones del lóbulo temporal, aunque estudios posteriores indican que hay patología mucho más amplia y que esta relacionada con cambios cerebrales regenerativos y degenerativos no directamente relacionados con enfermedad epiléptica.

4. Un cuarto mecanismo propuesto combina la neuropatología añadida a anormalidades neuroquímicas por alteraciones eléctricas repetidas y explica que los epilépticos que desarrollan psicosis crónicas tienen una lesión cerebral que los haría vulnerables a la psicosis; esta lesión podría ser del neurodesarrollo, disgenesias corticales o por traumatismos, hipoxias, infecciones, etc. Anormalidades que serían generalizadas, pero es particularmente probable que haya alteraciones de estructuras límbicas y, posteriormente, actividad ictal subumbral mediante el *kindling* dañaría vías neurales que provocarían fenómenos psicóticos.

Por último se relaciona a los fármacos antiepilépticos en la aparición de psicosis como uno de los posibles mecanismos los cuales provocan reducción de los valores de ácido fólico. El ciclo del folato está implicado en la síntesis de neurotransmisores y neuromoduladores, por lo que alteraciones sanguíneas de ácido fólico podrían alterar su síntesis. (*Rodríguez, Pintor, Rejón, 2006, p. 211-219*)

### **3.3. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia**

En cuanto a la epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más común, la OMS estima que el 1% de las personas lo padecen; de todas las expresiones conductuales que se ve acompañada esta enfermedad la psicosis es una de la más severa; está presente en un aproximado del 40% de los pacientes epilépticos.

Siendo la epilepsia del lóbulo temporal el síndrome epiléptico con manifestaciones más floridas cuya evolución comprende la presencia de auras, ictus, postictus que pueden o no estar presentes y generar en el paciente una expresión psíquica muy similar a la de una psicosis primaria. (Alarcón, Mazzotti, Nicolini, 2005, p. 852)

Otras revisiones indican una incidencia del 3 y el 7% de estas psicosis epilépticas, en comparación con el 1% de que corresponde a la esquizofrenia. La afectación cognitivas es parecida a la esquizofrenia lo cual indica un aparente déficit frontotemporal donde la atención, la memoria episódica y las funciones ejecutivas son las afectas comúnmente. (Vallejo Ruilova, 2012, p. 704)

### **3.4. Clasificación de los cuadros psicóticos en la epilepsia.**

La presentación de los cuadros psiquiátricos en la epilepsia están determinados por la relación temporal con la crisis epiléptica siendo estos procesos de presentación: pre-ictal, ictal, post-ictal, inter-ictal en lo cual la mayoría de autores frecuentemente están de acuerdo; las características de cada etapa es lo que diferencia una clasificación de otra.

De las distintas presentaciones de los síntomas psicóticos que aparecen relacionados con las crisis epilépticas han motivado la realización de distintas clasificaciones predominando aquellas en las que se relaciones de manera directa las crisis epilépticas con los síntomas psicóticos, que permita distinguir las de otros cuadros clínicos tomando en cuenta la presentación, evolución y pronóstico.

Flores Menéndez (2001) en su trabajo *Psicosis epilépticas: El puente neuropsiquiátrico* en relación de tiempo de aparición de los síntomas psicóticos con la crisis epiléptica las clasificó en:

**Preictales:** donde hace la diferenciación entre aura y pródromo. Describe al aura como una crisis parcial simple que es parte de la propia convulsión y donde pueden presentarse

conducta alucinatoria visual si el foco es occipital, o auditiva si es temporal que son generalmente de corta duración y de un contexto simple como tonos, destellos o manchas pero que en ocasiones estos fenómenos pueden ser complejos como música o visualizar lugares.

El pródromo es un cambio en la conducta del paciente previo a la aparición de la crisis, es decir aparecer con días de anticipación sin tener relación directa con ésta. Los cambios de comportamiento se caracterizan por los síntomas psicóticos, irritabilidad e ideas paranoides; con etiología indeterminada, son más frecuentes en pacientes de larga evolución y mal control de las crisis. Las alteraciones de conducta van aumentando hasta que aparece la crisis epiléptica y luego se normalizan.

Indica que el aura forma parte de la crisis y no debe ser considerada como una psicosis epiléptica, y el pródromo, que no forma parte de la crisis, sí debe ser considerado una psicosis epiléptica cuando la clínica es compatible con una psicosis.

**Perictales;** las agrupó en Episódicas o estados confusionales y las que están relacionadas con el ictus.

Los estados episódicos o funcionales son más frecuentes, y pueden ocurrir después de cualquier tipo de crisis, con excepción de las ausencias y las puramente focales.

Disminuye el nivel de conciencia después de la crisis y los síntomas conductuales son frecuentes de tipo psicótico como delirios, alucinaciones y cambios en el comportamiento donde también se incluye agresividad. De duración corta generalmente pero después de varias crisis seguidas el síndrome se prolonga varias horas incluso días en su duración.

Relacionadas con el ictus. Se incluyen características conductuales de los tres status epilépticos no convulsivos:

Status parcial simple. Donde el estado de conciencia es normal y el grupo neuronal implicado en la crisis altera las funciones psíquicas con la aparición alucinaciones o

trastornos del pensamiento o bien ambas alteraciones; también es común síntomas afectivos. Si la crisis dura horas o días pueden aparecer irritabilidad o depresión con riesgo suicida.

Status parcial complejo. Existe un cuadro confusional variable en intensidad.

Los episodios en estas crisis son parecidos a una fuga psicógena con cambios conductuales como la agitación psicomotriz y excitación, alteraciones en la cualidad del pensamiento y el lenguaje como la confabulación y respuestas estereotipadas; delirios de referencia de otros contextos, alucinaciones auditivas o visuales complejas, negativismo, incoherencia y muy rara vez catatonia profunda.

Status de ausencia. Hay una disminución variable de la conciencia; las manifestaciones psicóticas no son tan frecuentes ni tan graves como en el status parcial complejo.

**Postictales**, constituyen el 25% de las psicosis epilépticas donde se tiene que tener en cuenta dos aspectos para diferenciar este tipo de psicosis de los status epilépticos.

Primero el intervalo lúcido donde no existe síntomas psicopáticos entre el final de la crisis epiléptica y el inicio de la clínica psicótica; con una duración muy variable, estableciéndose de 25 horas aproximadamente, y luego el EEG donde se registra actividad interictal, con enlentecimiento difuso y aumento de puntas interictales.

Los síntomas están dados por acentuados delirios paranoides de tipo megalomaniaco, religioso - místico, con trastornos de la afectividad cercanos a la manía/hipomanía con indiscreciones sexuales, comportamiento agresivo, labilidad. Las alucinaciones auditivas, sensoriales o somáticas son infrecuentes.

El nivel de conciencia puede ser normal, fluctuante o presentar una clara confusión y desorientación; el cuadro es autolimitado y su duración media es de 83 horas con un intervalo de 96 horas puede ser de mayor duración, incluso cronificarse.

**Psicosis interictales;** con una frecuencia se estimada entre 10 a 30% tiene la característica fundamental de aparecer entre crisis sin tener vinculo temporal con la descarga ictal; con el estado de conciencia conservado es también conocida como “Esquizofrenia-like” debido a que presenta los síntomas de primer orden de la escala de Schneider según Slater (1963), que si estos no fueran epilépticos su diagnostico fuera el de esquizofrenia con la que mantiene ciertas diferencias (Figura)

	Esquizofrenia-like	Esquizofrenia nuclear
Contacto afectivo	Preservado	Afectado
Síntomas negativos	Poco frecuentes	Frecuentes
Trastornos formales del pensamiento	Ausentes	Frecuentes
Cuadros catatónicos	Ausentes	Presentes en ocasiones
Sistemas delirantes	Poco organizados	Más organizados
Dosis de neurolépticos necesarias	Bajas	Más elevadas
Personalidad premórbida	Más adaptada	Menos adaptada
Alucinaciones visuales	Más frecuentes	Poco frecuentes
Experiencias místico-religiosas	Muy frecuentes	Frecuentes
Evolución	Subaguda	Crónica

**Figura 1. Diferencia entre psicosis interictal y esquizofrenia**  
**Fuente: Psicosis epilépticas: el puente neuropsiquiátrico**

Semple, Smith, Burns, Darjee, McIntosh (2009) en el *Manuel Oxford de Psiquiatría* clasifican y definen características de cada etapa:

**Etapa preictales:** En esta etapa pueden existir síntomas imprecisos, pródromos de la crisis propiamente dicha entre los cuales se manifiestan sensación de tensión, disforia e insomnio.

**Etapa Ictal:** pueden aparecer automatismos que son movimientos desorganizados y sin finalidad; en la epilepsia parcial compleja de larga duración los síntomas conductuales,

cognitivos y sensorio-perceptivos que aparecen tiene duración variable, existe también la presencia de conducta agresiva en esta etapa.

**Etapa Post-ictal:** aparecen los llamados delirium post-ictal y la **psicosis post-ictal**; el primero caracterizado por desorientación, inatención, niveles de conciencia variables dura de pocas horas a pocos días con una tendencia a la mejoría con restablecimiento de la conciencia.

La **psicosis post-ictal** suele aparecer seguida a un incremento en la frecuencia de la crisis, también a la retirada de fármacos anticonvulsivos, es frecuente en paciente con epilepsia de más de 10 años de evolución asociada a focos epilépticos en lóbulo temporal izquierdo. El episodio psicótico suele resolverse en unos pocos días hasta un mes.

**Etapa Inter-ictal:** se presenta dos formas; la **psicosis inter-ictal breve** de forma independiente a la crisis convulsiva y más bien esta suele estar controlada, siendo antagónicos estos cuadros con normalización del electroencefalograma y donde la crisis puede terminar con el episodio psicótico. Se ha llamado a esta forma de psicosis “alternante” se caracteriza por la presencia de alucinaciones y paranoia.

Y la **psicosis crónica interictal** similar a la esquizofrenia muy frecuentes en epilépticos (6-12 veces) asociada a epilepsia del lóbulo temporal y en aquellas epilepsias de inicio temprano, pareciendo en un promedio de 10 a 15 años posterior al diagnóstico de epilepsia. De similares características clínicas al cuadro de esquizofrenia con la diferencia que no existen antecedentes familiares de esta ni presenta rasgos de personalidad premórbida en los pacientes epilépticos.

En cuanto a las otras presentaciones conductuales que se suelen presentar en la epilepsia nombraremos al deterioro cognitivo, cuadro de neurosis, manía y violencia.

Mendoza, Gómez (2009) en su trabajo *La Psicosis en la epilepsia*, clasifica a la presencia de síntomas psicóticos en:

**1. Psicosis ictal**, corresponden a crisis parciales complejas y parciales simples con incursión de síntomas psicóticos, por lo cual se debe especificar el EEG al momento.

**2. Psicosis interictal**, La característica fundamental de estas psicosis es que aparecen entre crisis y no pueden vincularse temporalmente a la descarga ictal presentan un estado de conciencia conservado.

**3. Psicosis alternante**; incluye el fenómeno de normalización forzada que a menudo ocurre después de agregar un antiepiléptico efectivo controlando la crisis epiléptica; pudiendo la psicosis ser un efecto secundario de la medicación y la mejoría del EEG.

**4. Psicosis postictal**, que destaca como antecedente el “tren” de convulsiones o la convulsión única (en quienes estaban controlados), y excluye estados de confusión postictales y estatus no convulsivo con manifestaciones psiquiátricas. (Mendoza, Gómez, 2009, p. 739-760)

Se ha descrito que la psicosis postictal e interictal podrían coexistir en forma independiente en un mismo paciente, denominándose psicosis bimodales. (D'Alessio, et al, 2008, p. 139)

Ivanovich (2010) en su trabajo *Psicopatología en la epilepsia* propone una clasificación en:

### **I. Estados psicóticos con alteraciones de la conciencia**

1. Psicosis postictales

2. Psicosis Ictales

a. Estatus de ausencia

b. Estatus de crisis parciales complejas

## **II. Estados psicóticos sin alteración de la conciencia**

1. Psicosis episódica
  - a. Estados maníacos o depresivos
  - b. Psicosis alternantes
2. Psicosis crónicas
  - a. Psicosis paranoides
  - b. Psicosis esquizomorfias

## **III. Estados psicóticos no clasificables**

Donde según indica incorpora cuadros que mantiene estrecha relación con la crisis epiléptica y donde a los estados “interictales” que por no poseer relación con la crisis convulsiva los denomina dentro de los estados “no clasificables”. (*Ivanovich, 2010, p. 168*)

### **3.5. Esquemas de manejo terapéutico de los cuadros psicóticos presentes en la epilepsia**

Para realizar la evaluación del paciente con sintomatología psicótica y epilepsia es imprescindible la realización de una historia clínica completa en la que se recopile tanto los aspectos neurológicos y psiquiátricos relevantes como: la edad a la que fue diagnosticada la epilepsia en el paciente, tipo de la epilepsia según la clasificación de la ILAE, y descripción y variaciones de las crisis convulsivas sus características en relación con el tratamiento farmacológico y tiempo de evolución de la enfermedad, respuesta clínica al tratamiento antiepiléptico y cambios en el esquema como discontinuación, sustitución, adición de uno ó más fármacos, aumento o reducción en las dosis, si están disponibles registro del último EEG y neuroimágenes, si ha sido sometido a neurocirugía; antecedentes personales de lesión cerebral e historia familiar relacionada de epilepsia, trastornos psiquiátricos; si han requerido tratamiento y respuesta a los antipsicóticos.

Se debe describir el tiempo de evolución y sintomatología psiquiátrica presentada, si es el primer episodio del paciente o ha tenido cuadros previos y sobre todo la relación cronológica estos cuadros con las convulsiones.

Se recomienda no utilizar la inmovilización física en el manejo de la agitación y psicosis postictal, ya que la confusión o desorientación podrían empeorar esta situación y se sugiere contención verbal y dar indicaciones precisas si el paciente tiene periodos de lucidez.

En cuanto a los psicofármacos, los tratamientos actuales basados en antidepresivos y antipsicóticos aumentan el riesgo de aumentar las crisis convulsivas en un 0,1% a 0,5% al disminuir el umbral convulsivo. Existen contraindicaciones relativas con el uso de los siguientes medicamentos con los que se observa una mayor probabilidad de bajar este umbral con: clozapina, bupropión.

El riesgo aumenta directamente con la dosis y la velocidad con que se realice el incremento; se sugieren utilizar dosis bajas de estos fármacos.

Para el manejo específico de la psicosis epiléptica la literatura tipifica:

1. Los antipsicóticos atípicos se consideran de **primera línea**, la olanzapina en dosis de 5-25 mg/día para psicosis aguda, y de una dosis más baja (2,5 mg/día) para el manejo a largo plazo; **la risperidona** de 0,5-6 mg/día en fase psicótica aguda y en dosis bajas para el tratamiento comórbido de las conductas agresivas y la psicosis epiléptica.
2. El haloperidol es sugerido para el **manejo agudo de la agitación** por vía parenteral, en dosis de 2-5mg.
3. También se indica benzodiazepinas para el manejo de ansiedad e insomnio pero se debe evitar su manejo a largo plazo, por el riesgo de abuso y dependencia.

El uso de psicoterapia de apoyo se ha destacado para pacientes haciendo énfasis en el funcionamiento social, actividades de la vida diaria, habilidades de interacción y psicoeducación. (Mendoza, Gómez, 2009, p. 739-760).

### **3.6 Propuesta de análisis de esquemas de manejo**

Antes de iniciar el tratamiento psicofarmacológico del paciente que ha presentado síntomas psicóticos, se debe recopilar información básica de la historia clínica que ayude a determinar las características de las crisis convulsivas; si ha existido cambios o ajustes de medicación; también es importante la relación cronológica entre la crisis convulsiva y el inicio de los síntomas psicóticos puesto que si las crisis aun se mantienen presente sin recibir el adecuado manejo neurológico se corre el riesgo de que se presente un estatus epiléptico, de no existir este riesgo y no se presentan crisis o ya están debidamente controladas se evalúa la posibilidad de iniciar el manejo psiquiátrico.

Una correcta identificación de los cuadros psicóticos postictales puede ayudar a un adecuado manejo, por lo que es importante familiarizarse con aspectos característicos de este cuadro y su sintomatología; se sugiere tener en cuenta los criterios establecidos por Logsdail y Toone (1988) para tener una guía para el correcto reconocimiento de las características de los cuadros psicóticos postictales.

En nuestra experiencia en el manejo de este tipo de pacientes en la emergencia del Hospital Psiquiátrico, donde la mayoría de los pacientes atendidos por la emergencia y que requieren internación presentan cuadros de agitación psicomotriz, los cuales se manejan según la *Guía para el manejo clínico de pacientes en el área de Prediagnóstico-Observación-Hospitalización (2015,)* recomienda el uso de Haloperidol intramuscular hasta que ceda dicho cuadro, se valora posteriormente la posibilidad de continuar el manejo con medicación típica o atípica muy al contrario de lo sugerido por la literatura.

1. El episodio de psicosis (algunas veces con confusión) inicia una semana luego de la última convulsión o "tren" (salvas) de convulsiones
2. La psicosis tiene una duración de un día a tres meses
3. El estado mental se caracteriza por una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la conciencia, desorientación o delirium.</li> <li>• Delirios y alucinaciones, sin compromiso de la conciencia.</li> <li>• Una combinación de ambas.</li> </ul>
4. Falta de evidencia de otros factores que puedan comprometer el estado mental, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicidad por anticonvulsivante.</li> <li>• Historia de psicosis interictal</li> <li>• Evidencia de estatus epiléptico en el EEG.</li> <li>• Antecedente reciente de trauma craneano o intoxicación o abstinencia de sustancias psicoactivas/alcohol.</li> </ul>

**Figura 2. Criterios de psicosis postictal**

Tomado de Logsdail SJ, Toone BK, 1988. Fuente: Mendoza, Gómez (2009)

A continuación presentamos un esquema sobre el manejo de las psicosis presentes en paciente con epilepsia.

1. Ingreso del paciente al área de emergencia
2. Determinación del estado mental del paciente:
  - Sin agitación psicomotriz ni alteración conductual, ni psicótica grave: manejo ambulatorio
  - **Agitación psicomotriz y alteración psicótica postictal: motivo de hospitalización.**
3. Tratamiento de la agitación psicomotriz y alteraciones conductuales, psicóticas postictales

- Haloperidol vía intramuscular (5-15mg c/día) hasta controlar cuadro de agitación (1-5 días)
4. Evaluación diaria del estado mental en hospitalización y determinar instauración vía oral:
- Antipsicóticos típicos: Haloperidol vía oral en caso de falta de respuesta a los antipsicóticos atípicos.
  - Antipsicóticos atípicos: Olanzapina, Quetiapina, Risperidona iniciar con dosis bajas de cada uno hasta alcanzar rangos terapéuticos valorando la respuesta a nivel psicopatológico
  - Combinación de ambos grupos de antipsicóticos valorando la respuesta a nivel psicopatológico
  - Una vez lograda la remisión de los síntomas psicóticos con la dosis de antipsicóticos óptima, dar el alta médica.
5. Realizar durante la hospitalización la respectiva valoración neurológica e instaurar el tratamiento anticonvulsivante más idóneo en función de las características individuales de cada paciente logrando el menor grado de interacción con la medicación psiquiátrica.

Profesionales del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias como la **Dra. Sara Torres Gómez actualmente Jefa de Hospital Psiquiátrico** indica estar de acuerdo con el mencionado esquema al igual que la **Dra. Noralma Cevallos Vera, Jefa de Hospitalización de Varones**; ambas coinciden en que posterior a los cuadros de agitación psicomotriz posterior a las crisis epilépticas, el manejo con antipsicóticos típicos genera una favorable respuestas y la continuidad con este grupo farmacológico (Haloperidol) a largo de la hospitalización también se ve reflejada con una remisión más rápida de los síntomas, siempre que no se presenten síntomas adversos al uso de los antipsicóticos típicos en donde indican el uso de atípicos en combinación con los primeros a dosis bajas que también ha dado resultados favorables y que solo justifican el uso de medicación atípica por

la presencia de intenso síntomas secundarios y sensibilidad de los pacientes a la medicación típica para lo cual hay que suspenderlos.

De lo anteriormente expuesto se observa que la literatura existente sobre el manejo de cuadros psicóticos postictales dista mucho de lo que se vive a diario en el hospital psiquiátrico, donde la mayoría de paciente con este tipo de cuadros psiquiátricos ingresan en estados de agitación psicomotriz y agresividad que acompaña a los síntomas psicóticos.

Se puede utilizar la medicación incisiva o típica en estos cuadros pero se debe tener la vigilancia y control tanto de los parámetros vitales de los pacientes como de su estado mental, tanto el personal médico y especialmente enfermería y auxiliar debe recibir la debida instrucción para la rápida identificación de efectos adversos de la medicación neuroléptica y así dar el tratamiento apropiado que evite complicaciones.

### **3.6.1 Efectos Adversos de los antipsicóticos**

Las características de los efectos adversos de la medicación empleada para disminuir los síntomas psicóticos que pueden presentarse en los pacientes epilépticos son muy variados debido a que la medicación involucra varias sistemas de neurotransmisores como los dopaminérgicos, serotoninérgicos, muscarénicos, noradrenérgicos. (Figura. 3)

Los que poseen actividad antagonista dopaminérgica producirán efectos secundarios de tipo SEP, mientras que los antagonistas DA débiles como la clozapina predominarán entre sus efectos adversos los síntomas vegetativos y metabólicos debidos al bloqueo adrenérgico, serotoninérgico, histaminérgico o muscarínico. (J.J Zarranz, 2011, p. 47)

Entre los síntomas extrapiramidales (SEP) dado por el antagonismo dopaminérgicos mencionamos principalmente:

**Distonías** agudas que son contracciones bruscas e intensas de un grupo muscular como tortícolis, protrusión de la lengua, crisis oculóginas donde el paciente parece como si el paciente mira hacia arriba de forma involuntaria, síndrome del conejo que son las contracciones buconasales que remedan el “husmeo” de este animal; torsión de tronco denominada síndrome de Pisa también se puede encontrar una alteración de la marcha, enlentecimiento de los movimientos corporales y disartria atípica. El manejo de estas manifestaciones por vía oral o intravenosa es con 1 a 2 mg de biperideno.

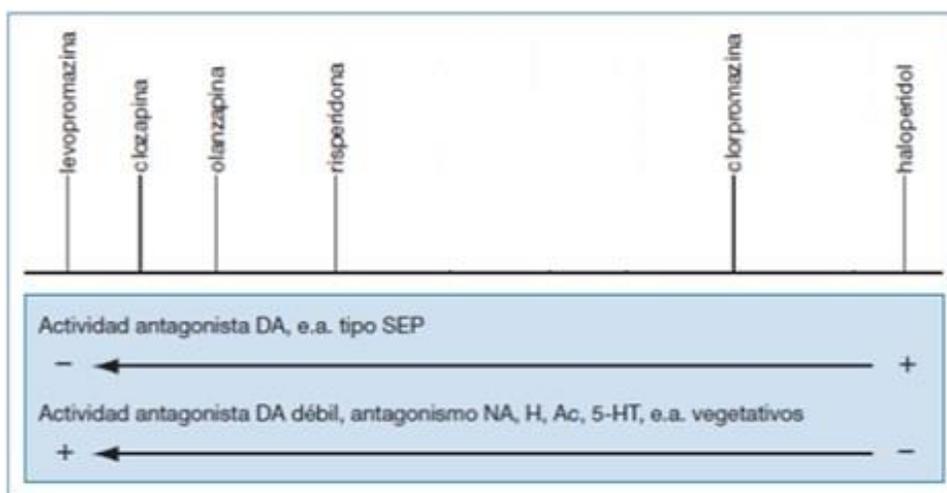


Figura 3. Antipsicóticos según efectos adversos.

DA: dopamina; e.a.: efectos adversos; SEP: síntomas extrapiramidales; NA: noradrenalina; H: histamina; Ac: acetilcolina; 5-HT: serotonina. Esquema modificado de Lambert y Revol, 1960. Fuente : J.J Zarranz, 2011

**Hipertonía** que son contracciones sostenidas muy molestas para el paciente cuyo tratamiento además de los anticolinérgicos mencionados se emplea relajantes musculares como el diazepam.

**Acatisia** expresada como la imposibilidad permanecer quieto o la necesidad imperiosa de moverse que puede llegar a confundir con síntomas de agitación o intranquilidad.

**Discinesia tardía:** es el movimiento bucolingual constante, involuntario que aparece tardíamente en tratamiento crónico con antipsicóticos que genera hipersensibilidad dopaminérgica por el bloqueo continuo durante meses.

Si los efectos son muy intensos, molestos y/o peligrosos para el paciente está indicado cambiar a fármacos atípicos como la olanzapina, pero sólo la clozapina puede asegurar una ausencia absoluta de SEP.

En cuanto a los trastornos metabólicos tanto los antipsicóticos convencionales (típicos) como los de segunda generación (atípicos) se asocian aumento de peso, hiperlipemias y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, con el consiguiente riesgo Metabólico y cardiovascular. La obesidad, relevante en la población de pacientes en tratamiento antipsicótico se relaciona con la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades coronarias y problemas respiratorios. Los fármacos que mayormente inducen este efecto adverso son la clozapina, la olanzapina y la quetiapina en este respectivo orden, también la risperidona en menor grado, y el aripiprazol, ziprasidona que apenas registran este efecto (Allison et al.,1999).

Otra de las consecuencias del uso de antipsicóticos es el bloqueo de los receptores muscarínicos (m1) que inducen efectos adversos característicos raros en los típicos pero que aunque infrecuentes son más característicos de los antipsicóticos atípicos como la clozapina, olanzapina; entre estos efecto mencionamos la sequedad de boca y estreñimiento.

Otros efectos adversos por el uso de antipsicóticos son los ocasionados por efectos noradrenérgicos y adrenérgicos (alfa-1) como hipotensión ortostática, sedación. Inversión del humor; los histaminérgicos (H1) como somnolencia, aumento de apetito (hidratos de carbono) y aumento de peso y los serotoninérgicos (Figura 3).

Bloqueo de los receptores	Efecto adverso producido
Dopaminérgicos (D <sub>2</sub> )	SEP: distonías agudas, hipertonia, acatisia y temblor Discinesia tardía. Síntomas negativos secundarios. Inversión del humor
Noradrenérgicos y adrenérgicos (alfa-1)	Hipotensión ortostática, sedación. Inversión del humor
Histaminérgicos (H <sub>1</sub> )	Somnolencia Aumento de apetito (hidratos de carbono) y aumento de peso
Muscarínicos (m1)	Sequedad de boca y mucosas, estreñimiento, dificultad de acomodación visual, retención de orina y alteraciones cognitivas. Especial relevancia en edad avanzada
Serotoninérgicos (5-HT <sub>2</sub> )	Posibles efectos aparentemente paradójicos 5-HT por incremento relativo de los receptores 5-HT <sub>1A</sub> , en un plano teórico y poco relevante. Posible desinhibición por aumento de la liberación de catecolaminas

**Figura 4. Efectos adversos de los antipsicóticos. Según el antagonismo en los principales sistemas de neurotransmisores. Fuente : J.J Zarranz, 2011**

### 3.7. Términos básicos

**Psicosis:** Término que designa las afecciones mentales más graves, sobre todo las caracterizadas por una alteración global de la personalidad a causa del proceso patológico

**Convulsión epiléptica:** Alteración súbita, involuntaria y carente de finalidad de las funciones motoras, sensoriales, vegetativas o cognitivas del individuo debido a una descarga repentina, excesiva y pasajera del tejido nervioso cerebral.

**Interictal:** Tiempo en que el sujeto que padece epilepsia permanece más o menos estable en periodos entre las crisis epilépticas.

**Postictal:** La sensación experimentada por algunos epilépticos después de una crisis que va desde el alivio hasta trastornos caracteriales e intelectuales llegando a la agitación motora y repentinos accesos de extremadamente violenta agresividad.

## **CAPITULO IV**

### **MATERIALES Y METODOS**

#### **4.1. Materiales**

##### **4.1.1. Lugar de la investigación**

La presente investigación se desarrollará en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil

##### **4.1.2. Periodo de la investigación**

El periodo de investigación será desde Enero del 2013 a Diciembre del año 2014.

##### **4.1.3. Recursos empleados**

###### **a) Recursos Humanos**

- El investigador
- Tutor

###### **b) Recursos Físicos**

- Computador
- Impresora
- Informes médicos diarios
- Hojas de papel bond
- Bolígrafos

##### **4.1.4. Universo y muestra**

El universo comprendido por todos los casos ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias durante el año 2013 y 2014 con diagnósticos de trastornos mentales y la muestra comprendería los pacientes con trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática (F06) y epilepsia (G40) que presenten sintomatología psicótica

## **4.2. Métodos**

### **4.2.1. Tipo y nivel de la investigación**

El estudio que se propone corresponde al campo de la clínica psiquiátrica y psicopatología de tipo exploratorio con un nivel de análisis descriptivo.

### **4.2.2. Diseño de la investigación**

Se propone un diseño transversal para lo cual se emplearán los informes médicos de ingreso (historia clínica) y entrevistas a familiares de cada uno de los pacientes.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

Los datos obtenidos de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias fueron proporcionados por el departamento de estadística del instituto que registro un total de 3047 entre años 2013 y 2014, de este total de procedió a seleccionar a aquellos con el diagnóstico psiquiátrico de **Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática (F06.8)** sumado al diagnostico neurológico de **Epilepsia (G40)** que fueron un total de 93 pacientes de los cuales se procedió a la revisión de la historia clínica de los pacientes con sintomatología acorde al estudio, también se obtuvieron datos de los informes de seguimiento durante la hospitalización así como también los exámenes especiales realizados incluyendo evaluaciones diarias del estado mental, entrevistas a familiares.

## 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTE INGRESADOS

**Tabla 1. Pacientes ingresados 2013-2014**

	2013	2014	Total
<b>Número de pacientes ingresados</b>	1639	1408	3047
<b>Paciente con ID: F06.8 + G40</b>	51	42	93

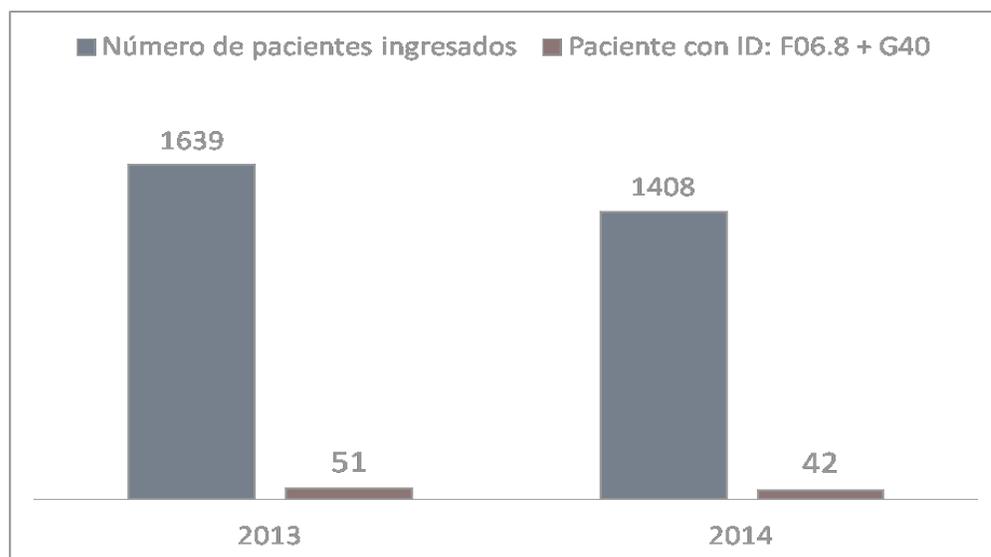


Gráfico 1. Pacientes ingresados 2013-2014

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** EL total de pacientes ingresados registrados en el año 2013 correspondió a un total de 1639 y de 1408 en el año 2014. Los pacientes con impresión diagnóstica de F06.8+G40 registraron un total de 51 y 42 pacientes en los años 2013 y 2014 respectivamente; ambos totales correspondieron al 3% del total ingresado.

**Interpretación:** La impresión diagnóstica de F06.8+G40 registra un porcentaje de 3% del total de los ingresos lo cual indica la poca frecuente en comparación con otras patologías presentadas en el Hospital Psiquiátrico.

**Tabla 2. Distribución por grupo etario**

GRUPO ETARIO	Frecuencia	Porcentaje
15-19	3	3,23%
20-35	39	41,94%
36-49	35	37,63%
50-64	15	16,13%
>=65	1	1,08%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

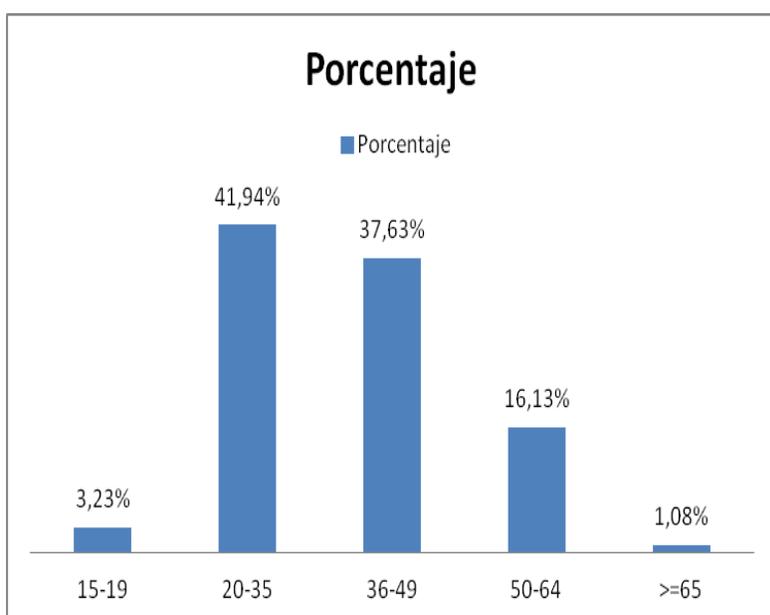


Gráfico 2. Porcentaje grupo etario  
Fuente. Base de datos. INC 2013-2014  
Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que la mayor parte de los pacientes se concentra en los grupos de edad entre los 20 a 35 años y de los 36 a 49 que corresponde a los adultos jóvenes, en las edades extremos se observa un porcentaje menor de pacientes.

**Interpretación:** El mayor grupo de pacientes se concentra en los grupos de edades correspondientes a los adultos jóvenes que son en su mayoría pacientes epilépticos de larga evolución, el resultado refleja a estas edades el mayor porcentaje de aparición de trastornos conductuales en el curso de la epilepsia.

**Tabla 3. Distribución por sexo**

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	40	43,01%
MASCULINO	53	56,99%
Total	93	100,00%

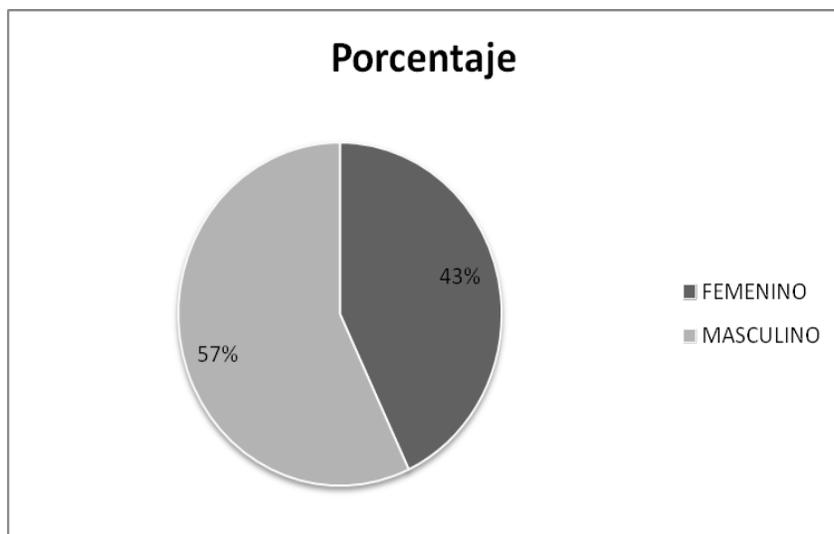


Gráfico 3. Porcentaje por sexo

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que 40 pacientes fueron del sexo femenino con un porcentaje de 43.01%, y del sexo masculino correspondió un número de 53 pacientes que corresponde a un porcentaje de 56,99%.

**Interpretación:** Existe una margen diferencia de 14% entre ambos sexos lo cual reflejaría una mayor predisposición de padecer en el curso de la epilepsia con trastorno conductuales en el sexo masculino.

**Tabla 4. Tipos de ingresos**

INGRESO	Frecuencia	Porcentaje
PRIMERO	65	69,89%
SUBSECUENTE	28	30,11%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

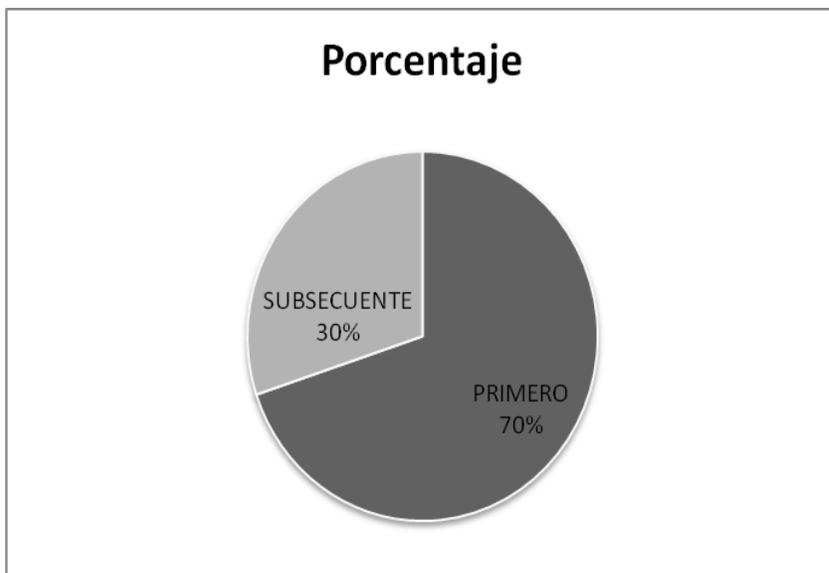


Gráfico 4. Porcentaje tipos de ingresos  
Fuente. Base de datos. INC 2013-2014  
Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que 65 pacientes que corresponde a un porcentaje de 69,89%, fueron ingresos que se dieron por primera vez; y 28 paciente ingresaron de forma subsecuente registrando un porcentaje de 30%.

**Interpretación:** Un mayor número de paciente en el periodo de estudio ingresó por primera vez por problemas conductuales el curso de la epilepsia lo que refleja que los cuadros conductuales alcanza un alto nivel de desorganización psicopática en el momento de su aparición que la mayoría de veces requiere tratamiento psiquiátrico intrahospitalario.

## 2. Tipo de crisis epilépticas presentada en los pacientes estudiados

**Tabla 5. Tipo de crisis epiléptica**

TIPO DE CRISIS	Frecuencia	Porcentaje
AUSENCIA	3	3,23%
PARCIAL COMPLEJA	9	9,68%
PARCIALES	2	2,15%
STATUS	1	1,08%
TCG	77	82,80%
DESCONCIDAS	1	1,08%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

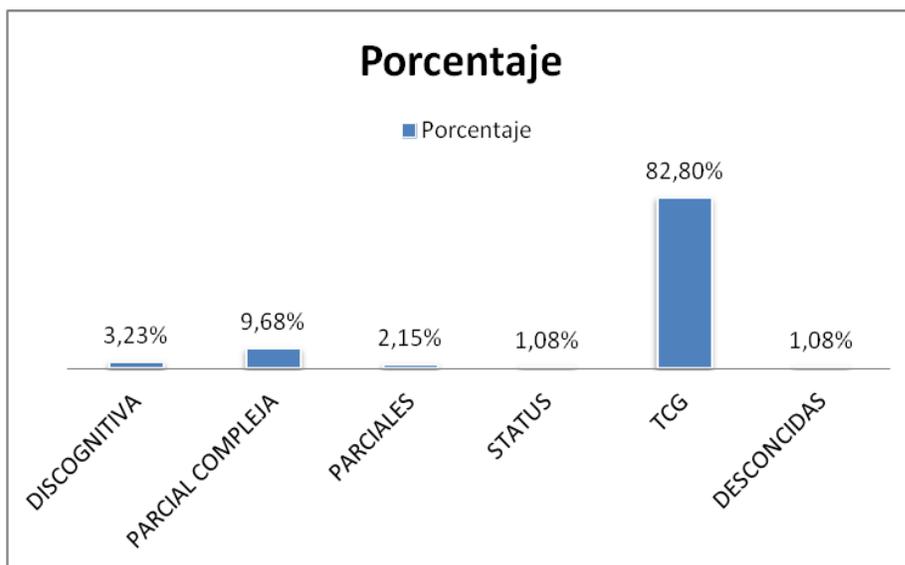


Gráfico 5. Porcentaje tipo de crisis epilépticas

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que la mayoría de pacientes ingresados presento crisis convulsivas de tipo tónico clónico generalizada en un numero de 77 pacientes con un porcentaje del 82.80% con una gran diferencia del resto de tipo de crisis que registraron porcentajes menores al 10% en su aparición.

**Interpretación:** La mayoría de pacientes que ingresó por trastornos conductuales en el curso de la epilepsia presento crisis convulsivas de **tipo tónico clónico generalizada**, es de

resaltar que este tipo de crisis conlleva un mayor compromiso del área cerebral cortical por ende del estado conciencia, con pérdida de la estabilidad, afectación a la mayoría de grupos musculares incluyendo los respiratorios que condiciona a un mayor daño y a un mayor número de complicaciones conductuales

### 3. Características del psicótico presentado en los paciente estudiados

**Tabla 6. Alteraciones sensorio perceptivas**

<b>ALTERACION SENSORIO PERCEPTIVA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>AUDITIVAS</b>	54	58,06%
<b>VISUALES</b>	12	12,90%
<b>NO PRESENTO</b>	27	29,03%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 7. Ideas delirantes**

<b>DELIRANTES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>AUTOREFERENCIAL</b>	28	30,11%
<b>EROTOMANIA</b>	1	1,08%
<b>GRANDEZA</b>	3	3,23%
<b>MISTICO</b>	20	21,51%
<b>PERSECUTORIO</b>	4	4,30%
<b>NO PRESENTO</b>	37	39,78%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 8. Conducta agresiva**

<b>AGRESIVIDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>AUTOAGRESIVIDAD</b>	13	13,98%
<b>HETEROAGRESIVIDAD</b>	73	78,49%
<b>NO PRESENTO</b>	7	7,53%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

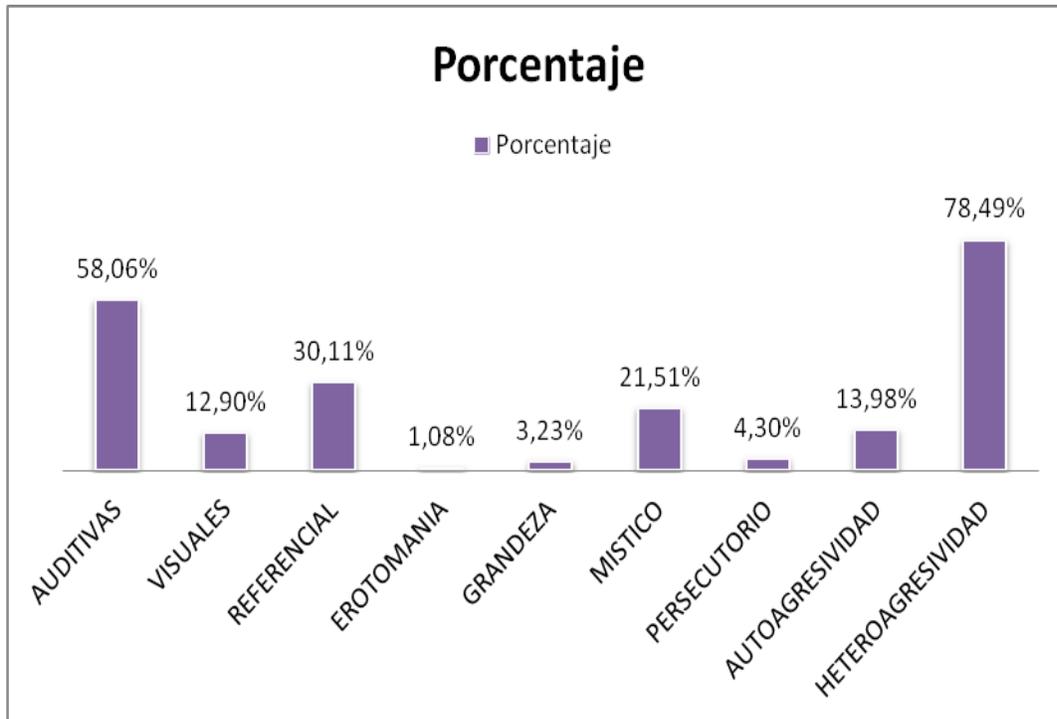


Gráfico 6. Porcentaje síntomas psicóticos  
 Fuente. Base de datos. INC 2013-2014  
 Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se logra identificar las características de las manifestaciones psicóticas que se presentan en el curso evolutivo de los pacientes epilépticos ingresados donde el componente mas habitual presentado son las alucinaciones auditivas presentes en un 58,06%, acompañado de cuadro de agresividad hacia terceros (heteroagresividad) en un porcentaje de 78,49%; la ideas delirantes están presente en su mayoría de tipo referencial 30% y de tipo místico 21%.

**Interpretación:** Se determina el **componente psicopatológico habitual** de los cuadros psicóticos en los pacientes epilépticos el cual está dado por alteraciones sensoperceptivas (visuales y auditivas), trastornos del pensamiento a manera de ideas delirantes en su mayoría de tipo referencial y místico-religioso y conducta agresiva especialmente hacia terceras personas.

#### 4. Tiempo post-crisis en aparecer el cuadro psicótico

Tabla 9. Tiempo post-crisis epiléptica

TIEMPO POST CRISIS (DÍAS)	Frecuencia	Porcentaje
1-8 DIAS	65	69,90%
9-14 DIAS	6	6,45%
15-20 DIAS	7	7,53%
PASADO 30 DIAS	15	16,13%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

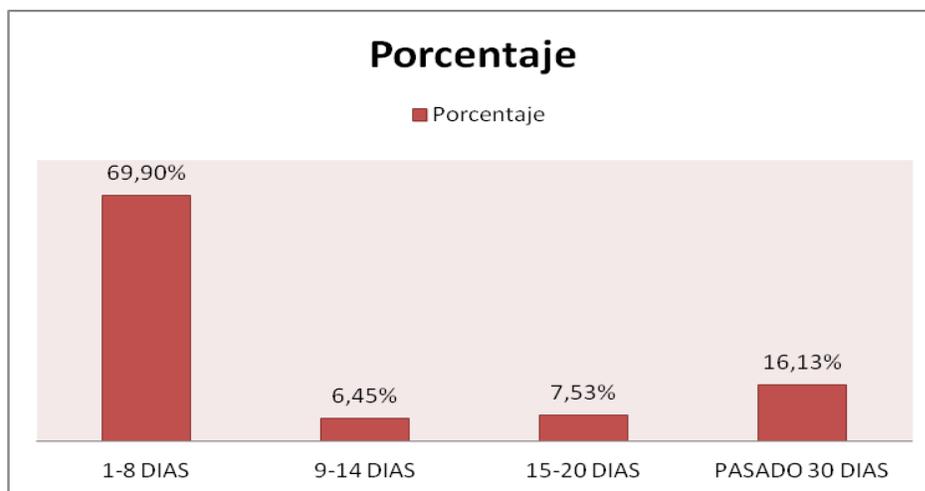


Gráfico 7. Porcentaje tiempo post-crisis  
Fuente. Base de datos. INC 2013-2014  
Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se determina que el tiempo post- crisis convulsiva en que habitualmente se presenta el cuadro psicótico es entre los primeros 8 días posteriores a la última crisis con un número de 65 pacientes que la presentaron en este periodo con un porcentaje que corresponde al 69,90% de los pacientes estudiados.

**Interpretación:** Se determina en base a los resultados que el tiempo post - crisis en que aparecen los primeros síntomas psicóticos está entre los primeros 8 días inmediatamente después de la última crisis revelando que las alteraciones psicóticas en la epilepsia son en

su mayoría post-ictales, se observa que existe aparición de estos trastornos después de los 30 días en un porcentaje de 16,13% lo cual podría estar relacionado con la aparición de cuadros psicóticos interictales.

## 5. Edad de inicio de crisis epilépticas

**Tabla 10. Edad de inicio de crisis epiléptica**

EDAD INICIO DE CRISIS (AÑOS) GRUPO	Frecuencia	Porcentaje
0-4 años	14	15,05%
5-9 años	18	19,35%
10-14 años	28	30,11%
15-19 años	13	13,98%
20-35 años	14	15,05%
36-49 años	3	3,23%
50-64 años	2	2,15%
no datos	1	1,08%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,00%</b>

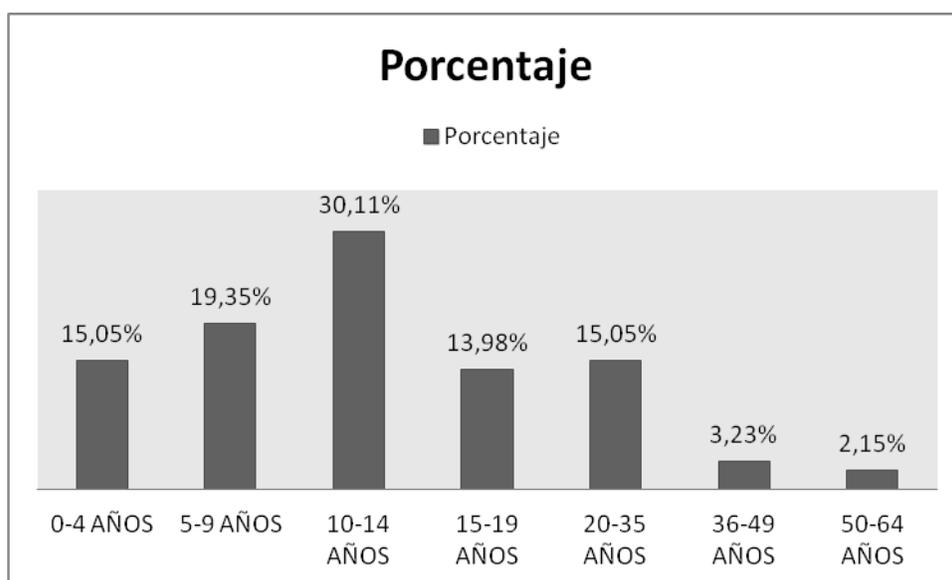


Gráfico 8. Porcentaje edad de inicio de crisis epilépticas

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos obtenidos se observa que el grupo de edad más frecuente de inicio de las crisis convulsivas en los pacientes con trastornos psicóticos es entre los 10-14 años con un porcentaje del 30,11% seguida del grupo de edad entre 5-9 con un porcentaje de 19,35%. Se obtuvo un porcentaje de 15,05% en dos grupos de edad en los de 0-4 y 20-35.

**Interpretación:** El inicio de la crisis epiléptica entre los 10-14 años se relaciona con un porcentaje mayor de cuadros epilépticos en la adultez joven con un tiempo de evolución de entre 10 a 15 años posterior al inicio de la epilepsia, según los resultados obtenidos.

Nótese un porcentaje igual en los grupos de 0-5 años y 20-35 años lo cual podría estar relacionada con inicio de crisis epilépticas relacionadas con episodios traumático e injuria tanto al nacer como al inicio de la edad adulta.

En la aparición del cuadro psicótico en el curso de la epilepsia está implicado el tipo de crisis epilépticas, edad de inicio de las crisis y el tiempo post- crisis epiléptica como factores que influyen en la gravedad de dicho cuadro.

## 6. Manejo farmacológico con antipsicóticos típicos

**Tabla 11. Empleo de antipsicóticos típicos**

PRIMERA ELECCION	Frecuencia	Porcentaje
CLORPROMAZINA	13	13,98%
HALOPERIDOL	54	58,06%
LEVOMEPRIMAZINA	7	7,53%
TIORIDAZINA	6	6,45%
NO SE USO	13	13,98%
COMBINACION CON OTRAS FARMACOS		
CLORPROMAZINA	2	2,15%
LEVOMEPRIMAZINA	5	5,38%
TIORIDAZINA	7	7,53%
TRIFLUOPERAZINA	4	4,30%
NO SE USO	75	80,65%

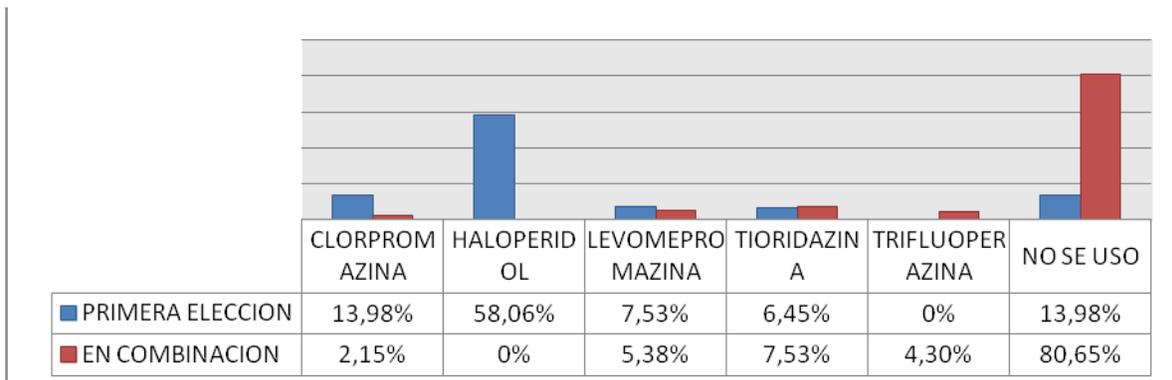


Gráfico 9. Porcentaje empleo de antipsicóticos típicos

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** El antipsicótico típico utilizado en primera línea es el haloperidol en 58% de los pacientes, seguido de la clorpromazina con 13,98%, y levomepromazina y tioridazina con 7% y 6% respectivamente. También basados en los datos que los antipsicóticos atípico no son usados en combinación de segunda línea, un 80% de los pacientes no los requirieron y los que se emplearon fueron la tioridazina con 7,53%, levomepromazina 5,38%, trifluoperazina con 4%, clorpromazina 2%.

**Interpretación:** el uso de antipsicóticos típicos es habitual en pacientes con cuadros postictales, el mas empleado es el haloperidol con potencial menor de disminuir el umbral convulsivo en comparación con la clorpromazina; el uso de este tipo de medicación se relaciona con su mayor potencial incisivo para reducir los síntomas psicóticos producidos post crisis convulsivas. La mayoría de pacientes no requirieron un segundo antipsicótico típico asociado a los primeros y cuando fueron empleados esto no supero el 8% de los pacientes lo que demuestra que el empleo de un solo antipsicótico incisivo es suficiente para aplacar los cuadros psicóticos postictales.

**Tabla 12. Empleo de antipsicóticos atípicos**

PRIMERA ELECCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
NO SE USO	56	60,22%
OLANZAPINA	2	2,15%
QUETIAPINA	2	2,15%
RISPERIDONA	33	35,48%
COMBINACIÓN CON OTROS FARMACOS		
NO SE USO	91	97,85%
OLANZAPINA	1	1,08%
RISPERIDONA DEPOT	1	1,08%

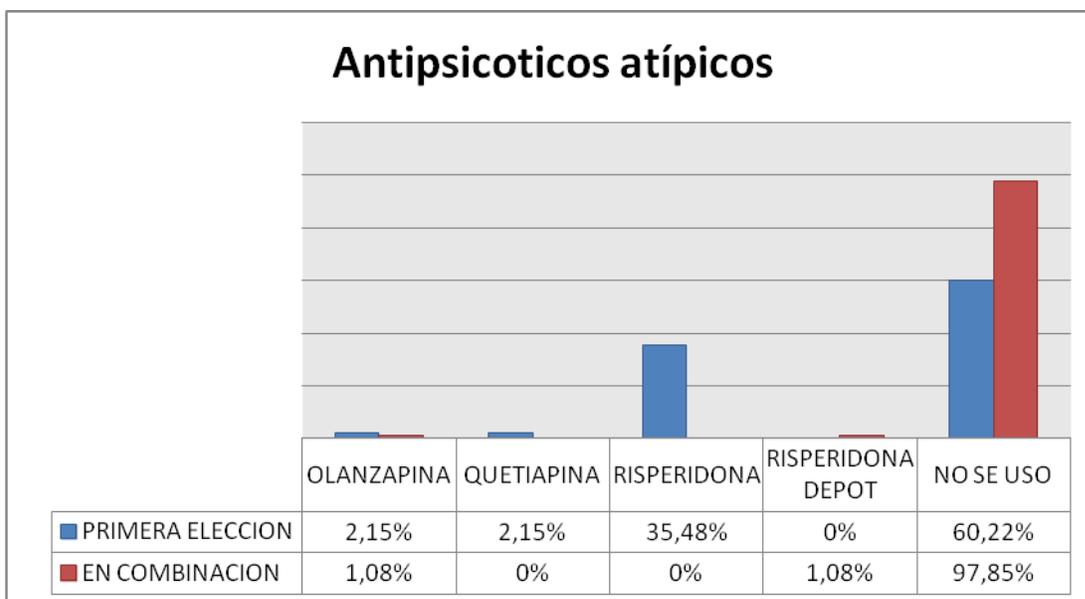


Gráfico 10. Porcentaje empleo de antipsicóticos atípicos

Fuente. Base de datos. INC 2013-2014

Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los datos se obtuvo que los antipsicóticos atípicos no son de uso común en cuadro postictales, el que fue empleado mayormente fue la risperidona en un 35% de los casos, la olanzapina y la quetiapina se emplearon solo en un 2% de los pacientes, al resto de pacientes no se les fue administrada medicación de este tipo (60%).

Menormente se emplea los antipsicóticos atípicos como combinación, en segunda línea, los porcentajes no sobrepasaron el 1% y el los que se emplearon fueron la olanzapina y risperidona de depósito.

**Interpretación:** El antipsicótico atípico más empleado fue la risperidona como primera opción en los pacientes, mientras que olanzapina y quetiapina se usaron muy poco, el uso de esta clase de medicamentos tiene un potencial menor en disminuir los síntomas agudos que caracterizan la psicosis por lo que su uso se da cuando los típicos provocan reacciones adversas.

No son empleados en combinación con otros de esta clase lo cual explica su bajo porcentaje empleado.

**Tabla 13. Efectos adversos presentados**

EFFECTOS ADVERSOS	Frecuencia	Porcentaje
<b>NO</b>	78	83,87%
<b>SI</b>	15	16,13%
<b>Total</b>	93	100,00%

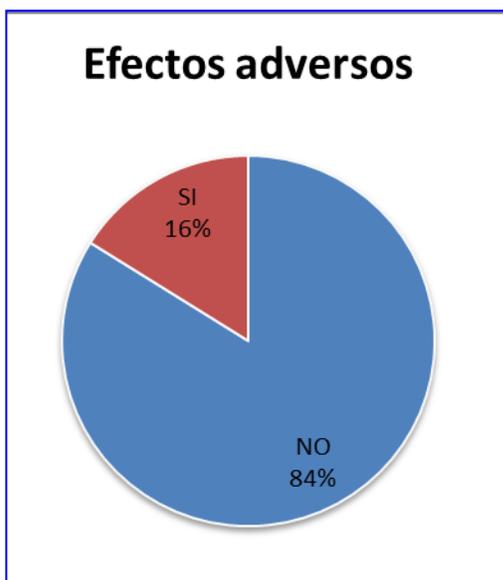


Gráfico 11. Porcentajes efectos adversos  
Fuente. Base de datos. INC 2013-2014  
Elaborado: Epi-info

**Análisis:** De los resultados se obtiene que los efectos adversos presentados de los pacientes estuvieron presentes en un 16% mientras que la mayoría de los pacientes a quienes se les administro antipsicóticos incisivos no lo presentaron registrando porcentajes de 84%.

**Interpretación:** La mayoría de pacientes no presentó efectos adversos al uso de medicación atípico o incisivo lo cual denota que este grupo psicofarmacológico puede ser empleado en los cuadros de psicosis postictales que presentan pacientes epilépticos; esto se debe a que se han implementado medios de control e identificación de los síntomas adversos una vez instaurado el tratamiento.

## DISCUSIÓN

La literatura actual sugiere el empleo de los atípicos como primera línea del manejo sugiriendo el uso de la olanzapina que en los resultados obtenidos no se la empleo y donde factores como una remisión no tan rápida de los síntomas agudos de la psicosis así como su elevado costo limitan su uso; también la literatura recomienda emplear la risperidona que es uno de los que frecuentemente se empleo en los resultados obtenidos donde el mejor perfil farmacológico, efectos nivel dopaminérgico no tan incisivos y efectos serotoninérgicos contribuyen a su mejor tolerancia pero que tampoco esta libre de que se presenten efectos adversos en algunos pacientes con mayor sensibilidad que otros; y su costo también es un factor que limita su uso.

Es imprescindible discutir el empleo de la medicación neuroléptica, puesto que como se ha revisado tiene un gran repertorio de efectos adversos a los cuales sin la debida precaución y vigilancia puede resultar mortales para el paciente epiléptico más aún si no se ha logrado el control de la crisis epiléptica.

Los resultados obtenidos señalan el uso de antipsicóticos incisivos, en su mayor frecuencia el haloperidol empleados en más del 50% de los pacientes ingresados por cuadros psicóticos posticales; también la clorpromazina es otro de los fármacos de esta familiar empleado en los pacientes, ambas medicaciones con efectos adversos diversos como se ha comentado pero que han dado resultados eficaces para la remisión de estos cuadros psicopatológicos a diferencia de lo que señala la literatura donde el manejo de los efectos adversos limitan su uso según los consultados.

El tratamiento de estos cuadros psicóticos es dado en el Instituto de Neurociencias a pacientes ingresados cuyo control y manejo esta dado por profesionales que vigilan de manera permanente a los pacientes; se les capacita de manera continua para identificar este tipo de efectos y otros manifestados por el uso de psicofármacos.

## CONCLUSIONES

Los pacientes del hospital psiquiátrico del Instituto de Neurociencias seleccionados para el estudio corresponden a los ingresados durante los años 2013 y 2014 entre los meses de enero a diciembre en este periodo de tiempo, de los que se tomo el diagnostico de F06.8 + G40 que fueron un total de 93 pacientes correspondiente al eje I de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Los pacientes seleccionados fueron aquellos que durante el transcurso de la enfermedad epiléptica desarrollan cambios conductuales de tipo psicótico registrándose 51 pacientes en el 2013 y 42 en el 2014.

Se obtuvo un total de 93 pacientes ingresados con el diagnostico ya mencionado de los cuales la mayoría correspondió al sexo masculino (53%) en comparación con el sexo femenino (40%); el 70% de los pacientes correspondieron a las edades de entre 20 y 49 años, la mayoría registrando su primer ingreso.

El tipo de crisis convulsiva que frecuentemente se asocio a la presencia de cuadros psicóticos fueron las de tipo tónico - clónico generalizada posterior a las cuales el componente psicopatológico presentado por los pacientes estuvo dado por alteraciones sensorio-perceptivas e ideas delirantes y cuadros de agresividad, esto indica que el carácter generalizado de la crisis predomina sobre los otros tipos de crisis en presentar esta psicopatía.

De este componente psicopático las alucinaciones auditivas predominaron así como los trastornos del pensamiento de tipo delirantes que se caracterizo por ideas de auto referencia y de tipo místico religioso acompañados de cuadros de heteroagresividad. Estos cuadros psicóticos fueron presentados de entre 1-8 días posteriores al último episodio convulsivo en su mayoría, mientras que un pequeño porcentaje presento una activación de estos síntomas pasados los 30 días (cuadro interictal) indicando una mayor agudeza de los síntomas psicóticos en los 8 primeros días en que cede la crisis.

Los pacientes ingresados presentaron edades de inicio de su enfermedad epiléptica entre 10 a 14 años en su mayoría, lo cual indica una mayor frecuencia de presentar cuadros psicóticos postictales a largo plazo en este grupo.

## **RECOMENDACIONES**

El uso de antipsicóticos típicos y su mayor potencial para reducir los síntomas psicóticos posictales tiene que ser vigilado muy de cerca por los profesionales de la salud mental y del personal relacionado con el manejo de este tipo de paciente.

El reconocimiento y tratamiento oportuno de sintomatología adversa que se puede presentar por el uso de neurolépticos puede provocar complicaciones que sobrepasan el ámbito conductual y pueden comprometer la vida del paciente.

Incentivar el manejo multidisciplinario de este tipo de trastornos puesto que un tratamiento de los cuadros conductuales en casos donde las crisis epilépticas aun están presentes dificulta el control de la psicosis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón Renato, Mazzotti Guido, Nicolini Humberto. 2005. "Psiquiatría". México: OPS - Manual Moderno.
2. Amor y J. Vallejo. "Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia" Barcelona: Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 02/10/2009.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. España: Panamericana.
4. Browne Thomas, Holmes Gregory. 2009. "Manuela de Epilepsia". España: Lippincott Williams & Wilkins
5. Constanza Mendoza y Bety Gómez (2009) "La psicosis en epilepsia" Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38/ No. 4, pp 739-760.
6. Cuenca Alfaro José (2010) "Características psicopatológicas en Pacientes con epilepsia de un instituto Nacional de Salud de Lima". Revista del colegio de Psicólogos V.9 N°1, pp 67-78.
7. D'Alessio B. Et Al. "Análisis de los trastornos psicóticos en pacientes con epilepsia parcial refractaria, diagnóstico psiquiátrico y características clínicas" Buenos Aires: Centro de Derivación de Epilepsia" Primera Cátedra de Farmacología Servicio de Neurología Facultad de Medicina Hospital Ramos Mejía.
8. D. Semple, R. Smith, J.Burns, R. Darjee, A. McIntosh. 2009. "Manuel Oxford de Psiquiatría". España: Biblioteca Aula Médica
9. Ey Henry. 1965. Tratado de Psiquiatra. España: Toray-Masson
10. Espinoza M Dagoberto. "Psicosis en Epilépticos". Honduras: Hospital Neuropsiquiátrico - Unidad de Agudos. Facultad de Medicina, UNAH.
11. F. Lázaro, M. Conde, M. V. Caminero, J. Baraiazarra (2013). "Las psicosis de la epilepsia: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura". Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 33 (118), pp 361-375
12. Flórez Menéndez, g. et al. "Psicosis epilépticas: El Puente Neuropsiquiátrico". Orense: Servicio de Psiquiatría. Unidad de Agudos. Hospital Santa María Nai.
13. González de Rivera José Luis. "Psicopatología de la epilepsia". Madrid: Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.
14. Ivanovich Fernando. 2010. "Psicopatología en la epilepsia". Buenos Aires: Mediterráneo.
15. Kolb Lawrence. 1981. Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.

16. M. Escosa-Bagé, et al, (2004) “Psicosis en un caso de epilepsia temporal asociada a un tumor neuroepitelial disembrionárico” *Revista Española de Neurología* 38 (7): pp 643-646
17. Organización Mundial de la Salud. 2004. “Guía de Bolsillo CIE- 10. Clasificación de los Trastornos Mentales del comportamiento”. España: Panamericana.
18. Rodríguez Urrutia Amanda, Pintor Pérez Luis, Rejón Altable Carlos. 2006. “Relaciones entre epilepsia y psicosis: de la clínica a la neurobiología”. *Revista Española de Psiquiatría Biológica*. Vol. 13. Núm. 06. Pp 211-219
19. Vallejo Ruilova J.. 2012. “Tratado de Psiquiatría”. España: Marbán
20. Zarranz Juan J. 1998. “Neurología”. España: Harcourt Brace.
21. Zarranz Juan J. 2011. “Neurofarmacología Contemporánea”. España: Elsevier



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

<i>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</i>		
<i>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</i>		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: MANIFESTACIONES PSICOTICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. AÑO 2013 - 2014. PROPUESTA DE ANALISIS DE ESQUEMAS DE MANEJO		
AUTOR: MD. HENRY DANIEL LÓPEZ GONZÁLEZ		TUTOR: DRA. ADELAIDA ALVEAR MENDEZ
		REVISOR: DR. WILSON BENTES ILLESCAS
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: POSTGRADO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGS: 57
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE/NEUROCIENCIAS DE COMPORTAMIENTO/ NEUROLOGICAS/EPILEPSIA		
PALABRAS CLAVE: EPILEPSIA, PSICOSIS, CRISIS CONVULSIVA, LESION CEREBRAL		
RESUMEN: Los síndromes psicóticos pueden presentarse de forma frecuente durante el curso de la epilepsia, factores como una mayor frecuencia de crisis, la edad de inicio temprano de la epilepsia, un mayor compromiso estructural lesional, la localización temporal de la zona epileptógena, alteraciones del neurodesarrollo cortical, han sido asociados a una mayor frecuencia de episodios psicóticos. El estudio explora el campo de la clínica psiquiátrica y psicopatología realizando un análisis descriptivo de corte transversal que tomara los casos ingresados con diagnósticos de trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática y epilepsia (F06 y G40) y que presenten sintomatología psicótica.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):		No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0984116458	E-mail: <a href="mailto:mdhenrvig@gmail.com">mdhenrvig@gmail.com</a>
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: <a href="mailto:egraduadosug@hotmail.com">egraduadosug@hotmail.com</a>	

Av. Whymper E7-37 y Alpillana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054