

Valoración psiquiátrica y legal de la epilepsia.

Psychiatric and legal assessment of the epilepsy.

J.A. Guija Villa¹, M.D. Franco Fernández² y A. Sanmartín Roche³

RESUMEN

Tradicionalmente, la epilepsia ha sido considerada como una enfermedad relacionada con problemas legales de todo tipo. En la actualidad, el estudio clínico de la misma se realiza, fundamentalmente, desde la Neurología y la Psiquiatría. En el trabajo se pretende realizar de una forma concreta aunque no extensa, una aproximación psiquiátrica al problema y poner en relación la psicopatología con la problemática legal que suscita.

Palabras clave: *epilepsia, psicopatología, psicosis, estado crepuscular, daño corporal, imputabilidad.*

ABSTRACT

Traditionally, the epilepsy has been considered as a disease related to all sort of legal problems. Nowadays, its clinical research is carried out from the point of view of the Neurology and the Psychiatry mainly. The present study tries to achieve a psychiatric approach to the problem as well as connect psychopathology with the legal problem that it raises.

Key words: *epilepsy, psychopathology, psychosis, dreamy state, bodily damage, responsibility.*

Fecha de recepción: 12.JUL.01

Fecha de aceptación: 22.OCT.01

Correspondencia: Julio A. Guija. Hospital Virgen Macarena. Servicio de Psiquiatría. E-mail: guija@cica.es

¹ Médico Forense. Profesor Asociado de Psiquiatría.

² Profesora Titular de Psiquiatría.

³ Profesor Asociado de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA:

El conocimiento de la epilepsia está jalonada de tres nombres ilustres. En primer lugar el de Hipócrates que en el siglo IV a. J.C., se manifestaba en contra del origen sagrado de las crisis epilépticas admitido hasta entonces, vinculando la patogenia de las mismas al cerebro (llegó incluso a localizar la lesión en el lado del cerebro opuesto a las manifestaciones clínicas), describiendo la existencia de una correlación positiva entre crisis epilépticas y temperamento flemático. En segundo término, el de Jackson, quien, en sus escritos a finales del siglo XIX, describía las crisis focales motoras que hoy llevan su nombre y las crisis uncinadas, y señalaba que la descarga neuronal excesiva y desordenada es el factor fisiopatológico esencial en las epilepsias. Y, en tercer lugar, el nombre de Berger, descubridor en 1929 del electroencefalógrafo, instrumento que ha desempeñado una función primordial en la ampliación de los conocimientos sobre la neurofisiología de la epilepsia y que ha permitido identificar la figura objetiva correspondiente a la descarga neuronal excesiva que Jackson postulara.

En el momento actual, aunque se trata de una enfermedad adscrita al campo de la neurología, su importancia a nivel psiquiátrico radica en el conocimiento de las alteraciones mentales que pueden preceder, acompañar o acontecer en el sujeto que sufre una crisis epiléptica. Médico-legalmente su interés deriva del estudio de estos estados peculiares y que tienen trascendencia legal.

DEFINICIONES:

Dado que con no poca frecuencia se utiliza indistintamente el nombre de epilepsia para cualquier tipo de ataque convulsivo, sería conveniente, desde un principio, dejar claro estos conceptos para entender a qué nos estamos refiriendo en el resto del trabajo.

- La **crisis epiléptica** se debe a una descarga paroxística de grupos de neuronas cerebrales. Puede no ser más que el síntoma de una agresión cerebral como, por ejemplo, en el caso de una infección aguda (meningitis) o de una perturbación biológica (hipoglucemia).

- La **epilepsia**, por el contrario, es una alteración crónica caracterizada por la repetición (generalmente imprevisible) de crisis. Puede ser idiopática, relacionada con una predisposición criptogénica, o sintomática, en relación con una lesión cerebral sobrevenida.

EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia de la epilepsia en la población general se sitúa en el 0,3 a 0,6% [1]. En cuanto a la evolución, los resultados son diferentes según los autores aunque sí está comprobado que depende en gran medida de factores terapéuticos.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS:

Las crisis se clasifican de muchas maneras: según su supuesto origen, sus correlaciones fisiológicas (EEG) e incluso su respuesta a la terapéutica. Tomamos la siguiente clasificación de La Liga Internacional de Crisis Epilépticas (1981):

- I. Crisis parciales o crisis que debutan localmente.
 - A. Crisis parciales con sintomatología elemental: cursan con síntomas elementales de tipo motor, sensitivo o vegetativo y, como característica esencial, sin alteración de la conciencia generalmente.
 - B. Crisis parciales con sintomatología compleja: con alteración de la conciencia de forma aislada o bien acompañada de alteraciones en otras funciones psíquicas: cognitiva, afectiva, sensorial o psicomotriz.
 - C. Crisis parciales, secundariamente generalizadas.

- II. Crisis generalizadas: ausencias, mioclonias, espasmos infantiles, crisis clónicas, crisis tónicas, crisis tónico-clónicas (Gran Mal), crisis atónicas, crisis akinéticas.
- III. Crisis unilaterales o crisis de predominio unilateral.
- IV. Crisis epilépticas no clasificadas.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS:

La psicopatología de la epilepsia tiene tres causas etiopatogénicas:

Trastornos psicopatológicos secundarios a enfermedad cerebral.

En ellos, la misma lesión que es responsable de la epilepsia lo es también de la psicopatología. Pueden ser ocasionadas bien por lesiones cerebrales focales (por ejemplo, proceso expansivo cerebral, sobre todo si es de evolución lenta), bien en el curso de una disfunción cerebral global que puede ser responsable de:

1. Un retraso mental.
2. Una afectación intelectual progresiva como ocurre en la evolución de síndromes epilépticos específicos: síndrome de West, síndrome de Lennox-Gastaut, panencefalitis esclerosante subaguda.

En cualquier caso, la manifestación psicopatológica se deberá a la lesión cerebral, sea del tipo que sea, y no se deberá a una epilepsia propiamente dicha.

Trastornos psicopatológicos relacionados con las crisis.

Pueden ser previos a las crisis, experimentarse durante las mismas o en los períodos de recuperación:

1. Los síntomas psíquicos prodrómicos suelen ser del tipo de irritabilidad y disforia. Aparecen en los días y horas que preceden la crisis y mejoran generalmente tras la aparición de la misma.
2. En ocasiones, los episodios críticos se manifiestan por síntomas psicopatológicos caracterizados por trastornos sensorio-perceptivos, especialmente alucinaciones, automatismos y perturbación de la conciencia que termina generalmente seguido de amnesia. Su duración suele ser, en general, de uno a dos minutos.
3. Los trastornos poscríticos surgen inmediatamente después de las crisis. Se trata esencialmente de estados confusionales y crepusculares con, en ocasiones, automatismos y trastornos del comportamiento. Su duración es variable: desde algunas horas hasta varios días e incluso una a dos semanas. Se acompañan de EEG en el que predominan ondas theta y delta así como escasa o nula actividad normal.

Trastornos psicopatológicos intercríticos.

Son aquellos que no están relacionados directamente en el tiempo con una crisis o anomalías eléctricas particulares.

Entre los trastornos permanentes hay que destacar:

1. Trastornos intelectuales: alteración más o menos prolongada de funciones cognitivas.
2. Trastornos de la personalidad aunque sin constituir un tipo específico: manifestaciones

reactivas de carácter regresivo; rasgos de personalidad patológicos que se hacen estables a lo largo del tiempo; comportamientos agresivos, en algunas ocasiones favorecidos por el alcohol, que pueden ocasionar actos de consecuencias médico-legales importantes.

En cuanto a los trastornos no permanentes, es difícil su clasificación dada la frecuencia con la que se imbrican fenómenos delirantes, afectivos y confusionales. Si seguimos un criterio de duración en el tiempo, podemos distinguir:

1. Episodios delirantes breves (de una a dos semanas, en algunas ocasiones un mes o incluso más). En algunos, pueden ir acompañados de cuadros afectivos caracterizados por lo depresivo. Algunos sobrevienen tras la desaparición de las crisis comiciales.
2. Episodios de larga evolución: trastornos esquizofrénicos o esquizofreniformes y delirios crónicos.

Desde un punto de vista organizativo, hemos seguido esta sistemática para describir los cuadros clínicos psiquiátricos que pueden aparecer durante la epilepsia.

CUADROS CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA EPILEPSIA CON INTERÉS PSIQUIÁTRICO-LEGAL:

Trastorno de Personalidad.

Para Minkowska, los epilépticos presentan un biotipo semejante al atlético, prevaleciendo entre sus rasgos temperamentales la *viscosidad afectiva* y desde el punto de vista del pensamiento la *bradipsiquia*.

El término viscosidad, en el epiléptico proviene del término acuñado por esta autora como traducción de la palabra "glischroide". La afectividad viscosa se caracteriza por una finura escasa, movimientos lentos y una llamativa adherencia amorosa hacia objetos familiares, la tierra natal, las tradiciones y las personas con quienes se convive. Se trata de una afectividad empalagosa para los demás. Intelectualmente, lo más llamativo sería el ritmo lento [2]. La viscosidad afectiva y la bradipsiquia se irían acentuando progresivamente hasta alcanzar su punto crítico, momento en el que tendría lugar la *descarga explosiva* y con ello la inauguración de un nuevo ciclo en el punto cero; se caracteriza por el binomio viscosidad-explosividad. Otros consideran el rasgo fundamental la *perseveración*, es decir la excesiva persistencia de las ideas y los sentimientos. Para Bleuler [3], además, el *pensar lento y prolijo*: hablar despacio, repetir muchas veces las mismas expresiones u otras sinónimas matizadas por detalles obvios y accesorios; girar constantemente en torno a unas pocas ideas, referente sobre todo a la propia persona, a su familia, a sus ropas, y a toda clase de detalles insignificantes.

En un pequeño número de epilépticos, existen trastornos caracteriales del tipo de impulsividad, irritabilidad, cólera y desconfianza además de las alteraciones previamente reseñadas.

No sería sino hasta los trabajos de JONES (1953) [citado en 1] cuando se señala que los rasgos de la llamada personalidad epiléptica no tienen un fundamento en la constitución sino en **la lesión cerebral responsable de los propios ataques epilépticos**.

Hay que señalar que la clásica "personalidad epiléptica" hasta aquí recogida se obtiene a partir de los datos estudiados en pacientes que se encontraban largamente institucionalizados y que poco o nada tienen que ver con los que actualmente pueden presentarse y no puede totalmente aplicarse a la situación actual de los epilépticos en los que el tratamiento anticomitial hace que, por

un lado las crisis sean cada vez menores y, por otro, que hagan una vida plenamente adaptada a la sociedad.

En la actualidad, los trastornos de personalidad en el epiléptico, cuando no están en relación directa con la lesión cerebral, hay que considerarlos como la consecuencia de toda una vida de crisis sobrevenidas de forma precoz que conlleva dificultades de adaptación y trastornos del comportamiento en la infancia y, posteriormente, en la adolescencia, es decir, al factor orgánico hay que añadirle el psicógeno. Cuanto antes debuten las crisis, más riesgo de presentar posteriormente trastornos de personalidad. De esta forma en el epiléptico adulto los trastornos de personalidad no son raros y sin embargo pueden no interferir en la realización de una vida afectiva, profesional y de relación satisfactorias. Los rasgos de personalidad inmadura y pasivo-dependiente serían los más frecuentemente observados, con inhibición de conductas sociales y búsqueda de protección y refugio en la enfermedad. Además, podría establecerse una estructura anómala de la personalidad en el epiléptico, independiente del proceso morboso, condicionada a veces por factores psicorreactivos, distinguiendo tres modalidades: el **desarrollo anómalo de la personalidad**, debido a influencias ambientales y a la vivencia de los efectos de la enfermedad, **la reacción a la vivencia de padecer epilepsia y la reacción vivencial de trasfondo que se montaría sobre la alteración orgánica de la personalidad**.

Algún tipo de epilepsia, como la del lóbulo temporal, se relaciona frecuentemente con determinados rasgos, como los ya mencionados: adherencia al pensamiento, viscosidad además de labilidad e intensidad de emociones, exageración del interés por asuntos religiosos, filosóficos o cósmicos, hipergrafía e **hiposexualidad** [1]. En concreto, por su interés médico legal hacemos mención a esta última característica ya que, en los períodos intercríticos, las quejas acerca de una disminución de la libido así como impotencia son frecuentes. A menudo, la falta de actividad sexual no va a ser más que el reflejo de una disminución de las relaciones sociales del sujeto aunque sin subestimar el efecto de los medicamentos a lo largo del tiempo. Sin embargo, durante o después de un automatismo epiléptico es posible la existencia de conductas de quitarse la ropa ocasionando problemas de exhibicionismo y las consecuencias legales que el mismo pueda comportar.

Trastornos de la Afectividad.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente de los epilépticos. Los estudios revelan una prevalencia comprendida entre el 19% y el 31%, pudiendo aparecer ligadas a las crisis o en el período intercrítico [1].

DEPRESIONES LIGADAS A LAS CRISIS:

Sentimientos depresivos pueden relacionarse con las crisis bien como aura antes de una crisis tónico-clónica bien en el curso o a la finalización de una crisis parcial compleja. Incluso sentimientos depresivos intensos con impulsos suicidas pueden surgir en estado postcrítico y desaparecer con él.

En el caso que se trate de sintomatología prodrómica, puede durar varios días antes de un ataque, existiendo una mezcla de disforia e irritabilidad que pueden tener un cierto parecido al síndrome premenstrual.

DEPRESIONES INTERCRÍTICAS:

Se manifiestan en forma de distimias bruscas, intensas, sin comprensibilidad y limitadas en el tiempo. No hay que olvidar que las dificultades que conlleva para la vida habitual de la persona el

padecimiento de la epilepsia (relación con personas, conformación de relaciones afectivas estables, búsqueda de trabajo, permiso de conducir, etc.) puede ocasionar la existencia de depresiones reactivas y, por tanto, con características diferentes a las anteriores.

SUICIDIO:

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

Otros trastornos psicóticos.

Así denominadas clásicamente aunque actualmente incluidas en las Clasificaciones Internacionales dentro de los Trastornos Mentales Orgánicos, se caracterizan, como toda psicosis, por la pérdida de contacto con la realidad pudiendo distinguir dos núcleos fundamentales:

A) CON ALTERACIÓN DE CONCIENCIA:

1. Delirios oníricos cuyos cuadros clínicos se desdoblán en dos componentes: la obnubilación de conciencia (estado de conciencia ofuscada, sin vivencias claras y sin capacidad para poder configurarlas y reflexionar) y el onirismo (exaltación psíquica en forma de imágenes, representaciones y, sobre todo, ilusiones y alucinaciones visuales, sobre un fondo de inquietud o agitación psicomotora). En estos casos poseen la característica de la preferencia hacia lo religioso o hacia la excitación con gran impulsividad y agresividad.
2. Los estados crepusculares en los que el rasgo definidor viene dado por el **oscurecimiento heterogéneo de la luz** de la conciencia. Para algunos autores [2] no se puede hablar de un estado crepuscular sino de varios, en función de la desorganización que haya producido a nivel de la conciencia, no siendo fácil distinguir los diferentes grados de intensidad, llegando a distinguir cinco formas diferentes en relación con la conducta que vaya a presentar el sujeto. Así, en un primer grado nos encontraremos con estados crepusculares en los que la conducta será, aparentemente, normal como consecuencia de una conciencia cuasi-normal. Hay vivencias claras, ordenación psíquica idónea y continuidad en las experiencias. La anormalidad apreciable desde el exterior se reduce a un campo vivencial demasiado estrecho en donde prevalece de forma intensa y exclusiva un determinado contenido psíquico.

En los estados crepusculares de segundo grado, a lo ya reseñado habría que añadir un déficit en las relaciones con el mundo exterior de tal forma que el comportamiento pasa a ser algo automático e impulsivo con abundantes elementos ilógicos, torpes y desordenados.

En los de tercer grado comienza a detectarse un déficit en la capacidad de orientación espacial y temporal pudiendo llegar a afectar la orientación alopsíquica- así como desestructuración del orden y continuidad de las vivencias.

Los de cuarto grado pueden presentarse con apagamiento o exaltación psicomotora; en el primer caso daría cuadros semejantes a la obnubilación de conciencia mientras que en el segundo serían semejantes a los delirium.

Finalmente, existirían formas especiales que se manifestarían como sonambulismo y crisis de pavor nocturno, traducción de una epilepsia temporal profunda o rincefálica.

B) SIN ALTERACIONES APARENTES DE CONCIENCIA:

Pueden ser de dos tipos:

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

Finalmente, debe explorarse la existencia de síntomas que revelan la existencia de crisis motoras o psíquicas y que resulta orientativas para el diagnóstico [4]:

1. Fenómenos de zoom
2. Despersonalización y desrealización.
3. Fenómenos de deja vu, jamais vu, deja vecu, jamais vecu más intensos que en los sujetos sin patología epiléptica. Constituyen las paramnesias
4. Cambios en la imagen corporal.
5. Alucinaciones olfativas, auditivas y visuales.
6. Pensamiento forzoso
7. Cambios de carácter y afectos de características paroxísticas.

Demencias:

Para STAUDER, la demencia epiléptica se originaría por la frecuente repetición de los ataques epilépticos. Un individuo que hubiese sufrido más de cien ataques, tendría el 90 por 100 de probabilidades de hacer un proceso demencial [citado en 2]. En resumen, siguiendo a M. BLEULER [3] podría hablarse de un psicossíndrome local, cuyo grado leve corresponde a la alteración epiléptica del carácter (desestructuración epiléptica de la personalidad) y el grado grave que sería el cuadro demencial.

Las características del psicossíndrome orgánico en los epilépticos se apreciarían, especialmente, en **el lenguaje, la perseveración y la dificultad de evocación**. El lenguaje epiléptico vendría determinado por su monotonía, lentitud y pobreza de vocabulario. La perseveración, para muchos el rasgo más característico de la actividad intelectual del epiléptico, se manifestaría por la dificultad de la adaptación sensorial y motora. El déficit de evocación de palabras se refiere, en principio, a las palabras de significación simbólica y abstracta.

El grado extremo, como ha quedado dicho, vendría determinado por la demencia epiléptica que puede manifestarse en epilépticos de larga duración y en su aparición intervendrá no solo la propia enfermedad epiléptica sino el número de crisis que haya padecido, los traumatismos craneoencefálicos como consecuencia de las caídas, la medicación recibida y el abandono social. El cuadro demencial se caracteriza por déficit en la capacidad de comprensión y evocación así como en la gran dificultad de utilizar el lenguaje.

Diagnóstico diferencial.

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

- RELACIÓN EPILEPSIA-MANIFESTACIONES HISTÉRICAS:

El término histeroepilepsia fue propuesto originariamente por LANDOUZI en 1848 [citado en 2] para designar estados mixtos. Desde entonces, ha sido considerado como una realidad clínica ya que la desestructuración epiléptica de la personalidad, sobre todo frecuente entre los epilépticos temporales, lleva implícita la histerización de los mecanismos psicorreactivos. Solo en los casos en los que exista alternancia entre crisis histérica y epiléptica, como parte de la histerización epileptógena de la personalidad, puede aplicarse el término histeroepilepsia.

A pesar de lo anterior, no es un término que se use con frecuencia aun sabiendo que no es extraño que en pacientes diagnosticados con absoluta certeza de epilepsia puedan aparecer crisis histéricas que son utilizadas como medio de resolución de un conflicto [2]. No es extraño que las crisis pseudo-epilépticas acontezcan tras períodos en los cuales se ha controlado bien su enfermedad; se producen varias veces al día, generalmente en la casa y con gente conocida, raramente en la calle siempre en presencia de espectadores (ver cuadro):

DATOS CLÍNICOS QUE SUGIEREN CRISIS NO EPILÉPTICAS

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

No obstante, en un paciente sin antecedentes conocidos se puede dudar en el diagnóstico. El diagnóstico diferencial entre las crisis epilépticas y las histéricas debe fundarse en la clínica, aunque otras pruebas complementarias puedan ayudar el estudio. A favor de un origen epiléptico podemos mencionar los síntomas clásicos como son la caída sorpresiva y traumática, la mordedura de lengua y la incontinencia urinaria; en cuanto a la existencia de un factor desencadenante psicógeno no es un argumento definitivo hacia lo neurótico ya que el estrés emocional **puede favorecer la aparición de una crisis en un epiléptico**. Por el contrario, la teatralidad, la conservación del oído, el carácter finalista de los movimientos, la duración muy prolongada, las explosiones afectivas en la recuperación y la ausencia de lesiones hablan en favor de accidentes histéricos.

Como prueba complementaria más tradicional y completa habría que considerar el electroencefalograma aunque no puede considerarse como definitiva. Existen sujetos epilépticos que presentan un trazado normal y en cambio algunos sujetos histéricos muestran paroxismos bioeléctricos.

- ESTADO CREPUSCULAR:

Cualquiera que sea el momento de la presentación del estado crepuscular epiléptico, habrá

que realizar el diagnóstico diferencial con la forma histérica del mismo trastorno:

- a) En el **epiléptico** existen antecedentes en la biografía del paciente o entre los familiares directos; el comienzo y finalización del episodio suele ser súbito, la crisis sobreviene independientemente del mundo circundante, por lo que puede ocurrir en cualquier lugar y hora, hallándose solo o acompañado; además es de una duración breve: de algunos segundos a unos pocos minutos. En este tiempo el cuadro clínico global se mantiene de forma uniforme; en caso de hablar de horas o días sería conveniente reconsiderar el diagnóstico de estado crepuscular y plantearse la posibilidad de reacción exógena aguda de Bonhöeffer. Los estímulos sensoriales se perciben atenuados lo que ocasiona una imprecisión en los mismos. La orientación auto y alopsíquica se encuentran perturbadas así como la memoria de fijación y evocación, conllevando todo ello la ausencia de actos o deambulaciones con finalidad así como amnesia de la crisis sin pretender resultar selectiva en cuanto a los recuerdos. El pensamiento es perseverante y adhesivo y la verbalización del mismo es difícil de realizar dado que la distorsión de las percepciones entorpece la comprensión de los hechos. Todo ello conlleva una distorsión del juicio crítico concreto y abstracto, lo que determina como consecuencia inmediata una defectuosa capacidad de raciocinio y reflexión. La afectividad está alterada cuantitativa y cualitativamente presentando ansiedad, angustia y disforia, sin que exista una liberación de conflictos durante la crisis aunque sí liberación de pulsiones que pueden dar lugar a actos de auto o heteroagresión así como exhibicionismo.

- b) En el **histérico** no existen antecedentes epilépticos y sí, en cambio, de personalidad histérica o de histeria de conversión; el comienzo y finalización del episodio suele ser progresivo. La crisis siempre tienen motivos exógenos, evidentes o encubiertos; es esencialmente teatral y requiere público; la duración es más prolongada: entre media y una o dos horas, con altos y bajos en la intensidad del cuadro, de acuerdo al público presente [5]. Los estímulos sensoriales no se perciben atenuados ni distorsionados; no es extraño que coexistan con el estado crepuscular ilusiones o alucinaciones psicogenéticas, catatímicas, vinculadas con el fin perseguido. La orientación auto y alopsíquica están perturbadas solo en apariencia por lo que posibilita actos y deambulaciones con una finalidad
La memoria de fijación y evocación solo se encuentra parcialmente alterada de tal forma que existe una facilidad del recuerdo para los contenidos de carácter favorable al sujeto. No hay adhesividad al pensamiento y este se encuentra influido por las vivencias generalmente displacenteras de la persona. El juicio crítico no se encuentra por se comprometido si no es por la deformación catatímica del mismo; es decir, se encuentra de alguna forma supeditado a la experiencia vivencial de la persona. Afectivamente se encuentran alteraciones en el sentido de reacciones vivenciales afectivas primitivas del tipo de pánico, cólera, odio o éxtasis, existiendo liberación de conflictos durante los mismos.

DELITO Y EPILEPSIA:

Desde siempre la epilepsia ha sido considerada como enfermedad relacionada de forma importante con el delito hasta tal punto que Lombroso y su escuela llegaron a identificar en alguna época la criminalidad con epilepsia e, incluso Kraft-Ebing [citado en 6], llegó a manifestar que los crímenes no serían más que fenómenos epilépticos mal interpretados.

Se ha hablado de uno u otro modo de la peligrosidad y violencia de los epilépticos de tal forma que, por un lado era una de las características que se atribuía a estos enfermos y, por otro,

dio lugar a determinados diagnósticos como el de "psicópatas epileptoides" que serían aquellos individuos libres de ataques que muestran las características psicopatológicas propias de la constitución epiléptica: en especial la explosividad, la intolerancia al alcohol, la tendencia a la irritabilidad y las crisis impulsivas en forma de robo, fugas, incendios, excesos alcohólicos, tentativas de suicidio y actos criminales.

Sin embargo, los comportamientos agresivos intercríticos, a menudo caracterizados como reacciones explosivas, y que en otro tiempo fueron considerados como típicos de la personalidad epiléptica, en la actualidad se aceptan como una manifestación específica de la epilepsia del lóbulo temporal de tal forma que los diferentes estudios acerca de la cirugía del lóbulo temporal revelan que la agresividad es precisamente el síntoma psiquiátrico que mejor responde a la cirugía en estos casos.

No obstante, la mayor parte de los actos agresivos tienen las características de la agresividad orgánica: seguirían a una provocación aunque esta pudiera parecer mínima, se acuerda de sus actos, los reconoce y le produce sentimientos de arrepentimiento y culpabilidad lo que le diferencia del psicópata. No hay que olvidar la posibilidad de que los actos agresivos sobrevengan en el curso de ideas delirantes de persecución. A pesar de las características orgánicas, existen ciertos factores que inciden en la violencia, especialmente la existencia de lesiones cerebrales, el comienzo precoz de las crisis y la repetición frecuente de las mismas.

Finalmente y dado que al hablar de epilepsia se mencionan con frecuencia términos como, explosividad, impulsividad, violencia, peligrosidad, habría que preguntarse **¿es mayor la delincuencia en este tipo de pacientes?** De acuerdo al estado actual del pensamiento y estudio con este tipo de pacientes, habría que realizar una aseveración: ni todos los delincuentes son epilépticos, ni todos los epilépticos delinquen, ni toda clase de delitos son realizados por los epilépticos. La criminalidad con violencia sobre las personas o los bienes es comparable entre epilépticos y no epilépticos y en este hecho intervienen las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, la prevalencia de la epilepsia en las prisiones sería similar a la de la población general [1].

El epiléptico puede, en principio, cometer cualquier tipo de infracción pero, en general, dado el carácter paroxístico, súbito y accesional, así como el trastorno concomitante de la conciencia, todas las transgresiones llevan la marca de la impulsión y del hecho imprevisto e insólito. Por ello, un elemento fundamental a la hora de la realización de la pericia psiquiátrica será justamente la **valoración del hecho**, cuáles son sus características, la motivación, el método y su resolución. La consideración de estos elementos será de indudable valor antes, incluso, de estar en presencia del sujeto y estudiar su psicopatología.

Como recogen Codon y López Saiz [6], los actos brutales, **instantáneos, sin motivación**, llevados a cabo por el sujeto sin noción de su ejecución y, por consiguiente, seguidos de una conducta especial (imposible de simular), son los típicos de los epilépticos. Es característico, a la vez que la violencia, la inconsciencia del acto, la falta de disimulo, el sueño irresistible en ocasiones, que impele al epiléptico a no ocultarse ni huir, haciéndole en ocasiones caer dormido en el lugar de los hechos con olvido completo de lo acaecido o con un recuerdo vago o confuso.

En general, los autores ponen de relieve una serie de características de los actos cometidos por los epilépticos durante las crisis paroxísticas que sistematizan Gisbert Calabuig y Sánchez Blanqué [7]:

1. Ausencia de motivo para la acción delictiva.
2. Ausencia de premeditación.
3. Con frecuencia existe una disociación con la forma habitual de ser del sujeto.

4. Extraordinaria violencia y furor brutal de la reacción: su intensidad y violencia son desproporcionadas al objeto que se pretende lograr.
5. Es posible marcar diferencias con la perversidad y procedimientos clásicos de otros delinquentes.
6. En ocasiones, sueño irresistible tras la comisión del acto delictivo
7. Amnesia consecutiva al acto; por ello, la reacción típica del enfermo al tener conciencia de su acción es más de abatimiento y asombro que de remordimiento.

Aunque lo hasta aquí mencionado se refiere a actos realizados por el epiléptico sobre otras personas, no hay que olvidar que **durante las crisis** se pueden producir lesiones e incluso el fallecimiento del propio enfermo, siendo, por tanto, esencial conocer la existencia de la enfermedad para no errar en la etiología médico-legal; accidentes domésticos, de tráfico o laborales, quemaduras, ahogamientos en bañeras, etc. es posible encontrarlos durante las crisis, especialmente si esta es generalizada, siendo, en estos casos, prácticamente imposible los actos voluntarios al tener la conciencia abolida.

Durante los **períodos intercríticos** es igualmente posible la realización de actos por parte de epilépticos y que de alguna manera tengan relación con su enfermedad, ya que la repetición de las crisis puede terminar ocasionando trastornos de personalidad y, en su caso más grave, la aparición de demencia epiléptica. En estos casos, el hecho derivará de su propensión a la irritabilidad, explosividad y violencia con la dificultad que conlleva el control de esos impulsos aunque el individuo conozca y entienda perfectamente el alcance de lo que realiza. En definitiva, el trastorno que sufren no afecta tanto a los elementos de la cognición como a la dificultad o imposibilidad de adecuar las respuestas [8].

No hay que olvidar que a pesar de lo hasta aquí reseñado, es posible que el epiléptico realice actos delictivos no tengan ninguna relación con su enfermedad ni con su carácter. Independientemente de su padecimiento el epiléptico puede robar, estafar, matar etc. Y misión será del perito el valorar hasta qué punto existe la relación de causalidad entre epilepsia y delincuencia.

CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES:

Penales.

I. ACTOS COMETIDOS DURANTE LOS PAROXISMOS EPILÉPTICOS:

Como ha quedado reflejado, psicopatológicamente, la función psíquica que se afecta con mayor intensidad durante los episodios paroxísticos es la conciencia que puede situarse desde una completa ausencia de la misma hasta grados más ligeros motivo por el que en un principio, la capacidad de conocer y querer de estas personas se encuentra alterada cuando no anulada.

Este parecer psiquiátrico es recogido por diferente jurisprudencia como S.T.S de 28 de abril de 1997 que menciona *"en orden a la epilepsia la jurisprudencia de esta Sala representada entre otras, por las sentencias del Tribunal Supremo, viene declarando, a la vista del estado actual de la Psiquiatría (SS 30 de mayo 1975, 11 de mayo de 1981, 30 de enero y 24 de septiembre de 1982, 31 de enero y 13 de mayo de 1985, 2 de marzo y 16 de diciembre de 1988, 27 de marzo, 21 de abril y 26 de junio de 1989, 22 de junio y 16 de noviembre de 1990, 22 y 25 de febrero de 1991, 24 de marzo de 1992;659/1996 de 28 de septiembre y 756/1996, de 21 de octubre) que durante el ataque epiléptico o sus equivalentes, la inimputabilidad del agente resulta total y absoluta, puesto que a lo largo del referido ataque carece de inteligencia y voluntad, debiendo predicarse tal ausencia del presupuesto de*

la imputabilidad, tanto para los delitos de acción como para los de omisión; en cuanto a las auras epilépticas o estados crepusculares el sujeto tiene profundamente perturbadas sus facultades cognoscitivas y volitivas, pero no abolidas, por lo que solo resulta parcialmente imputable, y en tales supuestos lo correcto es la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental y lo mismo debe sostenerse a la denominada epilepsia sintomática o residual, en tanto en cuanto genere ataques comiciales o equivalentes. En cuanto al tiempo comprendido entre crisis paroxísticas o convulsivas con independencia de las auras y de los estados crepusculares, resulta de absoluta imputabilidad o de irrelevancia de la dolencia, salvo que tales crisis se sucedan con tal frecuencia, pues en dichos supuestos el deterioro cerebral y la demenciación de quien los padece resulta patente y aplicándose así en este concepto supuesto la semieximente de enajenación".

La sentencia supone un glosario de cómo la jurisprudencia entiende la epilepsia aproximándose a los conocimientos neurológicos y psiquiátricos de la misma y la forma de influir estos en los elementos esenciales que constituyen la imputabilidad. Existen afirmaciones discutibles como "a lo largo del referido ataque carece de inteligencia" lo cual es evidente pero no por un defecto de la misma, ya que esta no es una función psíquica que aparezca y desaparezca de forma intermitentes, sino que es la conciencia la que puede adquirir estas características y en función que se tenga o no en un momento determinado, aplicar la inteligencia que cada individuo posea.

Otra cuestión sería encuadrar el caso en los conceptos de anomalía o alteración psíquica, o en el trastorno mental transitorio. Entendemos que si nos estamos refiriendo a un paroxismo epiléptico, es decir, una situación médica en la que claramente se puede indicar un inicio, un estado y un final, así como un determinado estado de conciencia durante el mismo y que una vez remitido puede tardar un tiempo más o menos prolongado en su repetición sin que esta se pueda predecir, estaríamos ante una situación más acorde con la situación de trastorno mental transitorio.

Por otro lado, resulta discutible la aproximación jurídica taxativa de eximente incompleta al concepto de "estado crepuscular" de acuerdo al conocimiento que del mismo se tiene actualmente en la psiquiatría. Como quedó reflejado en su momento, están descritos varios grados de gravedad del mismo y si bien en algunos puede ser tan leve la alteración de la conciencia que el individuo se encuentre próximo a la normalidad aunque con ligera afectación, sin embargo en otros puede ser tan profunda la distorsión que se anule por completo la conciencia generando la situación jurídica de trastorno mental transitorio, ya que pueden encontrarse todos los requisitos del mismo: curso rápido, con brusquedad de aparición y desaparición; origen a menudo en un estímulo externo desproporcionado a la intensidad del trastorno de la conciencia que anula por completo el conocimiento y la voluntad, y probabilidad de reaparición sin que se pueda establecer con seguridad. Pero aún en los grados de menor levedad, Alonso Fernández refería que "suelen anular la libertad del ser. Tanto la selección del tema como la fijación y realización instrumental del mismo son actos psíquicos forzados, frente a los cuales el sujeto está inerme".

Por todo ello no resultaría apropiado dar normas generales para la correcta valoración psiquiátrico-legal ya que esta pasará por una individualización de cada caso y el estudio correspondiente de las diferentes funciones psíquicas, especialmente la conciencia, así como su grado de alteración.

2. ACTOS COMETIDOS DURANTE LOS INTERVALOS DE LAS CRISIS.

Resulta interesante la lectura de la STS de 26 de junio de 1989:

"Segundo: La referida enfermedad mental se caracteriza porque con intervalos más o menos largos ocasiona en el sujeto unos episodios (crisis o ataques epilépticos) en los cuales se produce una total pérdida del conocimiento, de tal modo que en esos momentos, así como en los

que inmediatamente los preceden y los siguen, la conducta del enfermo es un hecho meramente mecánico que no puede conceptuarse como comportamiento propiamente humano y que en su valoración jurídica va más allá de la aplicación de la eximente de enajenación del núm. 1 del art. 8 del Código Penal para encuadrarse en la falta de acción u omisión a que se refiere el pfo. 1º del art. 1 de dicho código.

Tercero: La problemática más difícil de resolver en relación a estos enfermos no es la que se produce como consecuencia de su conducta en el momento de la crisis o en los instantes que la preceden o siguen, sino la que se refiere a la valoración de su comportamiento cuando existe una verdadera acción u omisión penada por la Ley precisamente fuera del ataque epiléptico, en los llamados **momentos interparoxísticos, pues la repetición de estas crisis va deteriorando el cerebro puede llegar incluso a producir una verdadera demencia con exclusión total de la responsabilidad criminal** por aplicación del núm. 1 del art. 8. Pero sin llegar a tal situación extrema, el epiléptico, cuando la lesión cerebral ha adquirido cierta importancia por la repetición o por la intensidad de los ataques, puede ser considerado como un verdadero enfermo mental, porque se haya producido en su personalidad una especial irritabilidad de modo que pudiera llegar a reaccionar ante estímulos menores con singular violencia dando lugar en ocasiones a crímenes especialmente escandalosos por su brutalidad o en menor grado, a acciones explosivas impropias de un hombre normal. En estos casos, con mayor o menor intensidad, no existe en el enfermo una posibilidad de motivación normal en su conducta, de modo que no puede comportarse ante el mandato que le impone la norma jurídico-penal como lo podría haber hecho un ciudadano ordinario en sus mismas circunstancias y por ello ha de hablarse en tales supuestos de un verdadero enajenado, en mayor o menor grado, con posibilidad de aplicación del núm. 1 del art. 8 bien como eximente completa o como incompleta al amparo del núm. 1 del art. 9.

Cuarto: Pero también puede ocurrir que existen enfermos que hayan sufrido **ataques epilépticos, acreditados** mediante los correspondientes informes médicos, en los cuales **no se haya producido esa alteración en su personalidad**, de tal modo que su comportamiento en los referidos momentos, interparoxísticos sea equivalente al de una persona normal, lo que se revela por los detalles concretos de su conducta delictiva, bien sea porque la enfermedad se encuentra controlada por la medicación que se le está suministrando, bien porque la lesión cerebral producida sea mínima o por otra razón que un buen informe psiquiátrico pudiera poner de manifiesto. En estos casos los Tribunales hemos de examinar con minuciosidad los detalles del suceso, las declaraciones de todos los participantes y testigos y, sobre todo, los dictámenes periciales existentes, a fin de averiguar si se produjo o no alguna manifestación externa del actuar típico del temperamento propio del epiléptico. Pues pudiera ocurrir que del estudio de esos elementos de prueba se dedujera que en el caso concreto el sujeto actuó con una capacidad de motivación igual o similar a la de una persona normal, en cuyo caso habría de entenderse que la epilepsia no tuvo ninguna repercusión en el comportamiento del infrac-

tor o, a lo sumo, si pudiera observarse alguna incidencia de menor importancia, sería aplicable la circunstancia atenuante por analogía del núm. 10 del art. 9 del Código Penal.

Quinto: En resumen y en esto la jurisprudencia de esta Sala es abundante y unánime (SS 31-1-85, 24-10-84, 14-3-84, 2-3-88 y 16-12-88, entre otras muchas), **ha de estarse al caso concreto** para determinar el alcance de la responsabilidad penal de un epiléptico cuando este ha obrado en un momento en el que no se encontraba bajo la influencia de uno de los ataques, o crisis características de esta enfermedad, siendo tal determinación una cuestión de valoración jurídica de tal modo que la conclusión a que hubiere llegado la Audiencia siempre podría ser discutida a través del recurso de casación por la vía del núm. 1 del art. 849, aunque en la relación de los hechos probados se hubiera precisado la incidencia concreta de la enfermedad en la imputabilidad del sujeto sometido al proceso penal.

En el caso presente esta Sala, en uso de la facultad concedida por el art. 899 LECr, ha examinado las diligencias practicadas, a fin de poder valorar la repercusión que la epilepsia que pudiera haber tenido en los hechos objeto de este procedimiento y llega a la misma conclusión que recoge la Audiencia Provincial esto es, que la epilepsia que padecía Manuel no afectó al comportamiento que este tuvo en los sucesos de autos, que obedeció a una motivación más o menos correspondiente a una persona que tuvo intención de matar y mató a otra clavándole una navaja en una riña motivada por cuestiones de venta de droga. A lo sumo podría haberse estimado la aplicación de la atenuante analógica del núm. 10 del art. 9 del Código Penal, lo que habría supuesto como rebaja máxima posible permitida por la ley (art. 61, regla 1ª), la misma pena que la que impuso la sentencia recurrida, que es el mínimo de la reclusión menor prevista para el delito de homicidio en el art. 407 del dicho código, lo que obliga a rechazar el único motivo de casación defendido por la representación del condenado"

A la vista queda la necesidad que la jurisprudencia atribuye a la individualización de cada caso en aras a la valoración de cómo la enfermedad ha influido en el psiquismo ya que podemos encontrarnos ante dos situaciones bien diferenciadas y que solo el perito puede determinar:

- a) Que las crisis se hayan producido con una frecuencia o intensidad tal que a lo largo del tiempo haya modificado la personalidad en el sentido de la irritabilidad y de la violencia de tal forma que la capacidad de conocer y entender pudieran encontrarse completamente anuladas o, en su caso, afectadas.

En estas ocasiones, no sería, en principio, aplicable la situación de trastorno mental transitorio, ya que no cumpliría con los requisitos solicitados por la jurisprudencia y sí, por el contrario, el de alteración psíquica que impide conocer la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión en base a que se trata de una enfermedad persistente y que la alteración de personalidad o el deterioro cognitivo, en caso de sobrevenir, serán difícilmente reversibles.

- b) Que aún en el caso de una epilepsia claramente diagnosticada y una vez acreditado que la infracción se ha realizado en el período interparoxístico, esta no haya producido alteración en

ninguna de las esferas psíquicas del individuo. En tal caso difícilmente podrá aplicarse alguna modificación salvo que alguna incidencia médica fuese reseñada en favor de una atenuante.

Por ello, en estos casos, no solo será importante el examen psiquiátrico sino la utilización de pruebas testológicas complementarias, especialmente personalidad, inteligencia y organicidad, además de los estudios neurofisiológicos (EEG) y de imagen.

Civiles.

Aunque se trate de una enfermedad de carácter persistente, con capacidad de remisión y estabilización, en un principio, el epiléptico es un sujeto "capaz de gobernarse por sí mismo", es decir administrar sus bienes y regir su persona. Ahora bien, habrá que estar al caso individualizado y proceder al estudio de cómo ha influido la enfermedad a lo largo de los años; valorar si la repetición de las crisis ha ocasionado bien una desintegración de la personalidad, bien un deterioro cognitivo, ambos como residuo de la enfermedad epiléptica, de suficiente entidad como para que el paciente haya perdido la capacidad de conocer el alcance y trascendencia de los actos civiles que realiza.

Es, por tanto, un enfermo que solo en casos excepcionales debe ser inhabilitado civilmente.

Laborales y sociales.

El Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (Ministerio de Asuntos Sociales) recoge en su capítulo 3º la epilepsia como trastorno neurológico episódico capaz de generar limitaciones funcionales en la persona que la padece y por ende generadora de derechos y prestaciones de acuerdo a esta norma. Establece unos criterios generales así como la evaluación de la discapacidad originada por la epilepsia.

Criterios generales.

El diagnóstico y tipificación de la epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos sobre el comienzo, frecuencia, duración y manifestaciones clínicas. Es una enfermedad primaria o secundaria que habitualmente se controla con tratamiento adecuado, no limitando las actividades del sujeto. En algunas ocasiones y de modo transitorio pueden aparecer crisis comiciales por indisciplina terapéutica, interacciones farmacológicas o por la aparición de enfermedades intercurrentes. En casos poco frecuentes, los pacientes pueden permanecer con crisis repetidas, a pesar del tratamiento correcto (epilepsia refractaria). Solo serán objeto de valoración este último grupo de pacientes. De un modo general puede señalarse que las epilepsias que cursan con crisis generalizadas (principalmente ausencias y convulsiones tónico - clónicas) siempre del mismo tipo, tendrán una buena respuesta terapéutica.

Para considerar que un paciente se encuentra adecuadamente tratado se precisa la demostración de una correcta dosificación de fármacos antiepilépticos, mediante determinación de niveles plasmáticos de fármacos que deberán encontrarse en rangos terapéuticos.

La discapacidad que produzca la epilepsia dependerá fundamentalmente del número y tipo de crisis. Las crisis generalizadas tipo ausencias y las parciales simples son menos discapacitantes que las restantes crisis generalizadas (mioclónicas, tónicas, tónico - clónicas y atónicas) y que las crisis parciales complejas. Por este motivo, las ausencias y crisis parciales simples serán incluidas en clase I o clase II.

Dado que muchas epilepsias aparecidas en la infancia tienen tendencia a estabilizarse con

la edad, en estos casos se realizarán revisiones cada 5 años.

La evaluación de la discapacidad originada por epilepsias se llevará a cabo aplicando los criterios definidos en la Tabla 1.

En ningún momento, para valorar la discapacidad, toma la legislación en consideración los trastornos psíquicos que pueda ocasionar la epilepsia, ciñéndose exclusivamente a la aparición de crisis así como las alteraciones de conciencia y el sueño.

En otro orden, la epilepsia puede ser motivo de extinción de la relación laboral como invalidez que genera la situación de incapacidad permanente total o absoluta. Por otro lado hay que tener en consideración las posibilidades de cambios de puesto de trabajo dentro de la misma empresa, en aras a preservar la seguridad del propio paciente así como sus compañeros.

TABLA 1:

<p>Clase 1: 0% Paciente con alteración episódica de la consciencia, vigilia, alerta, sueño o epilepsia, correctamente tratado y el grado de discapacidad es nulo.</p> <p>Clase 2: 1 - 24% Paciente con alteración episódica de la consciencia, la vigilia, la alerta o el sueño o epilepsia, correctamente tratado y presenta menos de un episodio mensual (con excepción de las ausencias y crisis parciales simples, en las que la frecuencia podrá ser superior a una crisis al día. Estas formas tendrán una valoración máxima del 24%. El grado de discapacidad es leve.</p> <p>Clase 3: 25 - 49% Paciente con alteración episódica de la consciencia, la vigilia, la alerta y el sueño o epilepsia (excepto ausencias y crisis parciales simples), correctamente tratado. Presenta de 1 a 3 episodios mensuales que, en situaciones diferentes de la epilepsia, deberán tener la siguiente característica: Los episodios, incluida la reacción postconfusional, se presentan de modo continuado o intermitente con una duración superior a 4 horas diurnas por día. El grado de discapacidad es moderado.</p> <p>Clase 4: 50 - 70% Paciente con alteración episódica de la consciencia, la vigilia, la alerta, el sueño o epilepsia (excepto ausencias y crisis parciales) correctamente tratado. Presenta 4 ó más episodios mensuales que en situaciones diferentes a la epilepsia, deberá tener la siguiente característica: Los episodios, incluida la reacción postconfusional, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 horas diurnas/día. El grado de discapacidad es grave.</p> <p>Clase 5: 75% Paciente con alteración episódica de la consciencia, la vigilia, la alerta, el sueño o epilepsia correctamente tratado. El grado de discapacidad es Muy grave y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.</p>
--

Valoración de daño corporal.

El anexo en el que se contiene el sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, ha sido incorporado a la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor por el punto 3 de la disposición adicional 8ª de la Ley 30/95 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

En el referido anexo y en concreto en la Clasificación y valoración de secuelas, se recoge la epilepsia como enfermedad con derecho a indemnización dependiendo de la posibilidad de tratamiento, el número de crisis al año y afectación a la funcionalidad del individuo, bien entendido que nos estamos refiriendo a la **epilepsia postraumática** [9-10], es decir aquella que se caracteriza por la aparición de crisis recurrentes secundarias, tras un TCE, debidas a lesiones encefálicas producidas por este, habiéndose descartado otras causa. Hay que realizar el diagnóstico diferencial con aquellas crisis que surgen inmediatamente después de un TCE como consecuencia de las alteraciones inmediatas de las funciones cerebrales, que habitualmente son transitorios o que, asociadas con otros factores de riesgo pueden ser la causa desencadenante de una epilepsia tardía. Por ello, hay que dejar claro que las crisis epilépticas precoces no son secuelas con carácter indemnizatorio tras los TCE.

El momento de la aparición de la epilepsia tras el traumatismo es muy variable, aunque en alrededor del 60% de los casos lo hace en el curso del primer año y prácticamente en los dos años siguientes al TCE un 80 % de las epilepsias postraumáticas ha hecho ya su aparición. No obstante, se han descrito crisis ultratardías que en principio deben considerarse excepcionales y deben buscarse otro tipo de lesiones que sean la causa de la clínica que presenta el paciente [10].

Está demostrada la relación íntima entre la epilepsia postraumática y la gravedad del traumatismo así como las alteraciones complejas que de él se derivan y la extensión y localización de las lesiones que se hayan producido en él. No existe acuerdo entre los autores en cuanto a la localización más frecuente del TCE capaz de generar este tipo de epilepsia. Cuando la lesión se localiza centroparietalmente, la frecuencia se sitúa en un 60%, disminuyendo a un 25% cuando está localizada en los lóbulos occipital o temporal, mientras que en las lesiones que se localizan en el lóbulo frontal su incidencia va a reducirse a un 15% [11]. Vaquero [12], sin embargo, establece que son las lesiones que afectan al lóbulo temporal las que con más frecuencia desarrollan las crisis. Igualmente, las hemorragias intraparenquimatosas ocasionan crisis tardías en al menos el 40% de los casos.

Desde el punto de vista forense no solo será importante el lugar de asentamiento del TCE sino también el mecanismo de producción de tal forma que en los TCE cerrados el 5% de los mismos sufre epilepsia postraumática, cifra que sube a un 60% si el TCE fue abierto y con heridas penetrantes que ocasionasen dislaceración cerebral.

En definitiva, para su correcta valoración no hay que obviar la utilización de los estudios complementarios necesarios para, por un lado, descartar otras afecciones que sean la causa de los síntomas que presenta el paciente y por otro, valorar la presencia de lesiones residuales, si las hubiere, que justifiquen la clínica. Los estudios son necesarios en dos momento de la evolución del traumatizado: inicialmente para valorar lesiones subyacentes en parénquima cerebral por hundimientos craneales y estallidos, localización y número de focos contusivos, lesiones hemorrágicas, hematomas, etc. Tardíamente para acreditar la presencia de atrofas corticales, asimetrías ventriculares, cavidades poroencefálicas, etc. □

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Chevalier, J.F., Plas, J., Fineyre, F.- Troubles psychiques de l'épilepsie - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris - France), Psychiatrie, 37 - 219 - N - 20, 1992, 8 p.
- 2.- Alonso-Fernández, F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. 4ª edición. Ed. Paz Montalvo. 1976. 338-341; 755-780.
- 3.- Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. Espasa-Calpe. 1967; 393-398.
- 4.- Moya Corral P. Tesis Doctoral "Psicosis Epiléptica de tipo Esquizofreniforme". 1988.
- 5.- Bonnet E.F. Psicopatología y Psiquiatría Forenses. Tomo II. Lopez Libreros Editores S.R.L. 1984 ; 1153-1155.
- 6.- Codon, J. López Saiz, I. Psiquiatría Jurídica Penal y Civil. 3ª edición. Ediciones Aldecoa 1968; 343-377.
- 7.- Gisbert Calabuig J.A., Sánchez Blanque: Trastornos Mentales Orgánicos. En: Medicina legal y toxicológica. 5ª edición. Ed. Masson 1998; 1003-1008.
- 8.- Carrasco Gómez J.J., Maza Martín J.M.. Psiquiatría Legal y Forense. La Ley-Actualidad. 1999.
- 9.- Loiseau, P. Marchal C. Epilepsie post-traumatique. Epilepsies 1990; 2: 199-202.
- 10.- Roger, J., Bureau, M., Mireur, O. L' épilepsie post-traumatique. Rev. Fr. Domm Corp 1987; 13: 119-120.
- 11.- Villagrasa J. Clínica de las secuelas neurológicas postraumáticas. En Pelegrín, C., Muñoz Céspedes, J.M., Quemada J.I. y cols. Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos. Prous Science. 1997; 59-70.
- 12.- Vaquero J. Fisiopatología de los traumatismos craneoencefálicos. En Pelegrín, C., Muñoz Céspedes, J.M., Quemada J.I. y cols. Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos. Prous Science. 1997; 35-58.