

## El elegido

Ana Sofía Calvache López<sup>1</sup>

### Resumen

La epilepsia es ampliamente descrita en textos y revistas especializadas, pero en cambio, sus manifestaciones han sido poco abordadas. El presente artículo ilustra la riqueza sintomática de esta enfermedad durante la vida de un hombre de 66 años de edad, y la incorporación a su existencia, que lo han llevado a asumir conductas de alguna manera adaptativas.

**Palabras clave:** epilepsia, epilepsia del lóbulo temporal.

**Title:** The Chosen.

### Abstract

Epilepsy is widely described in specialized texts and journals, but its non-convulsive manifestations have not been reviewed as much. The present article shows the symptomatic richness of this disease during the life of a 66-year-old man, and the incorporation of these manifestations to his existence, allowing him to show somehow adaptive behaviors.

**Key words:** Epilepsy, temporal lobe epilepsy.

En este artículo se reseña el caso de un hombre de 66 años de edad, originario de Bogotá y procedente de Cali. Es traído por su compañera al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle por un intento de suicidio, agresividad y cambios de comportamiento.

La compañera informa que tales cambios –insomnio, en principio de conciliación, que posteriormente aumenta hasta ser continuo; pérdida del apetito; aislamiento; llanto

frecuente; preocupación por su situación económica e irritabilidad, que se torna en violencia y agresión física abierta con uno de sus hijos– se han presentado en los últimos seis meses.

Luego sufrió un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado. Después de éste aumentó la hostilidad, amenazó a los familiares y otras personas del entorno, aparecieron soliloquios –en palabras de la informante, «ve más espíritus de luz y los oye más de lo normal»– e

.....  
<sup>1</sup> Residente de Psiquiatría, tercer año, Universidad del Valle.

intentó suicidarse ahorcándose con una sábana. Pese a lo anterior, sólo buscaron ayuda especializada tres días después, cuando se acentuó el aislamiento, el mutismo y el negativismo.

Desde los 16 años de edad presentaba episodios convulsivos tónico-clónicos generalizados, cada tres o cuatro años. En los dos últimos aumentaron a cada dos meses. A pesar de esto, persistía en no tomar medicación anticonvulsiva y recurría, en cambio, a sustancias homeopáticas autoformuladas.

Se hospitalizó por primera vez en una institución psiquiátrica con impresión diagnóstica de epilepsia de lóbulo temporal y trastorno del estado de ánimo con síntomas depresivos asociado con enfermedad orgánica, por el alto riesgo suicida, para protección de los familiares y para manejo especializado. Durante el mes de hospitalización, los hallazgos relevantes fueron afecto triste, delirios místicos y de grandeza, alucinaciones visuales (personajes y situaciones bíblicas) y auditivas (voces insultantes lo instaban a no llevar a cabo sus servicios como sanador y exorcista), pensamiento mágico, fenómenos paramnésicos de *déjà vu* (ya visto) y despersonalización y juicio de realidad afectado.

Fue medicado con haloperidol (5 mg/día), akinetón (4 mg/día) y carbamacepina (400 mg/día), con

mejoría de los síntomas depresivos y de las alucinaciones, aunque persistía el núcleo delirante. Egresó con igual medicación y asistió a un único control, en el cual informó haber suspendido el tratamiento por su situación económica. Argumentó, además, que interfería con su trabajo en el consultorio, por no permitirle tener «la mente y el corazón claros», que era la interpretación que el paciente daba a la mejoría de los síntomas psicóticos y a efectos adversos, como la somnolencia. El abandono de la medicación llevó a reagudización de los síntomas depresivos y al aumento de las alucinaciones y del delirio místico. Anunció el abandono del seguimiento aduciendo un inminente desplazamiento a Cumbal (Nariño), donde abriría un nuevo consultorio, con el apoyo de su familia política.

Ente sus antecedentes se destaca el hecho de ser hijo un embarazo no deseado ni aceptado. La madre delegó la lactancia en otras mujeres no familiares en «retaliación por haberla pateado durante la gestación». Presentó desnutrición en la infancia y retardo en el desarrollo psicomotor. Se recuerda como un niño que no interactuaba con otros menores de su edad y que prefería la compañía de sacerdotes, quienes lo trataban bien y de quienes aprendía latín.

Asegura haberse percatado a la edad de siete años de poder mover

los objetos inanimados a distancia (telecinesia). Lo atribuyó a un don concedido por Dios, y éste fue el motivo de su ingreso a un seminario franciscano, donde la madre prácticamente lo abandonó. Cursó allí la primaria, con aparente buen rendimiento académico, pero mantenía comportamiento aislado, «dedicado a la oración y a la vida contemplativa».

Al comienzo de la adolescencia (ateniéndonos al relato del paciente), sus poderes se incrementaron y aprendió a ‘desdoblarse’ voluntariamente. Con sólo cerrar los ojos y desear fervientemente estar en un sitio remoto, su cuerpo sufría un estremecimiento generalizado y luego su espíritu se encontraba en el sitio deseado. Además, adquirió telepatía y premonición, medios por los cuales podía conocer con anticipación las preguntas consignadas en las pruebas de conocimientos y obtener así mejores calificaciones que los compañeros de secundaria, de quienes era blanco de burlas por su retraimiento y aislamiento. Este último se acentuó luego de ser castigado con encierro por relatar lo que le sucedía.

Como se mencionó, presentó el primer episodio convulsivo tónico-clónico generalizado a los 16 años, precedido por la visión del niño Jesús. Posteriormente, fue llevado a un centro hospitalario donde fue medicado, pero suspendió el tratamiento un mes después por «ausencia de nuevos episodios».

Terminados sus estudios regulares, en los cuales, además de los objetivos educacionales tradicionales, afirma haber aprendido latín, hebreo y aeromancia (el arte de adivinar el futuro en las nubes y el aire). Permaneció hasta los 22 años de edad en el Seminario realizando oficios varios. En ese momento desistió de su vocación sacerdotal y viajó a Girardot. De forma muy rápida logró la confianza de una pareja que lo contrató como acompañante, y se desplazaron a la república de Panamá para atender a una hija de la pareja, quien había sido desahuciada médicamente. Conseguida la mejoría gracias al nuevo don de la sanación, ganó notoriedad e inició un período dedicado a dictar conferencias sobre espiritualidad y a ofrecer sus servicios curativos, sin exigir honorarios, por considerarlos una «obra de Dios»; pero subsistía con las contribuciones voluntarias que los eventuales pacientes le regalaban.

Un año y medio después emigró a Perú, donde se radicó durante un par de años, dedicado a practicar exorcismos, dictar conferencias y sanar a enfermos graves. Gracias a los resultados favorables obtenidos, comenzó a atender invitaciones para irradiar estos servicios a otros países de Centro y Suramérica, como Puerto Rico, Venezuela y Ecuador.

A los 25 años regresó al país, primero a Cali, por un período de tres años, y luego a Pereira. Estuvo de-

dicado a actividades semejantes con personas de alto estrato socioeconómico, pero llegó un momento en el cual se «cansó de la superficialidad que se observa en este grupo». Esto, sumado (según su relato) a los múltiples avances de carácter sexual de los cuales era objeto por mujeres, lo llevó a contactar a su familia en Bogotá y a trasladarse a vivir con ellos. Al día siguiente de su llegada, la familia le pidió que se fuera de la casa, por lo que viajó a Cali, donde logró desempeñarse como el «mejor maestro de obra de la ciudad». Aunque continuaba en su misión de servicio al prójimo, la situación económica se tornó precaria, pues por mandato divino dejó de atender las personas adineradas y se dedicó a los más pobres, quienes le daban limosnas con las cuales no podía subsistir.

Por esta época sufrió un accidente automovilístico. Intentó socorrer a las otras víctimas con sus poderes, pese a lo cual muchos fallecieron. Esta situación lo «marcó de por vida», pues se sintió confrontado en sus supuestos poderes, ya que siendo «el sanador» no pudo salvar a sus compañeros de viaje.

A la edad de la crucifixión de Jesús, refiere haber sido 'iluminado', es decir, vivió un episodio en el cual destruyó al dragón de las siete cabezas y así cumplió la profecía de que un descendiente de David acabaría con el dragón. Esto ayudó a confirmar su certeza de ser El Ele-

gido. Pero buscando la confirmación de que tenía dones especiales para ayudar a la humanidad, se exponía a situaciones riesgosas como lanzarse al paso de vehículos.

A los 42 años de edad estableció una relación matrimonial que mantuvo durante doce años, marcada por múltiples conflictos, por sus continuas y prolongadas ausencias y por la situación económica difícil. De esta relación quedan tres hijos.

Tras la separación, vivió solo en su «Consultorio de sanación y clarividencia», y continuó haciendo exorcismos y viajando a diferentes pueblos del suroccidente, donde realizaba «trabajos» que describe «semejantes a los milagros efectuados por Jesús», como resucitar a los muertos, sanar a los enfermos, etc.

Poco después, a los 54 años de edad, inicia unión libre con su actual compañera, a quien conoce como su paciente cuando ella estaba en estado de gravidez. Tienen dos hijos que están desarrollando dones semejantes a los suyos, afirmación que es corroborada por la pareja.

Durante toda su vida el paciente describe haber vestido igual, con camisa y pantalón blancos, cabello corto y barba larga, con un cayado en la mano, objeto indispensable para su trabajo (así llegó vestido al servicio de urgencias el día de su hospitalización).

## Epilepsia del lóbulo temporal

La epilepsia se conoce desde tiempos remotos. Inicialmente fue atribuida a maleficios, demonios o castigos divinos. Era una enfermedad sobrenatural que convertía a quien la padeciera en 'intocable', 'esclavo sin valor' o 'poseído'. En la Edad Media, las personas con epilepsia eran perseguidas, martirizadas y exorcizadas. En el siglo XIX se recuperó la olvidada idea hipocrática de que la epilepsia era producida por una lesión orgánica y su tratamiento también debería ser orgánico. Pese a ello, en el siglo siguiente se continuó estigmatizando a los pacientes epilépticos como demoniacos. Con los adelantos científicos, se abandonó la idea mágica de la epilepsia y se aceptó que es producida por una lesión orgánica del sistema nervioso central. Además, se diferenció gradualmente entre varias clases de epilepsia, más allá de los tipos *grand mal* y *petit mal*.

A fines del siglo XIX, John Hughling Jackson describió la epilepsia del lóbulo temporal, identificó lesiones en el lóbulo temporal mesial asociadas con este fenómeno y describió varios casos de epilepsia que tenían como síntomas un estado de ensoñación o aura intelectual que precedía a ataques generalizados o que ocurrían sin un ataque como tal.

En el siglo XX se realizaron innumerables adelantos en el estudio,

diagnóstico y manejo de estos pacientes. La epilepsia pasó a considerarse no una enfermedad, sino un síndrome, y el manejo se enfocó tanto a evitar las crisis como a buscar su etiología y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En 1938, Gibbs y Lennox describieron los patrones electroencefalográficos de las crisis epilépticas generalizadas, las ausencias y las epilepsias psicomotoras, sin localizarlas en algún sitio específico. Más tarde, Jasper y Kershman, utilizando montajes bipolares, localizaron el patrón electroencefalográfico en el lóbulo temporal y destacaron que lo importante era la localización y no la morfología del patrón (1-4).

Con el desarrollo del electroencefalógrafo (1929), para registrar la actividad eléctrica del cerebro; con la visualización mejorada del cerebro y el cráneo por rayos X y tomografía axial computarizada (TAC), para buscar variaciones en la estructura anatómica; con la tomografía por emisión de positrones (PET), que indica los cambios funcionales en áreas precisas, y, más recientemente, con las imágenes por resonancia magnética (IRM), se estableció una base firme para el estudio y la detección de funciones anormales y defectos estructurales del cerebro y una comprensión progresivamente mejor de los varios tipos de epilepsia y otras disfunciones cerebrales.

El tipo más común entre las epilepsias de origen focal es la del lóbulo temporal. Algunos estudios muestran que un 80% de todas las crisis parciales complejas se originan en las estructuras del lóbulo temporal, y de éstas un 90% se originan en las estructuras temporales mesiales (5).

Existen numerosas causas de la epilepsia del lóbulo temporal: las infecciones (cisticercosis, encefalitis y meningitis), los traumas craneoencefálicos, los síndromes epilépticos familiares, la atrofia lobar temporal y la esclerosis mesial temporal. Esta última es causa de inicio precoz de crisis parciales de difícil control (6),(7).

Típicamente, estos pacientes pueden tener una crisis febril compleja antes de los cuatro años y permanecer asintomáticos durante cinco, diez o más años. Después se pueden presentar crisis parciales simples, parciales complejas y crisis tónico-clónicas secundariamente generalizadas (1),(3). En estas crisis, el aura puede variar desde una molestia epigástrica que asciende hasta el cuello hasta una sensación de pánico o temor, y pasar por sentimientos de desentendimiento y despersonalización o incluir otras manifestaciones automáticas o la alucinación olfativa (1).

Ounsted, en su estudio de la epilepsia del lóbulo temporal en los

niños, llegó a la conclusión de que «las dificultades sociales y escolares están muy extendidas entre los epilépticos de lóbulo temporal, aunque esté presente una inteligencia normal» (8). Daly, por su parte, menciona que:

Los ataques parciales complejos consisten de una alteración del contenido del consciente [...] las alucinaciones de los ataques parciales complejos se 'forman', en el sentido de que constituyen una experiencia sensorial reconocible y plenamente desarrollada que, en casos raros, puede de hecho, ser la memoria de una experiencia real. No importa cuán vívida, compleja, o 'real' sea la experiencia ictal, el paciente la reconoce como una experiencia impuesta sobre él. Su consciente está 'dividido', y él todavía puede continuar siendo el observador objetivo, el espectador que presencia estos curiosos eventos. (9)

Los síntomas de la epilepsia del lóbulo temporal son muchos, y pueden dividirse entre los asociados con los ataques mismos (llamados ictales) y los que ocurren entre ataques (interictales) (9). Así, de los ataques epilépticos en adultos que incluyen «automatismo de la conducta, trastornos de la personalidad y el pensamiento y disturbios visuales», más del 50% se deben quizás a que el lóbulo temporal ha sido afectado (10). El comienzo de un ataque se manifiesta, por lo general, en la inte-

rrupción súbita de lo que el paciente había estado haciendo. Entre 40% y 80% de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal presentan un intervalo de automatismos, como chasquear los labios, retorcerse las manos, caminar o llevar a cabo otras actividades que el sujeto no recordará. El paciente puede continuar pasando las páginas de un libro, puede experimentar alucinaciones olfatorias de flores o sustancias malolientes, etc. Esto es seguido por «experiencias cognitivas complejas del lóbulo temporal» que Wilder Penfield llamaba visiones retrospectivas (*flashbacks*), reproducciones, alucinaciones psíquicas o ataques experienciales (10),(11).

La alucinación psicosensoorial que se deriva de los lóbulos temporales puede involucrar cualquiera de las modalidades sensoriales o una combinación de ellas, así como alucinaciones con emociones, pensamientos y experiencias que pueden ser familiares o completamente extrañas (11),(12).

Durante el ataque, el paciente puede estar sentado, acostado o hasta caminando y cantando; puede experimentar gozo, júbilo, depresión, y, a menudo, temor. Algunos otros tienen un período de grados variables de confusión en el lapso postictal. Es muy común que recuerden lo que experimentaron o vieron durante el ataque, pero no lo que sucedió a su alrededor (11).

Los pacientes que sufren de epilepsia de lóbulo temporal también pueden manifestar síntomas específicos entre uno y otro ataque. Estos síntomas se clasifican como interictales, e indican un estado de la actividad conductual que es parte de la epilepsia y se debe a cambios patológicos en el sistema límbico del lóbulo temporal. Estos cambios conductuales han sido catalogados por muchos observadores clínicos durante un período de varios años. En 1975, Waxman y Geschwind publicaron un trabajo titulado *El síndrome de conducta interictal de la epilepsia de lóbulo temporal* (también llamado síndrome de Geschwind), en el cual describieron alteraciones en la conducta sexual de los pacientes, viscosidad, circunstancialidad, religiosidad y una tendencia compulsiva a escribir extensamente (12-14).

En 1981, Herman y Riel discutieron si estos síntomas eran específicos para la epilepsia de lóbulo temporal o si podían encontrarse también en otros tipos de epilepsia, y llegaron a la conclusión de que cuatro rasgos (sentido del destino personal, dependencia, paranoia e interés filosófico) aparecen significativamente elevados en la epilepsia de lóbulo temporal, lo cual apoyó la idea de cambios en la conducta y en el pensamiento que ocurren en ésta.

A lo largo de la historia se han descrito varios casos clínicos. Kraepelin, en 1906, anotó cómo un

paciente daba una descripción larga y conexas de su condición. Entre 1974 y 1975, Waxman y Geschwind, en diferentes trabajos, describieron a ocho pacientes epilépticos con foco irritativo, predominantemente temporal no dominante. Todos tenían tendencia a la hipergrafía, hiposexualidad, irritabilidad e hiperreligiosidad, y mostraban preocupación por cuestiones de carácter místico, moral ético y filosófico (10).

Roberts y colaboradores publicaron seis casos similares. Sus pacientes, además, presentaban delirios persecutorios, elación, sentimientos de misticidad, de misión en la tierra, *déjà vu*, alucinaciones auditivas. Sacks, por su parte, describió el caso de un artista con crisis parciales complejas, quien durante sus crisis producía bellos cuadros de su ciudad natal, a la cual veía, olía y sentía en este estado (10).

En 1912, William Sadler escribió: «No es raro que personas en estas crisis se imaginen que están viajando a otros mundos. De hecho, los relatos maravillosos de sus experiencias, que ellos describen después de que estos ataques terminan, son tan singulares y maravillosos que sirven de base para fundar nuevas sectas, cultos, y religiones...» (15). De ahí que sea un interesante hallazgo de la psicología el notar que estos pacientes ‘en trance’ siempre tienen visiones en armonía con sus creencias teológicas:

Tarde o temprano, casi todas estas víctimas de trances y catalepsia nerviosa llegan a creerse mensajeros de Dios y profetas del cielo; y sin duda la mayoría de ellos son sinceros en esta creencia. No entendiendo ni la fisiología ni la psicología de sus aflicciones, sinceramente llegan a considerar sus peculiares experiencias mentales como algo sobrenatural, mientras que sus seguidores creen ciegamente cualquier cosa que estas personas enseñan a causa del supuesto carácter divino de estas así llamadas revelaciones. (16)

### **Tratamiento**

Después de un diagnóstico correcto, basado en una buena historia clínica, un electroencefalograma con grabaciones de sueño y de vigilia y electrodos temporales anteriores y una resonancia magnética, el tratamiento debe estar enfocado tanto al control de las crisis como de las perturbaciones comórbidas, neuropsicológicas y neuropsiquiátricas. El manejo debe incluir dos o tres pruebas con antiepilépticos. Inicialmente debe intentarse monoterapia, para establecer dosis máximas toleradas, aunque se puede usar la politerapia, basándose en los mecanismos celulares y acción de los fármacos.

Con el manejo farmacológico, de un 11% a un 30% de los pacientes

con epilepsia de lóbulo temporal causada por esclerosis temporomesial llegan a estar libres de crisis. Entre las demás causas, un 50%. La carbamacepina es un anticonvulsivo de primera línea para la epilepsia de lóbulo temporal que presenta crisis parciales complejas, seguido por la fenitoína. El ácido valproico es más eficaz en esta epilepsia con crisis tonico-clónicas generalizadas secundarias. El fenobarbital y la primidona tienen eficacia comparable a los tres anteriores, pero tienen efectos cognoscitivos y psiquiátricos adversos.

Para seleccionar el fármaco antiepiléptico indicado se debe tener en cuenta la edad, el perfil cognoscitivo y psiquiátrico, las condiciones médicas, las comorbilidades y el costo, ya que estos pacientes tienen repetidas condiciones comórbidas asociadas, como ansiedad y trastornos afectivos, por lo cual se deben utilizar anticonvulsivos con efectos psicotrópicos positivos y moduladores del afecto. Los de primera línea son la carbamacepina y el ácido valproico. Se contraindican el fenobarbital y la primidona, puesto que pueden causar depresión, ataques de pánico, conducta agresiva, trastornos sexuales e impotencia. Entre los nuevos antiepilépticos, la lamotrigina es el único con propiedades antidepressivas comprobadas. La gabapentina y la oxcarbacepina también han demostrado propiedades psicotrópicas positivas, aunque

la primera sólo debe ser usada en pacientes mayores con crisis epilépticas benignas. Los síntomas depresivos y la ansiedad deben tratarse con antidepressivos del grupo inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS). Se recomiendan la sertralina y el citalopram por su baja interacción con los otros medicamentos. Para niños y adultos con trastornos de atención e hiperactividad se deben usar estimulantes del sistema nervioso central. Los síntomas psicóticos no deben considerarse una patología mental de base, ni ocasionada por otras causas. En la mayor parte de los casos su manejo es sintomático (1),(7).

En resumen, el lóbulo mesial temporal, el hipocampo y todo el sistema límbico están implicados como sustratos biológicos de experiencias de despersonalización; experiencias religiosas asociadas con alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, olfatorias; fenómenos de *déjà vu*, *jamais vu* (nunca visto) y otras alteraciones de memoria; así como sentimientos de éxtasis religioso, con una doble conciencia y manejo simultáneo de experiencias de una conciencia ordinaria y la percepción de otra realidad (17),(18).

### Bibliografía

1. Rivas J, Doval O, Kanner A. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. *Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento*. 2004; 56:776-90.

2. Medina-Malo C. Historia de las epilepsias. *Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento*. 2004;1:37-46.
3. Harvey AS, Grattam SJ, Desmond PM, Chow CW, Bercovic SF. Febrile seizures and hippocampal sclerosis: frequent and related findings in intractable temporal lobe epilepsy of childhood. *Pediatr Neurol*. 1995;12:201-6.
4. Jackson JH. On a particular variety of epilepsy. *Brain* 11. 1888:179-207.
5. Holmes GL. Temporal lobe epilepsy. *Epilepsy.com*. 2004. Disponible en [http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy\\_temporallobe.html](http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe.html).
6. Trevisol-Bittencourt PC, Troano AR. Síndrome de personalidad interictal na epilepsia do lobo temporal nã dominante: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000 Jun;58(2B): 548-55.
7. Kanner AM, Campos M. Epilepsia del lóbulo temporal. *Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento*. 2004;16:263-7.
8. Ounsted C. Social and schooling. In: Ounsted C, Lindsay J, Norman R, editors. *Biological Factors in Temporal Lobe Epilepsy*. London: Heinemann, 1966. p. 109-23.
9. Daly DD. Ictal clinical manifestations of complex partial seizures. In: *Advances in neurology*. New York: Raven Press; 1975. p. 57-9.
10. Gibbs FA. Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *J Nerv Ment Dis*. 1951;113:523-7.
11. Neppe VM. Symptomatology of temporal lobe epilepsy. *S Afr Med J*. 1981; 60(23):902-7.
12. Waxman SG, Geschwind N. The ictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32: 1580-6.
13. Propper R. Book examines temporal lobe epilepsy, personality changes. 2001.
14. Nowack WJ. *Psychiatric Disorders associated with epilepsy*. 2004. Disponible en: <http://www.emedicine.com/neuro/topic604.htm>.
15. Sadler WS. *The physiology of faith and fear*. Chicago: A. C. McClurgand Company; 1912. p. 461-2.
16. Sadler WS. *The mind at mischief*. New York: Funk and Wagnalls; 1929. p. 382.
17. Morse M. *The right temporal lobe and associated limbic lobe structures as the biological interface with an interconnected universe*. Washington: Renton.
18. American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Washington: APA; 2000.

*Recibido para publicación:* 10 de mayo de 2005

*Aceptado para publicación:* 11 de junio de 2005

Correspondencia

Ana Sofía Calvache López

Cra. 78 No. 3A-63

Barrio Nápoles, Cali, Colombia

[anascal@hotmail.com](mailto:anascal@hotmail.com)