

COMPENDIO DESCRIPTIVO  
DE ALGUNOS  
TRASTORNOS PSICOMIMÉTICOS

PSIC. RICARDO NUÑO CAZARES  
1997

**CONTENIDO**

INTRODUCCION..... 3

CAP. I PSICOPATOLOGIA;..... 7

CAP. II HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGIA..... 9

CAP. III MODELOS TEORICOS PSICOPATOLOGICOS..... 14

CAP. IV LA NOSOLOGIA..... 27

CAP. V LA ETIOLOGIA..... 32

CAP. VI EL MIMETISMO PSICOPATOLOGICO ..... 34

CAP. VII ALGUNOS MIMETIZADORES PSICOPATOLOGICOS ..... 41

    1.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLOGICO ..... 41

    2.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ..... 43

    3.-ENFERMEDADES ENDOCRINAS ..... 51

    4.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS ..... 58

    5.-ENFERMEDADES METABOLICAS ..... 62

    6.-ENFERMEDADES ONCOLOGICAS..... 82

    7.-ENFERMEDADES POR PARASITOSIS ..... 83

    8.-ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ..... 84

    9.-ENFERMEDADES VASCULARES ..... 86

    10.-ENVENENAMIENTO POR SUSTANCIAS TOXICAS ..... 89

    11.-IATROGENIA MEDICAMENTOSA ..... 96

    12.-TRASTORNOS MENTALES MIMETIZADORES..... 101

    13.-OTROS MIMETIZADORES..... 102

CONCLUSIONES:..... 105

GLOSARIO ..... 106

BIBLIOGRAFÍA ..... 108

## INTRODUCCION

Desde la antigüedad y durante un largo período de la historia, prevaleció como punto de referencia del conocimiento humano una filosofía especulativa, que se ostentó como una cosmovisión universal y totalizadora que pretendía tener la verdad única y completa, y se ocupaba prácticamente de todo tipo de asuntos. Conforme se fueron constituyendo los conocimientos acerca de diversos campos de la realidad y se fueron sentando las bases de un verdadero conocimiento científico, diversas ramas del saber se fueron desgajando del tronco común para constituirse en ciencias especiales, con una materia propia de estudio.

Cuando la ciencia médica demostró que algunas enfermedades no se debían a espíritus y demonios, sino a procesos de enfermedad, dichas entidades nosológicas salieron dolorosamente del mundo fenomenológico de dicha filosofía especulativa; la esfera médica reclamaba para sí la enfermedad, ofreciendo conocer la causa y tener la cura. Algunos grupos reaccionarios que se identifican con esa filosofía especulativa, aún con el paso de los siglos, hoy día se resisten a aceptarlo.

Algo similar sucede a la psicología, ya que aún tiene que luchar muchas veces contra la filosofía especulativa (posturas metafísicas, esotéricas, chamanismo, prejuicios, mitos y tabúes). A lo largo del desarrollo evolutivo de la Psicología como ciencia, cada uno de los nuevos conceptos creados, generó resistencia al cambio, con las variantes propias de la época y el lugar; aunque dichos conceptos constituyeran un avance sobre los postulados anteriores. Un ejemplo de ello son los resultados de las investigaciones de G.E. Stahl, Karl Wernicke, Sergei Korsakoff, y Adolph Meyer, citados por Solomon (1976, pp. 98-101) y por Walker (1996, p. 24), y otros estudiosos que descubrieron las causas orgánicas de algunas enfermedades que antes se consideraban de etiología no-orgánica.

La ciencia médica y la psiquiatría, con quienes la psicología ha trabajado paralelamente, hasta la fecha, no han tenido problemas muy grandes para reconocer los méritos de la ciencia psicológica independiente, aunque algunos representantes de esas disciplinas científicas aún manifiestan cierto celo profesional, sobre todo al tratar acerca de si una enfermedad es orgánica (médica) o funcional (psicológica); aunque los nuevos paradigmas psicológicos responden mejor que los paradigmas anteriores, a las preguntas y problemas planteados, no responden cien por ciento a todos ellos. Es por ello que incluso muchos profesionales de la psicología misma, todavía se aferran a los primeros paradigmas, y se resisten a aceptar que ha habido descubrimientos científicos que ubican como orgánicos algunos trastornos que anteriormente se creían de etiología funcional. Por un lado, la psicología como todas las ciencias, siempre será perfectible. Por el otro, el dualismo cartesiano aún se manifiesta en la lucha dialéctica entre el cuerpo (orgánico) y la mente (funcional).

Hoy se sabe que es un error afirmar categóricamente que se posee todo el conocimiento, que se tiene la única verdad, y aún cuando el avance de la ciencia permita que nuevos paradigmas sustituyan a otros, es muy prudente dejar un margen para la posibilidad de que los descubrimientos científicos futuros modifiquen los conocimientos del presente; tal es el caso de la teoría de Einstein que vino a modificar la teoría de Newton, que en su momento se consideraba como acabada e inmutable. En Psicología, algunos trastornos aún están en la mesa de juego, esperando que se muestren las pruebas que confirmen la razón; algunas enfermedades de origen

orgánico aún son confundidas como funcionales, y viceversa; pero en el pasado todas eran consideradas como de un sólo origen: mágico. Ese es el tema central de este libro; describir algunos de los trastornos más comunes que se prestan para ser confundidos en su etiología, tanto por médicos y psiquiatras como por los mismos psicólogos; el objetivo es tender un puente dialógico entre lo orgánico y lo funcional, establecer un diálogo haciendo énfasis en las similitudes más que en las diferencias; porque más allá de las discordancias entre lo orgánico y lo funcional, está el funcionamiento holístico del sistema humano.

Este libro señala un aspecto de la teoría psicopatológica (genéricamente hablando), que por cotidiano ha pasado desapercibido; el mimetismo de algunos trastornos. El mimetismo se refiere a esa característica que tienen algunas patologías para confundir tanto a médicos como a psiquiatras y psicólogos a través de los signos y síntomas; al médico o psiquiatra haciéndole creer que no hay causa orgánica, y al psicólogo haciéndole llevar a cabo una terapia que a la postre puede resultar fallida, ya que existe algún factor etiológico orgánico (físico, químico, no-psicógeno, etc.), pero que no es fácilmente evidente porque se **mimetiza**.

En el Siglo XX se ha descubierto que muchos trastornos que alguna vez fueron calificados como mentales, se debían a infecciones causadas por microbios; por ejemplo, muchos enfermos de sífilis fueron diagnosticados como esquizofrénicos debido a que dicha enfermedad venérea presenta signos y síntomas muy parecidos a los de la esquizofrenia; el diagnóstico se hacía solo en base a los signos y síntomas, pero no se hacían pruebas de laboratorio como diagnóstico diferencial para descartar etiología orgánica. También, se descubrió que muchos pacientes internados en manicomios, solo sufrían de una deficiencia de niacina (vitamina número 3 del complejo B).

El problema parece ser, que desde el nacimiento de la psicología, y de acuerdo a algunos paradigmas, aún prevalece el concepto de que el hombre se divide en espíritu y materia; en cuerpo y alma, en cerebro y mente, como dos cosas independientes entre sí; sin poder ver al paciente como un ser integral, y aceptar que tanto la bioquímica como la psicoterapia (genéricamente hablando), son herramientas útiles al psicólogo, para un mismo fin: la salud de sus pacientes.

Freud fue uno de los pioneros en revelar la forma como trabaja la psique humana. Sus descubrimientos fijaron las bases de muchas de las modernas técnicas de psicoterapia. Pero Freud nunca intentó que sus teorías distrajeran a los terapeutas del estudio de los aspectos biológicos de la salud mental, aunque desafortunadamente así ha sucedido. Incluso en 1963 Karl Menninger publicó su libro *El Balance Vital*, donde postulaba que **todas** las enfermedades mentales deberían ser tratadas con el mismo abordaje: psicoterapia (citado por Gold, 1990, p. 23). Más tarde, con la aparición de las nuevas drogas antipsicóticas, (Thorazine, tricíclicos, litio, etc.) se abandonó la psicoterapia como único abordaje, pero se cayó en el extremo de recetar indiscriminadamente los anti-psicóticos, los cuales, a la postre, han demostrado no ser tampoco la única respuesta.

En la actualidad, muchos psicólogos promedio pasan por alto las causas biológicas de los trastornos psicológicos; usualmente se le pregunta al paciente qué es lo que le pasa, y si el paciente dice que está deprimido, lo más probable es que será diagnosticado como depresivo sin hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo y preciso. En otras ocasiones, cuando se sospecha que la causa puede ser orgánica, el psicólogo pregunta al paciente si ha consultado previamente a un

médico o psiquiatra y, en su caso, el diagnóstico que éste le dió; dando por sentado que si el paciente dice que no se le diagnosticó factor orgánico, entonces el problema de seguro es psicógeno; sin corroborar con el médico o psiquiatra el diagnóstico, sin analizar los resultados de las pruebas ordenadas por el médico o psiquiatra, y sin ordenar prueba alguna para diagnóstico etiológico diferencial. Un diagnóstico así basado, muchas veces estará acertado; pero muchas veces equivocado; y bien sabemos que un diagnóstico equivocado podría llevar a un abordaje terapéutico inadecuado, que a la postre sería ineficiente, dando pie para la lucha entre el dualismo orgánico-funcional se continúe.

Si el paciente acude con un psicólogo que se incline por la corriente psicológica Conductista, las causas se achacarán a un aprendizaje aprendido; si el psicólogo pertenece a la corriente Familiar Sistémica, se acusará a una disfunción familiar, y así sucesivamente. De esta forma, además de la lucha entre los opuestos biología-función, se genera una lucha interna dentro de la misma psicología, en donde muchos psicólogos diagnostican a los pacientes basándose solo en criterios que dependen de una conceptualización teórica particular de la psicología, dentro del marco de su predilección profesional, e ignorando los avances de las otras ciencias de la salud en general.

Este libro no intenta buscar o señalar culpables, sean éstos médicos, psiquiatras o psicólogos. En todo caso, y a manera de descargo, debe reconocerse que en su formación profesional, al psicólogo se le ha enseñado que los factores orgánicos son terreno prohibido para él; vedado para los no-médicos. Por otro lado, aún cuando ha habido algunas propuestas al respecto, la formación profesional del médico, aún no se orienta en forma sistemática y estructurada a la detección de trastornos que se mimetizan luciendo como trastornos psicológicos.

Cuando un paciente llega al consultorio del Psicólogo, es importante que éste indague, como primer paso, si existen causas físicas, orgánicas, químicas, metabólicas, o de otro tipo, como posible origen de los signos y síntomas psicológicos; es decir, realizar un buen diagnóstico diferencial. Un diagnóstico diferencial es de vital importancia porque permite evitar diagnósticos equivocados que llevarían a ineficiencia terapéutica, causando pérdida de tiempo y dinero al paciente, además de que mientras se lleva a cabo una terapia psicológica que no apunta a las causas reales, la enfermedad orgánica puede estar avanzando, pudiendo dejar secuelas permanentes en el paciente, e incluso llevarle a la muerte. La ocurrencia de esos casos lleva al desprestigio del terapeuta como profesional y de la psicología como profesión.

Para realizar una terapia exitosa se requiere un buen diagnóstico diferencial; y para realizar un buen diagnóstico diferencial, es importante saber que existen los trastornos que se **mimetizan**; es decir, trastornos orgánicos que presentan signos y síntomas que hacen creer al médico, al psiquiatra y al psicólogo, que es un trastorno funcional (psicógeno, de origen no-orgánico). Sabiendo que existen los trastornos miméticos, tanto el médico como el psiquiatra y el psicólogo, podrán estar alertas, detectar la causa real, y aplicar la terapia efectiva.

Este compendio pretende crear conciencia de la necesidad de que el psicólogo clínico incluya entre sus herramientas diagnósticas, una indagación cuidadosa sobre los factores que pueden ser causales de psicopatologías de origen diferente (trastornos psico-miméticos), al puramente psicógeno, a fin de evitar diagnósticos equivocados; y constituirse en una valiosa

herramienta para el psicólogo clínico, permitiéndole efficientar su labor de diagnóstico etiológico, y de abordaje terapéutico.

## CAP. I PSICOPATOLOGIA;

En éste capítulo se hace una revisión del concepto de psicopatología, de normalidad, y anormalidad psicológica, sobre los cuales se fundamenta la posterior clasificación de los trastornos que afectan a la normalidad, el estudio de las causas de dichos trastornos, y finalmente la clasificación de los trastornos *psico-miméticos*.

La psicología anormal es la rama de la psicología que trata de los trastornos mentales de origen funcional. La Asociación Psiquiátrica Americana define lo funcional como lo "referente a aquellos cambios en la forma en que un sistema de órganos opera, los cuales no se pueden atribuir a alteraciones estructurales conocidas"<sup>1</sup>. A mayor abundamiento, define la Enfermedad Orgánica como "Afección caracterizada por anormalidad demostrable, estructural o bioquímica, en un órgano o tejido. Denominación empleada algunas veces imprecisamente como antónimo de trastorno funcional".

Entendemos por anormal, lo opuesto a la salud mental, que es la capacidad para funcionar eficientemente en las actividades habituales del individuo, en el ambiente social en que se desenvuelve, con una apreciación realista de sus capacidades y limitaciones, y una adecuada adaptación a su grupo socio-cultural, lo cual le permite encontrar satisfactoria la vida.

Estudios epidemiológicos como los de Srole y cols.; de Passmanick y de Philips<sup>2</sup>, muestran que aproximadamente sólo un 39% de la población están libres de trastornos psicológicos (el 23% presenta un grado importante de incapacidad por trastornos psicológicos, 22% moderada, y 16% leve). Esto hace imposible negar la necesidad de una noción de normalidad y anormalidad, las cuales posee cualquier ser humano integrante de cualquier grupo social, de cualquier país y de cualquier época. Como dice Jean Bergeret: "la noción de normalidad se halla tan ligada a la vida como el nacimiento o la muerte"<sup>3</sup>.

La forma en que las personas reaccionan conductualmente ante las presiones y expectativas de la vida, ya sea subjetivas o sociales, varía de persona a persona, o en la misma persona, de situación a situación, e incluso en diferentes ocasiones ante la misma situación. Cada persona posee características propias constitucionales, formativas, actitudinales, y otras, que singularizan su conducta. En el concepto de la mayoría, la anormalidad psicológica implica un problema que es motivo de preocupación para la persona misma, o para la sociedad en que se desenvuelve.

Estadísticamente se considera anormal a los individuos que presentan conductas que, comparadas con la mayoría de la población, muestran una desviación, la cual puede ser positiva, como en el caso de personas que están arriba de la media (genios), o negativa, como en el caso de las personas por abajo de la media poblacional, que es a quienes se considera anormales. Georges Canguilhem concluye que el estado normal:

"...es aquél que puede admitir el paso a nuevas normas. El hombre es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio

---

<sup>1</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana., "Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica", p. 62.

<sup>2</sup> SROLE, et. al., en: Martín Barclay., "Psicología anormal", p. 8.

<sup>3</sup> BERGERET, Jean., "La personalidad normal y patológica", p. 31.

ambiente...El estado patológico, por el contrario, traduce la reducción de las normas de vida toleradas por el ser vivo, la precariedad de la normalidad establecida por la enfermedad".<sup>4</sup>

De las personas anormales solo algunas se consideran peligrosas o dañinas para la mayoría, y se les clasifica como desadaptadas, o desviadas socialmente. Una anormalidad leve afecta solo la vida de la persona que tiene el trastorno; si es moderada, afecta a un número restringido de personas que la rodean; y si es grave, afectará a un grupo mayor de la sociedad, como cuando la persona no puede hacer nada para ayudarse a sí mismo, y se pone en peligro el mismo, o a otros. Un trastorno de esta naturaleza, está relacionado con fallas en el equilibrio entre lo que la gente hace y lo que desea hacer, por un lado; por el otro, entre lo que hace y lo que el grupo social en que se desenvuelve, esperan de él. La sociedad prevé que en esos casos, las autoridades representativas de dicha sociedad, intervengan para ayudarlos y protegerlos a ellos y a los demás.

Se concluye de lo expuesto en éste capítulo, que la psicopatología es la rama de la psicología que trata de los trastornos mentales de etiología funcional (no orgánica). La evolución histórica de dicha disciplina se analiza en el siguiente capítulo.

---

<sup>4</sup> CANGUILHEM, Georges., "Lo Normal y lo patológico", pp. 175-176.

## CAP. II HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGIA

La historia de la psicopatología muestra como se va dando la evolución de la psicología, desde su desprendimiento del mundo mágico, hasta la clasificación de los trastornos y el diseño de propuestas metodológicas de abordaje terapéutico. En toda esa historia, es posible ver una lucha constante por la clasificación y reclasificación de los trastornos, y la defensa que las diferentes ciencias hacen de los que consideran los límites propios de su disciplina. Esta revisión histórica pretende ayudar a comprender el surgimiento del concepto *psico-mimético*.

La psicopatología "es la rama de la ciencia que trata de la patología psíquica"<sup>5</sup>. La patología psíquica es la enfermedad o estado psíquico anormal, materia de estudio de la Psicología anormal. Martín Barclay afirma que psicopatología es sinónimo de trastorno o anormalidad psicológica: "los términos como psicopatología o trastorno de la conducta son tan apropiados como anormal"<sup>6</sup>. La psicopatología "comprende tanto los trastornos neuróticos como las manifestaciones psicóticas y por supuesto los llamados trastornos del carácter"<sup>7</sup>.

En el mundo animista de los primeros hombres sobre la tierra, se pensaba que los espíritus podían engendrar enfermedades en las personas, y era labor del brujo o chamán, expulsarlos. La primera mención escrita acerca de las enfermedades mentales está en el Antiguo Testamento, que habla de la locura como un Castigo de Dios: "El Señor los castigará con la locura..."(Deuteronomio 28:28)<sup>8</sup>.

Los primeros escritos de criterios diagnósticos son de los Griegos clásicos. Hipócrates de Coss, (considerado el padre de la medicina), concluyó que los ataques epilépticos eran debidos a enfermedad cerebral, y llamó a la epilepsia, la *enfermedad sagrada*. Escribió sobre la depresión, los delirios, las psicosis, los temores irracionales y la histeria<sup>9</sup>. Creía que había 4 humores; Sangre, Flema, Bilis amarilla y Bilis negra, la flema correspondía al cerebro; y la enfermedad, según él, era causada por un desequilibrio de los humores<sup>10</sup>. Alecmón de Crotona, (precursor de la psico-fisiología experimental), llevó a cabo disecciones en animales, y daba gran importancia a la función cerebral<sup>11</sup>. Diógenes de Apolonia, creía que los fenómenos fisiológicos y psicológicos se debían a condiciones del aire en la sangre. La humedad en el aire era, según él, perjudicial al pensamiento<sup>12</sup>. Platón creía que la razón se ubicaba en el cerebro, el sentimiento en el corazón y el deseo en el abdomen<sup>13</sup>.

En la edad media, durante la prevalencia del modelo moral apareció el *Martillo Maléfico*, libro publicado por los monjes dominicos James Sprenger y Henry Kraemer en 1484. Este libro, descrito como un texto de psicopatología<sup>14</sup> establece como etiología de los trastornos mentales, las influencias demoníacas, y la terapia recomendada era castigar al cuerpo, e incluso hasta la muerte en la hoguera.

---

<sup>5</sup> FREEMAN, Alfred, et. al., "Compendio de psiquiatría", p. 852.

<sup>6</sup> BARCLAY, op. Cit., p. 5.

<sup>7</sup> DIAZ Portillo, Isabel., "Técnica de la entrevista psicodinámica", p. 7.

<sup>8</sup> NATHAN, Peter., "Psicopatología y sociedad", p. 18.

<sup>9</sup> SARASON, Irwin G., *Psicología anormal*. Ed. Trillas, México, 1988. p. 39.

<sup>10</sup> MUELLER, Fernand-Lucien., "Historia de la psicología de la antigüedad a nuestros días", pp. 37-38.

<sup>11</sup> Ibid., pp. 28-29.

<sup>12</sup> Ibid., pp. 35-36.

<sup>13</sup> Ibid., p. 58.

<sup>14</sup> Ibid., p. 41.

Durante el Renacimiento<sup>15</sup>, Da Vinci creía que el tercer ventrículo cerebral era el asiento del alma. Philippus Aureolus Bompast Von Hohenhelm, más conocido como Teofrasto Paracelso (1493-1514), creía que el magnetismo animal, (del que luego hablaría Mesmer), surge de los astros, y que a cada enfermedad y a cada parte del cuerpo, corresponde un astro (el corazón al sol, el cerebro a la luna, etc). Francis Bacon (1561-1626) consideraba demasiadas las enfermedades que los médicos creían incurables, y propuso buscar la respuesta en el estudio científico de los fenómenos del ocultismo (metapsíquica o parapsicología).

René Descartes describió el fenómeno del acto reflejo, aunque consideraba que los fenómenos nerviosos se debían a los movimientos de los espíritus animales dentro de los nervios<sup>16</sup>. John Locke (1632-1704) es a quien se atribuye el primer intento de fundar la psicología como una ciencia independiente; sin embargo, no lo logró ya que quiso fundamentarla en la creencia de que los espíritus animales regulaban el sistema nervioso<sup>17</sup>. Thomas Willis (1622-1675), notó que la herencia desempeña un papel esencial en la epilepsia y en otras enfermedades mentales<sup>18</sup>. Morgagni (1682-1771) observó que algunas lesiones cerebrales y medulares tenían relación con algunas enfermedades mentales<sup>19</sup>. Franz Joseph Gall (1758-1828), como anatomista que era, intentó fundar la ciencia de la frenología, según la cual, la forma y tamaño de las áreas craneales, se correlacionan con el temperamento y carácter de la persona<sup>20</sup>.

Stahl publicó en 1708 su libro *La Verdadera Teoría Médica*, donde trata de las enfermedades mentales. Pensaba que el alma regula los procesos psíquicos, y que el extravío moral podía causar la locura<sup>21</sup>. A finales del siglo XVIII el modelo médico comenzó a desplazar al modelo moral, y se construyeron los primeros manicomios, lo cual permitió estudiar detenidamente a los enfermos mentales. William Tuke fundó el *Retiro de York*, como resultado de una investigación iniciada para buscar la cura para la supuesta enfermedad mental del Rey Jorge III de Inglaterra en 1765<sup>22</sup>. Charles Bonnet (1720-1793) intentó fundar la psicología sobre bases fisiológicas, por medio de experimentación y medición científicas<sup>23</sup>. Julien Offray de la Mettrie (1709-1751) publicó su *Tratado del Alma* abordando temas de psicología experimental y de psico-patología<sup>24</sup>.

Phillip Pinel (1745-1826) consideraba que la herencia jugaba un papel esencial en la etiología, e inspirado en la taxonomía de Linnaeus (para plantas y animales) propuso un sistema de clasificación de las psicopatologías, mencionando 4 grupos de enfermedades: manía, melancolía, demencia e idiotismo<sup>25</sup>, constituyéndose así en uno de los primeros que propusiera un sistema de clasificación<sup>26</sup>. Esquirol (1772-1840), sucesor de Pinel, escribió *El tratado de la Manía*, y más tarde, en 1809, el *Tratado Médico Filosófico de la Alienación Mental*<sup>27</sup>.

---

<sup>15</sup> Ibid., pp. 160-202.

<sup>16</sup> Ibid., pp. 208, 213.

<sup>17</sup> Ibid., pp. 233-235.

<sup>18</sup> Ibid., p. 251.

<sup>19</sup> Ibid., p. 253.

<sup>20</sup> BORING, Edwin G., "Historia de la psicología experimental", p. 73.

<sup>21</sup> MUELLER, op. Cit., p. 254.

<sup>22</sup> WHITTAKER., "Psicología", p. 659.

<sup>23</sup> Ibid., p. 302.

<sup>24</sup> Ibid., pp. 262-263, 272-273.

<sup>25</sup> Ibid., pp. 272-273.

<sup>26</sup> NATHAN, op. Cit., p. 123.

<sup>27</sup> Ibid.

David Hume (1711-1776), quien influyera en el fenomenólogo Husserl creía que era imposible captar al *yo* en cuanto tal, y esto, según él, lo demuestra la introspección<sup>28</sup>. Emmanuel Kant, sin embargo, niega toda validez a la psicología que se basa en la introspección especulativa<sup>29</sup>. Augusto Comte también se pronunció en contra la introspección imaginativa y especulativa<sup>30</sup>. Hegel, por su parte, escribió en 1807 su *Fenomenología del Espíritu*, y describió el desarrollo de la conciencia como un proceso ascendente, según el cual el inconsciente toma la forma de tendencias ocultas que operan sutilmente<sup>31</sup>. Karl Marx fundó el materialismo dialéctico como una respuesta negatoria de los postulados de Hegel, y Kierkegaard, por su parte, fundó el existencialismo como una rebeldía a las proposiciones hegelianas<sup>32</sup>.

John Stuart Mill (1806-1873), fue un filósofo con orientación psicológica que aún cuando nunca escribió un libro sobre psicología, ubicó a ésta como una ciencia independiente y lo fundamentó en su sistema de Lógica, expuesto en sus libros *Optik*, y *Analysis of the Human Mind*<sup>33</sup>. A finales del siglo XIX, Herbert Spencer (1820-1903) en sus *Principios de Psicología*, también fundamentó la psicología como una ciencia independiente, y postuló que el factor hereditario juega un papel importante en los trastornos mentales<sup>34</sup>. Frederick Nietzsche consideró a la psicología como la maestra de las ciencias<sup>35</sup>.

Johann Friederich Herbart (1776-1841) publicó su *Psicología Científica* e inventó la *psicofísica*, y aunque negó las posibilidades de la experimentación psicológica, preparó la ruta para la psicología fisiológica experimental<sup>36</sup>. Se atribuye a Gustav Theodor Fechner (1801-1887) el haber dado comienzo formal a la psico-física. En 1860 publicó su libro *Psicofísica*, y que describió como "un texto sobre la ciencia exacta de las relaciones funcionales o las relaciones de dependencia entre el cuerpo y la mente"<sup>37</sup>. Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz (1821-1894), quien junto con Fechner y Wundt son considerados como figuras importantes en el establecimiento de la Psicología Experimental, pensaba que la psicología era esencialmente fisiológica<sup>38</sup>. Wilhelm Wundt (1832-1920) creó el primer laboratorio de psicología experimental en el mundo, en 1878, en Leipzig y se refirió a la psicología experimental como *psicología fisiológica*<sup>39</sup>. Stanley Hall, en 1883 creó el primer laboratorio de psicología experimental en la universidad John Hopkins en Estados Unidos<sup>40</sup>.

Sigmund Freud (1856-1939) fundó el psicoanálisis, como una teoría de la personalidad, una teoría etiológica de las enfermedades mentales, y un método terapéutico para las mismas<sup>41</sup>. En 1873 ingresó a la facultad de medicina de la Universidad de Viena, haciendo de las ciencias naturales su especialidad. En 1881 se graduó en medicina y a partir de 1882 ejerció la medicina privada en terapia neurológica, asociado con Joseph Breuer. Tanto Freud como Breuer habían trabajado en fisiología fisicalista bajo la dirección de Ernst Brücke, quien tenía un instituto

---

<sup>28</sup> Ibid., pp. 315-321.

<sup>29</sup> Ibid., p. 325.

<sup>30</sup> Ibid., p. 329.

<sup>31</sup> Ibid., p. 331.

<sup>32</sup> Ibid., p. 332.

<sup>33</sup> BORING, Op. Cit., p. 250.

<sup>34</sup> Ibid., p. 265.

<sup>35</sup> MUELLER, op. Cit., p. 332.

<sup>36</sup> BORING, op. Cit., p. 275.

<sup>37</sup> Ibid., pp. 301-303.

<sup>38</sup> Ibid., pp. 318-324.

<sup>39</sup> MUELLER, op. Cit., p. 365.

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> Ibid., pp. 376-385.

fisiológico del cual Freud fue miembro alrededor de 1876. Ahí Freud descubrió el poder analgésico de las hojas de coca, y aprendió que "la psicología es el estudio del sistema nervioso central y que la energía psíquica es energía física proporcionada por las células del cerebro"<sup>42</sup>.

Varios investigadores que buscaban la objetividad diagnóstica, crearon sus propios sistemas de clasificación. Entre ellos se encuentran: F. Plater (1536-1614) quien recomendaba confiar en la observación más que en la especulación para comprender las enfermedades mentales, hizo un intento de clasificación. Creía que la lesión encefálica era la principal causa de los trastornos mentales<sup>43</sup>. W. Battie (1704-1776) publicó el primer tratado extenso sobre enfermedades mentales, llamado *Tratado de la Locura*. Griesinger (1817-1868), profesor de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Berlín, quien creía que los trastornos mentales eran causados directa o indirectamente por causas orgánicas, publicó en 1845 su texto *Patología y Terapéutica Mentales*<sup>44</sup>. Benjamin Rush, (1746-1813), considerado el Padre de la Psiquiatría Americana, publicó en 1812 su libro *Enfermedades de la Mente*<sup>45</sup>, el cual ha sido calificado como "el primer texto sistemático sobre enfermedades mentales escrito por un americano"<sup>46</sup>. También buscando la objetividad diagnóstica, Emil Kraepeling, psiquiatra alemán (1855-1926) clasificó en 1896 las enfermedades mentales en dos grupos principales: la demencia precoz y la psicosis maníaco depresiva. El creía que la conducta anormal era ocasionada por trastornos orgánicos. Dentro de la demencia precoz incluyó la catatonia, la hebefrenia, la paranoia (le llamó *Vesania Typica*), y posteriormente, a sugerencia de Bleuler, añadió la esquizofrenia simple. Insistía en que todo diagnóstico debería ser precedido por una cuidadosa y objetiva observación<sup>47</sup>.

A partir de 1938 la OMS publica periódicamente el ICD (International Classification of Diseases), también conocido como CIE por sus siglas en español (Catálogo Internacional de Enfermedades), y lo actualiza cada diez años. Este manual es un catálogo de todo tipo de enfermedades existentes en el mundo y pretende servir para unificar los criterios diagnósticos de todos los profesionales de la salud en el mundo. El DSM (siglas en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el cual es publicado cada determinado tiempo, por la Asociación Psiquiátrica Americana, a partir de 1952, pretende ser un catálogo de las enfermedades que tienen referente mental exclusivamente. Este manual (DSM) está homologado con el ICD para que sea compatible con éste, y unificar los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, por parte de los profesionales que en todo el mundo se dedican a la salud mental. La segunda edición (DSM-II) se editó en 1968. La tercera edición se editó en 1978 y fue traducida al idioma chino, danés, holandés, finlandés, francés, alemán, griego, italiano, japonés, noruego, portugués, español y sueco<sup>48</sup>. Una revisión del manual se llevó a cabo en 1987 (DSM-III-R) y estuvo vigente hasta 1994, en que se publicó el DSM-IV. La primera edición del DSM-IV en Español se realizó en 1995. La Asociación Psiquiátrica Americana también edita un *Breviario* del DSM-VI donde describe los criterios diagnósticos, y próximamente editará una edición especial simplificada del DSM-IV "para cuidados primarios" (DSM-IV-PC), dirigido específicamente para estudiantes y practicantes generales<sup>49</sup>.

<sup>42</sup> BORING, op. Cit., pp. 727-729.

<sup>43</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 98.

<sup>44</sup> SARASON, op. Cit., p. 52; SOLOMON, op. Cit., p. 99.

<sup>45</sup> WALKER., "A Dose of Sanity", pp. 23-24; SOLOMON, op. Cit., p. 99.

<sup>46</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 99.

<sup>47</sup> SARASON, op. Cit., pp. 52, 310.

<sup>48</sup> AMERICAN Psychiatric Association., "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3a. ed. revisada (DSM-III-R)", pp. XXI-XXXII.

<sup>49</sup> WALKER, op. Cit., p. 174.

El DSM en la actualidad es fruto del trabajo en equipo de más de 1000 expertos internacionales y numerosas organizaciones profesionales, teniendo como objetivos el servir como guía práctica para fines clínicos, educativos y de investigación. También pretende ayudar a mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Entre las organizaciones que contribuyeron a la elaboración del DSM-IV destacan las siguientes: Organización Mundial de la Salud, Asociación Psiquiátrica Americana, Asociación Psicoanalítica Americana, Asociación Americana de Psicología, y la Sociedad Americana de Psicología.

La revisión histórica que se ha realizado en este capítulo, de la evolución de la psicopatología como rama de la psicología, permite concluir que el concepto de normalidad-anormalidad siempre ha estado presente en la mente del ser humano, en todas las épocas y culturas; y que el hombre se encuentra hasta la fecha, enfrascado en una tarea de clasificación y reclasificación, como punto de partida para la formulación de estrategias terapéuticas.

Las diferentes propuestas de clasificación y de abordaje terapéutico, han dado lugar a lo que se conoce como *modelos teóricos psicopatológicos*; tema del siguiente capítulo.

## CAP. III MODELOS TEORICOS PSICOPATOLOGICOS

Todo científico de la salud mental formula modelos teóricos con objeto de generalizar sus observaciones, que le permiten predecir confiablemente las conductas de los individuos. Todo intento de mejorar el funcionamiento psicológico, requiere de una definición de salud mental que sea operacionalmente útil. Los modelos de normalidad-anormalidad existen desde la más remota antigüedad, hasta llegar a la moderna definición de la psicopatología, que la Asociación Psiquiátrica Americana describe como: "Estudio de las causas y procesos significativos en el desarrollo de los trastornos mentales; también, las manifestaciones de los trastornos mentales"<sup>50</sup>. Dentro del desarrollo histórico de las enfermedades mentales, se han desarrollado varios modelos explicativos; de los cuales a continuación se hace un breve resumen:

### 1.- MODELOS IDEALES<sup>51</sup>

El nombre de *ideal* hace referencia, según Peter Nathan, a la conducta que se considera como ideal, o deseable; él menciona que "los primeros puntos de vista que se conocen acerca de la normalidad están en el Antiguo Testamento en donde, como es sabido, los Diez Mandamientos proporcionan una descripción completa de la conducta ideal"<sup>52</sup>.

Platón (427-347 A.C.), cuyo concepto de normalidad también es considerado como ideal,<sup>53</sup> describió 3 clases de locura; melancolía, demencia y manía, las cuales eran consecuencia de la desunión entre el alma racional y el alma irracional, en que se divide el ser humano.

En 1950 un nuevo Modelo Ideal, fue propuesto por Marie Jahoda, el cual utiliza 5 criterios de diagnóstico: ausencia de enfermedad mental, conducta adaptada socialmente, equilibrio entre las necesidades personales y de la sociedad, relativa independencia de la opinión de los demás, y percepción correcta de la realidad. Estos criterios resultaron en la práctica ser demasiado ambiguos, por lo que en 1958 propuso modificaciones al modelo e incrementó la lista de criterios. Sin embargo, en la práctica no funcionó por falta de objetividad y operacionalidad.

### 2.- MODELO ESTADISTICO<sup>54</sup>.

Se basa en términos cuantificables de gran precisión. La normalidad de una persona es obtenida comparándola con el *rango normal* que es dado por las características promedio de la población. Este modelo permite a científicos de todo el mundo, llegar a juicios similares sobre una conducta, independientemente de la posición teórica (incluso lo utilizan inconscientemente hasta los teóricos que dicen rechazarlo, porque está implícito en casi todas las actividades del ser humano, por lo universal de su aplicabilidad, su objetividad, confiabilidad y precisión). Hoy en día su principal portavoz es Hans J. Eysenck de la Universidad de Londres.

---

<sup>50</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana, op. Cit., p. 104.

<sup>51</sup> NATHAN, op. Cit., p. 17.

<sup>52</sup> Ibid., pp. 17-18.

<sup>53</sup> Ibid., p. 18.

<sup>54</sup> Ibid., p. 19.

Una de las aplicaciones del modelo en las áreas de la salud, es la epidemiología, o estudio de las enfermedades en una población, con el fin de determinar prevalencia (índice de casos, o número de personas afectadas por cada 100,000), incidencia (prevalencia por año), y a partir de ello, buscar la etiología y crear programas de prevención y terapia.

Otra aportación del Modelo Estadístico a la psicopatología, fue hecha desde la antropología, cuyos estudios demostraron que algunos aspectos de la normalidad-anormalidad, varían de cultura a cultura, y de una a otra época. Los antropólogos Ruth Benedict y Wegrocki propusieron en 1939 que la mejor manera para distinguir la normalidad y anormalidad universal, de la específica de una cultura, depende de la *función* que la conducta desempeña; de acuerdo con ellos, si su objeto es mantener la cultura y por tanto está institucionalizada, debe considerársele normal.

### 3.- MODELO MORAL<sup>55</sup>

La cultura judeo-cristiana desde el Antiguo Testamento, ha considerado que la enfermedad mental era consecuencia del pecado. La influencia de éste modelo se acentuó en el siglo XV, con la publicación en 1487 del *Martillo Maléfico* de Johann Sprenger y Heinrich Kraemer, quienes consideraban que las personas que ahora conocemos como histéricas, dementes o esquizofrénicas, eran brujos o estaban poseídos por el demonio. Las terapias que la Santa Inquisición utilizó, eran crueles castigos corporales que llegaban incluso a la muerte en la hoguera. Conforme la ciencia médica, psiquiátrica y psicológica fue descubriendo el origen de esos trastornos, estas formas de terapia fueron abandonadas.

### 4.- MODELO MEDICO<sup>56</sup>

Este modelo empezó a desplazar al modelo moral a principios de 1800, conforme se fue demostrando que muchas enfermedades mentales tenían como origen, algún daño temporal o permanente en el sistema nervioso central, debido a factores genéticos, metabólicos, traumáticos, infecciosos, toxicológicos, u orgánicos de algún otro tipo. El advenimiento de éste modelo permitió la humanización de los hospitales psiquiátricos, y fomentó la investigación objetiva y científica con propósitos de diagnóstico.

Este modelo, que trabaja estrechamente con el estadístico, permitió llegar a los sistemas de diagnóstico más objetivos y prácticos que se utilizan en la actualidad, como son el IDC (Clasificación Internacional de las Enfermedades) publicado por la Organización Mundial de la Salud. El modelo médico juega un papel muy importante no solo desde el punto de vista de la investigación etiológica, sino también de los métodos terapéuticos preventivos y curativos. Para este fin, utiliza estudios de Genética, Bioquímica y de Biofisiología<sup>57</sup>.

Dentro de este modelo médico, algunos investigadores fueron descubriendo causas orgánicas en algunas enfermedades que antes se consideraban sin factor etiológico orgánico. Entre ellos: G.E. Stahl (1660-1734) a quien se atribuye haber sido el primero en hacer una

---

<sup>55</sup> Ibid., p. 23.

<sup>56</sup> Ibid., p. 25.

<sup>57</sup> Ibid.

diferenciación entre las enfermedades mentales orgánicas y las funcionales<sup>58</sup>; Karl Wernicke (1848-1905), neurólogo vienés, descubrió las pérdidas específicas de la memoria por lesión encefálica sentando así las bases para la diferenciación entre psicosis orgánicas y funcionales<sup>59</sup>. Sergei Korsakoff (1854-1900), neuropsiquiatra ruso, descubrió que un síntoma que lleva su nombre, la *psicosis de Korsakoff*, era consecuencia del alcoholismo avanzado y no de origen funcional<sup>60</sup>; en los años 40 del presente siglo el Dr. Adolph Meyer, profesor de Psiquiatría del hospital John Hopkins, quien desarrolló un sistema teórico conocido como *psiquiatría del sentido común* donde hace énfasis en la psicobiología<sup>61</sup>. El DSM-I reflejó la influencia de la visión del Dr. Meyer, por lo que hacia referencia a los trastornos mentales como "reacciones" de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos<sup>62</sup>. Peter Nathan menciona a Griesinger, Hecker, Kahlbaum y Kraepeling como personas que "creyeron que casi todos los trastornos mentales tenían una base física, aún cuando su etiología no se podía determinar"<sup>63</sup>, y se refiere a Alzheimer, Nissl, Wernicke, y Korsakoff como otros científicos que "empezaron a demostrar la etiología orgánica de tales trastornos mentales como la parálisis general, la demencia presenil y la psicosis alcohólica"<sup>64</sup>. Este modelo diagnóstico aún está vigente.

## 5.- MODELO GENETICO<sup>65</sup>

Todas las personas tienen 46 cromosomas, de los cuales 23 son aportados por el padre y 23 por la madre en el momento de la concepción. El número de posibilidades de que los hermanos no-gemelos hereden los mismos cromosomas y por tanto sean idénticos, es de una entre 8 millones (2 a la 23ava. potencia)<sup>66</sup>. Por otro lado, como el padre tiene 46 cromosomas, y de estos aporta 23 en un espermatozoide, y lo mismo hace la madre en un óvulo, las probabilidades de que los hermanos no-gemelos hereden los mismos cromosomas es aún más remota, aún cuando fuesen gemelos heterocigóticos (de diferente óvulo). En cambio, si son gemelos monocigóticos (del mismo óvulo), serán idénticos fenotípica, genotípica y cromosómicamente<sup>67</sup>. Estas circunstancias se aprovechan para hacer investigaciones que han permitido encontrar que muchas enfermedades mentales tienen causas hereditarias.

La investigación sobre la genética de los trastornos mentales empezó a principios de siglo, y alrededor de 1911 Ernst Rüdin estableció una clínica de investigación en Munich "que prácticamente entrenó a todos los pioneros de la genética psiquiátrica"<sup>68</sup>. Actualmente existen 4 métodos principales para investigar la enfermedad mental desde el punto de vista de la genética: el método genealógico (estudiar el árbol genealógico para ver si se apega a las leyes Mendelianas de la herencia y para ver si el gene responsable es dominante, recesivo o ligado al sexo); método familiar (supone que la enfermedad heredada ocurre con mas frecuencia en algunas familias, aún cuando no obedezca a las leyes Mendelianas); el método de gemelos monocigóticos, que es muy efectivo ya que controla en gran parte los factores del medio ambiente<sup>69</sup>; y el método de estudios

<sup>58</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 98.

<sup>59</sup> Ibid., p. 100.

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> Ibid., p. 101; WALKER, op. Cit., p. 24.

<sup>62</sup> AMERICAN Psychiatric Association., "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. ed. (DSM-IV)", p. XVII.

<sup>63</sup> NATHAN, op. Cit., p. 123.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 80.

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> Ibid., p. 81.

<sup>68</sup> Ibid., p. 182.

<sup>69</sup> Ibid.

de adopción desarrollado por David Rosenthal a quien se considera figura prominente dentro de la investigación genética contemporánea. Rosenthal investiga la adopción a fin de controlar los efectos de factores ambientales desconocidos sobre la psicopatología<sup>70</sup>. Son innumerables los estudios que se han realizado sobre gemelos, pero entre ellos destacan los siguientes: en 1938 Franz Kallman realizó uno de los estudios más citados de gemelos<sup>71</sup>, y de él es también uno de los estudios más importantes con gemelos en relación a la esquizofrenia, publicado en 1946<sup>72</sup>; en 1970 David Rosenthal resumió algunos estudios llevados a cabo desde 1928, en parejas de gemelos<sup>73</sup>; en 1972 Gottesman y Shields estudiaron todos los gemelos tratados en los hospitales Maudsley y Bethel de Londres Inglaterra entre 1948 y 1964<sup>74</sup>.

En esta área de estudio, David Rosenthal ha desarrollado la teoría de la *diátesis-tensión*, para evaluar la influencia y relación entre los factores genéticos y el medio ambiente. Diátesis es la predisposición constitucional hacia la enfermedad<sup>75</sup>. El modelo supone que un factor subyacente determinado genéticamente, predispone al desarrollo de conductas patológicas, e interactúa con factores determinantes del medio ambiente para hacer que se manifieste el trastorno<sup>76</sup>. Las investigaciones de Rosenthal le llevaron a concluir coincidentemente con Kallman, que enfermedades como la esquizofrenia eran genéticamente heredadas, y que en muchas personas la enfermedad cursa latente (diátesis), hasta que circunstancias varias de estrés ambiental propician el desencadenamiento<sup>77</sup>.

Los avances científicos en el área genética, llevaron al desarrollo del Proyecto Genoma Humano, a partir de los descubrimientos en 1953 del biólogo norteamericano James Watson y del físico inglés Francis Harry Compton Crick, quienes encontraron la estructura de doble hélice del ADN, formada por dos largos hilos constituidos cada uno por una secuencia de bases nucleicas que guardan el mensaje genético. La combinación de éstas bases permite sintetizar los aminoácidos esenciales para la vida humana. Cada célula tiene casi 2 metros de ADN, donde se encuentran los aproximadamente 100,000 genes del ser humano. El mal funcionamiento genético puede deberse a la mutación de un gen.

Estados Unidos fue el iniciador del Proyecto Internacional Genoma Humano, planteado por los científicos al gobierno en 1987, y propuesto en el Congreso Internacional de San Diego en 1989. Este proyecto ha sido respaldado por otros países, y tiene como objetivo determinar ordenadamente la cadena de 3000 millones de bases o nucleótidos que forman la molécula de ADN. En el centro de esta investigación se encuentra James Dewey Watson, ganador del Premio Nobel en 1962, y primer director del Proyecto Genoma Humano en Estados Unidos hasta su renuncia a principios de 1992, pero investigadores de todo el mundo están rastreando el Genoma humano. En la actualidad se conocen alrededor de 3500 enfermedades de transmisión genética, dentro de las cuales se encuentran algunas enfermedades mentales que antes se consideraban de etiología puramente funcional, por ejemplo en 1989 se descubrió que el gen C-5 está ligado a la esquizofrenia; el gen C-11 descubierto en 1987 está ligado a la ciclotimia; el primer gen humano descubierto fue el de la Corea de Huntington, enfermedad que produce entre otras, algunas

---

<sup>70</sup> Ibid., p. 183.

<sup>71</sup> Ibid., p. 182.

<sup>72</sup> Ibid., p. 183.

<sup>73</sup> DAVISON, Gerald G., "Psicología de la conducta anormal", pp. 165, 431; SOLOMON, op. Cit., p. 183.

<sup>74</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 432.

<sup>75</sup> DAVISON, op. Cit., p. 165.

<sup>76</sup> SARASON, op. Cit., pp. 345-346.

<sup>77</sup> Ibid.

alteraciones mentales que aún hoy en día se confunden como de trastorno funcional<sup>78</sup>, y se localizó en el cromosoma 4; En 1990 se encontró el gen que inicia la secuencia de la masculinización embrionaria, al cual se llamó SRY (siglas de Sex Region of the Y cromosom), y que se ha relacionado con la homosexualidad por transmisión paterna. Sin embargo, se sabe que el SRY interactúa con muchos otros genes en la determinación sexual, como el Xq28, descubierto en 1993 en el cromosoma X, que predispone a la homosexualidad por transmisión materna. El investigador Craig Venter del National Institute of Health en Bethesda, Maryland, en lugar de estudiar cromosomas enteros decidió dedicarse a analizar sólo el ADN de los 30 mil genes que se expresan en el cerebro, y que pueden estar ligados a trastornos mentales; y a la fecha ha logrado la identificación parcial de 2375 genes. El alcance que estas investigaciones pretenden, es lograr una terapia de ingeniería genética para los trastornos de origen genético. Por su parte, el Psiquiatra Agustín Caso Muñoz observa que "múltiples estudios han demostrado que es un error olvidarse de los aspectos genéticos de las neurosis y las psicosis"<sup>79</sup>.

## 6.- MODELO PSICO-BIOLÓGICO<sup>80</sup>

Supone la presencia anormal en calidad o cantidad de alguna sustancia en el cerebro, como responsable de la enfermedad<sup>81</sup>. Son diversas las causas que se han investigado bajo esta perspectiva, y van desde las alergias alimenticias hasta disfunciones del sistema nervioso y ciertas avitaminosis o falta de minerales en el cuerpo<sup>82</sup>. Se han encontrado varias sustancias que parecen responsables de algunas enfermedades mentales. Por ejemplo, se ha asociado el excedente de dopamina a la esquizofrenia, y la norepinefrina con los trastornos emocionales<sup>83</sup>. La dopamina, la epinefrina, la norepinefrina y la serotonina se clasifican como *catecolaminas* (mensajeros químicos que afectan al sistema nervioso)<sup>84</sup>.

En adición a los cientos de sustancias químicas sintéticas en la alimentación, en las últimas dos décadas los investigadores de bioquímica han descubierto que muchas células del cuerpo, muestran elementos traza, en concentraciones nocivas. Antes de 1957 se conocían siete elementos traza esenciales: hierro, cobre, yodo, manganeso, zinc, cobalto y molibdeno. A la fecha se han descubierto otros siete: selenio, cromo, vanadio, estaño, flúor, sílica y níquel. El reconocimiento de estos elementos traza ha contribuido al surgimiento de la química bioinorgánica como una categoría separada de investigación que da sustento a la Psiquiatría Ortomolecular, la cual busca ayudar a entender la forma como los elementos traza y otras sustancias químicas inorgánicas contribuyen al comportamiento humano, sea por su presencia, ausencia, deficiencia o exceso<sup>85</sup>. Ortomolecular (es un término acuñado por el psiquiatra Linus Pauling<sup>86</sup>) se refiere a que el ambiente molecular o biológico de las células determina si los factores genéticos se expresan o no patológicamente<sup>87</sup>; por tanto, los alcances y limitaciones de este modelo están fuertemente ligados a los alcances y limitaciones del modelo genético.

---

<sup>78</sup> WALKER, op. Cit., pp. 114-115.

<sup>79</sup> CASO, op. Cit., p. 97.

<sup>80</sup> NATHAN, op. Cit., p. 180.

<sup>81</sup> Ibid.

<sup>82</sup> SARASON, op. Cit., pp. 331-332.

<sup>83</sup> Ibid., pp. 332-333.

<sup>84</sup> GOLD, Mark S., "The Good News About Panic, Anxiety and Phobias", p. 143.

<sup>85</sup> FEINGOLD Ben., "Why your Child is Hyperactive", pp. 166-167.

<sup>86</sup> Ibid.

<sup>87</sup> SARASON, op. Cit., pp. 334,581.

## 7.- MODELO PSICO-FISIOLOGICO<sup>88</sup>

En los últimos años ha progresado rápidamente la investigación mediante diversas mediciones de la actividad nerviosa autónoma (Respuesta Galvánica de la Piel, Electro Encefalograma (EEG), Electrocardiograma (ECG), Tomografía Axial Computarizada (TAC), Imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), Mapeo Cerebral, y Ecosonografía, entre otras)<sup>89</sup>.

Estas investigaciones han puesto al servicio de la ciencia médica, psiquiátrica y psicológica, herramientas para un diagnóstico diferencial preciso; realizar un diagnóstico efectivo en la actualidad requiere estar al día con los avances de las ciencias de la salud. Desafortunadamente, como menciona el Dr. Gold, "millones de psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental, ignoran toda la nueva información proveniente de la investigación"<sup>90</sup>. Por otro lado, un terapeuta que no está familiarizado con los nuevos descubrimientos, no podrá sacar provecho de las técnicas genéticas, las nuevas tecnologías de detección cerebral como el Electro Encefalograma (EEG), la Tomografía Axial Computarizada (TAC), que es

"cien veces más sensible que los rayos X convencionales, y proporciona información acerca de los tejidos blandos del cerebro que no se pueden obtener con rayos X. La técnica básica consiste en rastrear el cerebro del paciente 160 veces con un fino haz de rayos X a lo largo de una tangente del cráneo y analizar los resultados con una computadora"<sup>91</sup>.

También la imagen por Resonancia Magnética (IRM), Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), Mapeo Cerebral, y la Ecosonografía. Estas pruebas de laboratorio han revelado anomalías orgánicas en pacientes psicópatas; Trastornos sexuales como la paidofilia y el exhibicionismo han sido referidos a tumores cerebrales y a la Enfermedad de Wilson<sup>92</sup>. No es necesario que el terapeuta conozca la forma de manejo e interpretación de los resultados, sino sólo su utilidad, limitaciones, niveles de confianza, y dónde obtenerlas. El DSM-IV menciona que:

"La neuroimagen ayuda a realizar el diagnóstico diferencial de demencia. La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) pueden revelar la presencia de atrofia cerebral, lesiones cerebrales focales (accidentes vasculares cerebrales, tumores, hematomas subdurales), hidrocefalia o lesiones cerebrales periventriculares isquémicas. Imágenes funcionales como la tomografía por emisión de positrones (PET) o la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)...proporcionan una información útil para realizar el diagnóstico diferencial en individuos sin pruebas evidentes de cambios estructurales en la TC o RM"<sup>93</sup>.

---

<sup>88</sup> Ibid., pp. 334-335.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> GOLD, op. Cit., p. 47.

<sup>91</sup> SARASON, op. Cit., p. 379.

<sup>92</sup> WALKER, op. Cit., 48-49.

<sup>93</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 142.

## 8.- MODELO DE LA PSICOLOGIA CLINICA

En la actualidad la psicología representa una disciplina muy ramificada, siendo sus campos de actividad más importantes la psicología general, la psicología del desarrollo del hombre, la psicología experimental, la psicología laboral, la psicología pedagógica, y la psicología clínica. De esas ramas, la que interesa destacar para fines de este libro es la psicología clínica, que se define como sigue:

"La psicología clínica comprende la aplicación de principios psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y conductuales tales como enfermedad mental, delincuencia, retardo mental, alcoholismo, drogadicción, etc..."<sup>94</sup>. La psicología comprende el estudio de conducta normal y anormal, por lo que su alcance es mayor que el de la psiquiatría. Pero...la psicología clínica se ocupa principalmente de la conducta anormal, y en consecuencia, es similar en este respecto a la psiquiatría"<sup>95</sup>.

Dentro del modelo de psicología clínica encontramos las siguientes escuelas: psicoanálisis, conductista, humanística, la teoría del aprendizaje social, la antipsiquiatría, y la interaccional.

### 8.1. PSICOANALISIS<sup>96</sup>.

A Sigmund Freud se le reconoce como el creador de éste modelo. Los postulados básicos son:

La psique se divide en tres niveles de conciencia, que son el consciente, donde se tiene conciencia de la identidad personal, y se tiene conciencia como resultado de la estimulación externa y de experiencias internas revividas; el inconsciente, que es comúnmente inaccesible, es un depósito mental del pasado, y el pre-consciente, que es un filtro entre el consciente y el inconsciente, donde se encuentran latentes los recuerdos que surgen espontánea y deliberadamente a través de asociación con la estimulación actual.

La personalidad está formada por sistemas opuestos que se encuentran mutuamente en conflicto entre sí. El *id* (o ello) representa los impulsos psico-biológicos o el *yo* inferior; el *ego* (yo) representa el agente consciente o el yo armonizador; el superego (superyo) es el aspecto moral y social de la personalidad o el yo superior. Cada sistema lucha por dominar la personalidad lo más posible. El *id* desprecia las consideraciones de realidad y moralidad y las tensiones asociadas con las necesidades; el *ego* procura ser racional y realista; el superego busca eliminar los impulsos y se esfuerza por alcanzar objetivos morales e ideales. La única solución es que el *ego* se haga cargo de la personalidad y conceda alguna expresión tanto a los motivos buscados por el yo del individuo como a las restricciones morales y sociales.

Las etapas de desarrollo de la personalidad se asocian con diferentes épocas de la vida de la persona, en que diversas regiones del cuerpo adquieren especial importancia, como la boca, el

---

<sup>94</sup> WHITTAKER, op. Cit., p. 11.

<sup>95</sup> Ibid., p. 17.

<sup>96</sup> CUELLI, José., "Teorías de la personalidad", pp. 21-65.

ano y los genitales. Si las necesidades del niño se frustran o toleran demasiado, un aspecto particular de su personalidad se atrofia o entorpece hasta cierto punto. Puede crearse una necesidad excesiva, como resultado de dicha atrofia, y producir en la etapa adulta, *infantilismos* (tendencias infantiles de la personalidad), o *fijaciones* a una etapa anterior de la vida que el sujeto no pierde con el paso de los años. La fijación en una etapa particular de desarrollo produce un tipo de carácter, el cual se manifiesta a través de un síndrome de rasgos (carácter oral y rasgos orales).

Se llama psico-sexuales a las etapas de desarrollo debido a que los instintos sexuales juegan un papel importante en la formación de la personalidad, visto desde este enfoque. Son cuatro las etapas de desarrollo psico-sexual: oral (los primeros 18 meses de vida), anal (de los 18 meses hasta aproximadamente tres años), fálica (de los tres a los cinco años), y genital (de la pubertad en adelante). Entre los cinco años y la pubertad, se presenta el *período de latencia*, que no es una etapa de desarrollo, sino de consolidación de lo logrado y preparación para el futuro.

Un factor significativo en el desarrollo del superego es la manera en que se resuelve el *complejo de Edipo* en el niño, el cual se manifiesta entre los tres y cinco años de edad. Si es normal la resolución del complejo tienen lugar cambios importantes en la conciencia del superego y en el ideal del ego, formándose actitudes fundamentales hacia las autoridades, hacia la aceptación de papeles ordenados por la cultura, hacia las relaciones sexuales, y muchas otras.

Los mecanismos de defensa son medios para afrontar situaciones difíciles que se le presentan al ego, cuya porción inconsciente actúa para distorsionar, disfrazar y rechazar motivos, percepciones y otros contenidos psicológicos por medio de la elaboración de estrategias con las que se protege de las fuerzas opresoras del id, del superego y de la realidad externa. El propósito principal de los mecanismos de defensa del ego es reducir la ansiedad, y son más eficaces cuando funcionan inconscientemente.

Los trastornos del carácter son distorsiones en la formación y desarrollo de la personalidad. Son fallas en el desarrollo del ego y predisponen a las personas a elaborar mecanismos no adaptativos, a ser más susceptibles a la tensión ante la cual pueden empeorar y dar lugar a trastornos psicóticos o neuróticos.

Sigmund Freud, fundador del Psicoanálisis, inició su carrera como neurólogo, y manifestaba que él creía que las causas biológicas de la enfermedad mental un día serían descubiertas. El nunca intentó abandonar los aspectos biológicos de la salud mental. De hecho, predijo que la ciencia un día confirmaría el eslabón entre la mente y el cuerpo:

"...en vista de la íntima conexión entre las cosas físicas y mentales, podemos esperar un día en que las rutas del conocimiento estarán abiertas en dirección de la biología orgánica y la química, hacia el campo del fenómeno neurótico"<sup>97</sup>.

Hablando de los tratamientos orgánicos físicos Freud escribió:

"Como método psicoterápico, el análisis no se contrapone a los demás métodos de esta especialidad médica; no los desvaloriza, ni los excluye... La ambición terapéutica

---

<sup>97</sup> FREUD, Sigmund. En: GOLD, op. Cit., p. 22.

de algunos de mis adeptos les ha llevado a esforzarse en superar tales barreras, para conseguir que la acción terapéutica de la psicoanálisis (sic) se extendiera a todas las perturbaciones neuróticas... La experiencia analítica... nos ha hecho descuidar, en la práctica terapéutica, el factor constitucional...se enlaza la esperanza de que, en lo futuro, el conocimiento de la acción de las hormonas nos procure los medios de luchar eficazmente contra los factores cuantitativos de las enfermedades; mas por hoy nos hallamos aún muy lejos de tal posibilidad. Comprendo que la inseguridad de todas estas circunstancias origine un impulso constante a perfeccionar las técnicas...La psicoanálisis (Sic.)...se considera siempre inacabada y está siempre dispuesta a rectificar o substituir sus teorías. Tolera tan bien como la física o la química que sus conceptos superiores sean oscuros y sus hipótesis provisionales y espera de una futura labor una más precisa determinación de los mismos"<sup>98</sup>

"En aquellas personas que aunque predispuestas a la neurosis, no la han contraído aún, puede a veces una alteración corporal patológica - por inflamación o lesión - despertar la elaboración de síntomas...En los casos de este género, puede el médico seguir dos diferentes tratamientos: intentará suprimir la base orgánica sin cuidarse de las manifestaciones neuróticas que en ella se sustentan o por lo contrario, combatir la neurosis ocasionalmente surgida sin atender a la causa orgánica que le ha servido de pretexto. De la eficacia de cada uno de estos procedimientos podremos juzgar por los efectos que se obtengan, pero es muy difícil establecer reglas generales para estos casos mixtos."<sup>99</sup>

## 8.2. CONDUCTISMO<sup>100</sup>

John Watson es considerado el fundador del conductismo. Los psicólogos conductistas tratan de generalizar al ser humano los principios derivados del estudio de animales en laboratorio. Sarason refiere<sup>101</sup> que:

"...por ejemplo, los principios usados para entrenar pichones a que le den un picotazo a un disco han sido aplicados para modificar la conducta de los psicóticos: si se desea la eliminación de la conducta alucinante, el procedimiento sería proporcionar reforzamiento (comida, cigarros, alabanzas) sólo cuando el individuo no está alucinando, y finalmente sólo después de que demuestra una conducta socialmente apropiada".<sup>102</sup>

De acuerdo con este enfoque, la conducta es un producto de la relación entre un *estímulo* y una *respuesta*. Un *reforzador* es un evento utilizado para aumentar la probabilidad de que determinado estímulo evoque una conducta esperada. Un *reforzador positivo* consiste en darle algo agradable al individuo, un *reforzador negativo* consiste en quitarle al individuo algo que había encontrado agradable. Los reforzadores, tanto positivos como negativos, inducen al individuo a que realice la conducta que de él se espera. *Castigo* es un *estímulo aversivo* que se da

<sup>98</sup> FREUD, Sigmund., "Nuevas aportaciones a la psicoanálisis", pp. 189-192.

<sup>99</sup> FREUD, Sigmund., "Introducción al psicoanálisis", pp. 204-205.

<sup>100</sup> SARASON, op. Cit., pp. 77-82.

<sup>101</sup> Ibid.

<sup>102</sup> Ibid.

al individuo cuando tiene una conducta desadaptada, a fin de que suprima esa conducta en el futuro. Este modelo considera que la conducta desadaptada es consecuencia de un reforzamiento inadecuado.

### 8.3. HUMANÍSTICA

Al enfoque humanístico se le ha conocido como *la tercera fuerza* en psicología; surgida como una reacción contra la teoría psicoanalítica y la teoría conductista, al considerar, los teóricos del humanismo, que éstas dos escuelas no toman en cuenta los problemas existenciales ni las posibilidades humanas del hombre<sup>103</sup>.

El enfoque humanístico supone que el hombre puede controlar su vida y sus actos para guiar su propio desarrollo, razón por la cual el paciente tiene que tomar la responsabilidad de su propio tratamiento; y de ello surge el concepto de la *terapia centrada en el cliente*, también conocida como *terapia no directiva* desarrollada por Carl Rogers. En la asesoría no directiva, el enfoque psicopatológico es en cierta forma secundario, ya que se considera más importante a la persona que al problema mismo; el paciente debe resolver sus propios problemas y aprender a resolver los problemas futuros; el terapeuta no señala los problemas a corregir ni el camino para resolverlos, y su labor consiste en adoptar actitudes de aceptación y *reflejar* al paciente los pensamientos y sentimientos que manifiesta a fin de que se comprenda a sí mismo y a sus problemas. De ahí que se consideran como técnicas básicas de este modelo, el mostrar aceptación, comprensión, empatía, el *espejear* (reflejar pensamientos y sentimientos), y guiar al paciente para que comprenda que sólo el puede resolver su propia problemática.

### 8.4. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL<sup>104</sup>

Esta teoría afirma que el *modelamiento* es un proceso mediante el cual se puede cambiar la conducta de las personas, gracias a que todos podemos aprender observando como los demás (*modelos*) hacen las cosas. El modelamiento tiene una función informativa que permite que el observador adquiera representaciones simbólicas de los eventos que le son modelados. Albert Bandura, fue de los primeros en demostrar experimentalmente que la observación es una forma eficaz de aprender (*aprendizaje vicario*). Ver una conducta desadaptada puede generar pensamientos y visualizaciones a manera de ensayos previos a la acción, la cual tenderá a manifestarse según el modelo introyectado.

Para los teóricos del aprendizaje social, las conductas desadaptadas de las personas se originan en sus relaciones con los demás:

"La ansiedad en los pacientes frecuentemente puede atribuirse a experiencias modeladas. La fobia grave puede representar una exageración de un temor de mucha o de poca importancia observado en uno de los padres. Ver televisión es básicamente una experiencia simbólica de modelamiento, especialmente para los niños".<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> WHITTAKER, op. Cit., pp. 667-669.

<sup>104</sup> SARASON, op. Cit., pp. 82-85.

<sup>105</sup> Ibid.

El modelamiento, de acuerdo con este enfoque, no sólo ilustra una posible conducta, sino que también contribuye a la formación de conceptos, actitudes y necesidades. Otras formas de aprendizaje de conductas son: el desempeño de papeles (roles) o la práctica de la conducta modelada. En realidad, la teoría del aprendizaje social enfatiza que son muchos los factores que se combinan para modelar las conductas de las personas; incluyendo los pensamientos, los sentimientos y el reforzamiento, además del modelamiento; y aunque se reconoce la importancia de los hechos pasados en la formación de una conducta desadaptada, los teóricos del aprendizaje social centran su atención en la conducta actual como origen del problema del paciente. Como estrategia terapéutica, éste modelo considera la interacción social, la utilización de ejemplos (modelamiento), el aprendizaje vicario, el *rol-playing* o dramatización, y el reforzamiento, principalmente.

### 8.5. ANTI-PSIQUIATRIA<sup>106</sup>

Este movimiento surge de forma articulada en la década de los años cincuenta. Uno de sus principales postulados es que:

"...aquellos trastornos a los que se han demostrado causas biológicas específicas deben ser excluidos del campo de la psiquiatría, y tratados por medio de otras especialidades. Los trastornos restantes no tienen causas identificables, y son clasificados más correctamente como problemas de la vida, que como trastornos...en vez de considerarlos enfermos y confinarlos a los hospitales"<sup>107</sup>.

El grupo inicial y más conocido de teóricos de la antipsiquiatría lo forman Ronald Laing, David Cooper, Reddler, Aarón Esterson, Berke, Schatzman y Thomas Szasz<sup>108</sup>. Este último es actualmente profesor emérito de Psiquiatría en el Health Science Center de Syracuse, de la Universidad de Nueva York, y recientemente entrevistado, afirmó:

"...como la mente no es nada, no puede enfermar. Por eso no es correcto decir que existen enfermedades mentales...los doctores controlan enfermedades, no personas; los psiquiatras controlan personas, no enfermedades. La gente a menudo solicita ayuda psiquiátrica - desde psicoterapia hasta hospitalización mental - porque sienten que desearían estar muertos; cuando se completa su terapia, a veces están muertos, pero ya no les importa".

Ramón García, quien es "la figura más destacada dentro del mundo de la antipsiquiatría española"<sup>109</sup>, afirma:

"La psiquiatría es la rama de la medicina que se ocupa del enfermo mental. Enfermo mental es todo aquel sujeto que en su relación con el medio se muestra inadaptado. El psiquiatra tiene como función diagnosticar y pronosticar la inadaptación, separar al inadaptado crónico y adaptar al que aún no lo es. Paralelamente, la psicología tiene

---

<sup>106</sup> Ibid., pp. 345,347.

<sup>107</sup> Ibid.

<sup>108</sup> HEYWARD H., et. al., "Anti psiquiatría", p. 11

<sup>109</sup> N.n., "Psiquiatría y antipsiquiatría", p. 98

como función prevenir la inadaptación y lograr el máximo rendimiento de la adaptación"<sup>110</sup>.

Harold Heyward, psiquiatra francés, por su parte considera:

"...que una misma sociedad produce a la vez a seres a quienes otorga el título de pacientes y a otros a quienes confiere la denominación de psiquiatras, relacionándolos entre sí en pretendidos encuentros terapéuticos, que son en realidad muchas veces perfectas demostraciones de domesticación"<sup>111</sup>.

Otro teórico de la antipsiquiatría, Christian Delacampagne, opina que:

"...no existen las enfermedades mentales, únicamente existen las enfermedades sociales. La locura no es algo que le ocurre a un hombre, sino algo que sucede entre hombres. Es decir, en la sociedad. Y que la psiquiatría ha inventado el concepto de enfermedad "mental" para encubrir esta verdad. Y que la psiquiatría, a su vez, fue inventada para servir al orden social interesado en tal encubrimiento: el orden burgués".<sup>112</sup>

Aunque aún existen seguidores de este modelo, en la actualidad ha perdido mucha vigencia, debido básicamente al fondo político-económico de su propuesta, y a los cambios mundiales de orden político-económico.

## 8.6. INTERACCIONAL<sup>113</sup>

Este enfoque propuesto por Irwin y Bárbara Sarason postula que:

"La forma en que la situación influye en la conducta depende de las vulnerabilidades, capacidades y preocupaciones particulares de la persona que se encuentra bajo ese conjunto particular de condiciones. Estas condiciones y las características de la persona pueden considerarse como interacciones o combinaciones que dan un producto especial: la conducta del individuo"<sup>114</sup>.

El enfoque interaccional es un enfoque holístico, de tipo sistémico. Los alcances del modelo interaccional, desde su propia perspectiva, son un intento de formar un modelo teórico integrador, que tome en cuenta las diferentes perspectivas teóricas psicológicas (psicoanálisis, conductismo, humanismo, teoría del aprendizaje social), y biológicas (genética, ortomolecular, bioquímica, médica); ya que la conducta anormal puede resultar de cualquier factor, o del conjunto interactivo de todos los factores que pueden influir; y éstos pueden ser múltiples. Las limitaciones de un enfoque reduccionista se encuentran esbozadas en la opinión de Gerald Davison, quien afirma que:

---

<sup>110</sup> N.n., "¿Psiquiatría o ideología de la locura?", p. 8.

<sup>111</sup> HEYWARD, op. Cit., p. 13.

<sup>112</sup> N.n., "¿Psiquiatría o ideología de la locura?", p. 122.

<sup>113</sup> SARASON, op. Cit., pp. 108-110.

<sup>114</sup> Ibid.

"Nuestra opinión es que el campo de la conducta anormal está tan diversificado que no se puede explicar adecuadamente con cualquiera de nuestros modelos actuales...la única manera sensata de observar los datos es asumiendo múltiples causas posibles. Un desorden particular puede muy bien desarrollarse a partir de una interacción entre factores biológicos y de aprendizaje...Es demasiado poco lo que sabemos como para que tomemos decisiones categóricas respecto a la exclusiva superioridad de cualquier paradigma y todavía quedan por hacerse muchos trabajos importantes".<sup>115</sup>

En conclusión, los modelos teóricos que han estudiado la psicopatología humana son muy variados. En este capítulo se ha hecho un breve resumen de los más importantes. Algunos de esos modelos han sido descartados debido a su obsolescencia; otros tienen plena vigencia y actualidad. Y en ese devenir histórico se ha venido configurando una clasificación de las psicopatologías del hombre, con reconocimiento internacional.

La disciplina científica que se encarga de revisar y actualizar esa clasificación es la Nosología, la cual se analiza en el siguiente capítulo.

---

<sup>115</sup> DAVISON, op. Cit., p. 71.

## CAP. IV LA NOSOLOGIA

La Nosología es la rama de la medicina que describe, diferencia y clasifica las enfermedades<sup>116</sup>:

"...la clasificación es un medio para reducir la complejidad (...) al servicio de importantes funciones con respecto a la educación, tratamiento, comunicación profesional para el registro y consulta de datos, la investigación y la administración"<sup>117</sup>.

Para los fines de este libro, el enfoque es de nosología psicopatológica, es decir, la nosología que describe, diferencia y clasifica las enfermedades mentales.

La necesidad de clasificar las enfermedades mentales ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, y aunque siempre han existido críticos que rechazan la idea de clasificar la conducta desadaptada, existen muchos argumentos que enfatizan la necesidad y conveniencia de hacerlo. Si cada terapeuta inventara su propio sistema, no habría manera de lograr un consenso de diagnóstico acerca de un paciente determinado, debido básicamente a las diferencias en el entrenamiento clínico y en la orientación teórica entre los terapeutas<sup>118</sup>, ni sería posible hacer estudios estadísticos de incidencia o prevalencia ni implementar medidas profilácticas de psicología comunitaria. Sarason menciona otras razones que justifican la necesidad de una clasificación de uso común, para evitar diagnósticos que no sean dignos de confianza<sup>119</sup>:

\* Un mismo paciente puede describir su problema en forma diferente en dos entrevistas distintas.

\* Dos pacientes con problemas similares pueden describir su estado de diferente manera y por tanto ser clasificados de diferente manera.

\* El personal de un centro clínico que trata una gama limitada de trastornos suele describir e interpretar sus casos de diferente manera que el de una institución más general.

Por su parte Davison menciona una investigación reportada por Beck y realizada por cuatro psiquiatras que diagnosticaron por separado a 153 pacientes llegando a conclusiones decepcionantes<sup>120</sup>. Después de un autoanálisis posterior, los psiquiatras descubrieron tres razones principales de sus desacuerdos diagnósticos: Inconsistencias por parte del paciente, inconsistencias por parte del especialista (técnicas de entrevista, forma de evaluar los síntomas e interpretación de la misma patología), y la inadecuación del sistema de diagnóstico debido a criterios imprecisos<sup>121</sup>.

A su vez Sarason considera que:

---

<sup>116</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana, op. Cit., p. 92.

<sup>117</sup> FREEMAN, op. Cit., p. 214.

<sup>118</sup> SARASON, op. Cit., p. 113.

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> DAVISON, op. Cit., pp. 82-84.

<sup>121</sup> Ibid.

"Los métodos de diagnóstico lograrán establecer una base científica más firme cuando la evaluación se vaya uniformando y cuando se vuelva menos susceptible a deformaciones...El sistema para la clasificación de la conducta anormal que se usa más comúnmente es el Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Se usa como base de comunicación entre los clínicos...difiere de los manuales de clasificación anteriores en que le da más importancia a describir que a interpretar los problemas clínicos. Este cambio se produjo por la preocupación de que la inexactitud de los diagnósticos psiquiátricos a menudo se debe a un exceso de suposiciones sobre las causas subyacentes de los problemas".<sup>122</sup>

Abogando por los sistemas de clasificación diagnóstica, Davison afirma que "el hecho que se puedan hacer predicciones o postulados válidos acerca de determinada clasificación constituye su grado de validez"<sup>123</sup>. El diagnóstico, según él, puede tener tres tipos de validez: la etiológica, la concurrente y la predictiva; y las define de la siguiente manera:

"La validez etiológica equivale a descubrir que el desorden diagnosticado en unos pacientes fue producido por los mismos antecedentes históricos; para que un diagnóstico tenga validez etiológica, es necesario comprobar que los mismos factores produjeron determinado desorden en todas las personas que forman parte del grupo de diagnóstico. La validez concurrente se refiere al descubrimiento de que los síntomas o procesos desordenados, anteriormente no identificados, son característicos de una clasificación particular...La validez predictiva se refiere a una conducta futura similar; por ejemplo, se espera que los miembros de una clase particular respondan de manera semejante ante un determinado tratamiento"<sup>124</sup>.

Respecto al DSM, Davison menciona que es un sistema "casi todo basado en los agrupamientos hechos por Kraepeling de los desórdenes mentales e incluye también muchos conceptos psicoanalíticos"<sup>125</sup>; y cuando habla de las críticas que se le han hecho a dicho sistema, dice: "no son suficientemente serias para justificar el abandono de todo intento de clasificación. Parece imponerse algún tipo de clasificación o de medición..."<sup>126</sup>.

Peter Nathan refiere por su lado, un caso en que 32 profesionistas de la salud no pudieron ponerse de acuerdo en el diagnóstico de una persona, y señala que "la literatura está llena de informes como éste, en el que los médicos no pueden estar de acuerdo en un rótulo diagnóstico acerca del trastorno mental de un paciente"<sup>127</sup>. Nathan considera que el DSM es:

"...el sistema de clasificación psiquiátrica oficial en los Estados Unidos<sup>128</sup>, que surgió en forma gradual a partir del trabajo de Falret (1854), Kahlbaum (1874), Hecker (1877), y principalmente de Kraepeling (1896)"<sup>129</sup>.

<sup>122</sup> SARASON, op. Cit., p. 113

<sup>123</sup> DAVISON, op. Cit., pp. 86-87.

<sup>124</sup> Ibid.

<sup>125</sup> Ibid., p. 73.

<sup>126</sup> Ibid., p. 104.

<sup>127</sup> NATHAN, op. Cit., p. 121.

<sup>128</sup> Ibid., p. 119.

<sup>129</sup> Ibid.

Y menciona las siguientes ventajas de un sistema de clasificación diagnóstica psicopatológica<sup>130</sup>:

\* Promueve un punto de vista científico.

\* Logra eliminar el estigma que solía estar asociado a la conducta de los pacientes mentales.

\* Apoya la investigación capacitando a los científicos para comparar las diferentes estrategias de tratamiento,

\* Ayuda a formular hipótesis acerca de las diferentes etiologías.

\* Contribuye a la predicción terapéutica en grupos de pacientes.

Más aún, Nathan menciona que:

"Passmanick (1963) y Dreikurs (1963), por ejemplo, creen que a pesar de sus defectos, es necesario el diagnóstico para un entendimiento apropiado de la psicopatología. Otros (p. ej., Kety, 1961) dicen que es esencial para investigar la efectividad de varios tratamientos. Aparte de los problemas prácticos que pudieran surgir si un médico tuviera que considerar el trastorno de cada paciente como nuevo y único, la investigación sobre el tratamiento sería prácticamente imposible si se eliminaran el diagnóstico y la clasificación"<sup>131</sup>.

Phillip Solomon, quien coincide con los criterios de los autores antes mencionados, se pronuncia a favor de realizar:

"...esfuerzos continuos para incrementar al máximo la confiabilidad del diagnóstico a partir de los signos y síntomas...Para los fines de comunicación e investigación profesionales, es necesario y deseable un sistema aceptado de terminología diagnóstica. La clasificación propuesta por la American Psychiatric Association (APA) para los trastornos psiquiátricos, es la más ampliamente usada hoy en día"<sup>132</sup>.

Otro de los argumentos en favor de un sistema de clasificación común, es la necesidad de unificar criterios a nivel internacional. Sarason menciona un estudio comparativo entre terapeutas ingleses, norteamericanos y canadienses que realizaron sus diagnósticos partiendo de los mismos datos, y los diagnósticos resultantes mostraron notables y desafortunadas diferencias<sup>133</sup>. El tener un criterio nosológico con validez mundial, permite:

1.- Promover el punto de vista científico, racional y objetivo.

2.- Apoyar la investigación científica por comparación de estrategias.

---

<sup>130</sup> Ibid., p. 120.

<sup>131</sup> Ibid., p. 139.

<sup>132</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 54.

<sup>133</sup> SARASON, op. Cit., p. 123.

3.- Evitar el trabajar por ensayo y error con cada paciente.

4.- Aprovechar la experiencia previa comprobada.

Tanto el ICD editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el DSM editado por la American Psychiatric Association (APA), están homologados para coincidir internacionalmente acerca de los trastornos mentales (el ICD abarca también otras enfermedades no mentales). En cuanto a psicopatología, son los manuales nosológicos más completos, internacionalmente hablando. Sus criterios diagnósticos son los más actualizados, gracias a que son sistemas abiertos que van incorporando conocimientos conforme la investigación y los descubrimientos en materia de salud mental avanzan<sup>134</sup>. El DSM, que se refiere exclusivamente a los trastornos mentales (orgánicos y psicógenos), no intenta sustituir los conceptos nosológicos de los modelos teóricos psicopatológicos, sino complementarlos y sistematizarlos en una terminología que permita una comprensión internacional de los términos y criterios.

Se sabe que el DSM no tiene la última palabra sobre los criterios de clasificación de los trastornos mentales, pero el presente libro apoya la postura de Sarason cuando afirma que:

"Cuanto más se ajusten los clínicos a las palabras y a la conducta de los pacientes y cuanto menos abstracta sea su terminología, podrán esperarse clasificaciones más fiables".<sup>135</sup>

El propio DSM-IV menciona en su introducción, que:

"El DSM-IV refleja el consenso sobre la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, conseguido en el momento de la publicación inicial del manual. Los nuevos conocimientos generados por la investigación y la experiencia clínica conducirán indudablemente a una mayor comprensión de los trastornos incluidos en el manual, a la identificación de nuevas enfermedades y a la eliminación de otras en futuras clasificaciones. El texto y los tipos de criterios requerirán nuevas revisiones a medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos"<sup>136</sup>.

El simple hecho de realizar un buen diagnóstico es terapéutico para el paciente. Normalmente los pacientes que tienen síntomas de trastornos mentales, se asustan al pensar que se están *volviendo locos*, y cuando el psicólogo le informa que sus síntomas tienen un nombre, se siente fuertemente reconfortado, pues siente que alguien lo entiende, que no está solo con sus síntomas y que implícitamente hay un camino para recuperar su salud. Una de las razones del efecto terapéutico del diagnóstico, es que generalmente los síntomas mentales son exacerbados por la bioquímica del estrés; y el diagnóstico ayuda a reducir considerablemente, o a eliminar dicho estrés.

De lo revisado en este capítulo se concluye que el dominio de la nosología es lo que puede permitir al profesional de la psicología clínica el realizar un diagnóstico más acertado en base a los signos y síntomas. Obviamente, un diagnóstico acertado le facilitará una intervención

---

<sup>134</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-III-R", pp. XV-XVI; "DSM-IV", p. XXIII.

<sup>135</sup> SARASON, op. Cit., p. 123.

<sup>136</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. XXXIII.

terapéutica exitosa, permitiéndole incrementar su autoestima, mejorar su imagen ante la comunidad como profesional, y contribuir al prestigio de la ciencia psicológica.

Sin embargo, conocer la clasificación nosológica del trastorno no basta para el abordaje terapéutico; se requiere conocer las causas específicas que originan el trastorno particular. La etiología es la disciplina que se encarga del estudio de las causas del trastorno; y dicho concepto se revisará en el siguiente capítulo.

## CAP. V LA ETIOLOGIA

La Etiología es la rama de la nosología que clasifica las patologías en base a su causa. La importancia que reviste la etiología es crucial, ya que conocer las causas de los trastornos es la base fundamental para el abordaje terapéutico tenga en mayor o menor medida, el éxito esperado; un diagnóstico descriptivo no suficiente. En este capítulo se analizan los antecedentes y estado actual de la disciplina que estudia la causa de los trastornos: la etiología.

Generalmente el paciente consulta con un psicólogo porque algo le molesta; algo que interfiere con su bienestar, que menoscaba su productividad o hiere la apreciación de su propia vida, señalando así una vivencia que es subjetiva de cada paciente. Pero junto con estos sentimientos, todo proceso morboso provoca alteraciones objetivas o signos que han de ser detectados y evaluados por el psicólogo. Sólo después de una cuidadosa interpretación de los signos y síntomas, el psicólogo puede identificar la enfermedad (diagnóstico nosológico), y establecer su causa u origen (etiología) para luego analizar el modo como dicha causa ha obrado sobre el organismo y la mente; juzgar la trascendencia que pueda tener para el futuro del individuo afectado (pronóstico) y aplicar la terapia adecuada para lograr un resultado óptimo mediante la eliminación de las causas del trastorno.

Y hablando de causas, de acuerdo con el diccionario de *Terminología Psiquiátrica y de la clínica psicológica*<sup>137</sup>, la Etiología es la "causa particular y referente a la enfermedad". Desde el punto de vista etiológico, las enfermedades mentales (psicopatologías) se pueden clasificar como psicogénicas y biogénicas. Biogénicas son las patologías de origen biológico, (genético bioquímico, biofísico) u orgánico. Psicogénicas son las que tienen origen en la estructura psíquica del individuo: "Psicogénesis: producción u origen de síntomas o padecimientos debidos a factores mentales o psíquicos, en contraposición con los de origen orgánico"<sup>138</sup>.

El DSM-IV considera que:

"...es un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales"<sup>139</sup>. El término *trastorno mental orgánico* ya no se utiliza en el DSM-IV puesto que implica incorrectamente que los otros trastornos mentales que aparecen en el manual carecen de base biológica"<sup>140</sup>.

La importancia de un buen diagnóstico que incluya el reconocimiento de la causa específica que origina el trastorno, se comprende cuando se analiza el daño potencial que cualquier tratamiento tiene si es malentendido o mal-utilizado. Cientos de personas sufren e incluso pueden morir debido a diagnósticos equivocados. Prescribir psicoterapia exclusivamente para un paciente cuyos síntomas son causados por problemas biológicos serios, tiene una doble implicación; por un lado no cura al paciente, y por el otro lado, solapa que el problema orgánico se siga desarrollando hasta un punto en que sea demasiado tarde.

---

<sup>137</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana, op. Cit., p. 56.

<sup>138</sup> Ibid., p. 103.

<sup>139</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. XXXV.

<sup>140</sup> Ibid., pp. 10, 129.

Como dice el psiquiatra Mark S. Gold, "el tratamiento exitoso depende del correcto diagnóstico, y el correcto diagnóstico depende de una evaluación científica de los hechos"<sup>141</sup>.

La conclusión a que lleva este capítulo, es que es crucial para la salud del paciente, e incluso para su vida, el fundamentar el diagnóstico psicopatológico y el abordaje terapéutico, en una cuidadosa y concienzuda revisión etiológica.

Pero existen algunos trastornos de etiología orgánica que tienen la característica de imitar los signos y síntomas de trastornos psicopatológicos de etiología funcional, dando lugar a confusión diagnóstica y terapéutica. Ese es el tema del siguiente capítulo.

---

<sup>141</sup> GOLD, op. Cit., p. 104.

## CAP. VI EL MIMETISMO PSICOPATOLOGICO

El Dr. Marks S. Gold, fundador y Director de los Laboratorios de Diagnóstico Psiquiátrico de América, encontró en una investigación, que 10 por ciento de 600 pacientes estudiados tenían problemas biológicos como causa *oculta* de sus síntomas de apariencia psicológica<sup>142</sup>. En otra investigación de pacientes diagnosticados como depresivos, encontró un 46 por ciento de los casos equivocadamente diagnosticados por el mismo motivo<sup>143</sup>. El Dr. Gold, señala como actores del diagnóstico equivocado a sus colegas de profesión psiquiátrica, pero también a médicos, psiquiatras y "no-médicos profesionales de la salud mental - Psicoterapeutas, psicólogos clínicos, trabajadores sociales -...que tratan pacientes sin un diagnóstico apropiado"<sup>144</sup>.

En 1982 Robert Hoffman reportó que de 215 pacientes admitidos en un hospital médico-psiquiátrico, 41 por ciento fueron equivocadamente diagnosticados<sup>145</sup>. M.M. Herring, en un estudio en 1985, con 131 pacientes seleccionados al azar en el Centro Psiquiátrico de Manhattan encontró que aproximadamente 75 por ciento de los pacientes reevaluados pudieron haber sido equivocadamente diagnosticados cuando fueron admitidos<sup>146</sup>. Erwin Koranyi realizó estudios en 1980 y encontró diagnósticos equivocados en alrededor del 50 por ciento de pacientes con enfermedades físicamente detectables<sup>147</sup>. En 1990 Lorrin Koran, que examinó 529 pacientes seleccionados al azar en ocho programas terapéuticos en una institución de salud mental, encontró que cerca del 38 por ciento de esos pacientes tenían problemas físicos detectables que no fueron diagnosticados<sup>148</sup>. Charles B. Inlander, presidente de la Sociedad Médica de La Gente, en E.U.A., refiriéndose a pacientes diagnosticados con problemas mentales, dice que "muchos de ellos no tiene problemas psicológicos sino síntomas físicos que pueden confundirse con trastornos mentales"<sup>149</sup>. El Neurólogo Sir Francis Walshe dice que los hospitales mentales muchas veces son "museos vivos de enfermedades corporales no descubiertas; no diagnosticadas, pero no indidiagnosticables"<sup>150</sup>. A menudo, por supuesto, cuando el curso de la terapia psicológica prescrita falla, se culpa de ello al paciente, y no al diagnóstico equivocado; y sin embargo, el daño causado por los diagnósticos equivocados puede dejar secuelas permanentes en la vida del paciente.

En parte, la causa del diagnóstico equivocado es la limitación del avance de la ciencia en un momento determinado. Tal es el caso de la supuesta enfermedad mental del Rey Jorge III de Inglaterra en 1765, quien a la luz de los conocimientos actuales no sufría ninguna enfermedad mental, sino el trastorno metabólico llamado *porfiria*, cuyos síntomas alguna vez fueron clasificados como locura<sup>151</sup>.

En parte también, la causa del diagnóstico equivocado es la concepción que divide los trastornos mentales en trastornos orgánicos y funcionales<sup>152</sup>. La Asociación Psiquiátrica Americana definía en 1976 el Trastorno Funcional como:

---

142 Ibid., p. 15.

143 Ibid.

144 Ibid., pp. 16-17.

145 WALKER, op. Cit., p. 13.

146 Ibid.

147 Ibid.

148 Ibid.

149 Ibid.

150 Ibid.

151 WHITTAKER, op. Cit., p. 659, WALKER, op. Cit., p. 71.

152 WALKER, op. Cit., pp. 109-110, 121-125.

"...disturbio en el cual el funcionamiento u operación de un órgano o sistema de órganos es anormal, pero no como resultado de cambios conocidos en la estructura".<sup>153</sup>

Guiados por este tipo de concepción, la mayoría de los médicos, psiquiatras e incluso psicólogos, concluyen que si no se encuentra una alteración estructural (orgánica) conocida, entonces forzosamente es funcional; convirtiendo la palabra **Funcional** en sinónimo de psicológico. Ejemplo de ello, es la definición que hace MacKinnon del paciente psicósomático:

"Paciente cuya sintomatología es ante todo física. Incluye pacientes que presentan los trastornos psicofisiológicos clásicos tales como colitis ulcerativa, asma, neurodermatitis, úlcera péptica, hipertensión esencial, artritis reumatoide e hipertiroidismo. Se considera también al paciente que tiene alguna dificultad física, tal como accidentes vasculares cerebrales, infarto cardíaco y cáncer, con complicaciones emocionales secundarias. Se incluyen además pacientes que no presentan trastorno psicofisiológico específico alguno, pero a los que no se les puede diagnosticar tampoco enfermedad orgánica positiva alguna"<sup>154</sup>.

Una definición que probablemente sería más acertada, para los trastornos a los que no se le encuentra sustrato orgánico, a la luz de los conocimientos actuales probablemente diría: "no se ha encontrado causa orgánica conocida a la fecha, y no sabemos que causa pueda tener, y algunas de las posibles causas pudieran ser las funcionales", lo cual es muy diferente a afirmar que si no se encontró causa orgánica, entonces la causa es funcional y solamente funcional.

Otra consideración importante es que funcional no necesariamente quiere decir que no tienen origen orgánico; funcional quiere decir que no se le ha encontrado causa orgánica **conocida** en un momento determinado; pero se sigue investigando, y así es probable que un día se pudieran encontrar y conocer causas orgánicas de algunas alteraciones que ahora se consideran funcionales.

Por otro lado, no todo lo desconocido por la medicina orgánica cae en el ámbito de lo psicológico. Precisamente el término **mimético** utilizado en psicología se refiere a aquellas patologías que imitan síntomas de alteraciones de etiología puramente psicológica, pero que tienen un sustrato biológico (fisiológico, orgánico, químico). Prueba de ello es que el término **mimético** se ha utilizado ya en psicología, en la palabra **psicotomimético**, según consta en el diccionario **Terminología Psiquiátrica y de la Clínica Psicológica**, que lo define como:

"PSICOTOMIMETICO: Literalmente, imitando una psicosis. El término se usa para referirse a ciertos fármacos, tales como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico) o la mezcalina, los cuales producen estado psicótico".<sup>155</sup>

Por su parte, los autores Irwin y Bárbara Sarason, en su libro **Psicología Anormal** definen el término **psicotomimético** como "grupo de fármacos, incluyendo la mezcalina, la psilobicina y la LSD, que produce efectos similares a los de la conducta psicótica"<sup>156</sup>.

<sup>153</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana, op. Cit., p. 135.

<sup>154</sup> MACKINNON, R.A., et. al., "Psiquiatría clínica aplicada", p. 335.

<sup>155</sup> ASOCIACION Psiquiátrica Americana, op. Cit., p. 107.

<sup>156</sup> SARASON, op. Cit., p. 584.

A su vez, Víctor Uriarte, en su obra *Psicofarmacología*, se refiere a los psicomiméticos como un tipo de medicamentos que "pueden producir alteraciones mentales... de tal manera que cualquier alteración mental puede confundirse con una intoxicación aguda o crónica por estos medicamentos"<sup>157</sup>.

Phillip Solomon hace referencia a la palabra psicotomimético al hablar de las drogas psicodélicas, diciendo que "de las diferentes etiquetas para las drogas de este grupo las más prevalentes son psicotomiméticos..."<sup>158</sup>

La palabra *mimético* deriva etimológicamente del término latino *mimesis*: imitar, remedar; "mimetismo: propiedad que poseen algunos animales y plantas de asemejarse, principalmente en el color, a los seres u objetos inanimados entre los cuales viven"<sup>159</sup>.

Siguiendo esta línea de pensamiento, este libro toma como punto de partida la clasificación de los trastornos mentales que los ubica en dos grupos en base a su etiología; orgánicos y funcionales. Orgánicos son aquellos en que la ciencia médica o psiquiátrica puede demostrar, en la mayoría de los casos, que producen alteraciones psicológicas y tienen una causa biológica. Funcionales, son aquellos que fueron clasificados en consideración a que no se les conoce a la fecha, etiología biológica, y que los especialistas han aceptado como de etiología puramente psicógena. Sin embargo, existe un tipo de trastornos que se prestan a la mimetización, es decir que, teniendo causa biológica (orgánica), presentan signos y síntomas, en apariencia puramente funcionales. Estos trastornos se abordan en este libro bajo la conceptualización de *psicopatologías miméticas*.

En el modelo conceptual que se ha adoptado en este libro para exponer la concepción de las *psicopatologías miméticas*, se llaman *mimetizables* los trastornos funcionales que son factibles de ser imitados por un trastorno de etiología biológica (química, fisiológica u orgánica); y se llamaría *mimetizador* al trastorno orgánico que tiene la capacidad de imitar un trastorno funcional.

El término *mimetizador* ya ha sido utilizado en la literatura que habla de los trastornos psicológicos. El Dr. Mark Gold menciona que existen entre setenta y cinco y noventa y cinco mimetizadores de trastornos mentales<sup>160</sup>, y cuando habla de las entidades nosológicas *pánico, ansiedad y fobias*, dice:

"...lo que nosotros llamamos "mimetizadores" - problemas biológicos cuyos síntomas imitan los síntomas de enfermedad mental. Docenas de condiciones puramente físicas, desde tumores cerebrales y problemas del corazón hasta deficiencias vitamínicas - producen síntomas idénticos a los de un ataque de pánico".<sup>161</sup>

Otro trastorno del cual ya se ha hecho mención como mimetizador en la literatura médica, psiquiátrica y/o psicológica, es la sífilis:

---

<sup>157</sup> URIARTE, Víctor., "Psicofarmacología", p. 121.

<sup>158</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 199.

<sup>159</sup> N.N., "Diccionario léxico hispano", p. 962.

<sup>160</sup> GOLD, op. Cit., p. 151.

<sup>161</sup> Ibid., pp. 10-12.

"...primero, se encontraron enfermedades bacteriales en un gran número de pacientes supuestamente esquizofrénicos. Realmente, estos pacientes se encontraban en un estado avanzado de sífilis, que ahora sabemos mimetiza los síntomas de esquizofrenia"<sup>162</sup>.

"Sífilis, llamada la "gran imitadora", mimetiza síntomas de muchos trastornos psiquiátricos. Los síntomas a menudo aparecen "de la nada" después de un período latente de años o aún décadas...sífilis seronegativa, una forma que...no es detectable mediante pruebas de sangre comunes"<sup>163</sup>.

Un trastorno al cual también se le ha llamado mimetizador es la *enfermedad de Lyme*, la cual mimetiza los síntomas de la Hipocondriasis. Esta enfermedad fue descubierta al final de los 70's, es producida por la bacteria *Borrelia Burgdorferi*, transmitida por la garrapata, y ha sido llamada *la gran imitadora* por el especialista Alvin Silverstein<sup>164</sup>.

El Dr. Gold menciona que existen *más de cincuenta condiciones físicas* que pueden mimetizar trastornos por angustia<sup>165</sup>, y lista las siguientes<sup>166</sup>:

A) TRASTORNOS ENDOCRINOS: Hipertiroidismo, tirotoxicosis, hipoglicemia, diabetes melitus, Síndrome de Cushing, feocromocitoma, síndrome carcinoide, panhipopituitarismo.

B) TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Ataques parciales complejos (incluye epilepsia del lóbulo temporal y epilepsia psicomotora), síndrome post-concusión, hiperventilación, esclerosis múltiple.

C) ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Mononucleosis, hepatitis, encefalitis, brucelosis.

D) ENFERMEDADES METABOLICAS: hipocalcemia, hipocalemia, deficiencia de niacina, deficiencia de cobalamina, enfermedad de Wilson, lupus eritematoso sistémico.

E) CANCER: Tumor cerebral, carcinoma pancreático.

F) TRASTORNOS RESPIRATORIOS: Asma, bronquitis, enfisema.

G) TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: Depresión, Patrón estacional, esquizofrenia, trastornos de la personalidad.

H) DROGAS: Alcohol, síndrome de abstinencia de nicotina, marihuana, cocaína, anfetaminas, PCP, síndrome de abstinencia de narcóticos.

---

<sup>162</sup> Ibid., p. 20.

<sup>163</sup> WALKER, op. Cit., p. 11

<sup>164</sup> Ibid., p. 117.

<sup>165</sup> GOLD, op. Cit., p. 151.

<sup>166</sup> Ibid., pp. 152-154.

I) MEDICAMENTOS: Lidocaína, Inhibidores de la Mono Amina Oxidasa, Disulfiram, etosuximida, indometacín, viblastina, cicloserina, nolorfina.

J) MEDICAMENTOS SIN RECETA: píldoras para dieta, laxantes, cafeína, aspartame.

K) TOXINAS AMBIENTALES: mercurio, bismuto, dióxido de carbono, sustancias volátiles, insecticidas.

E. Cheraskin, por su parte, hace notar que existen "cientos de indisposiciones nutricionales y físicas que son fácilmente pasadas por alto, que imitan problemas psiquiátricos"<sup>167</sup>.

En base a lo expuesto, cuando un trastorno biológico (orgánico, bioquímico, fisiológico) mimetiza (imita) a un trastorno mimetizable (de etiología funcional), se le llama *psicopatología mimética*, pretendiendo que el enunciado se refiere a los trastornos de origen biológico que imitan trastornos mentales. Las *psicopatologías miméticas*, en este modelo conceptual, se clasifican en dos tipos, en función al tipo de trastorno que es susceptible de ser mimetizado (psicóticos y psicológicos); los *trastornos psicotomiméticos* son aquellos que mimetizan trastornos psicóticos, y son producidos por el consumo de drogas estupefacientes; los *trastornos psico-miméticos*, son aquellos producidos por alteraciones biológicas (orgánicas, bioquímicas, fisiológicas) diferentes al uso de drogas estupefacientes y que mimetizan trastornos psicológicos no psicóticos.

El término *psico-mimético* se utiliza entonces, para englobar los trastornos de etiología biológica, que imitan los síntomas de trastornos funcionales (de etiología psicógena). Son trastornos que se prestan para que los especialistas (médicos, psiquiatras y/o psicólogos), confíen que son de etiología puramente psicológica; pero cuyo portador (el paciente) no puede beneficiarse por la terapia puramente psicológica, debido a que sí existe un origen biológico (orgánico, bioquímico, o fisiológico), que está tan mimetizado, que ni el médico, ni el psiquiatra ni el psicólogo promedio detectan la relación causa-efecto.

Al proponer los términos *psicopatologías miméticas*, y *trastornos psico-miméticos*, el objetivo no es acuñar términos para un nuevo trastorno o para un grupo de trastornos nuevos. Se trata más que nada, de una estrategia conceptual para lograr una definición operativa que permita manejar adecuadamente aquellos trastornos ya existentes pero que tienen una característica en común (el mimetismo). Se busca facilitar conceptualmente, tanto para el médico o psiquiatra, como para el psicólogo, un estado de alerta sobre la posibilidad de que un trastorno esté presentando un camuflaje que propicie una confusión diagnóstica y como consecuencia frustraciones terapéuticas, y sufrimientos innecesarios, así como pérdida de tiempo y dinero para el paciente.

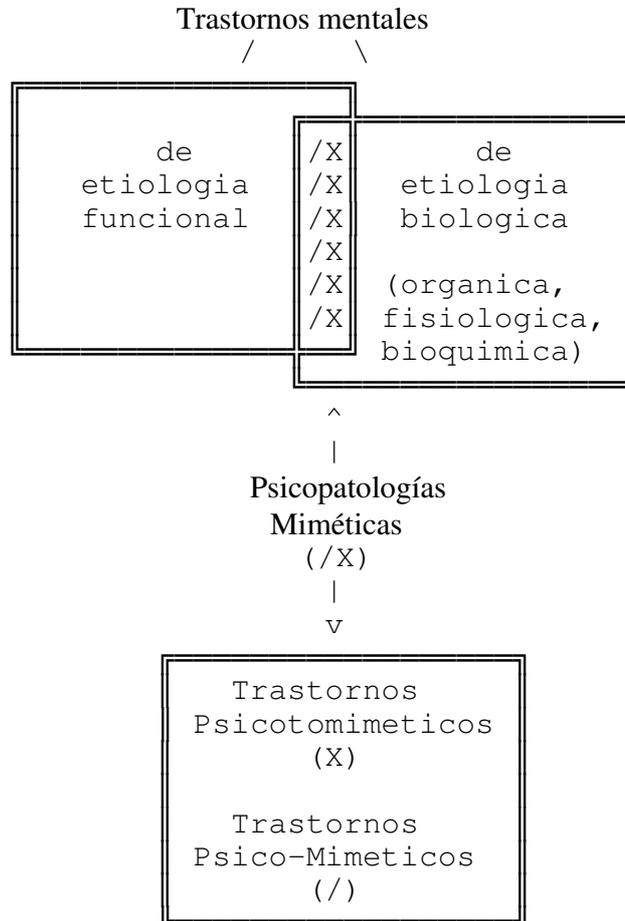
*Psico-mimético* es el nombre para los trastornos que Phillip Solomon y Vernon D. Patch mencionan sin haberle ellos dado nombre específico, cuando se refieren a la:

---

<sup>167</sup> CHERASKIN., "Psychodietetics", p. 100.

"...evaluación de los componentes separados funcionales y orgánicos de la psicopatología... para revelar un componente orgánico de la psicopatología que pudo haber eludido el examen neurológico o de laboratorio"<sup>168</sup>.

El siguiente esquema ilustra gráficamente lo anterior:



Es decir, que los trastornos mentales pueden tener dos tipos de etiología: funcional y biológica. Algunos de los trastornos mentales de origen funcional y algunos de los trastornos mentales de origen biológico se prestan a confusión, pudiendo: A) ser de origen funcional y diagnosticarse como de origen orgánico, y B) ser de origen orgánico y diagnosticarse como de origen funcional; estos forman el grupo de psicopatologías miméticas (/X). Las patologías miméticas, a su vez, se clasifican en dos grupos: A) los trastornos psicotomiméticos (simbolizados por la X), y B) los trastornos psico-miméticos (representados por el símbolo /).

Los trastornos psico-miméticos, de acuerdo con este libro, no necesariamente, y no siempre son diagnosticados por el especialista como trastornos de etiología biológica en el acto preciso de estar mimetizando un trastorno funcional; y se considera que los factores más importantes que contribuyen a ello son:

<sup>168</sup> SOLOMON, op. Cit., p. 67.

A) EL PACIENTE. En algunos pacientes la misma sintomatología puede deberse a un factor biológico; en otros a un factor psicógeno; e incluso en otros pacientes a una causa mixta biológica-psicógena.

B) LAS CIRCUNSTANCIAS. En el mismo paciente puede ser una *psicopatología mimética* en una ocasión, puramente funcional en otra, y mixta en algunas otras.

C) EL ESPECIALISTA QUE DIAGNOSTICA. Según la cantidad, calidad y tipo de conocimientos que tenga; experiencia; visión diagnóstica; corriente teórica psicopatológica; apreciación subjetiva de los síntomas; negligencia; acceso a técnicas e instrumentos de detección de vanguardia (como electrocardiógrafo, electroencefalógrafo, polígrafo, scanners, y otros). Un especialista puede detectar trastornos en el acto de mimetizar, en unos pacientes sí y en otros no.

El Dr. Mark S. Gold considera que "Eliminar los mimetizadores debiera ser el primer paso en un proceso diagnóstico exhaustivo"<sup>169</sup>. Un diagnóstico exhaustivo que considere la posibilidad de los trastornos psico-miméticos, ayudaría a evitar algunas situaciones desafortunadas como las que relata Whittaker cuando refiere una investigación realizada por Rosenhan en 1973, en la cual siete individuos sanos deliberadamente pretendieron padecer enfermedad mental y solicitaron admisión a hospitales psiquiátricos; sorprendentemente todos ellos fueron diagnosticados como esquizofrénicos aún cuando sólo estaban fingiendo para fines de la investigación<sup>170</sup>. Una investigación complementaria a la anterior, fue un experimento posterior realizado también de Rosenhan: previno al personal de un hospital de investigaciones, de que uno o más pseudopacientes (personas sanas fingiendo trastornos mentales) solicitaría admisión en algún momento dentro de los tres meses siguientes, alertándolos para que no se dejaran engañar, y solicitándoles que los detectaran oportunamente. En realidad nunca hubo ningún pseudopaciente, sin embargo, el hospital detectó a 41 supuestos falsos pacientes en dicho período<sup>171</sup>.

Se concluye que es muy importante que, para que el psicólogo clínico pueda realizar un diagnóstico etiológico preciso, y una propuesta terapéutica acertada, el saber que existen trastornos mimetizadores, y trastornos mimetizables; y conocer sus características. Esto le permitirá estar alerta ante la posible presencia de alguno de ellos, y así buscar un diagnóstico diferencial preciso.

En el capítulo que sigue se presenta un compendio de los principales trastornos mimetizadores de psicopatologías funcionales.

---

<sup>169</sup> GOLD, op. Cit., p. 155.

<sup>170</sup> WHITTAKER, op. Cit., p. 614.

<sup>171</sup> Ibid.

## CAP. VII ALGUNOS MIMETIZADORES PSICOPATOLOGICOS

A continuación se describen brevemente los trastornos mimetizadores que a la fecha se han detectado, y que más comúnmente se presentan en la clínica psicopatológica. La mayoría de los trastornos mimetizadores, tienen capacidad para mimetizar dos o más psicopatologías de origen funcional, por lo que después de describir las características nosológicas del mimetizador, se detallan los trastornos que más comúnmente mimetiza.

### 1.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLOGICO

#### 1.1 ALERGIAS

Aproximadamente un 20 a 25 por ciento de las personas nacen con una predisposición congénita de tipo alérgica: alergia al pelo de animal, a las plumas de aves, al polen y otras. Los niños alérgicos sufren de fatiga, desánimo, flojera, piel pálida, ojeras, síndrome de fatiga<sup>172</sup>. La deficiencia del *Pantotenato de calcio*, una de las vitaminas del *complejo B*, y de la vitamina C, pueden actuar como desencadenantes en la predisposición a las alergias<sup>173</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LAS ALERGIAS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos somatomorfos*<sup>174</sup>.

#### 1.2 ENFERMEDADES REUMATICAS

El DSM-IV reconoce que la depresión correlaciona con las enfermedades reumáticas, cuando menciona que:

"...en algunos casos el desarrollo de una enfermedad médica o la presencia de una discapacidad asociada pueden precipitar o agudizar un trastorno mental sin una explicación fisiológica conocida (p. ej., la discapacidad asociada a la osteoartritis puede desempeñar un papel en el desarrollo de síntomas depresivos o de episodios de depresión mayor, pero se desconoce el mecanismo fisiológico que vincula la artritis y los síntomas depresivos".<sup>175</sup>

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LAS ENFERMEDADES REUMATICAS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos somatomorfos*<sup>176</sup>.

---

<sup>172</sup> FEINGOLD, op. Cit., p. 70.

<sup>173</sup> FAELTEN, "Vitaminas para mejorar su salud", pp. 88, 112.

<sup>174</sup> WALKER, op. Cit., p. 121.

<sup>175</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 174.

<sup>176</sup> WALKER, op. Cit., p. 121.

### 1.3 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es producido por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Una de las características sobresalientes de éste síndrome es que la supresión del sistema inmunitario permite que las enfermedades llamadas *oportunistas* invadan el cuerpo del paciente. Se les llama oportunistas porque aprovechan la respuesta inmunitaria relativamente paralizada para invadir el cuerpo con éxito: pulmonía, criptosporidiosis, isosporiasis, stronglyoidiasis, candidiasis, herpes zoster neoplásico, tuberculosis, salmonelosis, sarcoma de Kaposi, y linfoma de Burkitt, entre otras<sup>177</sup>. Dentro de las enfermedades oportunistas que atacan a las personas con SIDA, existen algunas que causan como efecto colateral, signos y síntomas que mimetizan trastornos mentales; y estas son: Toxoplasmosis, que produce una amplia variedad de complicaciones neurológicas incluyendo encefalopatía, dolor de cabeza, fiebre, confusión; Criptococosis, infección por hongos que puede afectar a los pulmones y causa meningitis; Citomegalovirus, que provoca demencia por encefalopatía; herpes simplex, que puede causar encefalitis; Leucoencefalopatía multifocal progresiva, que provoca cambios mentales orgánicos y neurológicos; y un cáncer del tejido linfático a nivel cerebral<sup>178</sup>.

Adicionalmente a lo anterior, el virus del SIDA, por sí mismo, selecciona y destruye las células del cerebro, ya que tiene la capacidad para penetrar a través de la barrera hematoencefálica, produciendo trastornos mentales<sup>179</sup>. El problema mental más común encontrado en las personas con SIDA es la demencia, pero también se presenta depresión, apatía, ansiedad, aislamiento social, dificultades de equilibrio, debilidad, temblores, incontinencia, crisis convulsivas y psicosis<sup>180</sup>. Masters señala que en 1985 "se estableció claramente que la demacración y la demencia eran características comunes del síndrome del SIDA"<sup>181</sup>.

El DSM-IV establece por su parte que:

"...demencia que se estima como un efecto fisiopatológico de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los hallazgos neuropatológicos más frecuentes incluyen la destrucción multifocal difusa de la sustancia blanca y de las estructuras subcorticales...Las manifestaciones comportamentales más frecuentes son apatía, retraimiento social, delirium ocasional, ideas delirantes o alucinaciones...La demencia asociada con infección por VIH puede ser resultado de tumores acompañantes del sistema nervioso central o de infecciones oportunistas"<sup>182</sup>.

Por otra parte, el DSM-IV señala que también puede provocar Cambio de Personalidad<sup>183</sup> y trastornos del estado de ánimo.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *delirium*,

<sup>177</sup> MASTERS William et. al., "Crisis", pp. 178-181.

<sup>178</sup> Ibid.

<sup>179</sup> Ibid., p. 28.

<sup>180</sup> Ibid., p. 181.

<sup>181</sup> Ibid., p. 22.

<sup>182</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 154.

<sup>183</sup> Ibid., p. 178.

*demencia, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, cambio de personalidad, trastornos del estado de ánimo.*

## **2.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

### **2.1 COREA DE HUNTINGTON**

Es un trastorno neurológico progresivo, de origen hereditario autosómico dominante, con tendencia a la locura y al suicidio<sup>184</sup>, que afecta el movimiento muscular y produce trastornos del habla, marcha defectuosa, movimientos estereotipados y extrapiramidales, y gestos faciales. Puede cursar mucho tiempo sin diagnóstico, causando problemas de carácter y de conducta<sup>185</sup>. Trimble observa que:

"con frecuencia se registran oscilaciones depresivas unipolares antes de la presentación de los movimientos coreiformes. Se ha informado de una frecuencia muy alta de intentos suicidas, en algunos pacientes incluso antes de saber que ellos o algún miembro de la familia tienen corea de Huntington"<sup>186</sup>.

Refiere también Trimble que, de acuerdo con investigaciones en el mundo occidental, muchos pacientes han ingresado a un hospital con el diagnóstico de esquizofrenia, mucho antes de que se les presentara la corea<sup>187</sup>. Este trastorno también es conocido como enfermedad de Woody Guthrie, ya que el cantante popular americano de ese nombre murió en 1967 después de padecer durante 13 años dicho mal; y que durante años fue equivocadamente diagnosticado como alcohólico<sup>188</sup>. Los primeros indicios conductuales son desaseo, despreocupación por las normas sociales, explosiones de violencia, depresión, irritabilidad, pérdida de la memoria, euforia, delirium, alucinaciones, pensamientos suicidas<sup>189</sup>, conducta irresponsable, promiscuidad, falta de interés en la vida familiar y alcoholismo<sup>190</sup>. Caso señala que en los casos de inicio adolescente o juvenil, se presentan trastornos de conducta: antisociales, labilidad emocional, depresión, promiscuidad sexual, abuso de drogas y alcohol, y que "en ocasiones erróneamente se piensa en un proceso reactivo, pero sin duda se trata de las primeras manifestaciones del proceso hereditario"<sup>191</sup>. En los casos de manifestación tardía, se presenta depresión, irritabilidad, hostilidad, excitación y trastornos de conducta, mal humor, impaciencia, irritabilidad, tendencia al suicidio en la mujer y al homicidio en los hombres. También hace notar Caso, que "los síntomas mentales pueden aparecer años antes de la corea"<sup>192</sup>, "y el diagnóstico diferencial...puede ser difícil"<sup>193</sup>. con síntomas de ansiedad, depresión, cuadros esquizofrénicos (especialmente catatónicos y paranoides), tics, tendencia a la promiscuidad, falta de inhibición sexual y tendencia

---

184 TRIMBLE, op. Cit., p. 299.

185 WALKER, op. Cit., pp. 114-115; GOLD, op. Cit., p. 273

186 TRIMBLE, op. Cit., p. 300.

187 Ibid.

188 GOLD, op. Cit., p. 272; DAVISON, op. Cit., pp. 493-494.

189 DAVISON, op. Cit., p. 493.

190 TRIMBLE, op. Cit., p. 300.

191 CASO Muñoz, Agustín, "Fundamentos de psiquiatría", p. 605.

192 Ibid., p. 606.

193 Ibid., p. 608.

a la fecundidad<sup>194</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar *trastorno del estado de ánimo*<sup>195</sup>.

El DSM-IV indica que "el inicio de la enfermedad va precedido por cambios insidiosos del comportamiento y la personalidad, que incluye depresión, irritabilidad y ansiedad...A veces hay síntomas psicóticos"<sup>196</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA COREA DE HUNTINGTON, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno antisocial de la personalidad, trastornos depresivos, trastorno bipolar hipomaniaco*<sup>197</sup>, *demencia, delirium, esquizofrenia*<sup>198</sup> y *cambio de personalidad*<sup>199</sup>.

## 2.2 EPILEPSIA

En la epilepsia, los ritmos eléctricos normales del cerebro son alterados por descargas eléctricas anormales que producen los llamados *ataques epilépticos*. De acuerdo con la clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia las formas de epilepsia más importantes son las convulsiones parciales, y las convulsiones generalizadas<sup>200</sup>. Las convulsiones parciales son de origen focal, y las convulsiones generalizadas, son causadas por trastornos bilaterales generalmente simétricos.

Las convulsiones parciales a su vez, se clasifican en simples y complejas; éstas últimas con trastornos de conciencia, del pensamiento, percepción, conducta, y de los afectos<sup>201</sup>. Las dos variantes más comunes de convulsiones generalizadas son: A) las ausencias simples, en que el paciente siente de pronto que todo a su alrededor cambia, pero no pierde el conocimiento, e inmediatamente comienza a percibir de nuevo correctamente lo que le rodea<sup>202</sup>, y B) epilepsia de tipo *pequeño mal*, en que el paciente simplemente deja de moverse, pierde el conocimiento sin caerse, y se queda con la mirada perdida en el espacio, dándose el caso de que muchas veces ni el enfermo mismo se da cuenta de haber tenido un ataque<sup>203</sup>. y B) las convulsiones compuestas, que involucran actividad muscular tónico-clónica, conocidas como *gran mal*<sup>204</sup>, en que el ataque se presenta súbitamente, con pérdida de la conciencia, y contracciones tónico clónicas seguidas por contracciones clónicas, y luego un período acinético.

Los factores etiológicos que se han reconocido para la epilepsia son los siguientes<sup>205</sup>:

A) PRENATALES: herencia, malformaciones cerebrales, rubéola, lesiones durante el parto, hipoxia, trauma.

<sup>194</sup> Ibid.

<sup>195</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 376.

<sup>196</sup> Ibid., pp. 155-156, 178.

<sup>197</sup> WALKER, op. Cit., pp. 114-115; GOLD, op. Cit., p. 272; DAVISON, op. Cit., p. 493.

<sup>198</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 139, 299.

<sup>199</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>200</sup> Citado en: TRIMBLE, op. Cit., p. 234.

<sup>201</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 139, 299.

<sup>202</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 323.

<sup>203</sup> GOLD, op. Cit., p. 162.

<sup>204</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 233-236.

<sup>205</sup> Ibid., pp. 241-243.

B) POSTNATALES: Hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, desequilibrio de líquidos y electrolitos, porfiria, defectos en el metabolismo de los aminoácidos, traumatismo craneal, tumores intracraneales, accidentes cerebrovasculares, trastornos degenerativos neurológicos, Sturge-Weber, esclerosis tuberosa, esclerosis temporal mesial, esclerosis del hipocampo, infecciones (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis, cisticercosis, sífilis, entre otras), abstinencia por drogas (en especial alcohol y barbitúricos), deficiencia de vitamina B<sub>6</sub>, envenenamiento por plomo o estricnina, y fiebres muy elevadas.

Como psico-mimetizadoras, en este apartado se analizan dos formas de epilepsia, las cuales son variables de las convulsiones parciales complejas: A) epilepsia del lóbulo temporal, y B) epilepsia psicomotora, ésta última también conocida como epilepsia Jacksoniana<sup>206</sup>:

A) EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL. En la Epilepsia de Lóbulo temporal, las descargas pueden producir llanto, gritos, golpes, mordidas, conducta errática, bizarra y violenta, con amnesia posterior, fuga en la fantasía, inestabilidad en los estudios o el trabajo, y conductas suicidas<sup>207</sup>. También se presentan alucinaciones visuales, auditivas u olfatorias, ilusiones, distorsiones del tiempo, pánico, depresión y euforia<sup>208</sup>. Otros trastornos asociados a la epilepsia son el delirium, conducta agresiva, hiposexualidad, hiperreligiosidad, estados paranoides o psicosis esquizofreniforme, trastornos de la memoria, ansiedad, y depresión<sup>209</sup>. Puede haber crisis de ansiedad o de depresión<sup>210</sup>. Además, en los niños puede causar hiperactividad<sup>211</sup>. El DSM-IV hace notar que "el trastorno psicótico debido a la epilepsia puede presentarse muchos años después del inicio de las crisis comiciales"<sup>212</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno por estrés post-traumático*<sup>213</sup>, *trastornos de ansiedad*, *trastornos depresivos*, *trastorno histriónico de la personalidad*, *cambio de personalidad*<sup>214</sup>, *delirium*, *trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo*, *esquizofrenia*<sup>215</sup>.

B) EPILEPSIA PSICOMOTORA. Esta forma de epilepsia es causada por descargas eléctricas en el área motora cerebral. Produce visión borrosa, dolor de cabeza, debilidad, dolor de brazos, mareos, piel seca, estreñimiento, estados de ensoñación, enuresis, ausencias, entumecimientos, lagunas mentales<sup>216</sup>. Davison refiere que "con frecuencia la conducta de estas personas es psicótica"<sup>217</sup>. De hecho la epilepsia ha sido definida como una enfermedad *eminente criminalológica*, ya que pueden presentarse *ausencias con automatismo*, caracterizadas por pérdida de control de conciencia acompañándose de actividad automática, es decir, sin control de la voluntad consciente, y que no dejan recuerdo alguno<sup>218</sup>. El término

---

206 Ibid.

207 Ibid., p. 46.

208 Ibid., pp. 236-250.

209 Ibid., pp. 139, 147-148, 250-256.

210 CASO, op. Cit., p. 99.

211 TRIMBLE, op. Cit., pp. 233-236.

212 AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 173.

213 FEINGOLD, op. Cit., p. 70.

214 AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

215 GOLD, op. Cit., pp. 162-163; TRIMBLE, op. Cit., pp. 233-236.

216 WALKER, op. Cit., pp. 117-118.

217 DAVISON, op. Cit., p. 505.

218 TOCAVEN, Roberto., "Menores infractores", pp. 28-29.

automatismo fue acuñado por Hughlings Jackson para describir "todas aquellas acciones después de un ataque epiléptico, desde los pequeños caprichos hasta los actos homicidas"<sup>219</sup>. Una persona con epilepsia psicomotora aún cuando normalmente lleve una vida tranquila, puede en una crisis epiléptica tener una conducta sociopática, incluso asesinar, y no recordar después lo sucedido<sup>220</sup>. Signos y síntomas: Inestabilidad del estado de ánimo, explosividad, alteración de los afectos, pesimismo, inhibición de la acción, descargas agresivas, tendencias suicidas. También es factor etiológico del delirium<sup>221</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar Cambio de Personalidad<sup>222</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA EPILEPSIA PSICOMOTORA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastorno bipolar, hipocondría, trastorno histriónico de la personalidad, delirium*<sup>223</sup> y *cambio de personalidad*.

### 2.3 SINDROME DE LANDAU KLEFFNER

Puede ser causado por infección, disfunción del sistema inmunológico, o daño cerebral por hipoxia debida a repetidos ataques epilépticos. Su diagnóstico requiere un Electroencefalograma específico. Los signos y síntomas que presenta mimetizan los del trastorno autista<sup>224</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE LANDAU KLEFFNER, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno autista*.

### 2.4 SINDROME DE LA TOURETTE

Es un trastorno que se transmite por mecanismos de la herencia genética. Gilles de la Tourette presentó en 1885 los primeros ocho casos de este trastorno en 1885. Produce alteraciones del comportamiento que pueden ser equivocadamente diagnosticadas como hiperactividad o problemas de conducta<sup>225</sup>. Signos y síntomas: tics musculares y verbales múltiples, estereotipados e involuntarios, que sólo se reducen o controlan brevemente mediante esfuerzo voluntario y desaparecen durante el sueño, siendo una enfermedad perpetua y crónica<sup>226</sup>. También hay coprolalia, copropraxia, ecolalia, ecopraxia y palilalia. En la infancia se presentan problemas de percepción y una marcada hiperactividad con movimientos simples y complicados como saltar, agacharse, golpear, tocar, bailar, imitar y reacciones de sorpresa<sup>227</sup>. Los tics vocales incluyen silbidos, ladridos, gruñidos, bufidos, oler, toser, sonidos ininteligibles, claquear, chuparse los labios, escupir y fenómeno de eco<sup>228</sup>. Trimble señala que "no es raro que los pacientes a los que se les diagnostica, se les haya diagnosticado primero corea"<sup>229</sup>.

<sup>219</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 237.

<sup>220</sup> SIERRA, Angell O. de la., "Bocetos para una Biopsicosociología", p. 127.

<sup>221</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>222</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>223</sup> WALKER, op. Cit., pp. 117-118; SIERRA, op. Cit., p. 127; TOCAVEN, op. Cit., pp. 28-29; TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>224</sup> Ibid., pp. 32-33.

<sup>225</sup> Ibid., pp. 107-115.

<sup>226</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 311-312.

<sup>227</sup> Ibid.

<sup>228</sup> Ibid.

<sup>229</sup> Ibid.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE LA TOURETTE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno disocial.*

## 2.5 SINDROME DE MUCHAUSEN

Es un trastorno que el DSM clasifica como *facticio*; término al que dicho manual da el significado de imitación. Se caracteriza por cambios en la materia blanca del cerebro, causado por esclerosis múltiple, infecciones, exposición a sustancias tóxicas o trastornos vasculares<sup>230</sup>. Las características clínicas que mimetiza son las de la Hipocondriasis<sup>231</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE MUNCHAUSEN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Hipocondria.*

## 2.6 SINDROME DE PARKINSON.

James Parkinson describió por primera vez esta enfermedad en 1817. Es un desorden que causa problemas motores: temblores musculares en miembros, cuello y rostro cuando éstos se encuentran en reposo; rigidez muscular, aquinesia (incapacidad para iniciar movimientos). El equilibrio se vuelve deficiente, la marcha es rígida con la parte superior del cuerpo proyectándose más adelante de las piernas. Entre los síntomas psicológicos se encuentran: dificultad de concentración, apatía, aislamiento social, problemas de conducta, depresión, deterioro intelectual<sup>232</sup>, y demencia<sup>233</sup>. El DSM-IV señala que la demencia se presenta en aproximadamente del 20 al 60 por ciento de los enfermos de Parkinson, y el deterioro se exacerba con la depresión<sup>234</sup>. También indica que puede provocar *Trastorno del estado de ánimo*<sup>235</sup>. Trimble señala que "reconocerla tempranamente puede ser difícil, en especial si se presenta sin temblor...no es raro que se presente como trastorno afectivo y que lleve el diagnóstico erróneo de depresión"<sup>236</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE PARKINSON, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, demencia*<sup>237</sup>, *trastornos del estado de ánimo.*

## 2.7 TRASTORNO POSCONMOCIONAL

<sup>230</sup> WALKER, op. Cit., p. 119.

<sup>231</sup> Ibid.

<sup>232</sup> DAVISON, op. Cit., p. 495; TRIMBLE, op. Cit., p. 293.

<sup>233</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 294.

<sup>234</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 155.

<sup>235</sup> Ibid., p. 376.

<sup>236</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 295.

<sup>237</sup> WALKER, op. Cit., p. 48; DAVISON, op. Cit., p. 495; TRIMBLE, op. Cit., p. 295.

Es una condición en la cual los signos y síntomas aparecen como resultado directo de daños severos por traumatismo cerebral, y que también se le llama síndrome post-concusión. Los traumatismos cerebrales se clasifican en abiertos y cerrados; abiertos cuando se fracturan los huesos del cráneo lesionando las meninges y el tejido cerebral, y cerrados cuando no hay fracturas craneales. A su vez, los traumatismos cerrados se clasifican en conmociones (manifestaciones generales del traumatismo cerrado), y contusiones (manifestaciones locales de un sector cerebral golpeado).

En el período agudo de un traumatismo de fuerza considerable, se presenta la pérdida completa del conocimiento. En algunos casos, al salir de este coma traumático, se observa una *psicosis traumática aguda*, que puede presentarse como delirante y de Korsakoff, con alucinaciones visuales y auditivas, ideas delirantes de persecución, inquietud, terror y excitación motora<sup>238</sup>. La forma delirante puede durar algunos días, y la forma de Korsakoff hasta algunos meses, e incluso puede degenerar en demencia<sup>239</sup>.

Las secuelas del traumatismo craneal dependen en gran medida del sitio de la lesión; las lesiones del lado izquierdo tienden a producir psicosis, las lesiones bilaterales se relacionan con demencia y síndrome amnésico, lesiones temporales se asocian a cambios del carácter como apatía, euforia y desinhibición; y lesiones en el lóbulo temporal con psicosis<sup>240</sup>, depresión, ansiedad generalizada, ataques de pánico, cambio de estado de ánimo, y cambios de personalidad<sup>241</sup>, aunque Trimble encuentra que "la depresión, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración tienen sólo una débil asociación con el sitio de la lesión"<sup>242</sup>. También puede provocar delirium<sup>243</sup>, y ataques epilépticos<sup>244</sup>. Por otro lado, el síndrome post-concusión puede dar lugar a hiperventilación<sup>245</sup>, que a su vez puede mimetizar psicopatología.

Cuando el traumatismo es grave, generalmente se produce amnesia tanto retrógrada como anterógrada<sup>246</sup>. Sin embargo, aún traumatismos cerrados y muy discretos, pueden dar lugar a síntomas subsecuentes debido a la pérdida de neuronas. Groat y Simons señalan que "habrá cierta pérdida celular en todas las concusiones, incluso en las extremadamente leves y en algunas subconcusiones"<sup>247</sup>. Pudenz y Sheldon descubrieron que, debido a la inercia cerebral, después de que el cráneo se mueve por un golpe, existen movimientos de la masa cerebral con estiramiento de los tejidos que ocasionan laceraciones, desgarre de las venas superficiales y daño cerebral consecuente<sup>248</sup>. De hecho, se llama *psicosis traumática* a las manifestaciones que aparecen al cabo de muchos años de sufrido el traumatismo, con un cuadro clínico variable, pero que puede presentarse en la forma alucinatoria-paranoide, catatónica, depresiva, paroxinal, delirante y de Korsakoff, con síntomas de astenia, labilidad emocional, explosiones afectivas, trastornos vegetativos y vestibulares y debilidad de la memoria<sup>249</sup>. El DSM-IV refiere que puede provocar el trastorno catatónico<sup>250</sup>, y cambio de personalidad<sup>251</sup>. Un factor que contribuye a la mimetización,

---

<sup>238</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 255-260.

<sup>239</sup> Ibid.

<sup>240</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 189-190.

<sup>241</sup> GOLD, op. Cit., p. 164; AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>242</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 190.

<sup>243</sup> Ibid., p. 139.

<sup>244</sup> Ibid., pp. 189, 241-242; SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 259.

<sup>245</sup> GOLD, op. Cit., p. 165.

<sup>246</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 188.

<sup>247</sup> GROAT y Simmons, citado en: TRIMBLE, op. Cit., pp. 192-193.

<sup>248</sup> PUDENZ y Sheldon, citado en: TRIMBLE, op. Cit., pp. 192-193.

<sup>249</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 260.

<sup>250</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 175.

es que la psicosis traumática tardía aparece cuando la persona sufre de factores desfavorables suplementarios, como el estrés, el cansancio excesivo, las infecciones y el abuso del alcohol<sup>252</sup>, y así Sluchevski previene diciendo:

"A veces es difícil delimitar la psicosis traumática tardía con sus diversas formas, de la paranoia, la parafrenia, la esquizofrenia y las psicosis maniaco-depresivas, epiléptica y reactiva<sup>253</sup>...y no se debe tomar como una psicosis cuya etiología viene determinada por tales factores suplementarios, aunque estos se hallen presentes"<sup>254</sup>.

También hace notar que la psicosis traumática tardía es remitente y recidivante al influjo de factores suplementarios posteriores, y que cada ataque es más intenso el daño psíquico, hasta terminar posiblemente en demencia traumática<sup>255</sup>.

La *encefalopatía traumática de los boxeadores* se presenta en boxeadores que han sufrido muchos *knock-outs*. Se caracteriza por cambio de personalidad<sup>256</sup>, inestabilidad del humor, descargas impulsivas de ira, odio, violencia o afecto, pudiendo llegar a la violencia; existe celotipia, ansiedad, depresión, alteración de los patrones del sueño, y se puede presentar psicosis de tipo paranoide, deterioro intelectual y demencia<sup>257</sup>. Caso señala que "la gravedad del síndrome no está en proporción con la intensidad del traumatismo. Traumatismos discretos pueden desencadenar síntomas subjetivos excesivamente molestos"<sup>258</sup>.

Aunque los síntomas postconciencia pueden presentarse junto con, e incluso confundirse con la neurósis postraumática, ambas entidades nosológicas podrían ser distinguidas diferencialmente. Las principales características de la neurosis postraumática son: depresión, exageración de los defectos preexistentes de la personalidad, elaboración de síntomas tanto de palabra como de hecho, componentes histéricos y otros síntomas indefinidos<sup>259</sup>. Sin embargo, Stenger afirma que:

"...con frecuencia un síndrome neurótico se desarrolla a partir de un núcleo de síntomas debidos a daño estructural, especialmente cuando el último es leve. Es inútil intentar diferenciar la superestructura neurótica de lo que se denomina su base orgánica"<sup>260</sup>.

A su vez, Sluchevski señala que "el desarrollo histérico postraumático se debe a la debilitación por el trauma cerebral de las células nerviosas de la corteza, lo que da base para la aparición de trastornos histéricos"<sup>261</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL TRASTORNO POSCONMOCIONAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos*,

251 Ibid., p. 178.

252 SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 261.

253 Ibid., p. 266

254 Ibid., p. 261.

255 Ibid.

256 AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

257 CASO, op. Cit., pp. 622-623.

258 Ibid.

259 TRIMBLE, op. Cit., p. 192, SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 259.

260 STENGEL, citado en: TRIMBLE, op. Cit., pp. 192-193.

261 SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 259.

*trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por angustia sin agorafobia, trastornos del estado de ánimo, demencia, delirium, cambio de personalidad y trastorno catatónico.*

## 2.8 ESCLEROSIS MULTIPLE

Es una enfermedad neurológica, crónica y degenerativa que ataca las cubiertas protectoras de los nervios produciendo desmielinización. Inicialmente, los pacientes pueden experimentar hormigueos en brazos y piernas, alteraciones de la visión, y debilidad acompañada de euforia inexplicable o depresión<sup>262</sup>. También puede presentarse vértigo, parestesias, debilidad, impotencia, cambios de estado de ánimo, predisposición histérica, demencia y parece haber relación con la psicosis esquizofreniforme<sup>263</sup>. Conforme la enfermedad avanza, aparecen una serie de síntomas degenerativos entre los cuales se encuentra la pérdida de control de los esfínteres, trastornos de la vejiga, y habla defectuosa. Pueden existir períodos de remisión, después de los cuales la enfermedad regresa con síntomas más severos. Las alteraciones en la conducta y el estado de ánimo pueden ser interpretadas equivocadamente como alteraciones emocionales debido a que no son constantes<sup>264</sup>. Trimble señala que "En algunas ocasiones, la manifestación como una enfermedad psiquiátrica ocurre muchos años antes de que se desarrollen los signos neurológicos"<sup>265</sup>. Esto es propicio para el fenómeno de psico-mimetización.

Cuando la enfermedad afecta los lóbulos cerebrales temporal y frontal, el resultado puede ser un comportamiento bizarro que a menudo mimetiza trastornos psiquiátricos incluyendo ansiedad<sup>266</sup>. Otros síntomas mentales son: estados de euforia, depresión, labilidad emocional, deterioro mental, episodios psicóticos, síntomas histéricos, ansiedad<sup>267</sup>, demencia<sup>268</sup> y psicosis<sup>269</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ESCLEROSIS MULTIPLE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, trastorno bipolar hipomaníaco, trastornos de ansiedad, y demencia.*

## 2.9 PSICOSIS DESINTEGRATIVA DE TIPO NO PROGRESIVA

Es un trastorno dismielinizante; condición en que existe una anomalía en el desarrollo de las vainas de mielina en las neuronas, debida a un defecto enzimático, y que se diferencia de los trastornos desmielinizantes donde la mielina ya desarrollada es destruida, como en la esclerosis múltiple. La psicosis desintegrativa no progresiva se caracteriza por un desarrollo normal durante pocos años, seguido de pérdida de las habilidades sociales y del habla, con deterioro de las relaciones interpersonales, después de un evidente daño cerebral, encefalitis, o "en ausencia de una enfermedad orgánica detectable".<sup>270</sup>

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA PSICOSIS DESINTEGRATIVA NO PROGRESIVA, SEGUN LA CLASIFICACION DEL DSM-IV: *trastornos depresivos.*

---

<sup>262</sup> GOLD, op. Cit., p. 165.

<sup>263</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 205-207.

<sup>264</sup> GOLD, op. Cit., p. 165.

<sup>265</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 208.

<sup>266</sup> GOLD, op. Cit. p. 165.

<sup>267</sup> CASO, op. Cit., p. 611.

<sup>268</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>269</sup> GOLD, op. Cit., p. 165; TRIMBLE, op. Cit., p. 208.

<sup>270</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 208.

### 3.-ENFERMEDADES ENDOCRINAS

#### 3.1 DIABETES MELLITUS

Es un trastorno que se caracteriza por altos niveles de azúcar en la sangre (hiperglicemia), y bajos niveles de insulina; que se presentan de manera crónica y son suficientemente severos como para producir disfunción cerebral. Signos y síntomas: poliuria, polidipsia, polifagia, malos hábitos alimenticios, apatía, atonía muscular, desánimo, fatiga crónica, irritabilidad, agresividad, mareos, náuseas, pérdida del equilibrio, estados de desorientación, deterioro intelectual, cambios de personalidad, comportamiento errático, ansiedad, descargas agresivas y problemas similares a los ataques epilépticos<sup>271</sup>. También puede provocar apatía y depresión<sup>272</sup>, trastornos de ansiedad<sup>273</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DIABETES MELLITUS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés post-traumático.*

#### 3.2 ENFERMEDAD DE ADDISON

También conocida como insuficiencia adrenocortical. La corteza suprarrenal tiene importancia primordial en la activación de las respuestas de emergencia y en necesidades energéticas, mediante la secreción de la hormona cortisona. La insuficiencia crónica de cortisona produce la enfermedad descrita por primera vez por el médico Thomas Addison<sup>274</sup>. Cuando se presenta la enfermedad, el paciente baja de peso, tiene presión arterial baja, se cansa rápidamente y pierde interés en sus actividades. Signos y síntomas: Manchas color café dentro de la boca, coloración café en la piel, impotencia sexual, depresión, fatiga crónica, pérdida de memoria, debilidad<sup>275</sup>. La enfermedad se presenta de forma insidiosa, con fatigabilidad progresiva, anorexia, náusea, vómito, pérdida de peso, pigmentación de tegumentos y mucosas, hipotensión y en ocasiones hipoglucemia, hipotensión, apatía, negativismo, depresión, irritabilidad, confusión, delirium, estupor, coma y ocasionalmente convulsiones<sup>276</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar Cambio de Personalidad<sup>277</sup> y trastornos del estado de ánimo<sup>278</sup>. La etiología del trastorno es variada: traumatismos, operaciones, infecciones, ayunos prolongados, necrosis pituitaria, septicemia meningocócica, coccidioidomycosis adrenal<sup>279</sup>. Los niveles altos de cloro pueden debilitar las glándulas adrenales, lo cual puede llevar a la insuficiencia adrenocortical.

---

<sup>271</sup> WALKER, op. Cit., pp. 42, 47, 59-60, 99-100, 156; GOLD, op. Cit., p. 160.

<sup>272</sup> CASO, op. Cit., p. 629.

<sup>273</sup> GOLD, op. Cit., p. 160.

<sup>274</sup> DAVISON, op. Cit., p. 502.

<sup>275</sup> WALKER, op. Cit., p. 175.

<sup>276</sup> CASO, op. Cit., pp. 473, 635.

<sup>277</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>278</sup> Ibid., p. 376.

<sup>279</sup> CASO, op. Cit., p. 635.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD DE ADDISON, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastorno límite de la personalidad, cambio de personalidad, trastornos del estado de ánimo*.

### 3.3 ENFERMEDAD DE HODGKIN

Esta enfermedad es una forma de cáncer de los tejidos linfáticos formadores de sangre, también conocida como linfogranulomatosis. Sus signos y síntomas son una tumefacción e inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, axila, ingle y del bazo. Frecuentemente se presenta con fiebre discreta e irregular, escozor en la piel, adelgazamiento, anemia, y dolor de cuerpo. Los síntomas psico-emocionales son: cansancio, desánimo, y fatiga crónica<sup>280</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD DE HODKIN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno histriónico de la personalidad*<sup>281</sup>.

### 3.4 FEOCROMOCITOMA

Es un trastorno endocrino que lleva al organismo a segregar hormonas que pueden espontáneamente disparar un ataque de ansiedad. El trastorno se debe a un tumor del tejido cromafín, acompañado de síntomas de ansiedad intensa, temblor, hipertensión arterial, problemas de atención, cefalea, sudoración, vómito, palpitaciones, debilidad, vértigos, nerviosismo, angustia, palidez facial, disnea, dolor abdominal, dilatación pupilar, metabolismo basal elevado, glucosuria intermitente, incremento de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en la orina y en la sangre<sup>282</sup>. El Dr. Mark S. Gold se refiere a este trastorno como una causa común de diagnóstico psiquiátrico equivocado<sup>283</sup>. Puede ser causado por pequeños tumores en la médula, lo que a su vez lleva a niveles excesivos de catecolaminas. Signos y síntomas: Cefaleas, náusea, dificultad respiratoria, taquicardia, vértigo, palidez, episodios de ansiedad y presión arterial alta. Los ataques de feocromocitoma pueden ser desencadenados por la risa, el estornudo, la relación coital, orinar, estrés emocional y otros fenómenos aparentemente no relacionados<sup>284</sup>. El DSM-IV también hace notar que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>285</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL FEOCROMOCITOMA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*.

### 3.5 HIPERTIROIDISMO

Esta enfermedad también es conocida como tirotoxicosis, y como enfermedad de Graves, ya que Robert Graves la descubrió a mediados del siglo XIX. Una tiroides que segrega mayor cantidad de hormona tiroidea que lo normal, acelera el metabolismo del paciente, provocando síntomas como hiperactividad, cortos períodos de atención, insomnio, pérdida de peso aunado a un apetito elevado, sudor excesivo, fatiga, taquicardia, debilidad muscular, angustia, ansiedad,

---

<sup>280</sup> WALKER, op. Cit., pp. 113-114.

<sup>281</sup> Ibid.

<sup>282</sup> CASO, op. Cit., p. 98.

<sup>283</sup> GOLD, op. Cit., pp. 103, 160.

<sup>284</sup> Ibid.

<sup>285</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 449.

temores vagos. En las mujeres el flujo menstrual se aligera y en los hombres puede aparecer secreción mamaria<sup>286</sup>. Puede producir hiperventilación, condición que a la vez puede ser causal de ansiedad<sup>287</sup>. Los síntomas de este trastorno incluyen incremento en el ritmo cardiaco, temblores, ansiedad, sudoración, pérdida de peso e intolerancia al calor. Las causas pueden ser una tiroides sobreactiva, un tumor tiroideo benigno, carcinoma tiroideo o la enfermedad de Graves<sup>288</sup> (hipertiroidismo). El Dr. Agustín Caso hace notar que "en muchas ocasiones se le confunde con la neurosis de ansiedad"<sup>289</sup>, aunque también menciona síntomas de depresión, delirium, confusión, temor, agitación psicomotora grave y progresiva, ilusiones, alucinaciones o ideas delirantes, taquicardia, esquizofrenia catatónica, trastornos afectivos y confusionales<sup>290</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar Cambio de Personalidad<sup>291</sup>, trastornos del estado de ánimo<sup>292</sup> y trastorno de ansiedad<sup>293</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL HIPERTIROIDISMO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastornos depresivos, cambio de personalidad, trastornos del estado de ánimo.*

### 3.6 HIPOGLICEMIA

Es una condición en que los niveles de azúcar en la sangre bajan de manera anormal, privando a las células cerebrales de glucosa, la cual ellas requieren para su sobrevivencia. La hipoglicemia puede surgir por una dieta inadecuada, por sobre-consumo de alcohol, por tumores pancreáticos que inducen la sobre-producción de insulina (hiperinsulinismo), o cuando el diabético se aplica una dosis elevada de insulina<sup>294</sup>. También en las etapas primarias de la diabetes puede darse un episodio de hipoglicemia reactiva unas horas después de una comida de muchos carbohidratos. Los bajos niveles de glucosa en sangre pueden ser concomitantes con niveles altos de insulina, como síndrome prodrómico de diabetes, la cual se caracteriza por los niveles opuestos: alto nivel de azúcar en sangre y bajo nivel de insulina<sup>295</sup>. El consumo elevado de carbohidratos refinados provoca en el cuerpo una dramática fluctuación de los niveles de azúcar en la sangre. Esa alteración en el metabolismo del azúcar da lugar a un trastorno conocido como *hipoglicemia funcional*<sup>296</sup>. Esta condición resulta, en parte, por el exceso de insulina segregada por el páncreas en respuesta al rápido incremento del nivel de azúcar en la sangre, que se da como resultado del consumo de carbohidratos refinados (harinas y azúcar refinadas); pero también resulta por el hiperinsulinismo provocado por el consumo de cafeína y nicotina<sup>297</sup>. La cafeína puede elevar los niveles de azúcar en los diabéticos, pero mediante la estimulación de producción de insulina, puede bajar los niveles de azúcar de personas no-diabéticas e

---

286 GOLD, op. Cit., pp. 156-158.

287 Ibid., 165; CASO, op. Cit., p. 97.

288 Ibid., p. 158.

289 Ibid., p. 633.

290 Ibid., p. 634.

291 AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

292 Ibid., p. 376.

293 Ibid., p. 449.

294 Ibid., p. 164.

295 Ibid., pp. 42, 47, 59-60, 99-100, 156; CHERASKIN, op. Cit., pp. 76-77.

296 CHERASKIN, op. Cit., pp. 52-53.

297 Ibid.

hipoglicémicos<sup>298</sup>. Otras sustancias que pueden llevar a la hipoglicemia funcional son: anti-inflamatorios, analgésicos, anticoagulantes, antibióticos, diuréticos, hormonas, medicamentos estimulantes y tranquilizantes, consumo de alcohol por sí solo, y especialmente cuando se combina con consumo posterior de carbohidratos<sup>299</sup>. Otras causas de hipoglicemia son: tumor pancreático, hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal, tumores extra-pancreáticos (fibrosarcomas, carcinoma hepático o suprarrenal), trastornos hepáticos, drogas, alcohol, toxinas, tirotoxicosis<sup>300</sup>.

Los síntomas de hipoglicemia pueden incluir temblores, confusión, hiperactividad, habla incomprensible y una conducta que se presta para ser confundida con borrachera. Un nivel muy bajo de azúcar puede dar lugar a comportamientos atípicos que pueden confundirse con psicosis. Si la hipoglicemia se vuelve crónica, recibe el nombre de Neuroglucopenia y es suficientemente severa como para producir disfunción cerebral, deterioro intelectual, cambios bruscos de personalidad, y ataques de psicosis paranoide. También puede producir delirium y demencia<sup>301</sup>. En muchos casos la conducta agitada del paciente puede ser confundida como un ataque de ansiedad<sup>302</sup>, pero generalmente produce angustia irritabilidad y confusión en la mañana, al levantarse, o en la noche, y mejora con los alimentos<sup>303</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>304</sup>, y "un diagnóstico diferencial...en muchas ocasiones es difícil"<sup>305</sup>. Cheraskin menciona los siguientes síntomas: estado errático mental, mareos, desmayos, cefaleas, fatiga, narcolepsia, dolor muscular, calambres, manos y pies frías, atontamiento, insomnio, pesadillas, irritabilidad, accesos de llanto, cansancio, nerviosismo, falta de concentración, preocupación excesiva, ansiedad, depresión, olvidos, temores irracionales, pensamientos suicidas, temblores, sudor frío, problemas de coordinaciones, convulsiones, alteraciones del ritmo cardiaco, visión borrosa, alergias, comezón, neurodermatitis, dolor artrítico, malestar gastrointestinal, pérdida de apetito, apatía sexual boca seca, zumbidos, mala memoria, descargas agresivas, sensibilidad al ruido y a la luz, bochornos, impotencia<sup>306</sup>. Incluso menciona que:

"...reacciones tan severas frecuentemente semejan la locura...Este patrón loco de síntomas es difícil de diagnosticar, fácil de pasar por alto como `sólo un ataque de nervios`. La mayoría de los hipoglicémicos son diagnosticados como `chiflados` o `quejosos` por sus familias, `hipocondriacos` por sus doctores, neuróticos por la sociedad"<sup>307</sup>.

El Dr. Caso, enfatiza que:

"...el diagnóstico es de gran importancia porque el cuadro clínico puede ser confundido con alteraciones psicóticas, neuróticas, tumores cerebrales, accidentes vasculares y, especialmente, con epilepsia del lóbulo temporal (psicomotora). Por lo

<sup>298</sup> Ibid., p. 79.

<sup>299</sup> Ibid.

<sup>300</sup> CASO, op. Cit., p. 205.

<sup>301</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", pp. 134, 157.

<sup>302</sup> GOLD, op. Cit., pp. 158-160.

<sup>303</sup> CASO, op. Cit., pp. 97-98.

<sup>304</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242; CASO, op. Cit., p. 97.

<sup>305</sup> CASO, op. Cit., p. 97.

<sup>306</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 77-78.

<sup>307</sup> Ibid.

tanto, resulta indispensable diagnosticar la hipoglicemia, investigar la causa y tratarla de inmediato"<sup>308</sup>.

Hablando del efecto de la hipoglicemia en los niños, el psiquiatra y neurólogo Joseph Wilder señala que:

"En los adultos, la deficiente o insuficiente nutrición puede alterar o afectar funciones mentales específicas o generales y eventualmente causar daño estructural en el sistema nervioso central. En los niños, enfrentamos un factor adicional grave. El desarrollo del cerebro puede verse retardado, parado, alterado...El niño puede ser neurótico, psicótico, y ser sujeto de ansiedad, con tendencias de huida, agresividad, una urgencia ciega de actividad y destructividad, con deterioro de la sensibilidad moral. En su forma más simple, es una tendencia a rechazar todo, contradecir todo, rehusar todo, a cualquier precio"<sup>309</sup>.

La hipoglicemia, incluso, ha sido relacionada con la delincuencia y el crimen. En 1941 N. Rojas y A.F. Sanchi reportaron en los *Archivos de Medicina Legal* que tras haber examinado a 129 delincuentes, encontraron niveles bajos de azúcar en el 90% de ellos<sup>310</sup>. El DSM-IV señala que la hipoglicemia también puede provocar *trastorno de ansiedad*<sup>311</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPOGLICEMIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos depresivos, hipocondria, delirium*<sup>312</sup>.

### 3.7 HIPOPITUITARISMO

Se caracteriza por una deficiencia en la producción de hormonas por parte de región anterior de la glándula pituitaria, a consecuencia de traumatismos, infecciones, radiación o tumores. Signos y síntomas: apatía sexual, infertilidad, hipoglicemia, hipotiroidismo, hipotensión, y susceptibilidad a las infecciones<sup>313</sup>. El Dr. Gold señala que alrededor de 70 por ciento de los pacientes que sufren hipopituitarismo experimentan síntomas psiquiátricos dentro de los cuales se encuentra la depresión, anorexia nerviosa y ansiedad. Trimble por su parte, indica que puede ser factor etiológico de la demencia<sup>314</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL HIPOPITUITARISMO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, demencia*.

### 3.8 HIPOTIROIDISMO

<sup>308</sup> CASO, op. Cit., p. 631.

<sup>309</sup> WILDER Joseph, citado en: CHERASKIN, op. Cit., p. 81-82.

<sup>310</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 77-78.

<sup>311</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 449.

<sup>312</sup> WALKER, op. Cit., pp. 113-144; CHERASKIN, op. Cit., pp. 77-78, "DSM-IV", p. 134; GOLD, op. Cit., pp. 158-160.

<sup>313</sup> GOLD, op. Cit., p. 161.

<sup>314</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

Este trastorno también es conocido como Mixedema, y se caracteriza por una deficiencia en la producción de la hormona tiroidea. Cuando esto sucede, los procesos metabólicos se desaceleran igual que el pensamiento y el habla. El paciente controla mal sus emociones y se siente permanentemente fatigado, perdiendo interés en lo que ocurre a su alrededor. Conforme la enfermedad avanza, la piel se vuelve seca, se cae el pelo de las cejas y genitales, y la depresión puede ser tan profunda que se suele considerar psicótica<sup>315</sup>. Puede haber ideas delirantes de culpabilidad, de grandeza e hipocondriacas, manía, irritabilidad, pudiendo llegar a la demencia<sup>316</sup>. El Dr. Caso señala que puede provocar problemas de memoria, depresión, psicosis, agitación, ideas delirantes y alucinaciones<sup>317</sup>. En los niños puede producir retraso mental. También puede ser factor etiológico de la demencia<sup>318</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar cambio de personalidad<sup>319</sup>, trastornos del estado de ánimo<sup>320</sup>, trastorno de ansiedad<sup>321</sup>. Signos y síntomas: Pies fríos, aumento de peso, pelo seco, delgado y opaco, piel seca, voz profunda, pérdida de la audición, períodos menstruales espesos en la mujer, cambios de personalidad y del comportamiento, desgano, pérdida de interés, desánimo, tristeza, desesperanza, problemas cognitivos, ideas suicidas.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL HIPOTIRIODISMO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, demencia*<sup>322</sup>, *cambios de personalidad, trastornos del estado de ánimo*.

### 3.9 TRASTORNOS PARATIROIDEOS

Pueden causar una gran variedad de síntomas, incluyendo niveles elevados de hormona paratiroidea, hipocalcemia, hipercalcemia, aumento de peso, desánimo, ansiedad, pérdida de memoria, alucinaciones y demencia, comportamiento bizarro, agresividad, alcoholismo<sup>323</sup>. El *hipoparatiroidismo* puede provocar irritabilidad, convulsiones, disnea, deterioro intelectual, cambios de personalidad, letargia<sup>324</sup>. El *hiperparatiroidismo* puede provocar poliuria, polidipsia, hipertensión, dolores óseos, calcio sérico y urinario elevados, sed, náusea, anorexia, vómitos, pérdida de interés, anhedonia, cansancio, depresión, alteraciones de la memoria, alucinaciones, ideas delirantes de tipo paranoide; y la severidad de los síntomas mentales está relacionada con los niveles de calcio que existen en la sangre<sup>325</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar *trastornos del estado de ánimo*<sup>326</sup>.

TRASTORNOS MENTALES QUE MIMETIZAN LOS TRASTORNOS PARATIROIDEOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo*.

<sup>315</sup> DAVISON, op. Cit., p. 501.

<sup>316</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 385.

<sup>317</sup> CASO, op. Cit., p. 632.

<sup>318</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182; AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 167.

<sup>319</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>320</sup> Ibid., p. 376.

<sup>321</sup> Ibid., p. 449.

<sup>322</sup> WALKER, op. Cit., pp. 12, 107; DAVISON, op. Cit., p. 501; TRIMBLE, op. Cit. p. 182; "DSM-IV", p. 167.

<sup>323</sup> WALKER, op. Cit., pp. 12.

<sup>324</sup> CASO, op. Cit., p. 637.

<sup>325</sup> Ibid.

<sup>326</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 376.

### 3.10 SINDROME CARCINOIDE

Este síndrome agrupa a signos y síntomas desencadenados por tumores carcinoides que generalmente afectan las células endocrinas del intestino delgado, el estómago y el apéndice. Signos y síntomas: sonrojo, diarrea, calambres abdominales, cambio de coloración de la piel, de pálido a azul<sup>327</sup>. El Dr. Gold refiere que cuarenta por ciento de los pacientes que sufren de éste síndrome también sufren algún síntoma mental, uno de los cuales es ansiedad a niveles elevados<sup>328</sup>. Las reacciones pueden ser disparadas por ciertos alimentos, consumo de alcohol, ejercicio físico, excitación, o por administración de epinefrina.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME CARCINOIDE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad*.

### 3.11 SINDROME DE CUSHING

También conocido como hiperadrenalismo, es causado por la sobreabundancia de la hormona ACTH (cortisona). Esta sobreabundancia puede ser causada a su vez por sobre-actividad de la corteza de las glándulas suprarrenales, o por tumores en alguna parte del cuerpo que inducen a la secreción de ésta hormona<sup>329</sup>. Puede causar comportamiento violento y criminal<sup>330</sup>. Otros signos y síntomas son: impotencia en el hombre, oligomenorrea o amenorrea en la mujer, cefalea, hipertensión, astenia, adinamia, hipotrofia muscular, hiperglucemia, hirsutismo, depresión, falta de concentración, problemas de memoria, cambios de personalidad, irritabilidad, labilidad emocional, confusión, y trastornos psicóticos con alucinaciones e ideas delirantes de tipo paranoide<sup>331</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar cambio de personalidad<sup>332</sup>, trastornos del estado de ánimo<sup>333</sup> y trastorno de ansiedad<sup>334</sup>. Signos y síntomas: obesidad, cara de luna, estrías color púrpura en el abdomen, moretones en el cuerpo, cambios emocionales, fragilidad ósea, complexión ruda, joroba de grasa, vientre voluminoso, ansiedad, agitación, irritabilidad.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE CUSHING, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno antisocial de la personalidad, cambio de personalidad, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad*<sup>335</sup>, *demencia*<sup>336</sup>, *trastornos del estado de ánimo*.

---

<sup>327</sup> GOLD, op. Cit., p. 161.

<sup>328</sup> Ibid.

<sup>329</sup> op. Cit., p. 160.

<sup>330</sup> WALKER, op. Cit., pp. 39, 224.

<sup>331</sup> CASO, op. Cit., pp. 635-636.

<sup>332</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>333</sup> Ibid., p. 376.

<sup>334</sup> Ibid., p. 450.

<sup>335</sup> GOLD, op. Cit., p. 161; WALKER, op. Cit., pp. 39, 224; DAVISON, op. Cit., p. 502.

<sup>336</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

## 4.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### 4.1 BRUCELOSIS

Infección causada por las bacterias del grupo de la *Brucella* (*melitensis*, *abortus* y *suis*); que se transmite mediante a los ganados caprino y bovino, vacuno y bovino, y porcino y bovino, respectivamente; siendo el hombre susceptible a las tres especies de brucelas, que en él producen Fiebre Melitococia (por la brucela *suis*), Fiebre Ondulante de Bang (por la brucela *Abortus*) y Fiebre de Malta (por la brucela *melitensis*). Las personas se contagian al ingerir carne y productos lácteos provenientes de animales enfermos, por contacto con dichos animales<sup>337</sup>, o por contacto con sus excreciones, secreciones y placentas<sup>338</sup>. Puede producir tristeza persistente, impotencia sexual, insomnio y psicosis<sup>339</sup>, pero los síntomas iniciales son: dolores musculares, en tendones y articulaciones, Hipocondriasis y dolor de órganos internos, los cuales se prolongan durante varios años en un curso remitente<sup>340</sup>. Las manifestaciones psicopatológicas pueden presentar varias formas: depresiva, hipocondriaca, alucinatorio-paranoide, catatónica y encefalítica<sup>341</sup>:

A) FORMA DEPRESIVA: presenta ideas delirantes de tipo hipocondríaco, pudiendo haber alucinaciones auditivas y somáticas. Los síntomas se prolongan de tres a siete meses con una remisión acompañada de astenia, trastornos depresivos ligeros e Hipocondriasis leve. Unos meses después, o hasta dos años después, se reproduce la psicosis con la misma forma depresiva. Las recidivas se presentan varias veces pero cada vez son más prolongadas y las remisiones cada vez más cortas. Al cabo de algunos años se presenta la demencia, a menos que se diagnostique o trate adecuada y oportunamente.

B) FORMA HIPOCONDRIACA. Partiendo de ideas hipocondriacas, progresa gradualmente hasta el delirium somático con alucinaciones. Esta forma de psicosis puede durar varios años y conducir a degradación psíquica.

C) FORMA ALUCINATORIO-PARANOIDE. Se presentan alucinaciones somáticas con ideas delirantes de hipocondria y persecución. Tiende a ser remitente con accesos recidivantes cada vez más prolongados, hasta llegar a la demencia.

D) FORMA CATATONICA. Se presentan síntomas de síndrome catatónico, que se prolongan varios meses, con remisiones temporales y recidivas.

E) FORMA ENCEFALITICA. Aparecen síntomas de desrealización, despersonalización y alteración del esquema corporal.

En la psicosis de la brucelosis, siempre hay fiebre remitente, hepatomegalia, crecimiento del bazo, dolores articulares, musculares y del vientre, radiculitis, neuralgias, lesiones bilaterales del nervio acústico, de los nervios oculomotores, del facial y del hipogloso.

---

<sup>337</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 160-163.

<sup>338</sup> TORROELLA Julio Manuel, "Pediatria", p. 374.

<sup>339</sup> WALKER, op. Cit., p. 43.

<sup>340</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit. pp. 160-163.

<sup>341</sup> Ibid.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA BRUCELOSIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, trastornos depresivos, trastorno bipolar hipomaníaco, demencia*<sup>342</sup>.

#### 4.2 CRIPTOCOCOSIS

Enfermedad por hongos transmitida a los seres humanos por los pichones o palomas y otras aves. Walker menciona que puede producir síntomas de psicosis<sup>343</sup>. Masters y cols. indican que puede producir meningitis<sup>344</sup>, y el DSM-IV señala que puede producir demencia<sup>345</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA CRIPTOCOCOSIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *demencia*.

#### 4.3 ENCEFALITIS

Es una inflamación del cerebro que puede resultar de una infección viral causada por piquete de mosquito; por infección bacteriana; o por una reacción alérgica a una infección viral o a una vacuna<sup>346</sup>. Se llama *encefalitis necrosante aguda* cuando presenta en el lóbulo temporal, que en muchos casos es provocada por el virus del herpes simplex, y generalmente va seguida de trastornos mentales tipo Korsakoff<sup>347</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar el *trastorno catatónico*<sup>348</sup> y trastorno de ansiedad<sup>349</sup>. Signos y síntomas: dolor de cabeza, náuseas, dolor muscular, vómito y alteraciones visuales. También puede provocar delirium<sup>350</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENCEFALITIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, delirium, trastorno catatónico*.

#### 4.4 ENFERMEDAD DE BORNA

Es producida por un virus que afecta principalmente a caballos y vacas, los cuales son vehículos transmisores hacia el ser humano. Walker refiere que puede producir trastornos depresivos y de la personalidad<sup>351</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD DE BORNA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos*.

---

<sup>342</sup> WALKER, *Ibid.*, SLUCHEVSKI, *op. Cit.*, pp. 160-163.

<sup>343</sup> MASTERS, *op. Cit.*, p. 181; WALKER, *op. Cit.*, p. 45.

<sup>344</sup> MASTERS, *op. Cit.*, p. 179.

<sup>345</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>346</sup> GOLD, *op. Cit.*, p. 167.

<sup>347</sup> CASO, *op. Cit.*, p. 175.

<sup>348</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 175.

<sup>349</sup> *Ibid.*, p. 450.

<sup>350</sup> TRIMBLE, *op. Cit.*, p. 139.

<sup>351</sup> WALKER, *op. Cit.*, p. 49.

#### 4.5 ENFERMEDAD DE BRILL ZINSSER

También conocida como infección recidivante de raquitismo, transmitida a los humanos por los piojos. Puede permanecer latente por décadas, y luego resurgir para causar fiebre, dolor de cabeza y síntomas emocionales incluyendo paranoia, desánimo y desesperanza<sup>352</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD DE BRILL ZINSSER, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos*.

#### 4.6 ENFERMEDAD DE LYME

Es una enfermedad producida por una espiroqueta similar a la de la sífilis, y es transmitida al hombre por la garrapata. Fue detectada el siglo pasado en Europa, pero no fue estudiada sino hasta 1975, por el reumatólogo Aleen Steere en la población de Lyme, Connecticut en Estados Unidos, llamándola *la gran impostora*, ya que en ocasiones se confunde con una enfermedad cardíaca, con artritis reumatoide, con esclerosis múltiple, con Hipocondriasis, con trastornos depresivos mayor, demencia.

El primer síntoma es una erupción con granulaciones blanquecinas en su centro y rojas en la periferia, que aparece un mes después de la picadura de la garrapata. Luego aparece fiebre, cansancio, incoordinación motora, y puede atacar al cerebro produciendo encefalitis y dolores insoportables, pérdida de la memoria, cambios en el estado de ánimo, trastornos depresivos crónica, problemas de sueño, e incluso demencia o esquizofrenia. Esta enfermedad ha sido llamada *la gran imitadora* por el especialista Alvin Silverstein<sup>353</sup>. Dada su peligrosidad y su difícil diagnóstico, se han realizado ya varias reuniones internacionales para estudiarla (LA PRENSA, 23 de Diciembre de 1987, citado en: La medicina en las noticias, No. 78, p. 3). El organismo transmisor es la garrapata.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD DE LYME, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *hipocondria, esquizofrenia, demencia, trastornos depresivos*.

#### 4.7 FIEBRE DEL VALLE

Enfermedad producida por hongos endémicos que al proliferar en el ser humano, puede llevarle a severa fatiga y desánimo, síntomas que pueden ser confundidos con un estado depresivo.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA FIEBRE DEL VALLE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos*<sup>354</sup>.

#### 4.8 HEPATITIS

---

<sup>352</sup> Ibid., pp. 3, 4.

<sup>353</sup> Ibid., pp. 45, 49, 117.

<sup>354</sup> Ibid., pp. 45, 49.

La hepatitis A es causada por el consumo de comidas o bebidas contaminadas. La hepatitis B generalmente es transmitida mediante relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas contaminadas o jeringas contaminadas. Los síntomas de la hepatitis pueden aparecer entre dos y veinticinco semanas después de la infección. Los síntomas iniciales incluyen pérdida de apetito, náuseas, vómito, fiebre, dolores articulares y comezón. Conforme la enfermedad progresa, el paciente comienza a orinar de un color más oscuro, y la piel y los ojos comienzan a mostrar una coloración amarillenta (ictericia). Los signos y síntomas pueden ir desde una ligera letargia hasta una abierta psicosis, incluyendo alucinaciones, intentos de suicidio, trastornos depresivos y ansiedad<sup>355</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HEPATITIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno psicótico*.

#### 4.9 MONONUCLEOSIS

También conocida como la enfermedad del beso, es causada por un tipo particular de virus herpes, que ataca al sistema inmunológico del cuerpo. Los síntomas generalmente aparecen en cuatro a siete semanas después del contacto con el virus<sup>356</sup>. En algunos pacientes la infección solo produce los síntomas de una gripa común, pero en otros causa dolores de cabeza, fiebre, inflamación de las glándulas linfáticas, hinchazón de párpados y debilidad persistente. Los trastornos que puede mimetizar pueden persistir hasta un año después de que la infección ha sido curada. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de sangre, que a menudo arrojan resultados negativos, por lo que se requiere una serie de pruebas a lo largo de varias semanas<sup>357</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar *trastornos del estado de ánimo*<sup>358</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA MONONUCLEOSIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos depresivos*<sup>359</sup>, *trastornos del estado de ánimo*.

#### 4.10 ORNITOSIS O PSITTACOSIS

Enfermedad infecciosa, altamente contagiosa transmitida al hombre por algunas aves<sup>360</sup> como los periquitos australianos. Es provocada por una *bedsonia*. Las aves pueden ser portadoras sin mostrar síntomas, pero en caso de presentarse, incluyen abatimiento, diarrea verdosa o grisácea, pérdida de peso, respiración acelerada, conjuntivitis y otras. En la persona causa fiebre alta, bronconeumonía, e incluso cuadros neurológicos graves y puede llegar a ser mortal. El

---

<sup>355</sup> GOLD, op. Cit., p. 166.

<sup>356</sup> Ibid., p. 166.

<sup>357</sup> Ibid.

<sup>358</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 376.

<sup>359</sup> GOLD, op. Cit., p. 166.

<sup>360</sup> Ibid.

diagnóstico sólo puede hacerse mediante pruebas de laboratorio. El contagio se produce por la presencia del germen en las gotas de agua o en el polvo del aire<sup>361</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ORNITOSIS de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

#### 4.11 SIFILIS

La Sífilis ha sido llamada la *gran imitadora* porque mimetiza los síntomas de muchos trastornos psicológicos<sup>362</sup>, los cuales a menudo aparecen después de un período de latencia de años o incluso décadas. Un estudio de laboratorio llamado *FTA-Abs* puede detectar una forma particular de sífilis llamada *seronegativa* que no es detectable por pruebas de sangre normales<sup>363</sup>. Frecuentemente transmitido por agujas para tatuaje infectadas<sup>364</sup> por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, generalmente se transmite por contacto sexual oral y coital. La primera indicación de la enfermedad es una pequeña herida en los labios o en los geniales a los diez o veinte días del contagio, que desaparece en unas semanas después de aparecer una erupción difusa con síntomas de fatiga, cefalea fiebre. Después de muchos años en que silenciosamente la espiroqueta invade el tejido nervioso, reaparecen los síntomas. En etapas avanzadas, con la destrucción del tejido cerebral, aparece la *parálisis general progresiva*<sup>365</sup>. En 1825 fue identificada por primera vez como una forma específica de psicopatología, por el francés Bayle<sup>366</sup>. Signos y síntomas: Insomnio, tristeza, fatiga crónica, labilidad emocional, llanto lábil, apatía, desánimo, dolores de cabeza crónicos, alucinaciones auditivas, enuresis, risa incontrolable, pérdida de la audición, conductas atípicas e incluso artritis<sup>367</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>368</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA SIFILIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*<sup>369</sup>, *trastorno por estrés post-traumático*<sup>370</sup>, *demencia*<sup>371</sup>.

### 5.-ENFERMEDADES METABOLICAS

Se considera como metabolismo del cuerpo a todos aquellos procesos bioquímicos que involucran el procesamiento de los nutrientes después de la digestión<sup>372</sup>. Enfermedades metabólicas son todas aquellas que se relacionan directamente con el metabolismo. A continuación se analizan los siguientes trastornos metabólicos: deficiencias vitamínicas, hipervitaminosis, deficiencia o exceso de minerales, deficiencia o exceso de elementos traza,

<sup>361</sup> Equipo de Especialistas Domefauna., "Periquitos", p. 120.

<sup>362</sup> WALKER, op. Cit., pp. 11, 205.

<sup>363</sup> Ibid.

<sup>364</sup> Ibid.

<sup>365</sup> DAVISON, op. Cit., 477-482.

<sup>366</sup> NATHAN, op. Cit., p. 465.

<sup>367</sup> WALKER, op. Cit., pp. 11, 205.

<sup>368</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242.

<sup>369</sup> WALKER, op. Cit., pp. 11, 205.

<sup>370</sup> Ibid., p. 76.

<sup>371</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182; AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>372</sup> GOLD, op. Cit., p. 167.

aditivos en alimentos industrializados, intoxicaciones alimentarias, y otros trastornos metabólicos.

## 5.1. DEFICIENCIAS VITAMINICAS

Las vitaminas del complejo B y la vitamina C, son hidrosolubles, y por tanto fácilmente eliminadas a través del sudor, la orina, y la respiración misma; y el cuerpo no las acumula, sino que elimina constantemente el exceso que pudiera haber de las mismas. Esta característica hace imposible que pudiera darse una hipervitaminosis de vitaminas hidrosolubles; y por la misma razón, en cambio, se incrementa la posibilidad de una deficiencia de estas vitaminas. De acuerdo con los editores de la revista *Prevention Magazine*, a pesar de ser bastante comunes, las *deficiencias sub-clínicas* de vitaminas generalmente no muestran signos y síntomas evidentes, sin embargo, pueden producir problemas serios de salud<sup>373</sup>.

### 5.1.1 DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO<sup>374</sup>

El ácido fólico forma parte de las vitaminas del *complejo B*, y es esencial para el funcionamiento del sistema nervioso central. Su deficiencia causa signos y síntomas como: debilidad, calambres musculares, fatiga física y mental, olvidos, falta de concentración, insomnio, vértigos, trastornos depresivos, trastornos depresivos post-parto, Hipocondriasis, trastornos por psicopatización, dolores de cabeza, estreñimiento, diarrea, reflejos atenuados e inflamación de encías. La deficiencia de ácido fólico puede ser factor etiológico de la demencia<sup>375</sup>. La administración de ácido fólico permite lograr mejoras en el tratamiento de las psicosis<sup>376</sup>. Las sustancias que interfieren con el metabolismo del ácido fólico son: alcohol, medicamentos antiespasmódicos, antibacterianos, diuréticos, cloranfenicol, contraceptivos hormonales, fenitoína, isoniazida, metotrexate, primetamina y salicilatos<sup>377</sup>. Las píldoras anticonceptivas afectan severamente los niveles de ácido fólico en el cuerpo<sup>378</sup>. Otros medicamentos que afectan son: el ácido para-amino-salicílico, y las sulfonamidas<sup>379</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos somatomorfos, hipocondria, demencia*.

### 5.1.2 DEFICIENCIA DE PANTOTENATO DE CALCIO

El Pantotenato de calcio es también una de las vitaminas del complejo B, también conocido como *ácido pantoténico*. Es esencial para el correcto funcionamiento del sistema nervioso central, y para el metabolismo de los carbohidratos. La deficiencia de ésta vitamina

---

<sup>373</sup> FAELTEN, op. Cit., pp. 9-10.

<sup>374</sup> Ibid., pp. 73-78.

<sup>375</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

<sup>376</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 30.

<sup>377</sup> ROSENSTEIN Ster., "Diccionario de especialidades farmacéuticas (PLM edición 39)", México, 1993, p. 1646.

<sup>378</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 111.

<sup>379</sup> Ibid., p. 112.

puede producir signos y síntomas como: alergias y bruxismo<sup>380</sup>. También puede producir trastornos depresivos<sup>381</sup>, y poca tolerancia al estrés<sup>382</sup>. El uso de tetraciclinas puede provocar deficiencia de esta vitamina<sup>383</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE PANTOTENATO DE CALCIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos depresivos*.

### 5.1.3 DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>1</sub> (TIAMINA)

Origina la Encefalopatía de Wernicke, que se caracteriza por manifestaciones neurológicas tales como confusión, ataxia, movimientos oculares anormales como parálisis, nistagmo y otros signos neurológicos. Estas manifestaciones disminuyen gradualmente mediante tratamiento vitamínico, siempre y cuando no se llegue a presentar el síndrome de Korsakoff. El síndrome de Korsakoff también conocido como psicosis alcohólica o psicosis de Korsakoff, en realidad se debe al descuido nutricional más que al alcohol<sup>384</sup>. Víctor, Adams y Collins, lo llaman síndrome de Wernicke-Korsakov, ya que consideran que ambas condiciones son dos facetas del mismo trastorno; deficiencia de tiamina<sup>385</sup>. Se caracteriza por daños considerables e irreversibles de los tejidos cerebrales producidos por deficiencia de tiamina. Los recuerdos de eventos recientes y remotos se pierden y la persona parece incapaz de formar otros nuevos. Además, hay deficiencias perceptuales, una marcada desorientación, pérdida de la memoria, falta de iniciativa, y confabulación. Puede también presentarse sintomatología asociada de alteraciones neurológicas, como ataxia cerebelosa o miopatía. Así mismo provoca trastornos depresivos y problemas de concentración. Cuanto más tiempo haya durado la deficiencia vitamínica, menos positiva será la reacción del individuo a la terapia<sup>386</sup>. La deficiencia de tiamina daña los nervios periféricos y se manifiesta como una enfermedad llamada *beriberi*, que puede modificar la conducta<sup>387</sup>, y producir demencia<sup>388</sup>. Cheraskin indica que la deficiencia de tiamina puede provocar trastornos depresivos, irritabilidad, confusión, pérdida de la memoria, inhabilidad para concentrarse, inapetencia y sensibilidad al ruido<sup>389</sup>. Por su parte, el DSM-IV refiere que la deficiencia de tiamina puede producir delirium<sup>390</sup>. El consumo de café, té, alcohol y el cloro reducen los niveles de tiamina en el cuerpo<sup>391</sup>. Los antiácidos pueden producir deficiencia de esta vitamina<sup>392</sup>. Signos y síntomas: mala memoria, irritabilidad, trastornos depresivos, falta de iniciativa, insomnio, dificultades de concentración, neurosis, ansiedad y signos de senectud<sup>393</sup>.

---

<sup>380</sup> FAELTEN, op. Cit., pp. 83-91.

<sup>381</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 29.

<sup>382</sup> Ibid.

<sup>383</sup> Ibid., p. 112.

<sup>384</sup> NATHAN, op. Cit., p. 476.

<sup>385</sup> Ibid.

<sup>386</sup> SARASON, op. Cit., p. 373.

<sup>387</sup> DAVISON, op. Cit., pp. 489-490.

<sup>388</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182, AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>389</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 29.

<sup>390</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 129.

<sup>391</sup> FAELTEN, op. Cit., pp. 10, 33-34.

<sup>392</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 112.

<sup>393</sup> FAELTEN, op. Cit., p. 29.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>1</sub> (Tiamina), de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos amnésicos, esquizofrenia, demencia, trastornos de ansiedad, delirium*.

#### 5.1.4 DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>3</sub> (NIACINA)

La niacina ha sido reconocida como un nutriente altamente importante en la prevención y tratamiento de la enfermedad mental<sup>394</sup>. La niacina también es conocida como *vitamina antipelagrosa, vitamina PP*, o dependiendo de su forma de presentación, como *niacinamida, nicotinamida* y como *ácido nicotínico*<sup>395</sup>. La deficiencia de niacina puede producir una enfermedad llamada *pelagra*. Durante muchos años la pelagra fue un problema común en aquellos lugares en que la dieta carecía de esta vitamina. El Dr. Gold refiere que antes del descubrimiento de la niacina en 1937, aproximadamente 50 por ciento de los pacientes hospitalizados en algunas instituciones mentales oficiales, en realidad lo único que sufrían era una deficiencia de niacina<sup>396</sup>. La pelagra es común en las regiones en que el maíz es el alimento básico, y Davison señala que "fue la causa de que en los hospitales psiquiátricos del sur de los Estados Unidos ingresaran numerosas personas ya que la carne de puerco y el atole eran los principales ingredientes de la comida"<sup>397</sup>. Una falta total de niacina puede provocar pelagra, pero uno de los primeros signos de la deficiencia de niacina es la pérdida del sentido del humor, hiperemocionalidad y trastornos depresivos; estados que "raramente son reconocidos como lo que son: `minipelagras`"<sup>398</sup>. La deficiencia de niacina produce encefalopatía caracterizada por confusión mental, alucinaciones visuales, rigidez de las extremidades, trastornos nerviosos, dermatitis que afecta las áreas expuestas a la irritación<sup>399</sup>. Se inicia por un síndrome neurasténico con anorexia, fatiga, insomnio, irritabilidad, flatulencia, náuseas, estreñimiento, malestar abdominal, gastritis, colitis nerviosa, trastornos depresivos, cefalalgia, palpitaciones, y angustia precordial<sup>400</sup>. También puede presentarse irritabilidad, pérdida de memoria, dificultades de concentración, delirios, alucinaciones y "otros síntomas psicóticos"<sup>401</sup>. Sluchevski hace notar que puede presentarse psicosis depresiva o también psicosis paranoide-alucinatoria con ánimo deprimido, y que en ambas formas existe obnubilación de la conciencia, temores y excitación motora<sup>402</sup>. Cheraskin, a su vez, indica que la deficiencia de niacina puede provocar insomnio, nerviosismo, irritabilidad, confusión, y aprensividad<sup>403</sup>. El DSM-IV señala que también puede producir demencia<sup>404</sup>.

El Psiquiatra Abram Hoffer fue pionero en el tratamiento exitoso de la esquizofrenia por deficiencia de niacina<sup>405</sup>. El Dr. Hoffer manifestó que tanto el niño hiperactivo como el niño de lento aprendizaje, sufren de deficiencia de niacina<sup>406</sup>. Sarason, por su parte, señala que "cuando

<sup>394</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 31.

<sup>395</sup> FAELTEN, op. Cit., p. 29.

<sup>396</sup> GOLD, op. Cit., pp. 20, 117, 168.

<sup>397</sup> DAVISON, op. Cit., p. 490.

<sup>398</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 93.

<sup>399</sup> CASO, op. Cit., p. 426.

<sup>400</sup> GOLD, op. Cit., pp. 20, 117, 168; FAELTEN, op. Cit., p. 29.

<sup>401</sup> DAVISON, op. Cit., p. 490.

<sup>402</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 382.

<sup>403</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 29.

<sup>404</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>405</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 65-67; FAELTEN, op. Cit., 45-50.

<sup>406</sup> Ibid., p. 122.

se toma como base únicamente la conducta, es difícil distinguir la pelagra de otros estados, como la ansiedad y la esquizofrenia"<sup>407</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE NIACINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, trastornos somatomorfos (gastritis, colitis nerviosa), trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno disocial, trastornos por angustia sin agorafobia, trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia, demencia, trastorno bipolar hipomaniaco, trastorno catatónico*<sup>408</sup>.

### 5.1.5 DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>6</sub>

También es llamada adermina y piridoxina, aunque en realidad el término vitamina B<sub>6</sub> incluye a un grupo de tres compuestos: piridoxina (presente en alimentos vegetales), piridoxal y piridoxamina (presentes en productos animales)<sup>409</sup>. Su deficiencia produce síntomas de trastornos depresivos, signos y síntomas de autismo y neuropatías (problemas nerviosos) como calambres y adormecimiento de piernas, brazos y manos<sup>410</sup>. También puede provocar demencia<sup>411</sup>, desencadenar ataques epilépticos<sup>412</sup>, y producir trastornos depresivos<sup>413</sup>. La deficiencia de esta vitamina puede producir anemia perniciosa. En niños psicóticos la deficiencia puede producir respuestas anormales<sup>414</sup> y puede dar origen a convulsiones; aunque también puede darse el caso de niños con necesidades anormalmente grandes de piridoxina, determinadas genéticamente, en cuyo caso las convulsiones ceden con megadosis de piridoxina<sup>415</sup>. El consumo de nicotina puede llevar a deficiencia de ésta vitamina. Algunas sustancias que influyen en la deficiencia de esta vitamina son: contraceptivos hormonales, etionamida, hidralazina, isoniazida, L-Dopa, y penicilamina<sup>416</sup>. La píldora anticonceptiva en la mujer, afecta gravemente los niveles de esta vitamina en el cuerpo<sup>417</sup>. Otros medicamentos que afectan a esta vitamina son: isoniazida, tetraciclina, anti-hipertensivos, hidralazinas<sup>418</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>6</sub>, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastorno autista, demencia*.

### 5.1.6 DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>12</sub>

A esta vitamina también se le conoce como *cobalamina o cianocobalamina*. La deficiencia de esta vitamina se presenta cuando existe una dieta deficiente o debido a la incapacidad del cuerpo para absorberla. La cobalamina afecta a casi todos los tejidos corporales, pero especialmente las células nerviosas y la integridad del sistema nervioso central. Los efectos

<sup>407</sup> SARASON, op. Cit., p. 371.

<sup>408</sup> FAELTEN, op. Cit., p. 29; GOLD, op. Cit., pp. 20, 117, 168; CHERASKIN, op. Cit., p. 29.

<sup>409</sup> CASO, op. Cit., p. 467.

<sup>410</sup> FAELTEN, op. Cit., pp. 53-62.

<sup>411</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

<sup>412</sup> Ibid., pp. 241-242.

<sup>413</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 17.

<sup>414</sup> Ibid., p. 29.

<sup>415</sup> CASO, op. Cit., p. 467.

<sup>416</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

<sup>417</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 111.

<sup>418</sup> Ibid., p. 113.

más notorios de la deficiencia de cobalamina son la anemia perniciosa y/o los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo: trastornos depresivos, ansiedad excesiva, fatiga, debilidad, inestabilidad, entumecimiento y sensaciones de pinchazos en las piernas, dificultad para respirar, pérdida de peso y de la memoria, inflamación de la lengua, trastornos abdominales, dolores de pecho y psicopatía<sup>419</sup>. El equipo editor de la revista *Prevention Magazine* señala que la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> puede crear síntomas: "como confusión, olvidos y trastornos depresivos que imitan la senilidad"<sup>420</sup>. El DSM-IV por un lado, y Trimble por otro, hacen notar que la deficiencia de esta vitamina también puede provocar demencia<sup>421</sup>. Cheraskin, por su parte, ha encontrado que dicha deficiencia puede producir confusión, paranoia, trastornos de la personalidad, dificultad de concentración, problemas de memoria, trastornos depresivos, agitación severa, alucinaciones, paranoia y manía<sup>422</sup>. El DSM-IV señala que la deficiencia también puede provocar *trastorno del estado de ánimo*<sup>423</sup> y trastorno de ansiedad<sup>424</sup>. Algunas sustancias que interfieren con el metabolismo de esta vitamina son: Vitamina C cuando se administra conjuntamente y en dosis elevadas, cloranfenicol, y colchicina<sup>425</sup>. Los anticonceptivos hormonales afectan severamente los niveles de esta vitamina en el cuerpo<sup>426</sup>. También la neomicina, el ácido para-amino-salicílico, tetraciclina, medicamentos hipoglicemiantes<sup>427</sup>. El consumo de nicotina también puede llevar a la deficiencia.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B<sub>12</sub>, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos amnésicos, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, demencia*.

### 5.1.7 DEFICIENCIA MULTIPLE DEL COMPLEJO B

Existe una enfermedad llamada neuropatía periférica, también conocida como polineuropatía alcohólica que, aunque se le asocia al alcoholismo, en realidad es producida por deficiencia de tiamina, piridoxina, ácido pantoténico o varias vitaminas del complejo B al mismo tiempo. El Dr. Roger Williams asegura que las personas que tienen prácticas nutricionales sanas, nunca desarrollan alcoholismo<sup>428</sup>. Generalmente la aparición del trastorno es de principio insidioso, con hormigueo y adormecimiento de pies, debilidad de los músculos de las extremidades inferiores, que luego avanza a muslos y piernas; los reflejos osteotendinosos aquileo y patelar quedan abolidos. Son comunes las anestias e hiperestesias. El sentido vibratorio se encuentra perturbado. Puede alterarse también el nervio vago, lo cual se manifiesta por ronquera, voz débil y disfagia; y del sistema nervioso simpático que provoca hipotermia o hipotensión persistente. Puede producir atontamiento, alucinaciones y otros síntomas "fácilmente clasificados como mentales"<sup>429</sup>, como la demencia<sup>430</sup>. El consumo de nicotina puede llevar a

<sup>419</sup> GOLD, op. Cit., p. 168; FAELTEN, op. Cit., pp. 65-67.

<sup>420</sup> FAELTEN, op. Cit., p. 68.

<sup>421</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157; TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

<sup>422</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 17, 30.

<sup>423</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 376.

<sup>424</sup> Ibid., p. 450.

<sup>425</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

<sup>426</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 111.

<sup>427</sup> Ibid., pp. 112-113.

<sup>428</sup> WILLIAMS Roger., "Nutrition against disease", citado en: CHERASKIN, op. Cit., p. 50.

<sup>429</sup> WALKER, op. Cit., p. 117.

<sup>430</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 182.

deficiencia de las vitaminas B<sub>6</sub> y B<sub>12</sub>. El uso medicamentos con sulfonamidas puede provocar deficiencias del complejo B<sup>431</sup>.

TRASTORNO QUE MIMETIZA LA DEFICIENCIA MULTIPLE DEL COMPLEJO B, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, Hipocondriasis*<sup>432</sup>.

### 5.1.8 DEFICIENCIA DE VITAMINA C

También se le conoce a esta vitamina, como ácido ascórbico. La deficiencia de vitamina C dificulta la absorción del hierro. El metabolismo anormal del ácido ascórbico puede provocar esquizofrenia<sup>433</sup>. Debido a que es un antihistamínico natural, ayuda a aliviar los problemas de asma y alergias<sup>434</sup>, y su administración permite lograr mejoras en pacientes esquizofrénicos<sup>435</sup>. Algunas sustancias que interfieren con el aprovechamiento de la vitamina C son: Anticoagulantes, contraceptivos orales<sup>436</sup>. **La píldora anticonceptiva afecta severamente en la mujer, los niveles de ésta vitamina**<sup>437</sup>. **La aspirina, las tetraciclinas, los diuréticos (thiazidas), pueden provocar deficiencia de vitamina C**<sup>438</sup>. **El consumo de nicotina disminuye los niveles de vitamina C**, e interfiere con su absorción<sup>439</sup>. Por otro lado, dosis elevadas de vitamina C provocan el aumento en la absorción de hierro y de salicilatos<sup>440</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno por angustia sin agorafobia*<sup>441</sup>.

## 5.2 HIPERVITAMINOSIS

La hipervitaminosis es producida por la excesiva ingestión de vitaminas de tipo liposolubles, las cuales se acumulan en los depósitos de grasa del cuerpo, y pueden causar síntomas neurológicos.

### 5.2.1 EXCESO DE VITAMINA A<sup>442</sup>.

La hipervitaminosis (exceso de vitamina) A puede causar ausencias mentales, problemas de conducta, dolor de huesos. SIGNOS: pelo seco y repentinamente rizado. El uso de laxantes y de colestiramina disminuyen la absorción de la vitamina<sup>443</sup>.

---

431 CHERASKIN, op. Cit., p. 112.

432 WALKER, op. Cit., p. 117.

433 CHERASKIN, op. Cit., p. 17.

434 FALTEN, op. Cit., pp. 111-112.

435 CHERASKIN, op. Cit., p. 17.

436 ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

437 CHERASKIN, op. Cit., p. 111.

438 Ibid., pp. 112-113.

439 Ibid., p. 58.

440 ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

441 GOLD, op. Cit., p. 178.

442 WALKER, op. Cit., p. 44.

443 ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPERVITAMINOSIS DE VITAMINA A, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, esquizofrenia, trastornos disocial, trastorno antisocial de la personalidad.*

### 5.2.2 EXCESO DE VITAMINA D<sup>444</sup>

El exceso de vitamina D (hipervitaminosis D) puede causar fatiga, desánimo e incluso psicosis. Algunas sustancias que interfieren con la asimilación de esta vitamina son: anticonvulsivantes, colestiramina, y laxantes<sup>445</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPERVITAMINOSIS DE VITAMINA D, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, esquizofrenia, trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad.*

## 5.3 DEFICIENCIA O EXCESO DE MINERALES

### 5.3.1 HIPOKALEMIA<sup>446</sup>

Resulta de una falta de potasio en la sangre y puede ser causada por malnutrición, deshidratación, tratamientos para la diabetes, tumores adrenales, hipertensión arterial, o ingestión de diuréticos. Signos y síntomas: debilidad, parálisis, trastornos de ansiedad.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPOCALEMIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad.*

### 5.3.2 HIPOCALCEMIA

Es una condición caracterizada por niveles muy bajos de calcio en la sangre, que puede resultar por deficiencia nutricional, hipoparatiroidismo, falla renal, inflamación pancreática, tumores o deficiencia de vitamina D<sup>447</sup>. Una dieta elevada en proteínas o en azúcar refinada, también disminuye los niveles corporales de calcio, ya que el calcio se requiere para metabolizar estos alimentos<sup>448</sup>. Los antiácidos también producen deficiencia de calcio<sup>449</sup>. La deficiencia de calcio genera los siguientes signos y síntomas: ansiedad, neurosis, fatiga, insomnio, tensión<sup>450</sup>, palpitaciones irregulares, espasmos musculares, trastorno de ansiedad, y el tipo de alteraciones visuales que normalmente se valoran como signos de autismo<sup>451</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>452</sup>. Además, la deficiencia de calcio puede provocar hiperactividad en los

---

<sup>444</sup> FAELTEN, op. Cit., p. 158; WALKER, op. Cit., p. 44.

<sup>445</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1646.

<sup>446</sup> GOLD, op. Cit., p. 167.

<sup>447</sup> Ibid., p. 167; WALKER, op. Cit., p. 197.

<sup>448</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 42, 92.

<sup>449</sup> Ibid., p. 112.

<sup>450</sup> Ibid., p. 30.

<sup>451</sup> WALKER, loc. Cit.

<sup>452</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242.

niños, según reporta el Dr. Merrill S. Read, director del Instituto Nacional de Salud Mental y Desarrollo de E.U.A.:

"niños identificados como `nerviosos` por sus maestros y que no muestran signos de malnutrición mejoran notablemente después de un refrigerio a media mañana con leche mas un suplemento de calcio"<sup>453</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPOCALCEMIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad, trastorno autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo.*

### 5.3.3 HIPERCALCEMIA

Puede indicar enfermedades o tumores de las glándulas paratiroides cuyo exceso de hormona paratiroidea lleva a la hipercalcemia. Los niveles elevados de calcio pueden producir desánimo, ansiedad, pérdida de memoria, tendencia al alcoholismo, aumento de peso, comportamiento bizarro, psicosis, agresividad. El DSM-IV refiere que también puede producir el trastorno catatónico<sup>454</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPERCALCEMIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, demencia, Trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia<sup>455</sup>, delirium<sup>456</sup> y trastorno catatónico.*

### 5.3.4 LACTATO DE SODIO

El lactato de sodio se desarrolla en la sangre debido a una deficiencia de calcio, pero también es un producto residual del ejercicio físico<sup>457</sup>. Cuando los niveles de calcio en sangre son bajos, se producen síntomas tales como palpitaciones, sudor, taquicardia y nerviosismo. Investigadores de la Universidad de Harvard encontraron que niveles elevados de lactato de sodio en sangre producen crisis de ansiedad<sup>458</sup>. En la escuela de medicina de la Universidad de Washington, los investigadores han producido ansiedad, a nivel experimental, inyectando lactato de sodio a los sujetos, y luego redujeron dicha ansiedad, con inyecciones de calcio<sup>459</sup>. El ejercicio físico también puede provocar hiperventilación inconsciente e involuntaria, que a su vez puede provocar niveles elevados de lactato, y así causar ansiedad<sup>460</sup>. Otros signos y síntomas que produce son: temores, dolores, tortícolis, descargas temperamentales, espasmo de sollozo, y reacciones nerviosas erráticas<sup>461</sup>. Mientras mayor sea la cantidad de proteína que se consuma en la dieta diaria, mayor será la cantidad de calcio requerida para evitar el incremento de lactato<sup>462</sup>.

<sup>453</sup> READ, Merrill S., citado en: CHERASKIN, op. Cit., p. 124.

<sup>454</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>455</sup> WALKER, op. Cit., pp. 56-57.

<sup>456</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 139, 178, AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>457</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 91; GOLD, op. Cit., p. 43.

<sup>458</sup> GOLD, op. Cit., p. 43.

<sup>459</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 91.

<sup>460</sup> GOLD, op. Cit., pp. 164-165.

<sup>461</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 92.

<sup>462</sup> Ibid., pp. 42, 92.

Otros factores que pueden elevar los niveles de lactato son las situaciones emocionalmente estresantes<sup>463</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL LACTATO DE SODIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno de ansiedad*.

#### 5.4 DEFICIENCIA O EXCESO DE ELEMENTOS TRAZA

Los *elementos traza naturales* son metales pesados que se encuentran en ciertos alimentos y en la contaminación ambiental; y que tienen efectos en la salud de las personas<sup>464</sup>. A la fecha se conocen catorce elementos traza: cobalto, cobre, cromo, estaño, flúor, hierro, manganeso, molibdeno, níquel selenio, sílica, vanadio, yodo, y zinc<sup>465</sup>.

##### 5.4.1 DEFICIENCIA DE HIERRO

Su carencia o deficiencia produce anemia, desánimo, fatiga crónica, trastornos de conducta e hiperactividad<sup>466</sup>. Las manifestaciones conductuales del paciente pueden incluir: descargas agresivas, destructividad, huidas de casa, robo, mentiras, falta de consideración hacia los demás, conducta sexual inapropiada, alucinaciones y conductas suicidas<sup>467</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEFICIENCIA DE HIERRO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno disocial*<sup>468</sup>.

##### 5.4.2 COBRE

Los niveles altos de cobre pueden debilitar las glándulas tiroides y adrenal. El mal funcionamiento de las glándulas adrenales puede producir insuficiencia adrenocortical, y el mal funcionamiento de la tiroides puede provocar hipertiroidismo o hipotiroidismo. En las mujeres, los estrógenos en los anticonceptivos orales pueden movilizar el cobre almacenado en el hígado, elevando el nivel de cobre en sangre.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LOS NIVELES ALTOS DE COBRE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno límite de la personalidad*.

##### 5.4.3 FLUOR

---

<sup>463</sup> Ibid.

<sup>464</sup> FEINGOLD, op. Cit., p. 73.

<sup>465</sup> Ibid., pp. 166-167.

<sup>466</sup> WALKER, op. Cit., p. 60.

<sup>467</sup> Ibid., pp. 115-116.

<sup>468</sup> Ibid.

Los niveles altos flúor también pueden debilitar las glándulas tiroides y adrenal, produciendo insuficiencia adrenocortical, e hipertiroidismo o hipotiroidismo.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL FLUOR, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno límite de la personalidad*.

## 5.5 ADITIVOS EN ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS

La clasificación completa de aditivos incluye, además de colorantes y saborizantes: intensificadores de sabor, modificadores, potenciadores, imitaciones, sabores artificiales, enzimas de sabor. Además, existen aditivos sin sabor: para controlar la alcalinidad, para espumar, contenido de humedad, para añadir firmeza, agentes madurativos, blanqueadores, texturizadores, separadores, quelantes, emulsificadores y estabilizadores. Por ejemplo, el dióxido de sulfuro se utiliza para secar fruta, y el Metil-Bromuro evita la infestación de insectos en cereales secos<sup>469</sup>. Los aditivos en productos industrializados se encuentran principalmente en alimentos como consomé condensado, salsa de soya, galletas, papas fritas, dulces, helados, goma de mascar, bebidas gaseosas, gelatinas, caramelos, etc., pero también incluye medicamentos, como jarabes para la tos, y vitaminas. Específicamente los saborizantes y colorantes artificiales, son una causa importante de hiperactividad en personas que padecen una predisposición genética. Muchos de estos colorantes son utilizados también en cosméticos, y muchos de ellos son absorbidos por la piel.

El efecto de los aditivos alimentarios es diferente que la alergia a los alimentos; es una reacción adversa del organismo, de tipo no-alérgica<sup>470</sup>. No existe prueba específica para detectar el efecto de los aditivos en alimentos industrializados; la única prueba es someter al paciente a una dieta de eliminación. Las sustancias químicas que se utilizan como aditivos para dar color y sabor artificial a los alimentos industrializados, son sustancias de bajo peso molecular, incapaces por sí mismas de inducir respuestas alérgicas en el ser humano; sin embargo, cuando se combinan con las proteínas, las cuales tienen un peso molecular alto, estimulan los mecanismos de defensa del cuerpo y producen reacciones de tipo alérgico<sup>471</sup>. Los químicos sintéticos son de bajo peso molecular y pueden pasar la barrera placentaria, por lo que pueden ser peligrosos para los fetos<sup>472</sup>. La Revista Consumer Reports en Febrero de 1973, recomienda: "todas las mujeres en edad de procrear, especialmente aquellas en los primeros tres meses de embarazo, deben considerar el evitar consumir bebidas gaseosas artificialmente coloreadas". Se estima que una persona promedio consume alrededor de 2.5 kilos de aditivos cada año<sup>473</sup>.

El deseo natural del hombre por satisfacer su paladar con textura y sabor, así como mediante el atractivo visual y el aroma, han dado lugar al mercado de los aditivos. Es difícil determinar exactamente cuantos sabores artificiales hay en el mercado. Se estima entre 1000 y 1500. De ellos, sólo 26 se encuentran en la lista llamada *Generalmente Considerados Como Seguros* de la Food and Drug Administration de E.U.A., y 714 en la lista de *Regulados* que

---

<sup>469</sup> FEINGOLD, op. Cit., p. 127.

<sup>470</sup> Ibid., pp. 13-14.

<sup>471</sup> Ibid., pp. 5-6.

<sup>472</sup> Ibid., p. 129.

<sup>473</sup> Ibid., p. 135.

aunque no son *generalmente considerados seguros*, también se autoriza sean usados en alimentos<sup>474</sup>.

La industria de los colorantes se inició a partir del descubrimiento de Sir William Henry Perkins, en 1856, de los colores sintetizados del alquitrán de hulla, debido a que éstos colores demostraron ser comercialmente superiores a los pigmentos vegetales y minerales. Para 1900 existían alrededor de 80 colores sintéticos de alquitrán de hulla<sup>475</sup>; fecha en que el Dr. Henry Washington Wiley, del Departamento de Agricultura de E.U.A. exponía públicamente que la gente "está siendo constantemente envenenada por los peligrosos químicos que se añaden a los alimentos"<sup>476</sup>. En 1906 el Gobierno de los Estados Unidos decretó su Acta de Alimentos y Drogas (Food and Drug Act), que luego dió lugar a la eliminación de todos los colorantes sintéticos, excepto siete de ellos, ya que habían mostrado ser nocivos para la salud. En 1973 cuatro componentes básicos de alquitrán de hulla aún estaban en uso a pesar de que las pruebas de laboratorio mostraban que tenían propiedades mutagénicas; Triphenylmethane, Azo, Xanthine e Indigo, a partir de los cuales se fabrican otros colorantes como el Rojo Amaranto # 2, Amarillo Tartrazina # 5, y Amarillo Ocaso # 6. Estudios Rusos al final de los años 60 indican que el Rojo Amaranto # 2 puede causar defectos de nacimiento y cáncer, sin embargo, es un color que se utiliza en medicamentos, alimentos y cosméticos. Investigaciones Japonesas en abril de 1973 mostraron que el Violeta # 1 puede causar cáncer. En 1973 también, el Laboratorio de la Universidad de West Virginia mostró que los colorantes artificiales, especialmente el Rojo Eritrosine #3, que actualmente se utiliza también en cosméticos, pueden causar alteraciones fotodinámicas en el hombre, incrementando la hiperactividad en los niños cuando se exponen al sol. Investigaciones recientes del departamento de energía del Oak Ridge National Laboratory en Estados Unidos, revelan que el Rojo Eritrosine # 3 puede causar cáncer de pecho<sup>477</sup>. Este colorante se usa a menudo en alimentos procesados como salchichas, carnes frías, y golosinas. Algunos de estos colorantes se utilizan para dar una presentación llamativa a las pastillas como anticonceptivos, vitaminas, entre otros. Los colorantes que más destacan como nocivos son: Triphenylmetan, Azo, Xantine, Indigo, Amarillo Tartrazine #5, Amarillo Ocaso # 6, Rojo Amaranto # 2, Rojo Eritrosine # 3, y Violeta # 1. El Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (PLM) menciona que el amarillo # 5 (tartrazina) "puede causar reacciones de tipo alérgico (incluyendo asma bronquial)...en pacientes que tienen hipersensibilidad a la aspirina"<sup>478</sup>. Signos y síntomas: Urticaria, asma, dislexia, hostilidad, violencia, agresividad, malhumor, berrinches, mentiras excesivas, impulsividad, conductas de alto riesgo, baja tolerancia a la frustración, períodos de atención muy cortos, dificultad de concentración, incapacidad para terminar lo que inicia, pobre coordinación muscular, problemas de sueño, intranquilidad<sup>479</sup>. En pacientes de la tercera edad, pueden producir pérdida de memoria y desánimo<sup>480</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LOS ADITIVOS EN LOS ALIMENTOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, demencia, estrés post-traumático, trastornos somatomorfos, trastorno disocial*<sup>481</sup>.

---

474 Ibid., pp. 122-125.

475 Ibid., pp. 111-121.

476 Ibid.

477 Ibid.

478 ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1402.

479 FEINGOLD, op. Cit., p. 21.

480 Ibid.

481 Ibid., p. 21.

## 5.6 SALICILATOS

Los salicilatos son sustancias químicas conocidas como radicales naturales que se encuentran en forma natural en algunos alimentos, y si bien no son necesariamente idénticos a la aspirina, si son muy similares en su estructura y en los efectos adversos que producen. Los salicilatos naturales se encuentran por ejemplo en A) frutas: almendras, manzanas, duraznos, cerezas, ciruelas, fresas, uvas, pasas, mandarinas, naranjas, albaricoques, frambuesas; B) verduras: jitomates, pepinos, chile, té negro; C) alimentos industrializados: vinagre (excepto el destilado blanco), algunas marcas de salsa catsup, salsa picante, algunas marcas de mostaza. Además, existe un salicilato radical sintético que se utiliza en algunos colorantes y saborizantes artificiales utilizados como aditivos en golosinas, nieves y helados, bebidas instantáneas, bebidas gaseosas, embutidos, chocolate, chocomilk, kool-aid, mantequillas, margarinas, pastas dentales, y otros<sup>482</sup>. Los salicilatos interfieren con la absorción y aprovechamiento del ácido fólico, y consumidos en exceso, pueden provocar deficiencia de dicho nutriente. El Dr. Feingold refiere que los salicilatos pueden producir depresión, hiperactividad, e impulsividad; y que puede ser confundido con estrés post-traumático<sup>483</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LOS SALICILATOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno por estrés post-traumático*.

## 5.7 ASPARTAME

También conocido como Nutrasweet, se utiliza como endulcorante sustituto del azúcar refinada por su bajo contenido en calorías. Las investigaciones han encontrado que el aspartame puede estar involucrado en el origen de las ausencias epileptoides, la manía, y el pánico<sup>484</sup>. Los datos sugieren que es más importante la predisposición y la susceptibilidad de la persona al aspartame, para desencadenar los síntomas, que las cantidades ingeridas. También parece ser que el prolapso de válvula mitral incrementa la susceptibilidad al aspartame.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ASPARTAME, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno por angustia sin agorafobia, trastorno bipolar hipomaniaco*.

## 5.8 INTOXICACIONES ALIMENTARIAS

### 5.8.1 CAFEINA

El consumo de cafeína, especialmente en forma de café, té, cola, chocolate, cocoa, analgésicos, etc. está muy extendido. La cafeína es una sustancia química del grupo de las

---

<sup>482</sup> Ibid., pp. 7-8, 171-174.

<sup>483</sup> Ibid., p. 11.

<sup>484</sup> GOLD, op. Cit., p. 184.

xantinas, que estimulan el sistema nervioso central causando alteraciones cerebrales y espinales<sup>485</sup>. La sintomatología que puede producir es nerviosismo, ansiedad, pánico, excitación, desasosiego, congestión facial, diuresis, Insomnio, y molestias gastro-intestinales. Los síntomas pueden presentarse después de consumir cantidades que generalmente no se consideran excesivas; de una a tres tazas pueden producir reacciones emocionales, ya que una sola taza de café contiene 90 miligramos de cafeína<sup>486</sup>. Con más de un gramo diario, pueden producirse contracciones musculares, hiperactividad, agitación psicomotriz, pensamiento y lenguaje inconexos y arritmia cardiaca. Dosis más altas pueden provocar perturbaciones sensoriales como silbidos en los oídos y destellos de luz, crisis epilépticas e incluso la muerte por falla respiratoria. La cafeína también puede provocar hipoglicemia funcional<sup>487</sup>, ya que al estimular la secreción de insulina, provoca la drástica caída de los niveles de azúcar<sup>488</sup>. En consumidores fuertes, se presentan los tres signos distintivos de la adicción: tolerancia por la droga, síndrome de abstinencia, y fuerte necesidad de la misma. El DSM-IV menciona que la cafeína puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>489</sup>, así como la abstinencia cuando existe habituación<sup>490</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA CAFEINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno de Ansiedad*<sup>491</sup>, *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo*, *Trastornos somatomorfos*.

#### 5.8.2 CORNEZUELO DE TRIGO

El trigo, ocasionalmente puede ser parasitado por un hongo llamado cornezuelo, el cual produce en las personas efectos similares a los provocados por drogas alucinógenas como el LSD, y un cuadro clínico similar al de la esquizofrenia<sup>492</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL CORNEZUELO DE TRIGO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

#### 5.8.3 ENFERMEDAD CELIACA

Es un trastorno nutricional debido al cual las personas no toleran fácilmente el gluten del trigo por lo que al ingerirlo sufren alteraciones de la personalidad como retraimiento, negativismo, conductas esquizoides, paranoia, rigidez y conducta estereotipada<sup>493</sup>. Debido a sus características no se considera que los síntomas sean debidos a una reacción alérgica alimentaria, ni a intolerancia alimenticia, sino como una anomalía congénita del metabolismo clasificada dentro de los síndromes de malabsorción, y que se manifiesta por la incompatibilidad digestiva del gluten.

---

<sup>485</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 102.

<sup>486</sup> Ibid., p. 103.

<sup>487</sup> Ibid., p. 53.

<sup>488</sup> Ibid., p. 104.

<sup>489</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>490</sup> Ibid., p. 725.

<sup>491</sup> WALKER, op. Cit., p. 80; GOLD, op. Cit., p. 138, 183-184; "DSM-IV", p. 725.

<sup>492</sup> SARASON, op. Cit., p. 333.

<sup>493</sup> Ibid., p. 332.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENFERMEDAD CELIACA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

#### 5.8.4 NICOTINA

Contenida en cigarrillos, puros, pipas, tabaco para mascar, chicle de nicotina, parche de nicotina, etc. La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central. Aún cuando la nicotina provoca dependencia, la intoxicación que produce no se identifica fácilmente. Produce complicaciones como bronquitis, enfisema, problemas coronarios, infartos, trombosis, enfermedades vasculares periféricas y distintos tipos de cáncer. Altera el sistema digestivo, interfiere la absorción de la vitamina C y destruye alguna de la vitamina C que ya se encuentra en el cuerpo, interfiere con la circulación sanguínea, y al provocar constricción de los vasos sanguíneos, impide que el cerebro reciba oxígeno y nutrientes esenciales, particularmente glucosa<sup>494</sup>. El síndrome de abstinencia de nicotina incluye irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución del ritmo cardíaco, aumento del apetito o ganancia de peso, cambios en el humor y en la conducta, cefaleas, sudores, calambres, temblores, taquicardia<sup>495</sup>. En algunos casos es difícil distinguir los efectos de la privación con la emergencia de rasgos psicológicos que estaban disimulados, controlados o alterados por los efectos de la nicotina. También produce aumento de los ritmos lentos en el electroencefalograma, disminución del metabolismo las catecolaminas, temblor, incremento de la tos, cambios en los movimientos oculares rápidos, alteraciones gastro-intestinales, dolores de cabeza, insomnio y deterioro del rendimiento en tareas que requieren vigilancia. Además, el fumar disminuye los niveles de vitamina A, B6, B12 y C. También puede provocar hipoglicemia funcional, debido a que estimula la producción anormal de insulina mediante la secreción de hormonas adrenales<sup>496</sup>. La drástica reducción o suspensión de las dosis acostumbradas de nicotina puede dar lugar al síndrome de abstinencia de la nicotina, el cual también produce un cuadro sintomático de pánico<sup>497</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA NICOTINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*<sup>498</sup>.

### 5.9 OTROS TRASTORNOS METABOLICOS

#### 5.9.1 ALCOHOLISMO

La ansiedad es uno de los síntomas asociados al abuso en el consumo de alcohol. Algunos investigadores han encontrado que quienes sufren de trastornos de angustia parecen

---

<sup>494</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 104.

<sup>495</sup> Ibid., p. 106.

<sup>496</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 53, 104-105.

<sup>497</sup> GOLD, op. Cit., p. 178.

<sup>498</sup> Ibid.

tener una predisposición hacia el alcoholismo, y que hasta un 32 por ciento de alcohólicos sufren de pánico, agorafobia o fobia social<sup>499</sup>, sugiriendo que muchos alcohólicos beben para disminuir sus niveles de ansiedad. En pequeñas dosis, el alcohol puede disminuir la ansiedad. Una vez pasado el efecto del alcohol, la ansiedad retorna estableciendo las bases para un ciclo de dependencia. Por otro lado, conforme la condición progresa, cada vez se necesitarán mayores cantidades de alcohol para controlar la ansiedad, y al mismo tiempo los ataques de pánico se volverán más factibles<sup>500</sup>. Otro estudio encontró que los pacientes alcohólicos muchas veces no pueden distinguir entre el síndrome de abstinencia (*la cruda o resaca*) y un ataque de pánico<sup>501</sup>. El Dr. Roger Williams afirma que nadie que lleve una buena nutrición se volverá alcohólico, y que aún cuando la mayoría de los médicos sabe que los alcohólicos normalmente sufren deficiencias nutricionales, asumen que la malnutrición se debe al alcoholismo y no consideran la posibilidad de que la malnutrición sea la causa del alcoholismo<sup>502</sup>. Sin embargo, a nivel experimental se ha probado que una mala nutrición puede provocar alcoholismo (sed biológica de alcohol), y que el alcoholismo puede revertirse añadiendo nutrientes adecuados a la dieta<sup>503</sup>. Las dietas que experimentalmente probaron ser inductoras de la sed biológica de alcohol, fueron dietas con alto contenido de carbohidratos refinados que provocan hipoglicemia funcional debido al metabolismo anormal del azúcar, y deficiencia de vitaminas del complejo B<sup>504</sup>. El DSM-IV menciona que el síndrome de abstinencia de alcohol puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>505</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ALCOHOLISMO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*.

### 5.9.2 ALUCINOSIS ALCOHOLICA AGUDA

El psiquiatra Agustín Caso describe la *Alucinosis alcohólica* como un trastorno que no presenta alteraciones de la conciencia (no hay confusión ni desorientación), sin embargo, presenta alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y táctiles que a menudo se acompañan por ataques epilépticos<sup>506</sup>. Se le considera una variante del delirium tremens, el cual es una condición cerebral aguda consecuencia del consumo excesivo de alcohol seguido de la deprivación o abstinencia. El paciente se puede volver homicida o suicida en respuesta a sus alucinaciones visuales o auditivas. Las alucinaciones auditivas de naturaleza amenazadora provocan miedo intenso. Parece que el trastorno se debe a la interferencia prolongada del alcohol con el metabolismo de las neuronas. La Alucinosis se distingue del delirium tremens por la presencia de un sensorio lúcido y la carencia de amnesia para el episodio alucinatorio después de que se ha efectuado la recuperación. El síndrome se inicia dentro de las 48 horas de haber abandonado la ingesta de alcohol, y puede durar varias semanas o meses. Las ideas delirantes referenciales y otras de tipo persecutorio pobremente sistematizadas pasan a primer plano. En esta etapa puede ser difícil diferenciar de la esquizofrenia, dado que se presenta un pensamiento vago e ilógico, asociaciones laxas y

---

<sup>499</sup> Ibid., pp. 176-177.

<sup>500</sup> Ibid.

<sup>501</sup> Ibid.

<sup>502</sup> WILLIAMS Roger, citado en: CHERASKIN, op. Cit., p. 50-51.

<sup>503</sup> CHERASKIN, op. Cit., pp. 50-53.

<sup>504</sup> Ibid.

<sup>505</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>506</sup> CASO, op. Cit., p. 144.

embotamiento de la afectividad. La forma crónica se desarrolla después de varios episodios del trastorno.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ALUCINOSIS ALCOHOLICA AGUDA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

### 5.9.3 ANEMIA

La anemia suele clasificarse según sus causas o por sus características morfológicas. En la clasificación morfológica se toman como criterio las dimensiones y contenido hemoglobínico de los eritrocitos<sup>507</sup> e incluye las siguientes formas de anemia: Macrocítica, Normocítica, Microcítica, Hiperocrómica, Microcítica e Hipocrómica. Dentro de la clasificación por causas se encuentran: la *anemia ferropénica* por deficiencia de hierro, *anemia falciforme* por el uso indiscriminado de antibióticos, *anemia perniciosa* por deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>, anemia por deficiencia de ácido fólico, anemia por deficiencia de vitamina E, anemia por enfermedad crónica, anemia por infección crónica<sup>508</sup>, anemia por lupus eritematoso sistémico, anemia por envenenamiento con Monóxido de carbono, anemia ligada al sexo y homoglobinopatía de Zurich.

Normalmente la hemoglobina se estructura de cuatro cadenas: dos cadenas A, consistentes en 282 aminoácidos, y dos cadenas B, de 292 aminoácidos. Las cuatro cadenas se enredan entre sí para formar la molécula de hemoglobina. En la enfermedad de Zurich, también conocida como Hemoglobinopatía de Zurich, se afecta la hemoglobina (fracciones de la célula roja que cargan hierro y oxígeno) por una variación genética simple en la posición 63 de los aminoácidos en la cadena B de la hemoglobina. Es un error de la naturaleza en virtud de la cual se ha sustituido la arginina por la histidina. Ambas sustancias son aminoácidos esenciales. Esta alteración permanece silenciosa, desconocida al individuo, hasta que una droga como la Sulfanilamida, un oxidante, entra en el sistema, produciendo una anemia severa<sup>509</sup>. Otro tipo de anemia inducido por drogas, es una anemia ligada al Sexo; es decir, que se transmite mediante los cromosomas sexuales X, y sólo la padecen los hombres. La droga Primiquine, utilizada contra la malaria, puede desencadenar la reacción y provocar anemia en individuos que tengan esta variación cromosómica. Involucra el metabolismo de una enzima de glucosa conocida como glucosa-6-dehidrogenasa<sup>510</sup>. Todo tipo de anemia puede provocar delirium<sup>511</sup>. La anemia en los niños produce hiperactividad<sup>512</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ANEMIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastornos depresivos y delirium*.

### 5.9.4 DEGENERACION HEPATOLENTICULAR

---

<sup>507</sup> BAYARDO Pérez Beatriz E., "Apuntes de análisis clínicos", México, 1978, pp. 208-209.

<sup>508</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1610.

<sup>509</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 144-145.

<sup>510</sup> Ibid., p. 145.

<sup>511</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>512</sup> FEINGOLD, op. Cit., p.; WALKER, op. Cit., p. 60.

También conocida como la Enfermedad de Wilson. Es un trastorno metabólico de etiología genética que se hereda como factor mendeliano recesivo, en virtud de lo cual existe una incapacidad genética de sintetizar cantidades normales de ceruloplasmina (proteína del plasma que transporta el cobre), y como resultado de ello el cobre se deposita en los tejidos y aparece aumentado en el líquido cefalorraquídeo y en la orina<sup>513</sup>. La acumulación de cobre es más marcada en el hígado y el cerebro (putamen, núcleo caudado y globo pálido), y eventualmente causa daño al sistema nervioso y a la corteza cerebral, que puede ser irreversible<sup>514</sup>. La acumulación del cobre puede dar lugar a alteraciones severas del funcionamiento hepático, temblores, rigidez muscular, demencia e incluso la muerte por cirrosis hepática. Los trastornos del comportamiento pueden incluir desde pensamientos paranoides, delirios auditivos, comportamiento errático, exhibicionismo sexual, fobia a la escuela (cuando se presenta entre 5 y 20 años de edad), hasta psicosis, y generalmente los síntomas psicoemocionales se presentan mucho antes de que los signos hepáticos sean aparentes<sup>515</sup>. La demencia, la cual es progresiva, puede ir acompañada de ideas delirantes de tipo paranoide<sup>516</sup>. Los típicos anillos de Kayser-Fleischer, que son unos círculos de color verde o café-dorado que rodean la córnea del ojo en un 50% de los casos. El anillo se debe a la formación de pigmentos en la membrana de Descemet, y al principio este pigmento se deposita arriba y abajo de la córnea, pero conforme progresa el trastorno, se completa el círculo<sup>517</sup>. Se visualiza mejor si se examina el ojo oblicuamente desde arriba o con microscopio con lámpara de hendidura. La expresión facial se caracteriza por una retracción del labio superior, salivación y una sonrisa enseñando los dientes. Signos y síntomas: apariencia de sonrisa peculiar, acné, adelgazamiento de la piel, temblores, trastornos depresivos, histeria, hiperactividad, cambios de personalidad, demencia, alteraciones hepáticas.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEGENERACION HEPATOLENTICULAR, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno histriónico de la personalidad, demencia, trastornos de ansiedad*<sup>518</sup>.

#### 5.9.5 FENILCETONURIA

Es un trastorno que se hereda en forma recesiva autosómica, caracterizado por deficiencias en el metabolismo de la fenilalanina, un aminoácido esencial para la nutrición humana. La enfermedad tiene por causa la ausencia o deficiencia de la enzima hidrolasa de L-fenilalanina, la cual se encarga de convertir la fenilalanina en el aminoácido tirosina. Cuando la fenilalanina se acumula en los tejidos, se vuelve tóxica para el tejido cerebral. Produce deficiencia mental, agresividad, baja tolerancia a la frustración, autoagresión. Quienes padecen fenilcetonuria tienen una predisposición que los hace especialmente susceptibles a los endulcorantes artificiales (nutrasweet), y a colorantes y saborizantes sintéticos, los cuales pueden desencadenar crisis de conducta<sup>519</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>520</sup>. Medicamentos que contengan cloramfenicol pueden producir deficiencia de la fenilalanina en el cuerpo<sup>521</sup>.

---

<sup>513</sup> CASO, op. Cit., p. 322.

<sup>514</sup> WALKER, op. Cit., pp. 39-41; GOLD, op. Cit., pp. 102, 169.

<sup>515</sup> GOLD, op. Cit., pp. 102, 169; WALKER, op. Cit., pp. 39-41.

<sup>516</sup> CASO, op. Cit., p. 323.

<sup>517</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 306.

<sup>518</sup> WALKER, op. Cit., pp. 39-41; GOLD, op. Cit., pp. 102, 169; TRIMBLE, op. Cit., p. 323.

<sup>519</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 68-69.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA FENILCETONURIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastornos disocial, trastorno antisocial de la personalidad*<sup>522</sup>.

#### 5.9.6 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Es un trastorno crónico del sistema inmunológico del cuerpo en virtud del cual dicho sistema ataca a sus propias células. El lupus eritematoso sistémico es una de las formas más serias del Lupus, y puede ser potencialmente fatal. Sin embargo, aún cuando no existe cura a la fecha, puede ser apropiadamente controlada con medicamentos; especialmente para los riñones, que es uno de los órganos generalmente más dañados. Muchas personas que padecen lupus eritematoso sistémico, desarrollan síntomas psiquiátricos antes que otros síntomas (los cuales incluyen fiebre, dolor de articulaciones y una mancha en la cara en forma de mariposa)<sup>523</sup>. Otros signos y síntomas son: inflamación del tejido conectivo del cuerpo, fiebre inexplicable, afecciones pulmonares, del bazo, riñones y corazón; deformación de las articulaciones, calvicie, anemia y sarpullido<sup>524</sup>. Estudios realizados por E.C. Miguel en 1994 encuentran que un 25 por ciento de los pacientes de lupus eritematoso sistémico presentan síntomas mentales antes o inmediatamente después de las manifestaciones de la enfermedad<sup>525</sup>. El Dr. Gold refiere que el lupus eritematoso sistémico puede mimetizar todo tipo de síntomas mentales, desde ansiedad hasta psicosis<sup>526</sup>. El Dr. Walker refiere como síntomas psicológicos: la tristeza, irritabilidad, desesperanza, y problemas cognitivos<sup>527</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar cambio de personalidad<sup>528</sup> y trastornos del estado de ánimo<sup>529</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno psicótico, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos somatomorfos*<sup>530</sup>, *trastornos del estado de ánimo, cambio de personalidad*.

#### 5.9.7 PORFIRIA

Es un trastorno que se transmite genéticamente; que se caracteriza por la interferencia en la eliminación de desechos químicos corporales llamados *porfirinas*, por lo que se acumulan en cantidades tóxicas en el cuerpo; pudiendo detectarse tanto coproporfirinas como uroporfirinas en el torrente circulatorio y en la orina (orina color vino). Puede cursar asintomático en las personas portadoras hasta que alguna condición biológica o ambiental (estrés, medicamentos antimicóticos,

<sup>520</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242.

<sup>521</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 112.

<sup>522</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 68-69.

<sup>523</sup> WALKER, op. Cit., pp. 57-58, 120.

<sup>524</sup> GOLD, op. Cit., p. 169.

<sup>525</sup> WALKER, op. Cit., pp. 57-58, 120.

<sup>526</sup> GOLD, op. Cit., p. 169.

<sup>527</sup> WALKER, op. Cit., pp. 57-58, 120.

<sup>528</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 178.

<sup>529</sup> Ibid., p. 376.

<sup>530</sup> GOLD, op. Cit., p. 169; WALKER, op. Cit., pp. 57-58, 120.

drogas, desnutrición, cambios hormonales, infecciones, alcoholismo, etc.) desencadena los síntomas; los cuales incluyen dolor abdominal, insomnio, nerviosismo, confusión mental, alucinaciones, ausencias epilépticas, comportamiento bizarro, conductas atípicas. También puede desencadenar trastornos depresivos y de la memoria<sup>531</sup>. Los síntomas también pueden desencadenarse por la interacción entre las hormonas propias del embarazo y los barbitúricos (píldoras para dormir)<sup>532</sup>. Este trastorno puede desencadenar ataques epilépticos<sup>533</sup>. El DSM-IV también hace notar que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>534</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA PORFIRIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*<sup>535</sup>, *delirium*<sup>536</sup>, *trastorno de ansiedad*.

#### 5.9.8 SINDROME DE LESCH-NYHAN

Fue descubierto en 1964 por el Dr. Michael Lesch y el Dr. William L. Nyhan, en la Universidad John Hopkins. Es un trastorno molecular asociado al metabolismo defectuoso del ácido úrico, que provoca una sobre-producción de éste último. Produce problemas de comportamiento, conductas bizarras, agresividad, crueldad, violencia, conductas automutilantes como que el paciente se coma sus propios dedos. El paciente se disculpa rápidamente cuando se da cuenta de que ha cometido algún error. Es causada por defectos genéticos. A la fecha no existe tratamiento curativo conocido, y sólo se utilizan drogas neurolépticas como paliativos<sup>537</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME DE LESCH NYHAN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*<sup>538</sup>.

#### 5.9.9 SINDROME FETAL ALCOHOLICO

Es un trastorno congénito, no genético, causado por el consumo de alcohol por parte de la madre embarazada. Puede originar en el feto microcefalia, ojos rasgados, nariz aplastada, orejas malformadas, perímetro cefálico inferior a lo normal, defectos en las estructuras cerebrales, retardo mental (desde imperceptible hasta profundo), retardo en el crecimiento (peso y estatura), anomalías articulares y oculares, irritabilidad, problemas de comportamiento, fallas de atención, problemas de concentración, problemas de aprendizaje, impulsividad, agresividad, mentiras, robo. Es un trastorno demasiado común, aunque en la mayoría de cursa sin ser diagnosticado<sup>539</sup>. Ann Streissguth y colaboradores encuentran que 62 por ciento de adolescentes y adultos con el síndrome muestran problemas de conducta<sup>540</sup>, y se ha encontrado que existe relación entre alcoholismo paterno e hiperactividad de sus hijos. También hay evidencias de que

---

<sup>531</sup> CASO, op. Cit., p. 326.

<sup>532</sup> WALKER, op. Cit., pp. 70-71; WHITTAKER, op. Cit., p. 659; CASO, op. Cit., p. 326.

<sup>533</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242; CASO, op. Cit., p. 326.

<sup>534</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 550.

<sup>535</sup> WALKER, op. Cit., pp. 70-71; WHITTAKER, op. Cit., p. 659.

<sup>536</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>537</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 146-147.

<sup>538</sup> WALKER, op. Cit., p. 54; FEINGOLD, op. Cit., pp. 146-147.

<sup>539</sup> Ibid., p. 116.

<sup>540</sup> STREISSGUTH, Ann, et. al., en: Walker, op. Cit., p. 116.

de los padres que fueron sidos hiperactivos de niños, 50% se convierten en alcohólicos al llegar a la edad adulta. Los hijos de alcohólicos están más propensos a tener trastornos emocionales, particularmente conducta antisocial e hiperactividad infantil.

Las mujeres que beben cuando están embarazadas pueden tener hijos con Síndrome Fetal del Alcohol, que incluye varios defectos anatómicos (ojos rasgados, nariz aplastada, orejas malformadas, perímetro cefálico inferior a lo normal, etc.), deficiencia del crecimiento en cuanto a estatura y peso; defectos de las estructuras cerebrales, irritabilidad y retraso mental desde imperceptible hasta profundo. Si la mujer bebe poco, los efectos adversos serán menos severos, incluso casi imperceptibles, pero los habrá. Los hijos de alcohólicos tienen cuatro veces más probabilidades de ser alcohólicos que los hijos de no alcohólicos. Las hijas de alcohólicos están seis veces más propensas a deprimirse que las hijas de no alcohólicos.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL SINDROME FETAL ALCOHOLICO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno disocial, trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo*<sup>541</sup>.

## 6.-ENFERMEDADES ONCOLOGICAS

### 6.1 CARCINOMA PANCREATICO

Es una forma letal de cáncer que ataca al páncreas. De todos los cánceres que presentan síntomas psiquiátricos, el cáncer pancreático es el más común y el que mimetiza más convincentemente; y su letalidad, en parte, es debida a dicho mimetismo<sup>542</sup>. Los primeros síntomas aparecen como alteraciones del estado de ánimo: trastornos depresivos, accesos repentinos de llanto, ansiedad e insomnio. Otros síntomas físicos posteriores son el dolor, pérdida de peso e ictericia, sin embargo, cuando aparecen los síntomas físicos y es más fácil realizar el diagnóstico diferencial, a menudo es demasiado tarde, y la muerte puede presentarse en el transcurso del año<sup>543</sup>. El DSM-IV señala que también puede provocar *trastornos del estado de ánimo*<sup>544</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL CARCINOMA PANCREATICO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo*.

### 6.2 GLIOMA PONTINO

Es un tumor cerebral. Signos y síntomas: ausencias mentales, alucinaciones, dolores de cabeza cegadores, comportamiento irracional, bochornos, trastornos cognitivos, pérdida de memoria, pérdida del sentido de la realidad<sup>545</sup>. También puede provocar delirium<sup>546</sup> y

<sup>541</sup> WALKER, op. Cit., p. 116.

<sup>542</sup> GOLD, op. Cit., p. 170.

<sup>543</sup> Ibid.

<sup>544</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 376.

<sup>545</sup> WALKER, op. Cit., pp. 103-104.

<sup>546</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

demencia<sup>547</sup>. Se detecta mediante Resonancia Magnética. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>548</sup>. Uno de los primeros síntomas que se presentan es la angustia y ansiedad, mucho antes de que se presenten los síntomas clásicos del tumor<sup>549</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL GLIOMA PONTINO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*<sup>550</sup>, *trastornos de ansiedad*<sup>551</sup>, *delirium*, *demencia*.

### 6.3 MENINGIOMA

Tumor que se presenta en las meninges, formadas por los tejidos envolventes de los hemisferios cerebrales. También se conoce como meningitis carcinomatosa. Produce fatiga, astenia, hipersomnio, debilidad, fallas de concentración, labilidad emocional. Es factor etiológico del delirium y la demencia<sup>552</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>553</sup>. El Dr. Caso menciona que:

"...la angustia puede ser un síntoma de principio de tumores cerebrales. En muchos casos una historia clínica bien tomada pone de manifiesto que los enfermos han experimentado ansiedad, aún antes de que se presenten los síntomas clásicos de tumor cerebral. Por tanto, todo enfermo que presente ansiedad debe ser examinado de manera cuidadosa desde el punto de vista neurológico"<sup>554</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL MENINGIOMA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos*<sup>555</sup>, *delirium*, *demencia*<sup>556</sup>, *trastornos de ansiedad*.

## 7.-ENFERMEDADES POR PARASITOSIS

### 7.1 DEL APARATO DIGESTIVO

Todo tipo de parasitosis del aparato digestivo puede producir en el niño un comportamiento característico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre ellos, se citan los oxiuros, parásitos contagiosos que producen comezón en la región anal, que pueden dar los siguientes signos y síntomas: Caprichos, miedos infundados, falta de motivación, insomnio, sueño intranquilo, mal humor, fatiga crónica debida a la comezón durante las horas de sueño que interfieren con el descanso<sup>557</sup>.

<sup>547</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>548</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242.

<sup>549</sup> CASO, op. Cit., p. 99.

<sup>550</sup> WALKER, op. Cit., pp. 103-104.

<sup>551</sup> GOLD, op. Cit., p. 170; WALKER, op. Cit., pp. 103-104.

<sup>552</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 139, 182, AMERICAN Psychiatric Association, p. 157.

<sup>553</sup> Ibid., pp. 241-242.

<sup>554</sup> CASO, op. Cit., p. 99.

<sup>555</sup> WALKER, op. Cit., p. 53.

<sup>556</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 139, 182..

<sup>557</sup> WALKER, op. Cit., p. 10.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LAS PARASITOSIS DEL APARATO DIGESTIVO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo*.

## 7.2 CISTICERCOSIS

En esta condición, el cerebro es parasitado por las larvas de la tenia, y los agentes productores de la cisticercosis son los *Cysticercus celulosae* y *Cysticercus racemosus*. Los parásitos llegan al cerebro y provocan una enfermedad crónica, molesta e incapacitante, e incluso pueden causar la muerte. La transmisión se lleva a cabo por fecalismo, por ingestión de carne mal cocida de cerdos cisticercosos, por tomar agua, verduras o alimentos contaminados; siendo el hombre el huésped definitivo de las tenias *solium* o *saginata*. Puede causar delirios, demencia, tendencias suicidas y síntomas similares a la esquizofrenia<sup>558</sup>. Además, son frecuentes la hipertensión, alteraciones del lenguaje, cambio de carácter, problemas de memoria, irritabilidad, crisis de llanto y trastornos depresivos, alteraciones de la conciencia, confusión grave<sup>559</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos con trastornos cognoscitivos, automatismos, y otros<sup>560</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA CISTICERCOSIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

## 8.-ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

### 8.1 APNEA

Trastorno en el cual el paciente de hecho deja de respirar varias veces durante la noche. Puede ser potencialmente fatal. El consumo de benzodiazepinas (Valium, Xanax, etc.) puede desencadenar alteraciones en la memoria, problemas de atención y concentración, lagunas mentales, e incluso paros respiratorios en pacientes que padecen apnea<sup>561</sup>. Otros síntomas son irritabilidad, agresividad, pérdida de la memoria, problemas de atención y concentración. Signos y síntomas: ansiedad, desesperación, hostilidad, pérdida de la memoria, tristeza<sup>562</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA APNEA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos amnésicos*.

### 8.2 ASMA<sup>563</sup>

Normalmente es causada por una reacción de tipo alérgico algunas sustancias en el aire como: polvo, polen, pelo de animal, yute, entre otros; o por condiciones ambientales como: aire

---

<sup>558</sup> Ibid., p. 45.

<sup>559</sup> CASO, op. Cit., p. 589.

<sup>560</sup> Ibid.

<sup>561</sup> WALKER, op. Cit., pp. 42,96.

<sup>562</sup> Ibid.

<sup>563</sup> GOLD, op. Cit., p. 174.

frío, situaciones estresantes o ejercicio vigoroso. El asmático con frecuencia presenta el acceso; irritación en la nariz y la garganta, sensación de angustia, ansiedad y dificultad para respirar. La inspiración se vuelve anhelante aunque no exista ningún obstáculo que la impida, y la espiración se prolonga con una sensación de que existe una resistencia a vencer, acompañada de tos que al principio es seca y luego se vuelve productiva con esputos mucosos, espumosos y blanquecinos. La dificultad respiratoria provoca cianosis y abundantes síntomas emocionales de ansiedad e intranquilidad.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ASMA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad*.

### 8.3 BRONQUITIS

Consiste en una inflamación de los bronquios que provoca dificultad respiratoria. Las causas pueden ser muy variadas. La bronquitis aguda es causada a menudo por infecciones (gripe o resfrío, tos ferina, sarampión, bacterias, virus, hongos, parásitos). La bronquitis crónica puede ser causada por tóxicos (tabaco, gases, vapores, sustancias químicas, contaminación ambiental), por factores ambientales físicos (frío, niebla, factores atmosféricos), factores alérgicos, por predisposición (respiración bucal, malformaciones congénitas o adquiridas, inflamaciones como sinusitis u otitis). Los síntomas generales son: tos continua o en forma de accesos, seca en un principio pero luego se vuelve productiva con esputos de características variables; puede presentarse dolor debido a los esfuerzos musculares al toser; disnea, fiebre, malestar, fatiga. El Dr. Gold señala como síntomas psico-emocionales los trastornos de ansiedad<sup>564</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA BRONQUITIS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad*.

### 8.4 ENFISEMA PULMONAR<sup>565</sup>

Esta condición se presenta cuando los alvéolos pulmonares se dañan o destruyen, dificultando el intercambio gaseoso, y produciendo un desequilibrio caracterizado por niveles elevados de dióxido de carbono y niveles bajos de oxígeno en la sangre. Esta alteración es causa de una sobrecarga en el trabajo del corazón, lo cual a su vez puede provocar hipertensión arterial. Signos y síntomas: ansiedad, dificultad respiratoria, fatiga.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENFISEMA PULMONAR, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad*.

### 8.5 HIPERVENTILACION

---

<sup>564</sup> Ibid., p. 174.

<sup>565</sup> Ibid.

Es una condición en que la persona tiende a respirar grandes cantidades de aire rápidamente, lo cual altera los niveles de bióxido de carbono la sangre, que a su vez altera la alcalinidad de la sangre pudiendo llegar a producir ataques de pánico<sup>566</sup>. Esta hiperventilación generalmente es inconsciente por parte del paciente, y muchas veces sucede como una respuesta del organismo a las altas concentraciones de bióxido de carbono en la sangre que pueden existir en un momento determinado. En otras ocasiones, puede ser causada por asma, ejercicio físico, traumatismo craneal, hipertiroidismo, trastornos hormonales o por drogas<sup>567</sup>. La hiper-oxigenación restaura el balance de oxígeno y CO<sub>2</sub>. Sin embargo, algunas veces se produce un nivel muy bajo de CO<sub>2</sub> resultando una condición llamada *alcalosis respiratoria*. El DSM-IV, coincidiendo con los Dres. Walker y Gold, también hace notar que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>568</sup>. Signos y síntomas: incluyen torpeza, mareos sentimientos de sofocación, temblores, dolor de pecho, y pánico entre otros<sup>569</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPERVENTILACION, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno de ansiedad*.

## 9.-ENFERMEDADES VASCULARES

### 9.1 ARRITMIA CARDIACA<sup>570</sup>

Se conoce como arritmia cardiaca cualquier cambio en el patrón normal de los latidos del corazón. Los síntomas de arritmia incluyen palpitaciones, taquicardia, dificultad respiratoria y dolor pectoral. Las arritmias pueden ser causadas por varios factores, tales como infarto al miocardio, iatrogenia medicamentosa, fiebre, necesidades extras de energía debido al ejercicio físico y alteraciones en la conducción eléctrica del corazón. Una arritmia cardiaca, a su vez, puede causar infarto al miocardio. También puede ser factor etiológico del delirium<sup>571</sup> y de trastorno catatónico<sup>572</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ARRITMIA CARDIACA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*<sup>573</sup>, *delirium* y *trastorno catatónico*.

### 9.2 ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL<sup>574</sup>

Es una condición caracterizada por un engrosamiento, endurecimiento y pérdida de elasticidad de las paredes de las arterias, lo cual interrumpe o disminuye la corriente sanguínea y la oxigenación cerebral. Puede ser causada por hipertensión, enfermedad renal, diabetes o niveles

<sup>566</sup> WALKER, op. Cit., p. 125; GOLD, op. Cit., pp. 164-165.

<sup>567</sup> GOLD, op. Cit., p. 165.

<sup>568</sup> AMERICAN psychiatric Association, "DSM-IV", p. 550; WALKER, op. Cit., p. 125; GOLD, op. Cit., pp. 164-165.

<sup>569</sup> GOLD, op. Cit., pp. 132-134, 164-165.

<sup>570</sup> GOLD, op. Cit., p. 172.

<sup>571</sup> TRIMBLE Michael, "Neuropsiquiatría", p. 139.

<sup>572</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>573</sup> GOLD, op. Cit., p. 173.

<sup>574</sup> Ibid.

elevados de grasa en la sangre<sup>575</sup>. Puede aparecer gradualmente, o seguir inmediatamente a un accidente cerebrovascular. Cuando surge en forma gradual, sus primeros síntomas son: fatiga, cefaleas, aturdimiento, problemas de concentración, labilidad afectiva y descuido en la higiene personal<sup>576</sup>. La reducción del interior de las arterias puede dar lugar a infartos múltiples causados por émbolos que se originan en arterias extracraneales o el corazón y que producen bloqueos de la circulación, en cuyo caso se presenta la llamada **demencia arteriosclerótica o demencia por infartos múltiples**<sup>577</sup> con cambios de la personalidad, labilidad emocional, apatía, irritabilidad, agresividad, retraimiento, convulsiones, y aunque son raras las psicosis, la esquizofrenia puede estar relacionada<sup>578</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>579</sup> y trastorno catatónico<sup>580</sup>. Signos y síntomas: dolor de cabeza, mareos, fatiga, pérdida de la memoria, problemas de concentración, labilidad afectiva y ansiedad.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: **Trastornos depresivos, Trastornos por ansiedad, demencia**<sup>581</sup> **y trastorno catatónico.**

### 9.3 ATEROSCLEROSIS CEREBRAL

Los niveles elevados de colesterol en la sangre pueden provocar la formación de placas (ateromas) en el cerebro, que interfieren con el funcionamiento cerebral (nutrición, oxigenación)<sup>582</sup>, aunque algunas veces las placas escleróticas se localizan en la médula<sup>583</sup>. Se le considera trastorno que lleva a demencia de desarrollo lento, y algunos de los signos y síntomas son: pérdida de memoria, disminución de la inteligencia, aplanamiento afectivo, inactividad, euforia, apatía, labilidad emocional, conducta abusiva y demandante, ataques epilépticos, disminución de la agudeza visual, exaltación de los reflejos tendinosos y falta de reflejos en la pared abdominal<sup>584</sup>. Sluchevski indica que cuando la psicosis se manifiesta, la memoria se debilita, hay trastornos de la atención, dificultad de concentración, inestabilidad emocional, depresión, e ideas delirantes de tipo depresivo<sup>585</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ATEROSCLEROSIS CEREBRAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: **trastornos depresivos, demencia, esquizofrenia.**

### 9.4 HEMORRAGIA INTERNA<sup>586</sup>

Es una pérdida importante de sangre dentro del cuerpo, que se origina por la ruptura de venas, arterias o capilares. Signos y síntomas que presenta: pulso rápido, hipotensión arterial, sed, manos y pies frías, mareos, desmayo, temor y ansiedad.

<sup>575</sup> Ibid.

<sup>576</sup> DAVISON, op. Cit., p. 498.

<sup>577</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 178-200.

<sup>578</sup> Ibid.

<sup>579</sup> Ibid., pp. 241-242.

<sup>580</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 157.

<sup>581</sup> DAVISON, op. Cit., p. 498; TRIMBLE, op. Cit., pp. 178-200.

<sup>582</sup> WALKER, op. Cit., p. 193.

<sup>583</sup> SLUCHEVSKI I.F., "Psiquiatría", p. 201.

<sup>584</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242; SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 201.

<sup>585</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 391.

<sup>586</sup> GOLD, op. Cit., p. 173.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR UNA HEMORRAGIA INTERNA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: ***Trastornos por ansiedad.***

#### 9.5 EMBOLIA PULMONAR<sup>587</sup>

Esta alteración aparece cuando una arteria pulmonar se ve bloqueada por un coágulo sanguíneo, de grasa, de tejidos, o de aire. La embolia pulmonar produce síntomas muy parecidos a un ataque cardíaco o a un ataque de pánico: dificultad respiratoria, dolor pectoral, estado de shock y cianosis.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA EMBOLIA PULMONAR, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: ***Trastornos de ansiedad.***

#### 9.6 ENDOCARDITIS BACTERIAL<sup>588</sup>

El endocardio es la cubierta de las cavidades internas del corazón. La endocarditis bacteriana es una inflamación del endocardio causado por infección bacteriana. En su forma subclínica (sub-aguda), la endocarditis no es obvia, pero el paciente sufre de síntomas de ansiedad como: debilidad, pérdida del apetito, dolor articular y sudores nocturnos.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ENDOCARDITIS BACTERIAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: ***Trastornos por ansiedad.***

#### 9.7 HIPERTENSION ARTERIAL

También conocida como ***tensión arterial alta***, puede tener distintas causas como: trastornos de la tiroides, de las glándulas adrenales, problemas renales. La hipertensión puede cursar asintomática, o bien producir síntomas como dolor de cabeza, zumbidos, fatiga, y ansiedad entre otros<sup>589</sup>. También puede producir delirium<sup>590</sup> y demencia<sup>591</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPERTENSION ARTERIAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: ***Trastornos de ansiedad, delirium, demencia.***

#### 9.8 HIPOTENSION ARTERIAL

También llamada ***tensión arterial baja***, puede producir mareos, desánimo, apatía<sup>592</sup>.

---

<sup>587</sup> Ibid., p. 173.

<sup>588</sup> Ibid.

<sup>589</sup> Ibid., pp. 172-173.

<sup>590</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 129.

<sup>591</sup> Ibid., p. 150.

<sup>592</sup> WALKER, op. Cit., p. 63.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA HIPOTENSION ARTERIAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos*.

### 9.9 INFARTO AL MIOCARDIO<sup>593</sup>

También conocido como ataque cardíaco, puede ser causado por una arritmia cardíaca, por un coágulo que interrumpe el flujo sanguíneo. El infarto al miocardio causa daños en los tejidos del corazón. En algunos casos los síntomas son un intenso y repentino dolor que comienza en el pecho y se extiende hacia el cuello, brazo derecho y parte superior del abdomen, sin embargo, en otros casos, los síntomas pueden ser ligeros, apareciendo como indigestión, latidos irregulares y ansiedad. También puede ser factor etiológico del delirium<sup>594</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL INFARTO AL MIOCARDIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos de ansiedad, delirium*<sup>595</sup>.

### 9.10 PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

La válvula mitral se encuentra en la parte izquierda del corazón, separando el ventrículo de la aurícula. En condiciones normales, la sangre rica en oxígeno fluye de los pulmones hacia la aurícula hasta que la presión de la sangre acumulada fuerza la apertura de la válvula mitral para entrar en el ventrículo, desde donde será bombeada a todo el cuerpo. Cuando la presión decrece, la válvula mitral se cierra para impedir el regreso de la sangre. Cuando existe prolapsos de válvula mitral, dicha válvula no cierra completamente, por lo que permite que pequeñas cantidades de sangre se regresen del ventrículo a la aurícula, produciendo un pequeño murmullo o un chasquido, que en algunas ocasiones puede ser audible mediante el estetoscopio, pero que se detecta de forma más precisa mediante *ecocardiografía bi-dimensional*<sup>596</sup>. Signos y síntomas: Puede producir dolor pectoral, palpitaciones, fatiga, dificultad respiratoria, mareos, angustia, ansiedad<sup>597</sup> y delirium<sup>598</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad (por angustia sin agorafobia), trastornos somatomorfos, Hipocondriasis*<sup>599</sup>.

## 10.-ENVENENAMIENTO POR SUSTANCIAS TOXICAS

### 10.1 BIOXIDO DE CARBONO (CO<sub>2</sub>)

<sup>593</sup> GOLD, op. Cit., p. 172.

<sup>594</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>595</sup> GOLD, op. Cit., p. 172; TRIMBLE, op. Cit., p. 139; SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 373-374.

<sup>596</sup> GOLD, op. Cit., pp. 31-32, 171.

<sup>597</sup> WALKER, op. Cit., pp. 80, 121; GOLD, op. Cit., p. 31-32, 171.

<sup>598</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>599</sup> WALKER, op. Cit., pp. 80, 121; GOLD, op. Cit., pp. 31-32, 171; TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

La inhalación de bióxido de carbono puede precipitar ataques de pánico en personas susceptibles y ansiedad en personas sin historia de pánico. El bióxido de carbono puede pasar la barrera hematoencefálica, entrar al cerebro y estimular el locus cereleus para incrementar su actividad, produciendo neurotransmisores en respuesta a una supuesta alarma de sofocación, característica de un ataque de pánico<sup>600</sup>. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>601</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR BIOXIDO DE CARBONO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*<sup>602</sup>.

## 10.2 BISMUTO

Es un metal que puede ser absorbido por la piel. Se utiliza como base para medicamentos antiácidos y para fabricar cremas faciales que aclaran el color de la piel. Los primeros síntomas del envenenamiento con bismuto son: ansiedad, trastornos depresivos, apatía, delirios. Los síntomas de un envenenamiento más avanzado son: alucinaciones, fluctuación de los estados de conciencia, lenguaje farfullante<sup>603</sup>. Los niveles de bismuto se detectan mediante pruebas de sangre y de orina.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR BISMUTO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, delirium*.

## 10.3 CADMIO

De acuerdo con el Dr. Walker, el cadmio puede producir disfunción cerebral<sup>604</sup> y síntomas que semejan el trastorno límite de la personalidad: relaciones personales inestables, alteración de la identidad (auto-imagen, sentido de sí mismo), impulsividad, riesgo de auto-daño, inestabilidad afectiva, ansiedad, sentimiento crónico de vacío, poca tolerancia a la frustración. El cadmio se encuentra en los cigarrillos, en pinturas de óleo, y es un componente de la contaminación del aire, ya que es emitido por los incineradores y por la combustión de los automóviles.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR CADMIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno límite de la personalidad*.

## 10.4 DIELDRIN

---

<sup>600</sup> Ibid., pp. 134-138, 185.

<sup>601</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>602</sup> Ibid, p. 453; GOLD, op. Cit., pp. 132-134, 164-165.

<sup>603</sup> GOLD, op. Cit., p. 185.

<sup>604</sup> WALKER, op. Cit., p. 43.

El dieldrín es un pesticida de uso agrícola, que ha sido señalado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, como uno de los factores causales de hiperactividad en los niños y manía en los adultos<sup>605</sup>.

TRASTORNO QUE MIMETIZA EL ENVENENAMIENTO POR DIELDRIN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar con predominio maníaco*.

### 10.5 INSECTICIDAS<sup>606</sup>

Las sustancias químicas que contienen organofosfatos utilizados para matar insectos, pueden bloquear en el ser humano la producción de una enzima esencial, dando como resultado síntomas psiquiátricos como: ansiedad, irritabilidad, apatía, trastornos depresivos, inquietud, pérdida de la memoria y la atención. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>607</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR INSECTICIDAS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos depresivos, trastorno de ansiedad, amnesia*.

### 10.6 MANGANESO

La mayoría de los envenenamientos con manganeso se deben a accidentes industriales. El envenenamiento con manganeso altera el funcionamiento cerebral, y la médula espinal. Signos y síntomas: alteraciones en el modo de hablar, y de caminar; agitación y alteraciones emocionales<sup>608</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR MANGANESO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos del estado de ánimo*.

### 10.7 MERCURIO

El metil mercurio, el cual se puede encontrar como componente de la contaminación del aire, ha sido señalado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, como uno de los factores causales de hiperactividad en los niños<sup>609</sup>. De igual manera, el cloruro de mercurio contenido en algunos laxantes, pueden provocar envenenamiento con síntomas de ansiedad y fobia<sup>610</sup>. La inhalación de vapor de mercurio, la ingestión de agua o alimentos contaminados con mercurio, la absorción a través de la piel de cremas, lociones, duchas, y otros cosméticos preparados a base de mercurio, también puede conducir a envenenamiento<sup>611</sup>. El efecto

---

<sup>605</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-149.

<sup>606</sup> GOLD, op. Cit., p. 186.

<sup>607</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>608</sup> DAVISON, op. Cit., p. 501.

<sup>609</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-149.

<sup>610</sup> GOLD, op. Cit., pp. 103, 183, 184.

<sup>611</sup> Ibid.

teratogénico del mercurio orgánico se manifiesta por atonía cerebral, retraso mental, espasticidad, parálisis cerebral, ataques y ceguera en el feto<sup>612</sup>. Las primeras señales de envenenamiento por mercurio son: irritabilidad, pérdida de la memoria y dificultad de concentración. Luego se presentan alteraciones de la audición y el habla, visión de túnel, problemas de coordinación psicomotriz, parálisis y muerte<sup>613</sup>. Otros síntomas del envenenamiento por mercurio son: trastornos depresivos, cambios del estado de ánimo, irritabilidad, hiperactividad, xenofobia e incluso demencia<sup>614</sup>. También puede provocar delirium<sup>615</sup>. El envenenamiento se puede dar por ingestión de pescados y granos contaminados con mercurio metálico<sup>616</sup>, aguas contaminadas con baterías (pilas para relojes), entre otras. Se ha atribuido la enfermedad de Minamata al envenenamiento con mercurio. Minamata es una bahía en Japón donde los habitantes consumían pescado y ostras contaminadas y presentaban restricción de los campos visuales, ataxia, disartria, temblores, cambios mentales, salivación, sudoración y signos extrapiramidales.<sup>617</sup>

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR MERCURIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos depresivos, fobias, demencia y delirium.*

#### 10.8 MONOXIDO DE CARBONO

Reduce el aporte de oxígeno al cerebro causando un amplio rango de síntomas mentales tales como fatiga crónica, tristeza, desesperanza, insomnio, pérdida de memoria, inseguridad, atontamiento, demencia. Si el envenenamiento es crónico, produce anemia, bajos niveles de glucosa, bajo consumo de calcio, lesiones cerebrales, hiperactividad, cardiopatías<sup>618</sup>. También puede producir signos y síntomas similares a la enfermedad de Alzheimer<sup>619</sup>. Cuando la inhalación es prolongada, destruye las células cerebrales, disminuye la función cerebral, provoca el estado de coma, y finalmente la muerte<sup>620</sup>. Generalmente la salida del coma se manifiesta por trastornos psíquicos, con alteración de la conciencia y excitación motora sin objetivo seguida de astenia prolongada, y un síndrome delirante muy marcado, aunque de corta duración (un día, generalmente)<sup>621</sup>. Después de algunas horas, aparece la psicosis de Kórsakov con amnesia anterógrada y retrógrada, escasa movilidad, apatía, afasia amnésica, parafasia, agrafía, acalculia y alteraciones del pensamiento; pudiendo haber también un síndrome de parkinsonismo<sup>622</sup>. La duración del estado de psicosis es variable, pudiendo llegar hasta ocho meses, y en algunos casos quedan secuelas persistentes. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>623</sup>. Fuentes de Monóxido son las combustiones incompletas en espacios cerrados, que al ser inhalado, se une a la hemoglobina formando carboxihemoglobina, lo que lleva al hambre de oxígeno a nivel cerebral, con alteraciones anatomopatológicas como hemorragias puntiformes en la sustancia cerebral y las meninges. Ejemplos de fuentes de Monóxido: el piloto de la estufa o del boiler, combustión de

<sup>612</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1630.

<sup>613</sup> DAVISON, op. Cit., p. 501

<sup>614</sup> GOLD, op. Cit., pp. 103, 183, 184.

<sup>615</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 139.

<sup>616</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1630.

<sup>617</sup> CHUSID, Joseph., "Neuroanatomía correlativa y neurología funcional", pp. 464-465.

<sup>618</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-149.

<sup>619</sup> WALKER, op. Cit., p. 194.

<sup>620</sup> SARASON, op. Cit., p. 371; SLUCHEVSKI, op. Cit., p. 251.

<sup>621</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 251-252.

<sup>622</sup> Ibid.

<sup>623</sup> CASO, op. Cit., p. 471.

motores de gasolina y el smog<sup>624</sup>. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>625</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR MONOXIDO DE CARBONO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Demencia, trastornos depresivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno histriónico de la personalidad, trastornos somatomorfos (fatiga crónica*<sup>626</sup>), *trastornos de ansiedad*.

### 10.9 NITRATO DE SODIO

Es utilizado para la fabricación de embutidos. Puede causar dolores de cabeza, insomnio, problemas de conducta<sup>627</sup> e Hipocondriasis<sup>628</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR NITRATO DE SODIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Hipocondria, trastorno disocial*.

### 10.10 PLOMO

Una excesiva ingestión de plomo, provoca una acumulación de líquido en el cerebro, que incrementa la presión intracraneal produciendo alucinaciones, delirios e incluso convulsiones y retraso mental<sup>629</sup>. Cuando los niños chupan o comen objetos que contienen plomo como los lápices para colorear, provocan delirium, confusión y alucinaciones visuales<sup>630</sup>. También puede desencadenar ataques epilépticos<sup>631</sup>. El efecto teratogénico del plomo se manifiesta por un aumento en la tasa de abortos y muertes al nacimiento, y el desarrollo del sistema nervioso central del feto podría verse seriamente afectado<sup>632</sup>.

El tetra-etilo de plomo es un compuesto orgánico volátil de plomo que se le incorpora a los combustibles para darles propiedades antidetonantes. La inhalación de vapores plúmbicos como el tetraetil-plomo pueden producir una intoxicación crónica que puede terminar en psicosis, acompañada de debilidad general, cansancio, mareos, inapetencia y cefaleas. Los síntomas vegetativos son: bradicardia, hipotermia, bradicardia, hipersalivación, hipersudoración, hipotensión arterial. La psicosis se manifiesta con inquietud y tristeza inmotivadas, alteración del sueño, alucinaciones visuales, táctiles, olfatorias y gustativas; ideas delirantes de culpabilidad, inferioridad y de persecución, incoherencia, disartria, pérdida de la memoria, trastornos depresivos, terror, excitación motora, marcha atáxica, tics coreico-atetósicos y ataques

---

<sup>624</sup> WALKER, op. Cit., p. 172.

<sup>625</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>626</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-149.

<sup>627</sup> WALKER, op. Cit., p. 43.

<sup>628</sup> Ibid.

<sup>629</sup> DAVISON, op. Cit., p. 501.

<sup>630</sup> SARASON, op. Cit., p. 371.

<sup>631</sup> TRIMBLE, op. Cit., pp. 241-242; CASO, op. Cit., p. 473.

<sup>632</sup> ROSENSTEIN, op. Cit., p. 1630.

epilépticos, pudiendo presentarse el coma y la muerte. En caso de remisión, puede haber recidivas, pudiendo quedar secuelas como parálisis, demencia o psicopatía<sup>633</sup>.

En 1972 un equipo del Departamento de Psiquiatría y Pediatría del Estado de Nueva York, el Centro Médico de Downstate Brooklyn; y el Centro Psiquiátrico de South Beach New York, reportaron niveles elevados de plomo en la sangre y orina de niños hiperactivos; concluyendo que existe una relación entre la hiperactividad y los niveles elevados de plomo. A las mismas conclusiones llegó el Dr. Jane Lin-Fu en Diciembre de 1973, después de un estudio sobre exposición a plomo, según reporta en el New England Journal of Medicine:

"existe evidencia que muchos niños que tienen niveles elevados de absorción de plomo han dado evidencia de daño cerebral mínimo, hiperactividad, problemas perceptuales, y problemas de coordinación motora fina".<sup>634</sup>

El Dr. Lin-Fu considera que las fuentes de contaminación son tales como enlatados, pintura, combustión de motores de gasolina, y otras, que causan daño sutil pero irreversible. Produce fatiga, bruxismo, sonambulismo, enuresis. Altos niveles de plomo son un fuerte predictor de problemas de conducta y de aprendizaje, hiperactividad, déficit de atención, reducción del coeficiente intelectual, poca tolerancia a la frustración, etc., que eventualmente pueden terminar en delincuencia y posiblemente en conductas antisociales y criminales<sup>635</sup>. Altas dosis de plomo pueden provocar desorientación, confusión y coma<sup>636</sup>. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de *trastorno de ansiedad*<sup>637</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR PLOMO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, hipocondría, trastorno por estrés post-traumático, delirium, trastornos amnésicos, trastorno bipolar hipomaníaco, esquizofrenia, trastornos depresivos, delirium, demencia*<sup>638</sup>, *trastornos de ansiedad*.

#### 10.11 SUSTANCIAS VOLATILES

La exposición prolongada a sustancias tóxicas volátiles que contienen hidrocarburos alifáticos que se encuentran en sustancias como pegamento de contacto, pinturas y sus disolventes, gasolina, thinner, pinturas en atomizador. También es dañina la inhalación prolongada de hidrocarburos halogenados que se encuentran en productos de limpieza, propulsores de latas atomizadoras, y otros componentes volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles. Una exposición prolongada durante un largo plazo, puede causar daño cerebral irreversible e incluso la muerte, pero hasta una exposición ocasional puede ocasionar trastornos físicos y mentales significativos. Estas sustancias pueden producir cambios conductuales desadaptativos como agresividad, apatía, deterioro del juicio y de la actividad laboral o social, mareo, nistagmus, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargo, reflejos deprimidos, temblor,

<sup>633</sup> SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 245-249.

<sup>634</sup> FEINGOLD, op. Cit., p. 149.

<sup>635</sup> WALKER, op. Cit., pp. 60, 223; FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-150.

<sup>636</sup> GOLD, op. Cit., p. 186.

<sup>637</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>638</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-150; TRIMBLE, op. Cit., p. 139; SLUCHEVSKI, op. Cit., pp. 245-249.

visión borrosa o diplopía, estupor o coma y euforia, actos criminales, conductas auto-destructivas. También puede desencadenar ataques de ansiedad y pánico<sup>639</sup>. El uso abundante o crónico puede provocar síntomas neurológicos como incoordinación, debilidad muscular generalizada, náuseas, dolor de cabeza y enlentecimiento psicomotor. La muerte puede venir por trastornos depresivos del sistema nervioso central y por arritmia cardíaca. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de *trastornos de ansiedad*<sup>640</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDEN MIMETIZAR LAS SUSTANCIAS VOLATILES, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastorno por angustia, trastorno antisocial de la personalidad, trastornos depresivos, esquizofrenia*.

#### 10.12 CONTAMINACION DEL AIRE

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha patrocinado varios proyectos de investigación sobre la *Toxicidad Comportamental*, que se refiere a los problemas de conducta causados por la contaminación del aire. En la Quinta Conferencia Internacional de Toxicología Ambiental, celebrada en Rochester, se consideró que el Monóxido de carbono, el dióxido de nitrógeno (un pesticida), el plomo y el mercurio tienen que ver con el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo<sup>641</sup>.

En ciudades como Guadalajara, la cantidad de automóviles que circulan en sus calles, aunado al consumo de hidrocarburos en las empresas, e incluso de gas L.P. provocan que el Monóxido de carbono, el ozono y los óxidos de nitrógeno y azufre constituyan, junto con las partículas suspendidas, el 98 por ciento de la contaminación atmosférica. Los organismos vivos desarrollan estrategias metabólicas de tolerancia a la contaminación, que hacen que las personas que viven en dichas ciudades no noten conscientemente la contaminación en que viven, pero hay algunos síntomas como dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, etc., que reflejan una clara influencia de los contaminantes atmosféricos en el cerebro.

El cuerpo humano ha desarrollado un mecanismo defensivo que impide que se transporten hacia el cerebro sustancias que pueden serle nocivas, mecanismo conocido como *barrera hematoencefálica*. Sin embargo, la Revista Información Científica y Tecnológica, en su edición de abril de 1993, menciona que:

"...es un hecho que los contaminantes o sus metabolitos llegan a ingresar en los fluidos internos hasta llegar a invadir todo el cuerpo...es curioso como un órgano tan protegido de las influencias externas como el cerebro, pueda ser alterado por el aire que respiramos".

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL ENVENENAMIENTO POR LA CONTAMINACION DEL AIRE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno límite de la personalidad*.

---

<sup>639</sup> GOLD, op. Cit., p. 186.

<sup>640</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>641</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 148-150.

## 11.-IATROGENIA MEDICAMENTOSA

El Dr. Sydney Walker refiere que existe un número sorprendente de pacientes que sufren trastornos iatrogénicos que mimetizan trastornos mentales<sup>642</sup>. Algunos de los medicamentos que provocan dichos trastornos son:

### 11.1 ANTIGLAUCOMATOSOS

Los que contienen pilocarpina y sustancias similares. Pueden producir alucinaciones, confusión, desorientación, debido a que interfieren con el neurotransmisor acetilcolina<sup>643</sup>. El Timolol, también es utilizado para el tratamiento del glaucoma, y puede producir cefalea, mareos, letargia, confusión, alucinaciones, fatiga y trastornos depresivos<sup>644</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ANTIGLAUCOMATOSOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, Demencia senil*<sup>645</sup>.

### 11.2 ANOREXIGENOS NO ANFETAMINICOS

Aún cuando estos medicamentos para adelgazar no contienen anfetaminas, si llevan sustancias estimulantes que pueden mimetizar los efectos de las anfetaminas<sup>646</sup>, tales como anfepramona, clobenzorex, dexfenfluramina, fenproporex, fentermina, mazindol, y propilhexedrina.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ANOREXIGENOS NO ANFETAMINICOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*.

### 11.3 ANTI-HIPERTENSIVOS

Como el Captopril, pueden provocar incompetencia eréctil, cambios de carácter, desorientación mental, alucinaciones, desánimo, problemas cognitivos<sup>647</sup>. El DSM-IV menciona que pueden provocar síntomas de *trastornos de ansiedad*<sup>648</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ANTIHIPERTENSIVOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, demencia, trastornos de ansiedad*.

### 11.4 ANTIULCEROSOS

---

<sup>642</sup> WALKER, op. Cit., pp. 10, 12, 15, 61-69.

<sup>643</sup> Ibid. 61-69, 167.

<sup>644</sup> LABORATORIOS SOPHIA., "Vademecum oftalmológico", p. 102.

<sup>645</sup> Ibid.

<sup>646</sup> GOLD, op. Cit., pp. 182-183.

<sup>647</sup> WALKER, op. Cit., p. 169.

<sup>648</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

En pacientes de la tercera edad pueden causar desorientación mental, problemas cognitivos, e incluso demencia<sup>649</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ANTIULCEROSOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia*.

### 11.5 ASPIRINA

La sustancia química conocida como Acido Acetilsalicílico, más conocido como *aspirina*, además de tener muchos efectos benéficos descubiertos en 1899 (antipirético, analgésico, protrombinémico, antireumático, antiinflamatorio, antiartrítico), tiene efectos no-deseables. La sustancia se acumula en el cuerpo y los efectos se sienten cuando el monto acumulado rebasa el umbral genéticamente predeterminado de la persona. La única forma de determinar la sensibilidad a la aspirina, es en base a la historia médica del paciente, y mediante programas de eliminación del químico<sup>650</sup>. Signos y síntomas: Urticaria, asma, dislexia, hostilidad, violencia, agresividad, malhumor, berrinches, mentiras excesivas, impulsividad, conductas de alto riesgo, baja tolerancia a la frustración, períodos de atención muy cortos, dificultad de concentración, incapacidad para terminar lo que inicia, pobre coordinación muscular, problemas de sueño, intranquilidad, y coeficiente intelectual normal<sup>651</sup>. El ácido Acetilsalicílico se encuentra no sólo en forma de pastillas que se venden sin receta (aspirina, cafiaspirina, mejoral, mejoralito, alka-seltzer, tabletas antiácidas, etc.), sino también en otros medicamentos como jarabes para la tos, pastillas para el dolor de cabeza, medicamentos contra la artritis, y el reumatismo<sup>652</sup>. Además, el consumo crónico de aspirina puede producir anemia, la cual a su vez puede causar signos y síntomas de trastornos depresivos: letargia, tristeza, desesperanza, desinterés, atonía.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ASPIRINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, trastorno por estrés post-traumático*<sup>653</sup>.

### 11.6 BENZODIAZEPINAS

Tales como Valium, Xanax, etc., pueden causar alteraciones en la memoria, problemas de atención y concentración, lagunas mentales, e incluso paros respiratorios en pacientes que padecen apnea<sup>654</sup>. Xanax es un medicamento utilizado para tratar la ansiedad. Puede producir tristeza, confusión, síntomas maníacos, hostilidad, violencia, paranoia, agitación, y auto-mutilación<sup>655</sup>. Otros tranquilizantes pueden causar enuresis y encopresis secundaria<sup>656</sup>.

---

<sup>649</sup> WALKER, op. Cit., p. 169.

<sup>650</sup> FEINGOLD, op. Cit., pp. 7-8, 171-174.

<sup>651</sup> Ibid.

<sup>652</sup> Ibid.

<sup>653</sup> Ibid.

<sup>654</sup> WALKER, op. Cit., pp. 61-69, 167-169.

<sup>655</sup> Ibid.

<sup>656</sup> WALKER, op. Cit., p. 169.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR BENZODIAZEPINAS, DE ACUERDO CON LA NOMENCLATURA DEL DSM-IV: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, esquizofrenia.*

#### 11.7 CICLOSERINA

Se utiliza para tratar la tuberculosis. Signos y síntomas: ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, confusión y alucinaciones paranoicas<sup>657</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR CICLOSERINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, delirium.*

#### 11.8 DISULFIRAM

Es utilizado para el tratamiento aversivo del alcoholismo. La Terapia ANTABUSE o ETABUS (Disulfiram [Disulfuro de tioletiocarbamil]) interfiere con el metabolismo del alcohol, y su presencia en el torrente sanguíneo, aún en cantidades mínimas, causa efectos dramáticos, prolongados y extremadamente desagradables cuando se toma alcohol. Estos efectos incluyen náusea, diaforesis, incremento del ritmo cardiaco y de la respiración, "sudor frío". El disulfiram aumenta la concentración tisular de acetaldehído a metabolizar por unidad de tiempo, y por ello, si la persona ingiere alcohol acumula gran cantidad de acetaldehído y eso le provoca náuseas, vómitos, hipotensión, bochornos, palpitaciones y cefalea. El disulfiram puede causar ansiedad, trastornos depresivos y delirium<sup>658</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR DISULFIRAM, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, delirium.*

#### 11.9 ETHOSUXIMIDA

Se ha utilizado para tratar el *petit mal* de la epilepsia. Puede causar un amplio espectro de trastornos psiquiátricos incluyendo ansiedad, trastornos depresivos, alucinaciones y psicosis<sup>659</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR ETHOSUXIMIDA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno psicótico.*

#### 11.10 INDOMETACIN

---

<sup>657</sup> GOLD, op. Cit., p. 182.

<sup>658</sup> Ibid.

<sup>659</sup> Ibid.

Es un anti-inflamatorio no esteroide que se utiliza para tratar artritis entre otras enfermedades. Puede causar ansiedad, hostilidad, desorientación, alucinaciones, trastornos depresivos y psicosis<sup>660</sup>. También puede provocar epilepsia y parkinsonismo<sup>661</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR INDOMETACIN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno psicótico*.

### 11.11 IMIPRAMINA

Es el primer antidepresivo que se descubrió, y a la fecha, es quizá el medicamento que más se utiliza para tratar la trastornos depresivos, la Hipocondriasis, cuadros histéricos, narcolepsia y enuresis<sup>662</sup>. Paradójicamente, puede causar enuresis, agresividad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo<sup>663</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR IMIPRAMINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo*.

### 11.12 INHIBIDORES DE LA MONO-AMINA-OXIDASA

Son medicamentos antidepresivos cuya estructura es similar a la de las anfetaminas, interfieren con la enzima mono-amina-oxidasa, la cual es responsable del procesamiento de los neurotransmisores dentro de las células. Pueden causar síntomas de ansiedad, nerviosismo, insomnio y euforia. Mientras mayor sea el efecto inhibidor del medicamento, mayor es el trastorno de ansiedad, pudiendo progresar hasta el pánico, manía o esquizofrenia<sup>664</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR INHIBIDORES DE LA MONOAMINAOXIDASA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad, trastorno bipolar hipomaníaco, esquizofrenia*.

### 11.13 LIDOCAINA

Se utiliza como anestésico o para el tratamiento de arritmias cardíacas. Un estudio reciente citado por el Dr. Gold, encontró que 73 por ciento de los pacientes que presentaron reacciones psiquiátricas a la lidocaína, presentaron síntomas de angustia y ansiedad<sup>665</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR LIDOCAINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*.

---

<sup>660</sup> Ibid.

<sup>661</sup> CHERASKIN, op. Cit., p. 110.

<sup>662</sup> URIARTE, op. Cit., pp. 54-55.

<sup>663</sup> WALKER, op. Cit., pp. 61-69, 167-169.

<sup>664</sup> GOLD, op. Cit., pp. 181-182

<sup>665</sup> Ibid.

### 11.14 LITIO

Puede causar pérdida de memoria y demencia<sup>666</sup>. El DSM-IV menciona que puede provocar síntomas de **trastorno de ansiedad**<sup>667</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR LITIO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, demencia senil, trastornos de ansiedad*.

### 11.15 NALORFINA

Se utiliza como pre-anestésico. Puede generar sensaciones de pánico, sofocación, y temor a morir<sup>668</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR NOLARFINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno por angustia sin agorafobia*.

### 11.16 REDUCTORES DE LA DOPAMINA

La dopamina es una sustancia encontrada en muchas áreas del cerebro, especialmente en la llamada Sustancia Negra. La reducción de los niveles de dopamina en ésta parte del cerebro puede causar síntomas severos de parkinsonismo, incluyendo temblor incontrolable, dolor muscular, apatía, babeo, incontinencia, desánimo y conductas autistas<sup>669</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR REDUCTORES DE LA DOPAMINA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno autista, demencia*.

### 11.17 NEUROLEPTICOS

Medicamentos tales como el Haldol y Thorazine pueden producir como efecto secundario, Diskinesia; trastorno neurológico muchas veces permanente caracterizado por movimientos involuntarios, dificultad en la marcha, al hablar, al comer; y puede provocar demencia<sup>670</sup>. El DSM-IV menciona que pueden provocar síntomas de *parkinsonismo*<sup>671</sup>, *distonía aguda*<sup>672</sup>, *acaticia aguda*<sup>673</sup> y *discinecia tardía*<sup>674</sup>. El medicamento THORAZINE Puede causar confusión, alucinaciones, desorientación, pérdida de memoria y demencia<sup>675</sup>.

---

<sup>666</sup> WALKER, op. Cit., pp. 61-69, 167-169.

<sup>667</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 453.

<sup>668</sup> GOLD, op. Cit., p. 182.

<sup>669</sup> WALKER, op. Cit., pp. 61-69, 167-169.

<sup>670</sup> Ibid.

<sup>671</sup> AMERICAN Psychiatric Association, "DSM-IV", p. 752.

<sup>672</sup> Ibid., p. 758.

<sup>673</sup> Ibid., p. 760.

<sup>674</sup> Ibid., p. 763.

<sup>675</sup> Ibid.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR NEUROLEPTICOS, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *esquizofrenia, demencia*.

#### 11.18 RITALIN

Comúnmente utilizado para tratar la hiperactividad en los niños. Ha sido culpado de varios asesinatos cometidos por niños que reaccionaron violentamente a la droga<sup>676</sup>. Ritalin tiene un efecto paradójico en niños; siendo un estimulante, los tranquiliza<sup>677</sup> (el efecto paradójico de las anfetaminas en los niños hiperactivos fue descubierto por el Dr. Charles Bradley hace más de 30 años<sup>678</sup>). Signos y síntomas: tics faciales, trastornos cognitivos, insomnio, sueño intranquilo, pérdida de peso, arritmia cardíaca, problemas de aprendizaje, trastornos de conducta, y delincuencia.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IATROGENIA POR RITALIN, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno disocial*<sup>679</sup>.

### 12.-TRASTORNOS MENTALES MIMETIZADORES

#### 12.1 DEPRESION

Los síntomas más comunes de trastornos depresivos incluyen el insomnio, agitación, fatiga y pérdida de peso, los cuales pueden conducir a un diagnóstico equivocado de ansiedad. La confusión entre el trastorno bipolar, también conocido como maníaco - trastornos depresivos, y la ansiedad puede ser mayor aún. Los síntomas del episodio maníaco incluyen: necesidades reducidas de sueño, agitación e incremento de actividades dirigidas hacia un fin. El episodio maníaco puede ser malinterpretado como ansiedad excesiva u obsesión<sup>680</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEPRESION, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos bipolares*.

#### 12.2 PATRON ESTACIONAL

También conocido como Trastorno Afectivo Estacional, y aunque a veces se le ha llamado tristeza de invierno, puede presentarse en cualquier momento del año cuando las personas tienen acceso limitado a la luz del sol<sup>681</sup>. La luz natural del sol actúa sobre la hipófisis, y ésta a su vez actúa sobre las gónadas. En el ser humano, esto influye sobre todo en el estado anímico. En Europa el fenómeno de la deficiencia de luz solar se produce sobre todo en los países nórdicos entre los meses de noviembre a enero. El Instituto Max Planck en Alemania afirma que la luz es

---

<sup>676</sup> WALKER, op. Cit., p. 69.

<sup>677</sup> FEINGOLD, op. Cit., p. 26.

<sup>678</sup> Ibid., p. 60.

<sup>679</sup> WALKER, op. Cit., pp. 58-60.

<sup>680</sup> GOLD, op. Cit., p. 175.

<sup>681</sup> Ibid., pp. 175, 262-263.

transmitida por los nervios ópticos al hipotálamo, y de allí a la glándula pineal, la cual segrega la melatonina. Cuando la luz solar descende, se produce apatía, insomnio, agotamiento crónico, voracidad compulsiva e incluso trastornos metabólicos. Signos y síntomas: irritabilidad, insomnio, agitación<sup>682</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR EL PATRON ESTACIONAL, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad*.

### 12.3 ESQUIZOFRENIA

Puede haber cambios en el estado de ánimo, excitación extrema, temores, retraimiento social, falta de deseo de interacción social<sup>683</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA ESQUIZOFRENIA, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastornos de ansiedad*.

## 13.-OTROS MIMETIZADORES

### 13.1 DEPRIVACION DE SUEÑO

El conocimiento de que la privación de sueño debilita la capacidad de razonamiento de las personas, fue una de las razones por las que se utilizó dicha privación como instrumento de tortura y para lograr que las personas dijeran lo que en condiciones normales no querían confesar<sup>684</sup>. Investigaciones experimentales documentadas por René Ardila, muestran que la falta de dormir puede producir ilusiones, alucinaciones visuales, alteración de la percepción del tiempo, trastornos de personalidad, cambios en el estado de ánimo, problemas de concentración, y errores de ejecución de las tareas; fenómenos que inician cuando los sujetos han pasado de 40 a 100 horas sin dormir<sup>685</sup>. El Dr. Caso indica que:

"...si un sujeto es privado de la totalidad del sueño...durante 100 horas, se ponen de manifiesto las siguientes alteraciones: fatiga, inestabilidad, ideas delirantes de persecución, malas interpretaciones, desorientación, ilusiones, alucinaciones (visuales y táctiles)".<sup>686</sup>

Además, la falta de sueño altera los ritmos circadianos (patrones naturales del cuerpo que regulan el comer, dormir, y la energía) lo cual puede tener efectos dramáticos en la química cerebral. Produce desánimo, desorientación, alucinaciones<sup>687</sup> y delirium<sup>688</sup>. Ardila reporta que los signos y síntomas de psicosis, los cuales son reversibles al recuperar el sueño perdido, se deben quizá a la presencia de *una sustancia de la familia del ácido lisérgico (LSD)*, que probablemente

<sup>682</sup> Ibid.

<sup>683</sup> Ibid., p. 175.

<sup>684</sup> ARDILA Rubén., "psicología fisiológica", pp. 133-135.

<sup>685</sup> Ibid.

<sup>686</sup> CASO, op. Cit., pp. 967-968.

<sup>687</sup> WALKER, op. Cit., pp. 35, 165, 194.

<sup>688</sup> TRIMBLE, op. Cit., p. 140.

tiene efectos similares a los de dicha droga<sup>689</sup>. El efecto de la privación del sueño es acumulativo, es decir, que aún cuando la persona duerma diario, si ésta duerme menos de lo que su cuerpo necesita, con el paso de 1 tiempo presentará síntomas similares a los de la privación total de dormir<sup>690</sup>.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA DEPRIVACION DEL SUEÑO, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *Trastornos depresivos y delirium*<sup>691</sup>.

### 13.2 IONIZACION DEL AIRE

La OMS ha comenzado a mostrar interés en los efectos de la electricidad del aire sobre el género humano, al ver que crean desequilibrios que van desde tensión y ansiedad inexplicables, pasando por sentimientos de lasitud hasta arrebatos de hiperactividad, pérdida de deseo sexual, y otros.

Cuando al comienzo de la primavera y el otoño sopla el viento seco de los Alpes conocido como Foehn, hay riñas en los hogares, se producen suicidios, accidentes de tráfico, y muchos otros trastornos. Este tipo de viento se da en todo el mundo, por ejemplo en Ginebra, en gran parte de la Europa Central, en el sur de California y los vientos del verano del desierto que se extienden desde Arizona y se adentran en México, a los que se llama Bitter Winds<sup>692</sup>.

El aire está formado por moléculas, cada una de ellas tiene un núcleo de protones positivamente cargados, rodeado por electrones negativamente cargados. Cuando hay tantos electrones como protones las cargas negativa y positiva se anulan en una molécula de aire pasiva y estable. Pero cuando una molécula pierde un electrón, se carga positivamente, mientras que si ese electrón se une a una molécula normal, esa molécula queda cargada negativamente. Esos son los iones positivos y negativos. Una dosis excesiva de iones positivos es perjudicial, y la de negativos se considera saludable.

Los iones positivos pueden producirse por varias clases de fricción: entre las masas de aire, entre las capas de viento, o entre el aire y la tierra, y otras. Las ciudades cubiertas de asfalto y hormigón, evitan la normal generación de iones negativos, por lo que hay menos de éstos en las zonas urbanas. Además los iones negativos se unen a las partículas sub-microscópicas de la contaminación provocando un mayor desequilibrio en la proporción entre iones negativos y positivos.

El aire acondicionado de los edificios también altera ese equilibrio. La mayor fuente de iones en el aire, a unos cientos de metros de la superficie de la tierra, es la radiactividad del terreno y los rayos del sol. La ionosfera absorbe gran parte de la radiación nociva del sol, y está polarizada de forma que la cara inferior que se halla frente a la tierra está positivamente cargada y la superior, hacia el espacio exterior lo está negativamente. La luna al igual que la tierra está cargada negativamente, y cuando se acerca a la tierra (luna llena) repele la cara negativa de la ionósfera la cual se ve impulsada hacia una posición más cerca de la tierra, por lo que el número

---

<sup>689</sup> ARDILA, op. Cit., pp. 133-135.

<sup>690</sup> Ibid.

<sup>691</sup> WALKER, op. Cit., pp. 35, 165, 194; TRIMBLE, op. Cit., p. 140.

<sup>692</sup> SOYKA Fred., "El efecto de los iones", pp. 17-18.

de iones positivos cerca de la superficie aumenta. Los iones positivos producen aumento de la serotonina, que es una neurohormona del estrés. También tienen influencia significativa sobre el hipotálamo, glándula maestra que produce muchas sustancias químicas del mecanismo de control del cuerpo, con efecto directo sobre el cerebro, glándulas sexuales, ciclo menstrual y la lactancia. El Dr. Gualtierotti, director del Centro de Investigaciones bioclimatológicas de Milán, en base a experimentos cree que los iones positivos producen en el hombre eyaculación precoz, apatía, incompetencia eréctil ocasional, ansiedad, trastornos depresivos, desequilibrio emocional, irritabilidad, agotamiento, e indiferencia afectiva.

Otras causas de ionización positiva son el fumar, las alfombras de fibra sintética, ropa de tejidos sintéticos, mobiliario con telas sintéticas, la fricción del auto y el aire en la carretera, y la falta de ventilación.

TRASTORNOS QUE PUEDE MIMETIZAR LA IONIZACION DEL AIRE, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV: *trastorno antisocial de la personalidad, trastornos depresivos, trastornos sexuales.*

## CONCLUSIONES:

Los Trastornos Psico-Miméticos son aquellos de origen no psicógeno que imitan los síntomas de trastornos de etiología puramente psicógena, y que con frecuencia variable se prestan a confusión diagnóstica y a un abordaje psicoterapéutico del cual el paciente no se puede beneficiar, ya que sí existe etiología orgánica (bioquímica, biofísica, o de otro tipo no psicógeno y no asociado al consumo de drogas estupefacientes) pero que ésta etiología no resulta fácilmente evidente a la luz de las técnicas e instrumentos de detección actuales.

Son muchas las condiciones físicas que producen síntomas idénticos a los de los trastornos psicológicos. Las implicaciones son claras, las personas que padecen trastornos psico-miméticos podrán beneficiarse de la psicoterapia solo hasta cierto grado; en el nivel de reducción de la ansiedad asociada al problema, por ejemplo. Pero la psicoterapia no tiene el impacto suficiente para eliminar una causa física oculta del trastorno. Un buen diagnóstico requiere un abordaje psico-terapéutico que inicie en una indagación de los factores que producen trastornos psicomiméticos, y luego la terapia propiamente psicológica.

El modelo conceptual aquí presentado, se concibe como flexible al proponer que, tanto la comunidad Médica como la de psiquiatras y de Psicólogos deberían tener la disponibilidad y la ética para reconocer que algunos trastornos mimetizables, algunas veces sí y otras no, tienen origen orgánico, y que se deberá canalizar el paciente al otro especialista (médico, psiquiatra o psicólogo, según sea el caso), cuando así lo amerite la evidencia, evitando que un celo profesional mal entendido sea causa de perjuicios para el paciente. Esto implica también la flexibilidad para aceptar que la re-clasificación etiológica ubique dicho trastorno fuera de la clasificación *psicomimética* e incluso de la clasificación etiológica puramente orgánica o puramente funcional, cuando las evidencias diagnósticas demuestren que así debiera ser.

Acorde con la visión de Freud, y a la luz de los conocimientos actuales, el psicólogo podría partir en el abordaje inicial, buscando los efectos de los trastornos psico-miméticos en lugar de buscar las causas a partir de los efectos psicológicos. Esto no minimiza el valor de la psicoterapia, por el contrario, la ubica en su justa dimensión, clarificando que debe ser utilizada apropiadamente, para los trastornos psicogénicos, y no para trastornos de origen biogénico.

En este libro se propone que el psicólogo debería evitar pasar por alto cualquier síntoma atípico, y que debe investigarlos todos a fondo. Comenzar con los síntomas de los pacientes y hacer el diagnóstico mediante una anamnesis profunda mediante un cuestionamiento cuidadoso, llevando a cabo exámenes exhaustivos de tipo físico, bioquímico y neurológico y un buen análisis tanto inductivo como deductivo.

## GLOSARIO

**FUNCIONAL.** Término utilizado por los profesionales de la salud para referirse a trastornos cuya etiología es no-orgánica. Sinónimo de psicógeno.

**MIMETICO.** Que presenta características de mimetismo.

**MIMETISMO.** En términos biológicos, es la propiedad que permite a los animales y plantas, imitar o asemejarse a los seres y objetos inanimados del medio que les rodea.

**MIMETIZABLE.** Trastorno funcional (de etiología psicógena) que es factibles de ser imitados por un trastorno de etiología biológica (química, fisiológica u orgánica).

**MIMETIZACION.** En general, el acto de imitar o asemejarse. En el marco de este libro, el acto mediante el cual un trastorno orgánico imita, por sus signos y síntomas a un trastorno funcional.

**MIMETIZADO.** Trastorno funcional que ha sido imitado por un trastorno orgánico, mediante la presentación de signos y síntomas que son característicos del primero.

**MIMETIZADOR.** Trastorno orgánico que tiene la capacidad de imitar, por sus signos y síntomas, a un trastorno funcional.

**PSICOGENO.** De etiología funcional, es decir, no biológica (orgánica, química, fisiológica).

**PSICO-MIMETICO.** Trastorno que presenta características psicológicas mimetizadas, es decir, son trastornos que tienen la capacidad para confundir tanto a médicos y psiquiatras, como a los psicólogos; a los primeros haciéndoles creer que no hay causa orgánica, por lo que derivan al paciente al psicólogo; y al psicólogo haciéndole aplicar una terapia que resultará fallida ya que sí existe factor orgánico, aunque no es evidente debido a la mimetización.

**PSICOPATOLOGIA MIMETICA.** Trastorno cuyos signos y síntomas llevan a diagnosticar una etiología psicógena, pasando por algo una etiología orgánica presente pero que evade el diagnóstico debido a la mimetización. Las *psicopatologías miméticas*, en este modelo conceptual, se clasifican en dos tipos, en función al tipo de trastorno que es susceptible de ser mimetizado (psicóticos y psicológicos); los *trastornos psicotomiméticos* son aquellos que mimetizan trastornos psicóticos, y son producidos por el consumo de drogas estupefacientes; los trastornos *psico-miméticos*, son aquellos producidos por alteraciones biológicas (orgánicas, bioquímicas, fisiológicas) diferentes al uso de drogas estupefacientes y que mimetizan trastornos psicológicos no psicóticos.

**PSICOTOMIMETICO.** Trastorno causado por el uso de drogas estupefacientes, las cuales provocan en el consumidor signos y síntomas de trastorno psicótico.

**TRASTORNO PSICO-MIMETICO.** Trastorno de origen no psicógeno que imita los síntomas de trastornos de etiología puramente psicógena, y que con frecuencia variable se presta a confusión diagnóstica y a un abordaje psicoterapéutico del cual el paciente no se puede beneficiar, ya que sí existe etiología orgánica (bioquímica, biofísica, o de otro tipo no psicógeno y no asociado al

consumo de drogas estupefacientes) pero en que dicha etiología no resulta fácilmente evidente a la luz de las técnicas e instrumentos de detección actuales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AMERICAN Psychiatric Association., "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3a. ed. revisada (DSM-III-R)". Ed. Masson. España, 1988.
- 2.- AMERICAN Psychiatric Association., "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. ed. (DSM-IV)". Ed. Masson. España, 1994.
- 3.- ARDILA, Rubén., "Psicología fisiológica". Ed. Trillas. México, 1986.
- 4.- ASOCIACION Psiquiátrica Americana., "Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica". Ed. Trillas. México, 1976.
- 5.- BARCLAY, Martín., "Psicología anormal". Ed. Manual Moderno. México, 1976.
- 6.- BASAGLIA, Franco., "Psiquiatría y antipsiquiatría". Ed. Salvat. México, 1973.
- 7.- BAYARDO Pérez, Beatriz E., "Apuntes de análisis clínicos". s.e. México, 1978.
- 8.- BERGERET, Jean., "La personalidad normal y patológica". Ed. Gedisa. México, 1983.
- 9.- BISQUERRA, Rafaél., "Métodos de investigación educativa". Guía práctica, Ed. CEAC. Perú 1989.
- 10.- BORING, Edwin G. "Historia de la Psicología Experimental". Ed. Trillas. México, 1980.
- 11.- CANGUILHEM, Georges., "Lo normal y lo patológico". Ed. Siglo XXI. México, 1981.
- 12.- CASO Muñoz, Agustín., "Fundamentos de psiquiatría". Ed. Limusa. México, 1984.
- 13.- COOPER, David., "Psiquiatría y antipsiquiatría". Ed. Paidós. Argentina, 1980.
- 14.- CUELI, José., "Teorías de la personalidad". Ed. Trillas, México, 1981.
- 15.- CHERASKIN, E. and W.M. Ringsdorf Jr., with Arline Brecher., "Psychodietetics". Ed. Stein and Day Publishers. U.S.A. 1977.
- 16.- CHUSID, Joseph. "Neuroanatomía correlativa y neurología funcional". Ed. Manual Moderno. México, 1987.
- 17.- DAVISON, Gerald G., "psicología de la conducta anormal". Ed. Limusa. México, 1983.
- 18.- DIAZ Portillo, Isabel., "Técnica de la entrevista psicodinámica". Ed. Pax. México, 1989.
- 19.- EQUIPO de Especialistas Domefauna., "Periquitos". Ed. De Vecchi. España, 1993.
- 20.- FAELTEN, Sharon., "Vitaminas para mejorar su salud". Ed. Universo. México, 1989.

- 21.- FEINGOLD, Ben., "Why your Child is Hyperactive". Ed. Random House. U.S.A., 1996.
- 22.- FREEMAN, Alfred, Kaplan Harold y Sadeek Benjamín., "Compendio de psiquiatría". Ed. Salvat. España.
- 23.- FREUD, Sigmund., "Nuevas aportaciones a la psicoanálisis". Ed. Ixtacihuatl. México, 1981.
- 24.- FREUD, Sigmund., "Introducción al psicoanálisis". Ed. Ixtacihuatl. México, 1981.
- 25.- GOLD, Mark S., "The Good News About Panic, Anxiety and Phobias". Ed. Bantam Books, U.S.A., 1990.
- 26.- HEYWARD H., Varigas., "Anti-psiquiatría". Ed. Fundamentos. España, 1973.
- 27.- LABORATORIOS Sophia., "Vademecum oftalmológico". Ed. Laboratorios Sophia. México, s.f.
- 28.- LAING, Ronald y A. Esterson., "Cordura, locura y familia". Ed. F.C.E. México, 1986.
- 29.- MACKINNON, R.A. y Michels R., "Psiquiatría clínica aplicada". Ed. Interamericana/McGraw-Hill. México, 1973.
- 30.- MASTERS, William; Virginia Johnson y Robert Kolodny., "Crisis". Ed. Diana. México, 1989.
- 31.- MUELLER, Fernand-Lucien. "Historia de la psicología de la antigüedad a nuestros días". Ed. F.C.E. México, 1983.
- 32.- NATHAN, Peter., "Psicopatología y sociedad". Ed. Trillas. México, 1983.
- 33.- NEISSER, Ulric., "Psicología cognoscitiva". Ed. Trillas. México, 1979.
- 34.- N.n., "Diccionario léxico hispano". Ed. W.M. Jackson. México, 1983.
- 35.- N.n., "Psiquiatría y antipsiquiatría". Biblioteca Salvat de Grandes Temas, Ed. Salvat. México.
- 36.- N.n., "¿Psiquiatría o ideología de la locura?". Ed. Anagrama. España.
- 37.- ROSENSTEIN, Ster., "Diccionario de especialidades farmacéuticas". edición 39, Ed. Ediciones PLM. México, 1993.
- 38.- ROUND, Douglas y Hutzler Jeffery., "Psiquiatría en casos de urgencia". Ed. Limusa. México, 1988.
- 39.- SARASON, Irwin G., "Psicología anormal". Ed. Trillas. México, 1988.

- 40.- SIERRA, Angel O. de la., "Bocetos para una biopsicosociología". Ed. Limusa, México, 1987.
- 41.- SLUCHEVSKI, I.F., "Psiquiatría". Ed. Grijalbo. México, 1963.
- 42.- SOLOMON, Phillip y Patch Vernon., "Manual de psiquiatría". Ed. Manual Moderno. México, 1976.
- 43.- SOYKA, Fred y Alan Edmonds., "El efecto de los iones". Ed. Edaf. España, 1990.
- 44.- STREISSGUTH, Ann y cols. Citado en Walker Sydney., "A Dose of Sanity". Ed. John Wiley & Sons. U.S.A., 1996.
- 45.- TOCAVEN, Roberto., "Menores infractores". Ed. Edicolsa. México, 1975.
- 46.- TORROELLA, Julio Manuel., "Pediatria". Ed. Francisco Méndez Oteo. México, 1984.
- 47.- TRIMBLE, Michael R., "Neuropsiquiatría". Ed. Limusa. México, 1984.
- 48.- URIARTE, Víctor., "Psicofarmacología". Ed. Trillas. México, 1987.
- 49.- WALKER, Sydney., "A Dose of Sanity". Ed. John Wiley & Sons. U.S.A., 1996.
- 50.- WHITTAKER., "Psicología". Ed. Interamericana. México, 1989