

# El Diagnóstico Diferencial entre los Trastornos Psicopatológicos y la Acción Demoníaca Extraordinaria<sup>1</sup>

Dr. Héctor de Ezcurra<sup>2</sup>

## Nota previa

La AIE me ha pedido que desarrolle el tema de una conferencia dada en el Congreso Internacional de 2018, agregando explicaciones que faciliten su lectura por parte de personas que no son profesionales de la salud mental. Eso implica un desafío, ya que en Psicología y Psiquiatría hay muchas escuelas y enfoques diversos, incluso algunos muy poco compatibles entre sí. Esto hace que muchas veces sea difícil ponerse de acuerdo entre colegas, o incluso buscar una terminología en común, y seguramente colegas míos habrían definido algunos conceptos de manera diversa. Así y todo, espero que esta nueva versión ayude a sacerdotes exorcistas y auxiliares, a una mayor comprensión y a un mejor aprovechamiento de los contenidos. Dicho esto, animo a los sacerdotes exorcistas a no desalentarse en la búsqueda y formación de auxiliares que sean profesionales de la salud mental, dado que, como ya lo sabrán, contar con ellos en un equipo, puede facilitar enormemente la tarea de discernimiento que ustedes realizan. Invitado por un exorcista a dar una opinión clínica sobre quienes consultan, más de un colega puede verse interesado a colaborar en un ministerio en el cual jamás se le hubiera ocurrido participar.

## Introducción

Si se plantea el diagnóstico diferencial con la acción demoníaca extraordinaria (ADE), seguramente es porque hay uno o más síntomas o signos para los cuales no se encuentra explicación basándose sólo en fenómenos naturales, caso contrario, sería innecesario, frente a un fenómeno natural como la enfermedad mental, buscar una explicación de causa demoníaca. En ese sentido adhiero a la regla propuesta por el P. Adolphe Tanquerey en 1930, que se ha mostrado muy útil en nuestra tarea en el ámbito parroquial: *“Para guardar el justo medio, se ha de seguir la regla de **no recibir como fenómenos diabólicos** sino aquellos que, por su **carácter extraordinario** o por el **conjunto de circunstancias, demuestran claramente** la acción del espíritu maligno”<sup>3</sup>*. Esta regla evita ver al demonio por todos lados, lo que no es una actitud ni sana, ni racional.

La presencia de este **carácter extraordinario (preternatural)**, (o de este conjunto extraordinario de circunstancias, que pueden ser naturales), es lo que justifica hacer el discernimiento entre fenómenos de causa psicopatológica y fenómenos de causa demoníaca. Quizás esto es lo que contribuye a que se produzca un fenómeno que vale la pena mencionar, que puede experimentar el profesional de la salud mental cuando entrevista personas que sufren la ADE y es una **sensación de extrañeza**: *“Algo raro le pasa a esta persona, pero no coincide con ninguna de las categorías de la Psicopatología que me resultan familiares”*.

## El diagnóstico diferencial

Según las disfunciones físicas y psíquicas que sufran los afectados por la ADE, en cada persona se deberán hacer diversos diagnósticos diferenciales:

- A. Si sufren de síntomas generales o en diversas partes del cuerpo, el médico especialista correspondiente tendrá que hacer diagnóstico diferencial con **diversos trastornos médicos**: gastrointestinales, osteoarticulares, traumatológicos, oncológicos, obstétricos, etc..

---

<sup>1</sup> Basado en el capítulo 12 de *“Algún enemigo ha hecho esto - La acción demoníaca bajo la mirada de un profesional de la salud mental”*, Dr. Héctor de Ezcurra, Ediciones Galáctica, Buenos Aires, Octubre 2020 (Amazon.com).

<sup>2</sup> Médico, Especialista en Psicología Médica, Especialista en Psiquiatría, Psicoterapeuta, auxiliar del equipo del P. Cristián Cabrini (Argentina).

<sup>3</sup> Tanquerey, P. Adolphe, *“Compendio de Teología Ascética y Mística”*, Capítulo III, Art. II, Inciso 1531.

- B. En presencia de **aparentes trastornos neurológicos**, (posibles crisis epilépticas, cefaleas, o eventuales trastornos que afectan el Sistema Nervioso Central generando cuadros estuporosos o síndromes confusionales<sup>4</sup>), será el Neurólogo quien hará el diagnóstico diferencial entre ADE y estas patologías.
- C. Pero son sobre todo los **trastornos psíquicos** los que pueden confundirse con la ADE, y por esto en estas páginas hablaremos del diagnóstico diferencial entre estas dos situaciones.

Tristemente, el diagnóstico diferencial se hace más fácil tanto en los casos más graves de posesión o vejación como de enfermedad mental, mientras que en los casos más sutiles de trastornos psíquicos como en los casos de ADE más encubierta, se vuelve más difícil. Hay que reconocer que **a veces llega a ser imposible hacer una clara distinción entre un trastorno de origen psíquico y uno de origen demoníaco**, (o al menos no en ese momento).

**Por supuesto que la ADE no descarta la presencia de trastornos psíquicos (y viceversa)**, pero constatar la existencia de aquella puede esclarecer mucho un cuadro hasta ese momento incomprendible desde el punto de vista de las categorías psicopatológicas. Por eso al profesional de la salud mental le resultará de enorme utilidad para su diagnóstico diferencial y para entender la problemática de la acción demoníaca en general, estar presente durante la oración del exorcista sobre el afectado (ya sea cualquier oración, pero especialmente un **exorcismo**) para poder observar las reacciones de esa persona frente al agua exorcizada, la oración, la presencia del exorcista, etc., (reacciones de aversión ante lo sagrado, trance, signos y síntomas somáticos, etc.). Lo que verdaderamente suma al discernimiento es reunir un conjunto completo y coherente de signos y síntomas, no un signo o un síntoma aislado, sin su correspondiente contexto.

La constatación de un cuadro psiquiátrico concreto obliga a recibir a la luz de ese hallazgo, las manifestaciones que refiere el paciente, con la confiabilidad correspondiente a su estado de salud y a su personalidad: no se le puede dar el mismo crédito a alguien que nos parece delirante, sugestionable o mitómano, que a quien nos resulta más sano y confiable. Por otra parte, cuando el psiquiatra detecta determinado trastorno psíquico, puede aportarle al exorcista valiosas recomendaciones sobre cómo vincularse con esa persona en particular, teniendo en cuenta sus características y dificultades (tendencia a los vínculos simbióticos, pensamiento persecutorio, rasgos seductores, manipulación, grado de madurez, etc.), lo que lo ayudará mucho en su relación con esa persona, ya sea que sufra la ADE. o no.

## **Algunos conceptos para tener en cuenta en el discernimiento entre trastorno mental y ADE:**

### **1) No toda “experiencia de posesión” equivale a verdadera posesión**

La acción demoníaca es frecuentemente asociada a la acción de “algo”, que tiene una fuerza propia, que actúa desde afuera y se le impone al sujeto. Pero hay patologías que hacen vivir al individuo una experiencia similar: la “experiencia de posesión”.

Normalmente experimentamos un **“sentimiento de control”**: que es aquella conciencia subjetiva de ser uno el que inicia, ejecuta y controla las propias acciones volitivas en el mundo. Hay varios cuadros psicopatológicos en los que se puede experimentar, en algún momento, la **pérdida de este “sentimiento de control”**, que es reemplazado por la sensación de que “algo” —que las personas sienten fuera de su control voluntario—, los domina y los obliga a ciertas conductas no elegidas intencionalmente.

**No debe confundirse esta “experiencia de posesión”, (que es una experiencia emocional subjetiva, fantaseada, o sea un fenómeno psicológico), con una verdadera posesión, (que es un fenómeno espiritual real)**, la cual nunca el exorcista considerará cierta sólo basado en el sentimiento del afectado, sino que se basará en signos objetivos (como los citados por el Ritual y, más detalladamente, por las LG: conocer cosas ocultas, fuerza superior a lo normal, capacidad de entender y hablar lenguajes desconocidos, etc.), ya sea observados personalmente o atestiguados por personas confiables.

---

<sup>4</sup> Estados de desorientación espacial y temporal (no saber en qué lugar y en qué momento uno está), amnesia de la memoria reciente, agitación o inhibición, conductas inapropiadas y emociones inadecuadas, todo esto producido por trastornos físicos (demencias, cánceres terminales, intoxicaciones, abstinencias, etc.) que afectan el sistema nervioso central.

Por supuesto que en una verdadera posesión la persona también vivirá una “experiencia de posesión”, pero en ese caso, de causa espiritual, verdadera. Los profesionales que no creen en la A. D. E. atribuirán estos casos de posesión verdadera a las mencionadas “experiencias de posesión”, atribuyéndolas a causas psíquicas, pero que, de hecho, no sabrán cómo especificar o forzarán los hechos para hacerles lugar en alguna categoría psicopatológica.

Estas “*experiencias de posesión*” pueden darse, en diversos cuadros, (que explicaré más adelante), por ejemplo:

- **Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Gilles de la Tourette:** tics, conductas compulsivas y obsesivas.
- **Trastorno Histriónico o Trastorno Conversivo de la personalidad:** conductas impulsivas<sup>5</sup> y “trances<sup>6</sup>”.
- **Esquizofrenia, Psicosis Delirantes:** alucinaciones, delirios de control del pensamiento o de posesión.
- **Trastorno Disociativo de la Identidad:** por las conductas disociadas “de la otra identidad”.
- **Epilepsia Temporal:** conductas automáticas<sup>7</sup> (fugas epilépticas)
- **Sonambulismo,** (histérico o epiléptico).
- **Ataque de Pánico:** angustia súbita, inexplicable, incontenible.
- **Episodio Maníaco:** de un trastorno bipolar.
- **Estados alterados de conciencia,** por **Drogas** Alucinógenas (LSD, mescalina, ayahuasca, psilocibina, fenciclidina), por hambre, por sed, por algunos tipos de meditación y de ritmos musicales, por aislamiento prolongado, por privación de sueño, por lavado de cerebro, o por ritos afroamericanos.

## 2) Psicosis

Una de las situaciones con la cual la acción demoníaca frecuentemente es confundida es la psicosis. Desde la antigüedad, las psicosis y la posesión han sido fácilmente confundidas, ya que frecuentemente comparten la **excentricidad, momentos de agitación, verbalizaciones y conductas incomprensibles.**

“Psicosis” es el nombre técnico para la locura. Se define por la incapacidad de distinguir la realidad (externa, compartida) de la fantasía (interna), la falla de la prueba de la realidad (evaluación y juicio objetivos del mundo exterior al sí mismo), y por la creación de una nueva realidad (psicótica). **Explicaré ahora los 2 signos más característicos que podemos observar en las psicosis:**

- 1) **trastornos de la percepción,** como las **alucinaciones,** y
- 2) **trastornos del pensamiento,** como el **delirio.**

- **Alucinación:** Percepción sensorial falsa, no asociada con estímulo adecuado real externo (“percepción sin objeto”, Esquirol, 1837), pero que, sin embargo, el sujeto la siente como real. Esta percepción puede tener o no una **interpretación delirante**<sup>8</sup>. Por ejemplo: una persona puede simplemente escuchar una voz que dice determinada palabra, o puede además interpretar que esa voz le está diciendo esa palabra porque es una clave para que se dé cuenta que es un elegido que tiene determinada misión (interpretación delirante). Las alucinaciones pueden ser: auditivas, visuales, olfatorias, gustativas, táctiles, somáticas.

---

<sup>5</sup> Conductas con una tendencia a actuar de forma rápida ante los estímulos (tanto internos como externos) sin la evaluación de toda la información disponible antes de llevar a cabo la acción (Eysenck & Eysenck, 1978). Este actuar se debe, principalmente, a una falta de anticipación sobre las posibles consecuencias de los actos, lo que puede llevar a la toma de riesgos

<sup>6</sup> Estado caracterizado por una alteración de la conciencia y una atención focalizada. El estado de trance es propio de la hipnosis y de los estados disociativos (como en el Tr. Histriónico de la personalidad y el Tr. Conversivo de la personalidad, dos formas de la antiguamente llamada “histeria”).

<sup>7</sup> Durante los estados de fuga, en un estado hipnoide (similar al dormir), una persona puede realizar conductas automáticas durante horas o días (caminar, conducir un vehículo, tomar un tren, viajar, tocar el piano), sin conciencia de lo que está haciendo ni posterior memoria de lo que realizó. También hay fugas histéricas.

<sup>8</sup> Atribución de un significado adicional, habitualmente absurdo, a una percepción: “*Estacionaron ese auto rojo delante de mi casa. El rojo es el color de la sangre, por lo tanto, me doy cuenta de que me están amenazando*”.

### Causas de alucinaciones

Proyección generada en la mente de la persona por causas psíquicas, físicas, químicas o metabólicas.

- Situaciones sin psicopatología: Al dormir, al despertar, por privación sensorial, por privación del sueño, por luto, por fiebre.
  - Situaciones con psicopatología:
    - Psicosis y Trastornos Delirantes agudos
    - Depresión o Manía
    - Fármacos (antiparkinsonianos)
    - Estupefacientes y Alcoholismo
    - Trastornos Mentales Orgánicos (debidas a enfermedades físicas del sistema nervioso central: como las demencias tipo Alzheimer).
    - Epilepsia temporal
    - Síndrome Confusional (ver nota 4).
- **Otros trastornos de la percepción**:
- **Alucinosis**: Percepción sin objeto, pero de lo cual es consciente el sujeto, que critica el fenómeno adecuadamente. Puede ser debido a una intoxicación (por alcohol o fármacos). Por ejemplo: un alcohólico que ve insectos (inexistentes) caminando por las paredes.
  - **Ilusión**: Distorsión o malinterpretación de un estímulo sensorial externo real (existente). Por ejemplo: por efecto del miedo, ver una persona al acecho con un arma en donde sólo hay un tronco con una rama.
- **Delirio**: Creencia errónea, basada en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, no consistente con la inteligencia de la persona, ni con el ambiente cultural, y que no puede ser corregido por el razonamiento.
- Los **3 criterios fundamentales** para diagnosticar un delirio son:
- 1) **Certeza subjetiva**: una extraordinaria convicción con la que es sostenida la creencia.
  - 2) **Incorregibilidad**: incapacidad de ser influenciado por la experiencia concreta (evidencia) ni por la refutación lógica, impermeabilidad a la crítica.
  - 3) **Imposibilidad de contenido** de la certeza subjetiva (en contraste con el grupo social de pertenencia). Por ejemplo, en nuestro grupo social de pertenencia (catolicismo), por la fe podemos creer en la maternidad virginal de la Santísima Virgen, sin ser psicóticos, pese a la falta de verificación médica de dicha posibilidad. El contenido de la idea es supuestamente imposible, pero no en su contexto social.
  - 4) Podemos agregar, además: **Estructura Autocéntrica**: El universo subjetivo engloba la realidad externa, por lo que el tema está centrado en el sujeto. Él es el protagonista, pasa a ser el centro de gravitación temática, del cual irradian las interpretaciones sobre la realidad externa, a consecuencia del delirio.
- Los 3 criterios deben reunirse *contemporáneamente* para ser diagnosticado como un delirio: una idea se manifiesta con absoluta certeza, no modificable de ningún modo y con un contenido en contraste con la evidencia y con la realidad.

### Psicopatología y Acción Demoníaca Extraordinaria

A los médicos nos enseñan primero las patologías existentes y luego a hacer diagnósticos diferenciales entre ellas. Por eso, desde el inicio de mi tarea fui recopilando, (de entre las opiniones de los autores que leía o escuchaba, y en base a la experiencia que iba haciendo), algunos de los diagnósticos psiquiátricos que con mayor frecuencia generan confusión al momento del discernimiento entre cuadros psicopatológicos y la **ADE**.

En el discernimiento entre estas dos situaciones, las características de algunas patologías mentales a veces generan confusión. Esto podría pasar con casi cualquier trastorno mental, pero basándome en algunos autores y en la experiencia de nuestro equipo, recopilé esta **tabla de los quince cuadros clínicos que primero tendremos que descartar, mientras entrevistamos a la persona que refiere síntomas de ADE**.

Cuadros psiquiátricos que pueden confundirse con la ADE	
Categoría general	Diagnóstico
Trastornos Psicóticos ( <i>Psychotic Disorders</i> )	1. Esquizofrenia (EN: <i>Schizophrenia</i> ) 2. Trastornos Delirantes ( <i>Delusional Disorders</i> ) 3. Trastorno psicótico compartido (" <i>Folie à deux</i> ") ( <i>Shared Psychotic Disorder</i> ) 4. Estados alterados por trastornos relacionados con sustancias ( <i>Substance Use Disorders</i> )
Formas de Disociación e "Histeria" ( <i>Dissociation and Hysteria</i> )	5. Trastorno Histriónico ( <i>Histrionic Personality Disorder</i> ) 6. Trastorno Conversivo (" <i>Trast. de síntomas neurológicos funcionales</i> ") ( <i>Conversion Disorder</i> ) 7. Trastorno Disociativo de la Identidad (" <i>Personalidad Múltiple</i> ") ( <i>Dissociative Identity Disorder</i> )
Trastornos del Estado del Ánimo ( <i>Mood Disorders</i> )	8. Hipomanía o Manía ( <i>Hypo/Manic Episode</i> ) 9. Depresión mayor ( <i>Depressive Episode</i> )
Trastornos Neuróticos ( <i>Neurotic Disorders</i> )	10. Trastorno limítrofe de la personalidad ( <i>Borderline Personality Disorder</i> ) 11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo ( <i>Obsessive-Compulsive Disorder</i> ) 12. Síndrome de Gilles de la Tourette ( <i>Tourette's Disorder</i> )
Trastornos de ansiedad ( <i>Anxiety Disorders</i> )	13. Trastorno por ataque de pánico ( <i>Panic Disorder</i> )
Situaciones particulares ( <i>Specific situations</i> )	14. Epilepsia ( <i>Epilepsy</i> ) 15. Trastorno Facticio ( <i>Factitious Disorder</i> )

En base a estos cuadros clínicos, armé para mi uso personal y para compartir con colegas y exorcistas, una **Guía para el Discernimiento**, que está formada por diversos **cuadros comparativos**, en los cuales, intento responder a la pregunta: "**¿Cómo distingo entre este cuadro psicopatológico y la posesión, la vejación, la obsesión o la infestación demoníaca?**". Si bien el discernimiento lo hará el exorcista, el profesional de la salud mental, necesita saber e informar qué es signo o síntoma de algún trastorno y qué no. El intento fue crear una **herramienta disponible para colaborar en el discernimiento** entre una cosa y la otra. Esta guía debe tomarse como algo esquemático y como un trabajo en construcción, al cual quisiera que otros colegas míos pudieran hacer sus agregados, comentarios o correcciones.

En cada cuadro comparativo, en la columna de la izquierda, se enumeran algunas características distintivas de cada diagnóstico psicopatológico. En la columna de la derecha figuran, para ser comparadas, algunas particularidades de la ADE que favorecen el diagnóstico diferencial con lo anterior. Resultará obvio que en esta columna figurarán siempre, (aunque sea repetitivo), alguna manifestación de la ADE, ya sea algún signo (un dato objetivo, verificable, como la fiebre) o algún síntoma (un dato subjetivo, dado por el paciente, como sensación de calor o dolor), (caso contrario no habría por qué pensar en la ADE).

## Guía de discernimiento entre algunos cuadros Psicopatológicos y la ADE

Una de las causas más frecuentes de confusión con la A. D. E. se debe a las **Psicosis**. Como representativas de las más típicas consideremos la **Esquizofrenia** y los **Trastornos Delirantes** y como un caso particularmente engañoso, el **Trastorno Psicótico Compartido**.

### 1. ESQUIZOFRENIA

Si estamos frente a un paciente joven agitado (varón o mujer), con gestos bizarros, un discurso incoherente, que puede estar gritando, agresivo, amenazador, sostenido entre varias personas, o al contrario, rígido y no responsivo, que puede estar escuchando o viendo cosas inexistentes (voces que le hablan y le controlan el pensamiento: alucinaciones), riéndose sin motivo a carcajadas, hablando de cosas sin sentido (delirio), que incluso pueden tener un discurso con una temática místico-religiosa, y que la familia puede decir que desde hace un tiempo está raro, emocionalmente aislado, irreconocible. Los familiares plantean: “¿Este estado no puede ser fruto de la acción del demonio?, ¿No puede ser a causa un maleficio?”.

Señalemos (como haremos en todos los casos) algunas semejanzas y diferencias:

ESQUIZOFRENIA	A. D. E. (especialmente posesión)
Es una psicosis deteriorante, caracterizada por delirios y alucinaciones. Si decimos deteriorante, es porque después de un episodio psicótico esquizofrénico, la persona ya no vuelve a ser la misma en sus capacidades de integración y autoorganización, juicio, sentido común, capacidad de trabajo, etc. Con cada nuevo episodio se deteriora más (como en las demencias), por eso fue llamada “ <i>dementia praecox</i> ”, porque desarrollaba como una demencia, pero en jóvenes.	No hay psicosis ni deterioro psíquico.
Delirios (bizarros o desorganizados, contruidos con fragmentos deshilachados de ideas). Alucinaciones (principalmente auditivas).	Ausencia de estructura autocéntrica del discurso (que no es delirante). Si hay “alucinaciones”, son sin interpretación delirante.
Progresivo aislamiento social, imposibilidad de vida normal. Enfermedad permanente (deterioro), con descompensaciones (episodios psicóticos con mayor pérdida de contacto con la realidad, excitación psicomotriz o agresividad).	Momentos de crisis (trance) y otros de calma. Fuera de los momentos de trance (crisis) puede tener una vida normal.
Pensamiento y discurso desorganizado (disgregación, incoherencia: el hilo de pensamiento se interrumpe).	<b>Hablar y comprender lenguas desconocidas.</b>
Comportamiento muy desorganizado. Excitación psicomotriz (que responde a fármacos y no a las órdenes del exorcista) o, por el contrario, catatónico (rigidez corporal, no responsividad). Agitado, puede desplegar una gran fuerza.	Reacciones violentas (o letargos), repentinas, en momentos particulares (como <b>aversión a lo sagrado</b> ), y que no responden a fármacos (o tienen un efecto paradójal). Puede haber <b>fuerza superior a la normal (para su condición física)</b> . Ambas responden a las órdenes del exorcista.
En ambos casos pueden observarse risas (aparentemente) inmotivadas.	
Expresividad emotiva aplanada (frialidad afectiva), abulia (falta de voluntad y actividad).	Expresividad normal (fuera de las crisis).
Personalidad previa esquizoide (callado, aislado, introvertido, poco propenso a haber tenido una relación amorosa ni deportes de equipo). Mayor frecuencia de psicosis en los antecedentes familiares.	Cualquier personalidad previa.

Inicio en la adolescencia o juventud, evolución crónica, con deterioro residual posterior al cuadro agudo.	No tiene por qué tener ningún antecedente en la familia. Fecha precisa de inicio a cualquier edad (relacionada con el contacto con el ocultismo). No hay deterioro.
Aspecto físico descuidado, bizarro, inadecuadamente vestido.	Aspecto y vestimenta pueden ser absolutamente normales.
<b>Mejora con medicación antipsicótica. Indiferente a las órdenes del exorcista.</b>	<b>No cambia o empeora con medicación antipsicótica. Durante las oraciones obedece las órdenes del exorcista.</b>
<b>No cambia o empeora con exorcismos: reforzamiento de un delirio.</b>	<b>Mejora con plegarias de liberación (y finalizado el discernimiento, con los exorcismos).</b>
Ausencia de fenómenos preternaturales.	<b>Hay otros signos tradicionales de posesión o indicios sospechosos de la A. D. E.</b>

## 2. TRASTORNOS DELIRANTES

Si una persona viene con ideas delirantes bastante creíbles de ser observado, envenenado, infectado, o que lo han maleficiado, le han hecho enfermar, o de tener revelaciones por haber sido un elegido, alguien especial, y le atribuye a la acción directa del demonio estas situaciones, se puede plantear la confusión entre un Trastorno Delirante y la A. D. E.

Los trastornos delirantes son frecuentes entre las psicosis, y (a diferencia de la desorganización de la psicosis esquizofrénica) a veces la persona tiene un discurso muy lógico y verosímil, aun cuando es delirante (lo que habrá que verificar con los criterios correspondientes, ya mencionados: certeza subjetiva, incorregibilidad, imposibilidad de contenido y estructura autocéntrica).

<b>TRASTORNOS DELIRANTES</b>	<b>A. D. E.</b>
Psicosis no deteriorantes caracterizadas por delirios.	Ausencia de delirio (no se observan certeza subjetiva, incorregibilidad, imposibilidad de contenido, ni estructura autocéntrica).
Delirio verosímil: erotomaniaco, grandioso, celotípico, persecutorio (paranoia), somático (con respecto al cuerpo).	Ausencia de estructura autocéntrica del discurso.
No hay lenguaje desorganizado.	Hablar y comprender lenguas desconocidas.
A diferencia de la Esquizofrenia, no hay comportamiento desorganizado ni aplanamiento afectivo, ni abulia.	Reacciones violentas o letargos frente a lo sagrado. Expresividad normal (fuera del trance).
Si hay alucinaciones, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (por ej. puede dar lugar a confusión cuando son delirios de infestación o de posesión).	Puede haber visiones, que no tienen interpretación delirante, y están relacionados con la acción demoníaca.
Funcionamiento social puede no estar muy alterado y el comportamiento puede no ser manifiestamente extravagante o extraño.	No hay deterioro. Fecha precisa de inicio. Vida normal fuera de la crisis.
Mejora con medicación antipsicótica (aunque habitualmente se niega a recibirlos). No cambia con exorcismos, o incluso puede empeorar, por el reforzamiento de un delirio.	No cambia o empeora con medicación antipsicótica. Mejora con las oraciones de liberación y los exorcismos.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de otros fenómenos preternaturales.

## 3. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (“FOLIE À DEUX”)

Si se presentaran dos (o más) personas (esposos o familiares cercanos) que refieren signos sospechosos de la A. D. E., pero cuyo relato impresiona como delirante en una de estas personas, a pesar de contar con el apoyo y el testimonio de su acompañante, tendremos que diferenciar un caso de A. D. E. de una de Trastorno Psicótico Compartido, (para lo cual entrevistaremos a las personas por separado).

Como habitualmente se toman en cuenta los testimonios de los familiares de las personas supuestamente afectadas por la ADE, esta situación clínica (por otro lado, muy poco frecuente), plantea esa particular dificultad: *“¿Este dúo (trío o grupo) es creíble? ¿Sus testimonios son confiables?”*.

<b>TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO</b>	<b>A. D. E.</b>
Psicosis infrecuente, en la cual los síntomas se desarrollan en una persona (persona pasiva) durante una relación de larga data con otra persona con síntomas psicóticos (la persona dominante).	La dificultad en el discernimiento surge si uno del grupo tiene un delirio con temática demoníaca, y el acompañante parece dar credibilidad a los hechos con su testimonio.
La configuración más frecuente son hermana-hermana, esposo-esposa o madre-hijo.	Ninguna configuración interpersonal en particular.
Más frecuente en niveles socioeconómicos bajos.	Ninguna preferencia por nivel socioeconómico.
La separación aporta una mejoría.	La separación no mejora nada.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de signos de A. D. E..

**4. ESTADOS DE CONCIENCIA ALTERADOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Estados de intoxicación o abstinencia de sustancias, o trastornos psicóticos y cuadros confusionales inducidos por uso crónico de sustancias, que dejan a la persona en un estado fuera de sí, bajo control de fuerzas aparentemente ajenas a su voluntad, pueden hacer pensar en A. D. E.

<b>ESTADOS DE CONCIENCIA ALTERADOS POR USO DE SUSTANCIAS</b>	<b>A. D. E.</b>
Historial de uso de sustancias (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (anfetaminas, cocaína, etc.).	No tiene por qué haber antecedentes de uso de sustancias (salvo ritos satánicos y afroamericanos en los cuales los estados alterados de conciencia pueden abrir la puerta a la acción preternatural).
Descubrir en el interrogatorio, en los estudios médicos y complementarios (análisis de sangre u orina) la causa de los síntomas permite el diagnóstico diferencial.	Estudios médicos normales.
No se observan fenómenos preternaturales.	Se observan signos de A. D. E.

**5. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD**

Si se presenta una persona (más frecuentemente una mujer) que con sus actitudes logra convertirse en centro de atención, obteniendo una dedicación especial, actuando de manera muy dramática o teatral (histrionica), inapropiadamente provocativa o seductora, que refiere (muy convencida por su autosugestión) estar afectada por problemas espirituales y necesitada de urgente atención por parte del equipo y del sacerdote, debido a síntomas que imitan diversos cuadros (incluso la A. D. E.). Tendríamos que hacer un cuidadoso discernimiento para saber qué pudiera ser fruto de la acción de la A. D. E. y qué de esta forma de la antiguamente llamada “histeria”.

Los cuadros que antiguamente quedaban englobados bajo la denominación de “histeria”, hoy día se han dividido en diversos cuadros (trastorno histriónico, trastorno conversivo, trastorno disociativo de la identidad, etc.). Veremos algunos de ellos por separado.

<b>TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>A. D. E.</b>
Trastorno de personalidad, expresión simbólica en la conducta de un conflicto psíquico (reprimido). Sin lesión neuronal.	Vida normal fuera de la crisis, puede no haber ningún trastorno de personalidad.
Patrón dominante (desde siempre) de emotividad excesiva y de búsqueda de atención: siempre quiere ser centro de atención. Inapropiadamente provocativo o seductor sexualmente. Utiliza	Fecha de inicio precisa (en no pocos casos por contacto con ocultismo). Puede preferir ser discreto y reservado. No tiene por qué provocar ni seducir.



constantemente el aspecto físico para atraer la atención.	
Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.	Puede tener diversos tipos de expresión afectiva. La preternaturalidad de los fenómenos <b>no se define por su espectacularidad ni por su impacto</b> , sino por no ser natural.
Tiene un estilo de comunicación que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.	Puede tener diversos tipos de estilo comunicacional.
Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones, una indiferencia llamada " <i>belle indifférence</i> ".	Puede tener "brotes" de furia o letargos, pero emocionalidad y expresividad normales fuera de la crisis.
Es sugestionable y confanzudo.	No tiene por qué serlo.
Mejora con la psicoterapia.	No resuelve los síntomas con la psicoterapia.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de diversos fenómenos preternaturales.

## 6. TRASTORNO CONVERSIVO

Si se presenta alguien que se caracteriza crisis pseudo-epilépticas<sup>9</sup>, en las cuales la persona (más frecuentemente una mujer), puede caer al piso y entrar en un estado hipnoide (similar al soñar), y con diversos otros síntomas físicos funcionales, tendremos que distinguir si se trata de un estado de crisis de una posesión o de este otro tipo de síntoma histérico.

TRASTORNO CONVERSIVO	A. D. E.
Expresión simbólica en el cuerpo de un conflicto psíquico (reprimido). Sin lesión neuronal.	
Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva (síntomas neurológicos que son funcionales): debilidades, parálisis, temblores, problemas en la marcha, en la deglución ( <i>globus</i> o " <i>bolo histérico</i> " <sup>10</sup> ), en el habla (disfonías, disartria, mutismo), anestias o alteraciones visuales, auditivas u olfativas, o crisis pseudoepilépticas, sin padecer una afección neurológica o médica reconocida.	Las vejaciones pueden tener síntomas similares, pero usualmente aparecen y desaparecen, (dependiendo a veces de la exposición a lo sagrado) y pueden cambiar a otro síntoma. También son inexplicables para los médicos.
Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	En los momentos en que los síntomas no hostigan, puede hacer vida normal.
Rasgos neuróticos desde la infancia.	No tiene por qué haber rasgos psicopatológicos. Fecha de inicio precisa (en no pocos casos por contacto con ocultismo).
Mejora con la psicoterapia.	No resuelve los síntomas con la psicoterapia.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de diversos fenómenos preternaturales.

## 7. TRASTORNO DISOCIATIVO DE LA IDENTIDAD

Si se trata de una persona (mucho más comúnmente una mujer) con diversos problemas emocionales y físicos, que por momentos parece ser otra persona, que tiene actitudes diversas a las de la identidad habitual. Si a esta otra identidad, la experimenta como algo ajeno que la "invade" y la "toma", podría confundirse un Trastorno disociativo de la identidad con la ADE. Es otro de los diagnósticos diferenciales difíciles de realizar.

<sup>9</sup> Significa que son similares a las convulsiones epilépticas, pero que no tienen nada que ver con ellas desde el punto de vista de la causa (que es emocional y no principalmente neurológica como en la epilepsia).

<sup>10</sup> Una sensación incómoda de tener un cuerpo extraño que obstruye la deglución.

**Algunos psiquiatras piensan que todos los pacientes a quienes se le rezan exorcismos, en realidad se trata de personas con Trastorno Disociativo de la Identidad, pero obviamente, esto no es así. Hay que tener bien claro que una persona a quien, (terminado el correspondiente discernimiento), por las razones correctas se le rezan exorcismos, puede tener cualquiera psicopatología (no sólo las descritas en estas páginas), o puede no tener ninguna y ser absolutamente sana psíquicamente, y sólo estar afectada por alguna de las formas de A. D. E.**

La columna de la izquierda incluye los criterios diagnósticos del Trastorno Disociativo de la Identidad según el DSM 5 (2013).

<b>TRASTORNO DISOCIATIVO DE LA IDENTIDAD</b>	<b>A. D. E. (sobre todo posesión)</b>
<p>Intrusión involuntaria en la conciencia que altera la integración de las funciones psíquicas, trae confusión y distorsión del esquema corporal. Una falla en la integración de la personalidad permite funcionar por separado, en diversos momentos, a aspectos distintos de la personalidad, tan diversos como para aparentar una identidad ajena a la original.</p>	<p>No es una disociación de la personalidad que da la primacía temporaria a otra parte de la propia personalidad, (la "otra identidad") sino una <b>sustitución temporaria de la identidad</b>. Fuera de los trances, no tiene por qué haber confusión ni distorsión del esquema corporal.</p>
<p>Se da en personas que no han logrado una buena integración de la identidad, por fallas en la crianza y/o eventos traumáticos en su historia. Trastorno de larga data.</p>	<p>Se da en cualquier persona, aún con buena integración de la identidad. Puede haber una fecha precisa de inicio (por ej. por contacto con ocultismo).</p>
<p>Estadísticamente poco frecuente.</p>	
<p>A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien diferenciados, (de cualquier tipo) que se puede describir en algunas culturas como una <b>experiencia de posesión</b>. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del sí mismo y del sentido de autocontrol, acompañada de alteraciones relacionadas del afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Por ej.: intensas emociones o impulsos, incluso hablar u otras acciones que surgen sin un sentimiento de pertenencia personal ni de control (incluso hasta un intento de suicidio).</p> <p>Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.</p>	<p><b>La identidad que surge es específicamente de carácter maligno, llena de odio hacia lo sagrado, orgullo y rencor. Es totalmente ajeno a la persona ("Esa no es mi hija.")</b>. Puede haber desde furia hasta mutismo. A veces la identidad de la persona lucha contra la demoníaca para retomar el control de su cuerpo y comunicarse con el exorcista. No sería una experiencia subjetiva ("<i>experiencia de posesión</i>"), sino la acción externa de un ser no humano, dotado de inteligencia y voluntad propias, que momentáneamente sustituyen a las de la persona, provocando una temporaria suspensión pasiva de las actividades intelectivas y volitivas, ejerciendo un dominio despótico del cuerpo y de las acciones de la persona. Hay conductas que son inexplicables para el afectado. En los casos de A. D. E. los testimonios confiables son útiles y son tenidos en cuenta.</p>
<p>B. Lagunas recurrentes en la memoria: de acontecimientos cotidianos, de información personal importante, y/o de sucesos traumáticos, incompatibles con el olvido ordinario.</p>	<p>A veces hay lagunas de la memoria sólo de lo sucedido durante el estado de trance.</p>
<p>C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	<p>Fuera de los estados de trance, usualmente se puede llevar una vida totalmente normal.</p>
<p>D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.</p>	<p>Hay presencia de fenómenos preternaturales. <b>La alteración es producida por un ente espiritual.</b> Las crisis pueden desencadenarse y prolongarse por la presencia de lo sagrado.</p>

Las crisis se desencadenan y prolongan por las presiones psicosociales <sup>11</sup> .	
Mejora con diversos psicofármacos y psicoterapia.	Los síntomas no se resuelven ni con la medicación ni con la psicoterapia, (incluso pueden seguir agravándose).
No se observan fenómenos preternaturales.	Se observan fenómenos preternaturales.

## 8. DEPRESIÓN MAYOR

Si consulta alguien con un estado anímico muy bajo, a lo que se suman autorreproches y culpas de temáticas morales o espirituales, a veces incluso con alucinaciones auditivas y pensamiento delirante (delirio de condenación, por ejemplo), y eventualmente con deseos de muerte. Ante la falta de respuesta al tratamiento y la aparición de síntomas ante la presencia de lo sagrado, alguno podría preguntarse: *“¿Es sólo una depresión o está bajo el efecto de una obsesión demoníaca?”*.

DEPRESIÓN MAYOR	A. D. E.
Episodio con un estado de ánimo deprimido, con pérdida de interés o de placer. Puede confundirse con una A. D. E. si hay delirio con contenido moral o religioso e ideación suicida.	Pueden percibirse imágenes, sonidos, voces, sensaciones de ser ya cadáver, de tener olor repugnante, etc. Sin interpretación delirante.
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, (subjettiva u observable: culpa, vacío, inutilidad, autorreproches, pesimismo, etc.). Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjettiva o de la observación). Pérdida importante de peso sin hacer dieta o pérdida del apetito Insomnio o hipersomnía (exceso de la necesidad de dormir) casi todos los días. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observables). Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días. Sentimientos de indignidad, inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes). Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (subjettiva o relatada).	invasión de pensamientos y deseos negativos y pecaminosos, de sentimientos de cansancio psíquico, desconfianza, desaliento, desesperanza, impotencia, tristeza y hasta desesperación, de impulsos autodestructivos, sacrílegos, y hasta suicidas. Hay miedos inmotivados, pánico, pesadillas nocturnas. Los sentimientos no son impermeables a la oración y mejora con la misma. Puede a veces encontrarse una fecha precisa de inicio (por ej. que coincide con el contacto con el ocultismo). Suele haber un bloqueo para la oración, o incluso odio hacia todo lo sacro, sin motivación.
Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	Puede haber gestos aparentemente “autolesivos” (que en realidad luego se disciernen como del demonio hacia su víctima).
Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Fuera de los episodios de trance, puede llevar una vida normal.

<sup>11</sup> Algunas personas ajenas al ámbito eclesial y al ministerio del exorcismo atribuyen equivocadamente los signos de la A. D. E. a reacciones emocionales consecuencia de las supuestas presiones a las que serían sometidas las personas quienes se les rezan exorcismos. Como si el exorcismo fuese un evento emocionalmente traumático que desencadena reacciones emocionales naturales (como estados de disociación de la identidad) en personas vulnerables. Si bien no hay que descartar que, en una persona vulnerable, (por ignorancia, por miedo, o por alguna actitud desafortunada del exorcista o de los auxiliares) se pueda desencadenar una situación de estrés que favorezca una disociación de la identidad, esto siempre será muy distinto a un verdadero estado de trance de un poseso.

Síntomas suelen mejorar en pocas semanas con los antidepresivos y la psicoterapia. Frecuentes antecedentes heredofamiliares de depresión o trastorno bipolar.	Los síntomas no se resuelven ni con la medicación ni con la psicoterapia, (incluso pueden seguir agravándose). No relacionado con antecedentes heredofamiliares.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de fenómenos preternaturales. Síntomas pueden aumentar con la exposición a lo sagrado.

<b>9. EPISODIO MANÍACO</b>	
<p>Alguien con un <b>Trastorno Bipolar</b>, puede tener <b>episodios depresivos</b> (como el que acabamos de describir) y en otros momentos, su contracara: <b>episodios maníacos</b> (o más comúnmente <b>hipomaníacos</b>, que son de menor intensidad). Entonces, si encontramos una persona en un estado eufórico, con verbosidad, con hiperexcitación psicomotriz, que está cambiante, por momentos agresiva y hasta furiosa, que impresiona como muy enloquecida, muy fuera de sí, y que muestra una extraordinaria fuerza física, y sin rastros de cansancio o necesidad de dormir, quizás nos preguntemos: <i>“¿Se trata de una posesión o de un cuadro maníaco?”</i>.</p>	
<b>MANÍA</b>	<b>A. D. E.</b>
Episodio de expansión afectiva, que imita lo que popularmente definiría la posesión: energía física excesiva, desaparece el cansancio y el dormir, puede haber desinhibición, gastos excesivos, obscenidad, gritos, hipererotización, violencia.	Puede haber agitación y violencia en los momentos de crisis, pero rara vez con ánimo expansivo o eufórico.
Por un período bien definido, el estado de ánimo está anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo.	Momentos de agitación, pero habitualmente en relación a desencadenantes espirituales (aversión a lo sagrado).
Excitación psicomotriz.	No necesariamente la hay.
Mejora con los estabilizadores del humor <sup>12</sup> y los antipsicóticos sedantes.	No mejora con los psicofármacos o empeora.
Cambio notorio del comportamiento habitual con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima aumentada o sentimiento de omnipotencia.</li> <li>• Disminución de la necesidad de dormir</li> <li>• Verbosidad. Pensamiento acelerado. Distractibilidad.</li> <li>• Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social o sexual) o agitación psicomotora.</li> <li>• Conductas de riesgo (compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).</li> </ul>	Fuera de los momentos de crisis, no hay cambios notorios del comportamiento habitual. En el momento del trance, cuando el demonio habla, puede mostrar gran arrogancia y soberbia ( <i>“Adorame, soy tu rey”</i> ), pero que desaparece cuando desaparece el trance.
Deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, (hospitalización).	Fuera de las crisis, no hay deterioro del funcionamiento social o laboral.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de fenómenos preternaturales.

<b>10. TRASTORNO FRONTERIZO (LÍMITROFE) de la personalidad</b>
<p>Una persona que tiene un patrón constante de vida cambiante, caótica, y conflictiva, con frecuentes episodios de impulsividad, ira, ansiedad o depresión. Es contradictoria, demandante, genera conflictos con el exorcista y su equipo y en algún momento impresiona como que pierde contacto con la realidad. Sus crisis de desborde impulsivo (violencia, autolesiones), sus fobias y fantasías y su pensamiento paranoide, podrían generar la necesidad de descartar la acción demoníaca.</p>

<sup>12</sup> Fármacos que intentan lograr una estabilidad del estado del ánimo, evitando tanto su descenso (episodio depresivo) como su ascenso (hipomanía o manía).

<b>TRASTORNO FRONTERIZO</b>	<b>A. D. E.</b>
Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad. Pensamiento casi psicótico. Regresiones psicóticas.	Fuera del estado de trance las relaciones interpersonales pueden ser normales, lo mismo que la autoimagen y la afectividad.
Patrón habitual de relaciones interpersonales problemáticas, inestables e intensas, (desde idealización hasta devaluación). Sentimientos crónicos de vacío.	No tiene por qué haber patrón de relaciones interpersonales inestables ni sentimientos de vacío.
Descontrol de impulsos (gastos, sexualidad, sustancias, comida, conducción vehículos). Ataques de ira. Conductas manipulativas de automutilación, de autolesión o suicidas.	Limitado al momento del trance puede haber ira, violencia, blasfemias. Conductas de la vida cotidiana puede ser normales.
Conductas desesperadas para evitar abandonos. Intolerancia a la ansiedad. Demandante, pretencioso. Trastorno de la identidad: autoimagen inestable.	No tiene por qué estar presentes.
Dificultades en el trato con el terapeuta, el sacerdote, los familiares. <sup>13</sup>	No tienen por qué estar presentes.
Síntomas obsesivo-compulsivos, fobias <sup>14</sup> múltiples, reacciones disociativas, omnipotencia, preocupaciones hipocondríacas, síntomas conversivos, tendencias paranoides, sexualidad perverso-polimorfa y abuso de sustancias.	Tampoco tienen por qué estar presentes.
<b>Mejora con medicación (ansiolítica, antipsicótica y/o antidepressiva) y con la contención psicoterapéutica y ambiental.</b>	<b>No cambia o empeora con medicación. No cambia con la psicoterapia.</b>
<b>No cambia o empeora con exorcismos.</b>	<b>Mejora con los exorcismos o plegarias de liberación.</b>
Ausencia de fenómenos preternaturales.	<b>Hay otros signos tradicionales de posesión o indicios sospechosos de la A. D. E.</b>

## 11. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Si alguien refiere obsesiones intensas y torturantes, y para peor, en su caso tienen una temática moral o espiritual. Se siente "obligado" por su mente a ejecutar sus compulsiones y rituales, y por momentos puede sentir una verdadera "experiencia de posesión". ¿Es un Trastorno Obsesivo-Compulsivo o una obsesión demoníaca? Estos cuadros comparten el mismo nombre, pero sus naturalezas son totalmente diversas. También este discernimiento es posiblemente de los más difíciles de hacer.

<b>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (T.O.C.)</b>	<b>A. D. E.</b>
Trastorno de ansiedad, caracterizado por obsesiones y compulsiones.	A veces se asocia con un TOC (que estaba previamente y que es amplificado por la acción demoníaca).
Antecedentes ansiosos y obsesivos desde la infancia.	Otras veces hay una fecha precisa de inicio (por ej. contacto con ocultismo).
Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las <b>obsesiones</b> se definen por:	Invasión de pensamientos y deseos negativos y pecaminosos, de sentimientos de cansancio psíquico, de desconfianza, de desaliento y hasta de

<sup>13</sup> El uso frecuente de mecanismos psíquicos primitivos genera conflictos y reacciones emocionales con las personas que los rodean. Por ejemplo, el uso del mecanismo de identificación proyectiva hace que el paciente rechace un aspecto que niega en sí mismo (por ejemplo, tendencia a la infidelidad) y en un segundo momento atribuye esa característica a su pareja. Empieza a vincularse con ella como si ella fuera infiel, induciéndola, poco a poco a actuar con ocultamientos y secretos. Cuando finalmente se descubren esos ocultamientos, queda "demostrada" la infidelidad, el abandono y el maltrato que fueron inicialmente atribuidos por él. Esto facilita los vínculos ambivalentes, las reacciones de fastidio o culpa en los demás, con los consecuentes conflictos en sus vínculos.

<sup>14</sup> Miedos irracionales.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.</li> <li>• El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).</li> </ul> <p>Las <b>compulsiones</b> se definen por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar mecánicamente, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.</li> <li>• El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.</li> <li>• No hay alucinaciones ni delirios.</li> </ul>	<p>desesperación, de impulsos autodestructivos, sacrílegos, y hasta suicidas. Hay miedos inmotivados, pánico, pesadillas nocturnas.</p> <p>No tiene por qué haber compulsiones. El sujeto siente que se está volviendo loco. A veces las obsesiones buscan convencerlo de hacer un pacto con el diablo, profanar la Eucaristía, de sentirse ya condenado o de cometer suicidio. Suele haber un bloqueo para la oración, o incluso odio hacia todo lo sacro, sin motivación.</p> <p>Pueden percibirse imágenes, sonidos, voces, sensaciones de ser ya cadáver, de tener olor repugnante, etc. Sin interpretación delirante.</p>
<p>Las temáticas no se limitan a lo espiritual, (cerraduras, gas, contagios, números, etc.).</p>	<p>Las temáticas suelen limitarse a lo espiritual.</p>
<p>Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente.</p>	<p>Los pensamientos intrusivos frecuentemente se relacionan con situaciones o conductas agradables a Dios (para frenarlas).</p>
<p>Mejora con la desculpabilización<sup>15</sup> y la tranquilización, con la medicación ansiolítica o antidepresiva. No cambia con el exorcismo.</p>	<p>La medicación no resuelve los síntomas. Puede aumentar con la exposición a lo sagrado. Hay presentes fenómenos preternaturales. Mejora con la oración de liberación o el exorcismo.</p>

## 12. TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE

Una persona relata una situación parecida a la del cuadro anterior, a la que se suman **tics**<sup>16</sup>: no puede evitar olfatear, hacer gestos obscenos, muecas, decir palabras obscenas, emitir gruñidos. Se esto se desencadena frente a objetos sagrados. *“¿Es alguien que sufre de un Trastorno de Gilles de la Tourette o un poseso?”*.

TRASTORNO DE GILLES DE LA TOURETTE	A. D. E.
<p>Trastornos de tics motores múltiples y uno o más tics vocales, que comenzaron en la infancia y pueden ser intermitentes, pero son persistentes. Los tics son vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos.</p>	<p>Fecha precisa de inicio, en no pocos casos relacionada por contacto con ocultismo.</p>
<p>Tics motores (saltar, olfatear, pegar, acuclillarse, hacer gestos obscenos, muecas).</p>	<p>Todos ellos pueden estar presentes en una posesión.</p>

<sup>15</sup> La acción psicoterapéutica de liberarlo de la culpa, mostrándole la irracionalidad de los motivos que la generan.

<sup>16</sup> Los tics son gestos o movimientos involuntarios y repetitivos, que se producen por la contracción de uno o varios músculos del cuerpo, sobre todo, de la cara. Tienen en común que son movimientos convulsivos, inoportunos y excesivos y que el efecto de distracción o el esfuerzo de voluntad disminuyen tal actividad.

Emisión compulsiva de palabras obscenas, tos, gruñidos, carraspeos, ladrar, resoplar, gritar, silbar, chasquear la lengua, emitir sonidos inarticulados). Síntomas obsesivo-compulsivos. Todos aumentan con la ansiedad (no se limitan a los momentos de exposición a lo sagrado).	Las muecas, ruidos, movimientos, obscenidades suelen limitarse a la exposición a lo sagrado.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de fenómenos preternaturales.

### 13. TRASTORNO DE PÁNICO

Si una persona, durante un retiro o una misa, sufriera una crisis de ansiedad, con taquicardia, transpiración, temblor y sacudidas, inestabilidad, sensaciones de ahogo y de muerte, podríamos preguntarnos: “¿Es aversión a lo sagrado? ¿Pueden ser manifestaciones de una acción demoníaca o (más habitualmente) es sólo un ataque de pánico?”.

TRASTORNO DE PÁNICO	A. D. E.
Ataques de pánico imprevistos y recurrentes: aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos.	
Durante la crisis (de 10 a 20 minutos) hay: 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia. 5. Sensación de ahogo. 6. Opresión, dolor o molestias en el tórax. 7. Náuseas o malestar abdominal. 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo. 9. Escalofríos o sensación de calor. 10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo). 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo). 12. Sensación de estar próximo a morir, a perder el control, a “volverse loco.” 13. A veces: acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable. 14. Además: inquietud acerca de nuevos ataques y cambios de vida para evitarlos.	Crisis en una posesión pueden compartir muchos de los mismos síntomas, pero si la crisis se produce en un contexto de oración, nunca falta la nota de odio y de aversión hacia lo sagrado.  Los signos físicos de una vejación pueden ser similares a todos los enunciados, pero no se limitan a estos.
Las crisis se dan en cualquier momento, ante situaciones diversas. La oración no necesariamente la desencadena.	Las crisis son formas de aversión a lo sagrado. Pueden inducirse con la oración.
Mejora con la psicoterapia y la medicación. No mejora o empeora con los exorcismos.	La medicación no resuelve los síntomas, que pueden aumentar con la exposición a lo sagrado. Mejora con la oración de liberación o el exorcismo.
No se observan fenómenos preternaturales.	Se puede presentar algún fenómeno preternatural.

### 14. EPILEPSIA

Una persona se desploma, sin conocimiento. Su cuerpo está agitado, babea y presenta diversas conductas extrañas durante la crisis. Luego no recuerda lo que pasó. ¿Cómo saber si es una Epilepsia o una acción extraordinaria del demonio?

EPILEPSIA	A. D. E.
Es la enfermedad neurológica crónica más frecuente (1% población), y tiene diversas formas:	El examen neurológico es normal, así como pueden serlo los exámenes complementarios (electroencefalograma -EEG-).
<p><b>CONVULSIONES GENERALIZADAS (“GRAN MAL”):</b> caída violenta, pérdida de la conciencia, movimientos tónico-clónicos (de flexión y extensión) de miembros, mordedura de la lengua e incontinencia urinaria o fecal.</p> <p>Estado post-ictal (post-crisis) similar a un estado confusional del que se recupera lentamente (de minutos a horas), durante la cual puede haber sensación de cansancio, dolor de cabeza, dificultad para hablar y comportamiento anormal.</p>	<p>No siempre hay pérdida de conciencia. No se muerde la lengua ni suele haber incontinencia.</p> <p>El estado post-trance puede ser similar.</p>
<p><b>AUSENCIAS (“PETIT MAL”):</b> Comienza entre los 5-7 años y termina en la pubertad. Breves interrupciones de la conciencia, con pérdida de conexión con el ambiente, sin verdadera pérdida de la conciencia ni convulsiones. Patrón característico de pico-onda de 3 v/seg. en EEG y parpadeo.</p> <p>Ausencias de comienzo adulto pueden tener repentinos estados psicóticos o confusionales recurrentes, que aparecen y desaparecen bruscamente, a veces acompañados de pérdida de pérdidas de conciencia y caídas.</p>	<p>Comienza en fecha precisa (por ej. la del contacto con lo oculto).</p> <p>El trance no es la interrupción de la conciencia sino la irrupción de otra identidad (con o sin pérdida de la conciencia de la persona afectada).</p> <p>EEG puede ser normal.</p> <p>En este caso se requiere el EEG y un cuidadoso discernimiento.</p>
<p><b>CONVULSIONES PARCIALES: Simples</b> (sin alteración de la conciencia, con síntomas motores (miembros, cabeza), sensoriales (alucinaciones) o autonómicos) o <b>Complejas</b> (con alteración de la conciencia), auras con sensaciones autonómicas (sensaciones de plenitud abdominal), rubor, cambios en la respiración, sensaciones cognitivas (“<i>dejà vu</i>” “<i>jamais vu</i>”, estados hipnoides), estados afectivos (miedo, pánico, depresión, euforia), y automatismos (movimientos de chupeteo, deglución, masticación).</p> <p><b>Síntomas entre crisis:</b> Trastornos de personalidad (“viscosidad”), de la sexualidad (hiper o hiposexualidad, travestismo, fetichismo), religiosidad patológica, a veces trastornos psicóticos similares a la esquizofrenia o más raramente trastornos del estado del ánimo. Rara vez: violencia.</p>	<p>Alteraciones de la conciencia, motores o sensoriales se pueden dar durante el trance, pero con desencadenantes específicos (presencia de lo sagrado), y todo el conjunto de signos y síntomas acompañantes.</p> <p>No siempre hay sensaciones autonómicas o cognitivas o estados afectivos.</p> <p>Entre crisis puede haber una vida normal.</p>
Se atenúan o desaparecen los síntomas con el tratamiento antiepiléptico.	No se modifica o se agrava con el tratamiento antiepiléptico.
No se modifica con los exorcismos.	Se mejora o cura con exorcismos.
Ausencia de fenómenos preternaturales.	Presencia de fenómenos preternaturales.

### 15. TRASTORNO FACTICIO (SIMULACIÓN)

Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.

A diferencia de la sugestión observable en un trastorno histriónico, o del delirio de un trastorno psicótico, la persona sabe que miente y lo hace por algún beneficio secundario (atención familiar, licencia, evitación de una responsabilidad, un problema legal, etc.).



<p>Para realizar el discernimiento en estas situaciones, habrá que llegar a conocer la condición espiritual (vida de fe, de oración, etc.), moral (inclinaciones y actitudes morales, especialmente con respecto a la sinceridad y veracidad), y existencial (situación de vida y red de vínculos) de quien dice estar afectado de una A. D. E. Esto puede identificar razones por las cuales podría estar llevando a cabo una simulación.</p> <p>Se debe prestar atención a aquellos aspectos de una posesión más difíciles de imitar, como los bruscos cambios de humor que se dan durante el trance. El exorcista, con prudencia, puede dar órdenes tácitas (en silencio) y evaluar su respuesta, o en voz alta en idiomas que le constan que la persona no conoce.</p>	
<b>TRASTORNO FACTICIO</b>	<b>A. D. E.</b>
<p>El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa visible.</p>	<p>Puede percibirse como sincero, con capacidad de ser objetivo, con desinterés e integridad moral.</p>
<p>Pueden inferirse alguna de las causas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) influencia del ambiente junto a una fragilidad psicológica;</li> <li>b) una enfermedad psíquica;</li> <li>c) evasión de situaciones existenciales particularmente difíciles, o medio considerado adecuado para resolverlas;</li> <li>d) voluntad de dañar a un exorcista en particular;</li> <li>e) voluntad de desacreditar el ministerio exorcístico en general.</li> </ul>	<p>Puede impresionar como alguien con equilibrio psíquico.</p>
<p>Si dice poder hablar un lenguaje desconocido, repite las mismas frases (aprendidas de memoria), haga lo que haga el exorcista. Ausencia de fenómenos preternaturales verdaderos.</p>	<p>Puede haber la capacidad de hablar un lenguaje desconocido, de adivinar cosas ocultas, de tener una fuerza superior a la normal para el peso y la edad, es decir, la presencia de fenómenos preternaturales objetivables.</p>

## Ejemplos del uso de la guía

Intentaré mostrar el uso de la guía a través de un par de casos:

### 1. Laura

Una mujer de 37 años es traída por su familia, principalmente por su cuñada, una mujer de gran fe. Desde hace 6 años se sintiendo que tiene todo el cuerpo atado, como si tuviera un gran peso encima. Desde que compraron la casa nueva empezó a sentir un malestar en esa casa, a sentirse observada. Después empezó a ver una sombra, como una persona. Veía gente que la miraba desde las ventanas. O veía como un velatorio de la persona que había vivido ahí y que hacía “reuniones Tao”. Pensó que estaba enloqueciendo. No comía, bajó de peso. Empezó a no querer vivir más y pensó en arrojarle debajo de un tren. La atendieron psiquiatras, que le diagnosticaron depresión y la medicaron, pero los medicamentos no le hacían efecto. Estaba muy sedada por la medicación y hace 2 años la dejó. Pared de por medio, en la casa en que vivían, había unos umbandistas (un culto afrobrasileño). Laura y su familia se mudaron a otra casa y mejoró. Los que alquilaron la casa anterior, se sintieron mal y se tuvieron que ir de la casa.

También tiene crisis similares a la epilepsia, pero en FLENI, un prestigioso centro de Neurología, descartaron totalmente que se tratara de Epilepsia.

El psiquiatra que la vio dijo que tenía “Depresión y Estrés” y la medicó acorde a tales diagnósticos. Con toda lógica un psiquiatra podría decir que se trata de una Depresión Mayor, con rasgos psicóticos

(delirio persecutorio y alucinaciones). Pero la cuñada (asidua asistente a misas de la Renovación Carismática) notó que Laura no podía rezar, ni entrar en una iglesia, ni estar presente en una misa, aun cuando lo intentara, y la llevó a un sacerdote conocido, de mucho carisma, que hace misas y retiros de sanación. Cuando en la misa estuvo cerca del Santísimo Sacramento, Laura puso las manos hacia adelante y decía “¡¡No!! ¡¡No!! ¡¡No!!”. Después de la misa, el sacerdote les recomendó ver a un exorcista y le dio los datos para contactarlo.

En cuanto estuvo frente al exorcista Laura bajó la mirada, (no podía mirarlo de frente, aunque quisiera), declaró que le dolía el cuerpo, que siempre siente como un peso cuando se acerca a una iglesia. Entró en un trance y con voz masculina dijo: “¡¡No van a poder conmigo!!”. Empezó a recibir exorcismos, y mejoró su funcionamiento en su vida cotidiana. Cada vez que viene a la oración, al acercarse a la iglesia empieza a entrar en trance, forcejea, se resiste a entrar, y hacen falta 2 o 3 familiares y otras 4 personas para forzarla a entrar y para sostenerla en la camilla. Durante la oración muestra gran enojo y fuerza, incluso lastimando a los auxiliares con las uñas, pero terminada la misma, vuelve en sí y se despide cansada, tranquila, amable y agradecida.

Si vamos a la tabla comparativa entre **Depresión** y ADE, vemos que:

- La depresión no explica esos trances en los cuales le surge una voz que no le resulta propia, ni su resistencia y malestar al entrar a una iglesia, cuando desea hacerlo.
- Los trances se desencadenan sólo ante la presencia de lo sagrado.
- No mejoró con los antidepresivos y los antipsicóticos.
- Si mejoró mucho con las oraciones de exorcismo.

## 2. “Francesca”

Era una joven de casi 30 años, soltera, que cuando se estaba por casar, al entrar a la iglesia para pedir fecha para el matrimonio, empieza a sentirse mal y a temblar. En esa parroquia, donde hay una comunidad carismática, la invitaron a un grupo de oración. Durante esos encuentros, caía al piso y lloraba mucho. En otros momentos vomitaba. Después empezó a pasar lo mismo en misa. Un diácono empezó a rezarle oraciones de liberación. Cuando estaba frente al Santísimo expuesto, caía como en un sueño, hablaba (amenazaba) y temblaba. Durante el trance, escucha y ve todo lo que sucede, pero no puede impedirlo. Conocía cosas que no podía conocer.

Todo había empezado un día en que, bañándose, le salieron plumitas rojas de la cabeza. Después plumitas negras. A partir de allí empezaron todos sus signos y síntomas.

La familia del novio no está de acuerdo con que su hijo se case con Francesca. La visitaron en su apartamento para “curarlo espiritualmente”, y le llevaron comida “especial para Francesca”. Además, frente al negocio de Francesca, personas desconocidas le han dejado muchas veces trabajos de brujería. Canceló el casamiento, empezó a rezar el Rosario y coronillas a San Miguel Arcángel, y mejoró.

Cuando está frente al exorcista entra en trance, tiembla, se desparrama sobre un sillón y con voz sensual tiene hacia el exorcista actitudes burlonas y provocativas. Cuando este le ordena decir su nombre, dice “Astarot”, “La Bestia”, “Lucifer”. Rociada con agua exorcizada, grita de dolor: “¡¡Me quema!!”. Cuando el exorcista reza, una voz grotesca, chillona y que habla velozmente, lo desafía: “Soy fuerte”, “No te tengo miedo”, “¡Callate!”, “Trátame con respeto. Yo soy dios”, “Es mía, me la regalaron”, “No me voy a ir, ¿entendés?”.

En ese momento empezó a recibir exorcismos y mejoró mucho. Creció en su vida de fe, acompañada de su familia.

Con su novio, decidieron casarse, y lo hicieron de una manera sencilla.

Un día, faltó inexplicablemente al exorcismo. Después nos enteramos, por la familia, que la encontraron paralizada en el piso y no pudieron traerla. Fue internada en un hospital, donde se le hizo un

diagnóstico de accidente cerebro-vascular (ACV). Estuvo grave, muchas semanas internada y empezó rehabilitación. Por algunos meses no pudo venir a recibir oraciones, por su estado delicado de salud. Cuando estuvo posibilitada de caminar, la familia la trajo. Le había quedado una secuela de su ACV: una gran dificultad y lentitud para hablar, debido a un trastorno para articular (disartria), al punto que ella, por sentirse avergonzada, trataba de hablar lo menos posible. Sorprendentemente, durante la oración, estando en trance volvió a hablar como lo hacía siempre en esas circunstancias, con voz chillona y velozmente, articulando perfectamente las palabras. Terminada la oración, volvieron la lentitud y la lentitud para hablar.

En este caso podría plantearse un diagnóstico diferencial con un **Trastorno Histriónico**, con rasgos de **Trastorno por Conversión**, como dice un informe psicológico que trajo, o incluso un **Trastorno Disociativo de la Identidad**, como sugirió un psiquiatra que la vio pero que recomendó que le hagan exorcismos.

Sin embargo, mirando los cuadros correspondientes, podemos ver que:

- Fuera de las crisis, no impresiona como una persona teatral (histriónica), con emotividad excesiva, ni tampoco con una *"belle indifférence"*, ni que busque llamar la atención por su aspecto físico. No parece sugestionable ni confianzuda.
- No hay deterioro social, ni laboral, todo lo contrario.
- Fuera de los momentos de crisis, lleva adelante una vida normal.
- No hay trastornos funcionales de tipo neurológico, salvo durante las crisis (caída, somnolencia, temblor, que empiezan y terminan bruscamente, y se dan sólo ante situaciones de oración).
- Los signos y síntomas se producen sólo en presencia de lo sagrado.
- Se observa la irrupción de una identidad ajena, (sin puntos de contacto con la identidad habitual de F.), que controla sus acciones y su voz, sin el consentimiento ni su voluntad, a pesar de que ella mantiene la conciencia y la percepción.
- Hay una fecha precisa de inicio, relacionada con el contacto con el ocultismo (maleficio). No hay antecedentes de trastornos psíquicos ni durante la infancia, ni durante la adolescencia.
- Mejoró con los exorcismos, sin un tratamiento psiquiátrico.
- Podemos pensar que la capacidad para hablar perfecta y velozmente durante el trance, constituye un verdadero fenómeno preternatural, ya que algo la dotó, en ese momento de la capacidad de poder pasar por encima de la limitación natural que le había acarreado su enfermedad.

Dr. Héctor de Ezcurra

E-Mail: [hectorezcurra@gmail.com](mailto:hectorezcurra@gmail.com)

---