

TRASTORNO DEL INSTINTO DE CONSERVACIÓN

(Presentación de un caso anatomo-clínico)

Dr. MANUEL TRIMIÑO VASQUEZ*
Dr. EDUARDO VARGAS ALVARADO**
Dra. LESLIE SOLANO CALDERON***

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre con conducta autolesiva (automutilación, ideación y gesto suicida) y desviación sexual (de tipo masoquista y homosexual). Se basó la psicodinamia del caso en el retardo mental, pobre desarrollo psicomotor y alteración de la imagen corporal.

Se destacan las reiteradas hospitalizaciones y los aspectos médico-legales del caso.

SUMMARY

A clinical case of a male patient with self-destructive behavior (self-mutilation, suicidal ideation and acts) and sexual deviations (of the masochistic and homosexual kind) which led him to commit suicide is discussed. The basis of the case psychodynamics was the patient's mental retardation, poor psychomotor development and body-image disturbances. Special emphasis is placed on the reiterated hospitalizations and the medico-legal facets of the case.

INTRODUCCION

La sesión anátomo-clínica tradicional suele ser ocasión en que los médicos tratantes someten a discusión con los patólogos la certeza de sus diagnósticos, pronósticos y sus tratamientos.

Los casos proceden del área de la Cirugía o de la Medicina interna, porque ante el auditorio de los médicos de un hospital son problema de utilidad para unos y otros. En cambio, el especialista en Psiquiatría o el especialista en Medicina Legal, no tiene de su experiencia casos que sometidos a autopsia puedan tener provecho para internistas y cirujanos.

El presente fue, precisamente, una excepción a esta regla. Siendo un caso clínico que terminó con la autoeliminación del paciente, se convirtió en médico legal, y analizando su trasfondo psi-codinámico se llegó a la conclu-

sión que era fundamentalmente de naturaleza psi-quiátrica. Por esta razón, fue un psiquiatra quien lo expuso como relator en la sesión anátomo-clínica del hospital Calderón Guardia, de San José, Costa Rica, el viernes 25 de mayo de 1984.

PRESENTACION DEL CASO

Se trataba de un hombre de 23 años, de área rural, que falleció el 16 de enero de 1984, en el Servicio de Urología del Hospital Calderón Guardia. Había ingresado cuatro días antes por una herida en el escroto y la introducción de una aguja en la uretra. Debido a su agitación y conducta autolesiva fue valorado por el Servicio de Psiquiatría que recomendó tratamiento antipsicótico y posterior traslado al Hospital Nacional Psiquiátrico. Al segundo día, se liberó de las suturas en el escroto y se introdujo una nueva aguja en el hemitórax izquierdo. El último día, a las 7:30 h. se le encontró pálido, sudoroso, con dolor precordial, y cuatro horas más tarde falleció.

Los antecedentes personales demostraron que había nacido de parto intradomiciliario con importante anoxia ce-

* Hospital Dr. Calderón Guardia.

** Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

*** Hospital Dr. Calderón Guardia.

Cuadro I

INTERNAMIENTOS EN HOSPITAL GENERAL

Hospitalización					Diagnóstico
1.	11	-	18	julio 1980	rectorragia traumática
2.	25 feb.	-	20	marzo 1981	autolesión rodilla izquierda
3.	1º	-	3	julio 1981	orificio en pared abdominal
4.	27 oct.-	-	15	diciembre 1981	cuerpo extraño en hemitórax rectorragia traumática
5.	11	-	20	febrero 1982	aguja en región suprapúbica
6.	2	-	9	setiembre 1982	intoxicación por organofosforado
7.	17	-	23	octubre 1982	intoxicación por organofosforado
8.	28 feb.-	-	4	marzo 1983	aguja en región preauricular
9.	27 jun.-	-	6	julio 1983	objeto plástico en uretra
10.	14	-	21	julio 1983	aguja en uretra posterior
11.	27	-	31	julio 1983	vidrios en uretra
12.	6	-	10	agosto 1983	cuerpo extraño uretra anterior
13.	16	-	27	setiembre 1983	rectorragia traumática
14.	12	-	13	diciembre 1983	rectorragia traumática
15.	8	-	10	enero 1984	clavos en uretra

rebral y sin atención médica posterior. Tuvo retraso en el desarrollo psicomotor. En su niñez fue rebelde, inquieto, y asustadizo. Ingresó a la escuela a los siete años, fue indisciplinado y agresivo con sus compañeros y no llegó a aprender a leer ni a escribir. A los catorce años abandonó sus estudios luego de haber pasado por cuatro escuelas diferentes, y se dedicó a vender periódicos. Los antecedentes heredo-familiares no pudieron obtenerse.

Sus repetidas hospitalizaciones pueden agruparse en aquellas que tuvieron lugar en un hospital general (Hospital Calderón Guardia) y aquellas que se hicieron en un hospital especializado (Hospital Nacional Psiquiátrico).

En el hospital Calderón Guardia tuvo quince ingresos que se enumeran en el cuadro I. De ellos, seis fueron en el Servicio de Psiquiatría, y, por lo general, obedecieron a trastornos de conducta que a veces se describen como psicosis transitorias y autolesionismo. Otras seis hospitalizaciones fueron en el Servicio de Urología, y se debieron a la introducción de agujas, grapas, fragmentos de vidrio o plástico en uretra o en escroto. Tuvo dos ingresos en Cirugía General por la introducción de agujas en la región abdominal y por rectorragias traumáticas. En una ocasión se le internó en Medicina General por intoxicación por insecticidas organofosforados.

En resumen, en todas estas hospitalizaciones hubo autolesionismo y en dos intoxicación, por medicamentos en una y por insecticidas en otra, que se interpretan como gestos suicidas. En tres ingresos existió rectorragia traumática en las que los estudios endoscópicos demostraron laceraciones, ulceraciones crónicas y despulimiento de la mucosa anal.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico el paciente tuvo cinco ingresos en el período comprendido entre mayo de 1979 y setiembre de 1982, y los cuales se enumeran en el cuadro II. Los diagnósticos de ingreso fueron retardo mental y desviación sexual (homosexual y masoquista). En cuatro ocasiones se fugó del hospital y en la última se le trasladó a un hospital general (Hospital México) por cuerpo extraño en orofaringe. Dentro de los estudios realizados, merece citarse un electroencefalograma en el primer ingreso que resultó normal, pruebas psicológicas que mostraron alteración orgánica con un funcionamiento intelectual a nivel de retraso mental. Estos exámenes concuerdan con los realizados en los dos primeros ingresos en el hospital general.

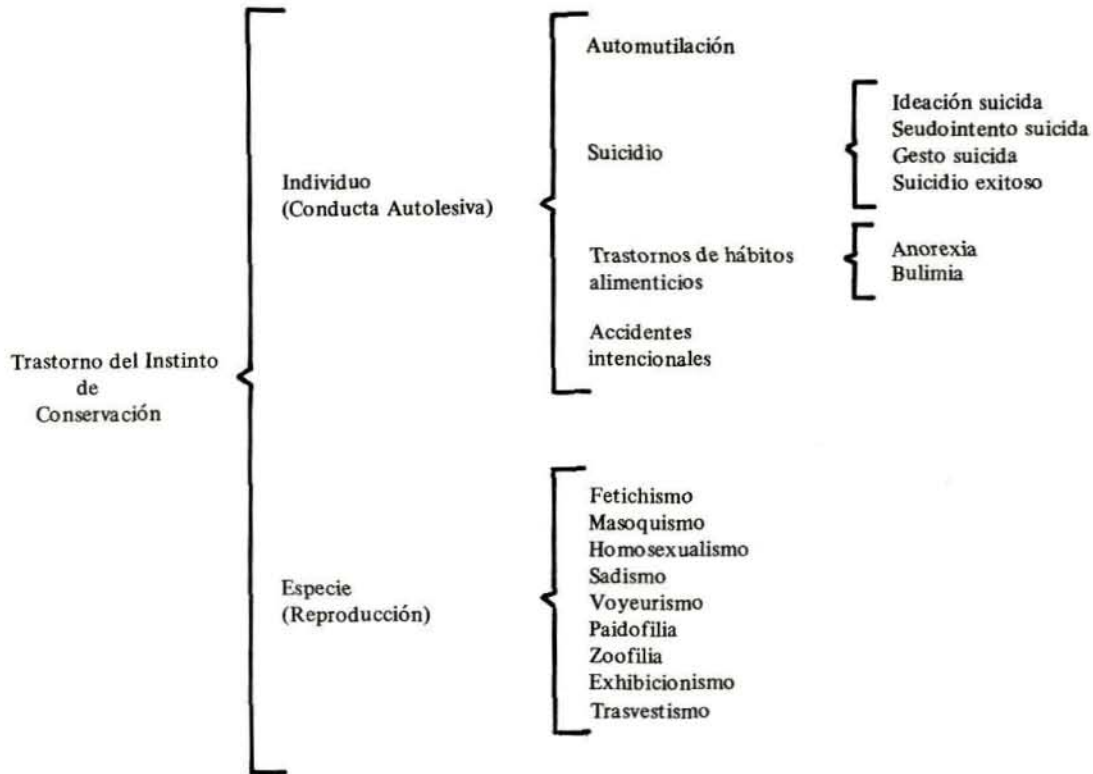
La autopsia realizada en el Departamento de Medicina Legal demostró la presencia de tres agujas en la superficie del hemitórax izquierdo, alojadas en el tejido celular subcutáneo. Una cuarta aguja de inyectables, doblada en forma de L invertida estaba en el arco anterior de la novena costilla izquierda, sobre la línea medioclavicular, perforaba la pa-

Cuadro II

INTERNAMIENTOS EN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Hospitalización					Diagnóstico
1.	15	-	19	mayo 1979	retardo mental
2.	12	-	17	setiembre 1979	desviación sexual
3.	18	-	24	setiembre 1979	desviación sexual masoquismo
4.	11	-	16	octubre 1979	trastorno de conducta
5.	23	-	29	setiembre 1979	homosexualismo

Cuadro III



red costal y laceraba el pericardio y el corazón, (Fig. 1), y daba origen a un hemopericardio de 100 ml., y a un hemotórax de 1280 ml. El escroto reveló una úlcera de bordes irregulares de 3.5 x 0.5 cm, en cuyo fondo estaba una aguja de inyectables de 3 cm. (Fig. 2). Estos hallazgos corroboran las observaciones de los radiólogos (Fig. 3).

La causa de muerte se estableció como taponamiento cardíaco debido a herida punzante de miocardio por aguja en hemitórax izquierdo. Desde el punto de vista médico legal la manera de muerte fue suicida.

DISCUSION

Este paciente presentaba gran tendencia a la autoagresión, al suicidio, al masoquismo y a la conducta homosexual.

Ello nos lleva a lo que se conoce como *Trastorno del instinto de conservación*. A nivel individual constituye *conducta autolesiva* y a nivel de *especie* corresponde a las *desviaciones sexuales*. De esta base partimos para establecer la causa de la conducta de este paciente (ver cuadro III).

De acuerdo con la teoría freudiana existen dos instintos básicos: *el instinto de vida* (Eros) y *el instinto de muerte* (Thanatos). Estos instintos impulsan la conservación y

la capacidad creadora o el impulso primario de destrucción, respectivamente. De la interacción de ambos impulsos resultan los fenómenos psicológicos y biológicos de la vida.

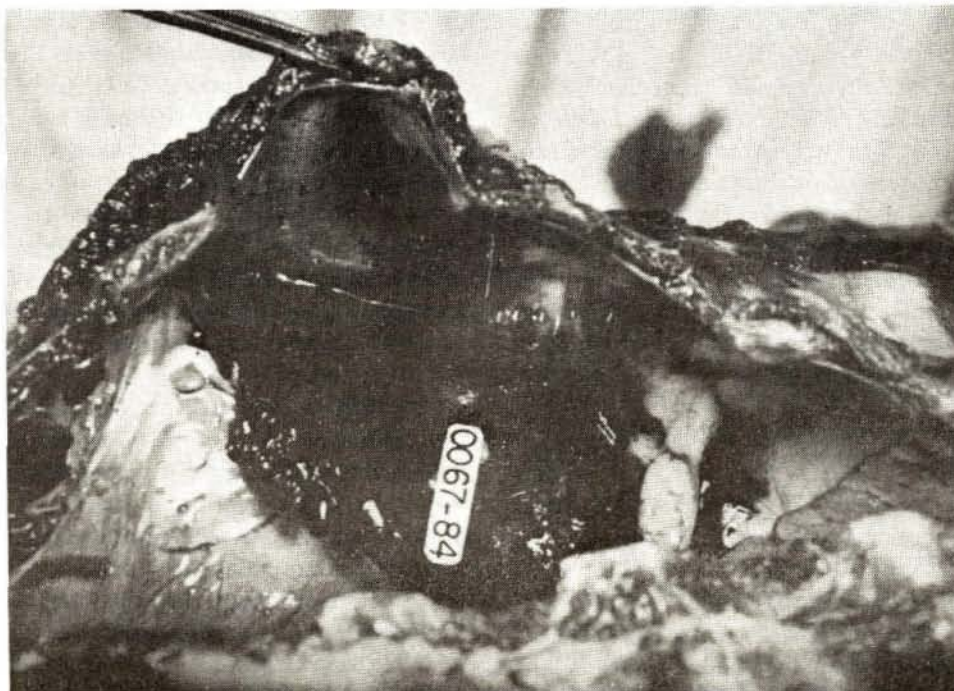
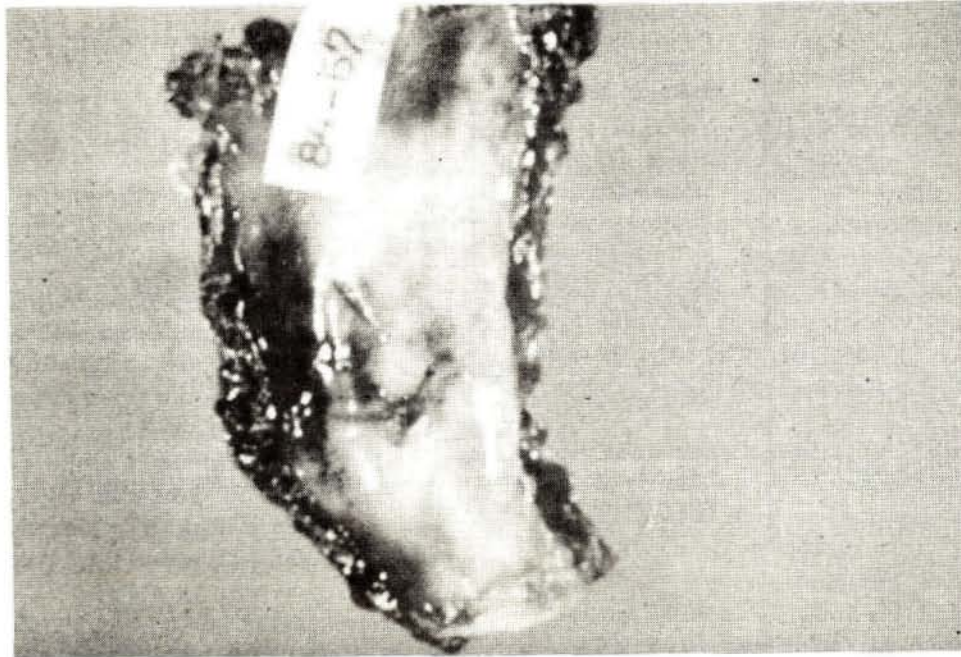
Según esta concepción, las tendencias destructivas, como las tendencias constructivas, se encuentran dirigidas originalmente hacia el propio individuo. Dependiendo del nacimiento, del desarrollo y de las experiencias vitales, se dirigen cada vez más hacia el exterior. Cuando se produce una interrupción forzosa de esos intereses externos o surgen dificultades para mantenerlos debido a que el medio exterior es inadecuado o patológico, o una alteración en el individuo (orgánica o funcional), los impulsos destructivos y constructivos se vuelven hacia la propia persona en que se originaron. Si en estas condiciones se produce un desequilibrio entre los dos tipos de impulsos con predominio permanente de los impulsos destructivos, sobreviene la autodestrucción en mayor o menor grado (1-5).

De un modo general, hay dos causas principales de la conducta autolesiva:

1. La que engloba agresión, castigo y propiciación, estrechamente relacionada con sentimientos de culpa (6-7).
2. La que se relaciona con alteración de la imagen corporal, y en la cual existe una identidad difusa,

Figura 1

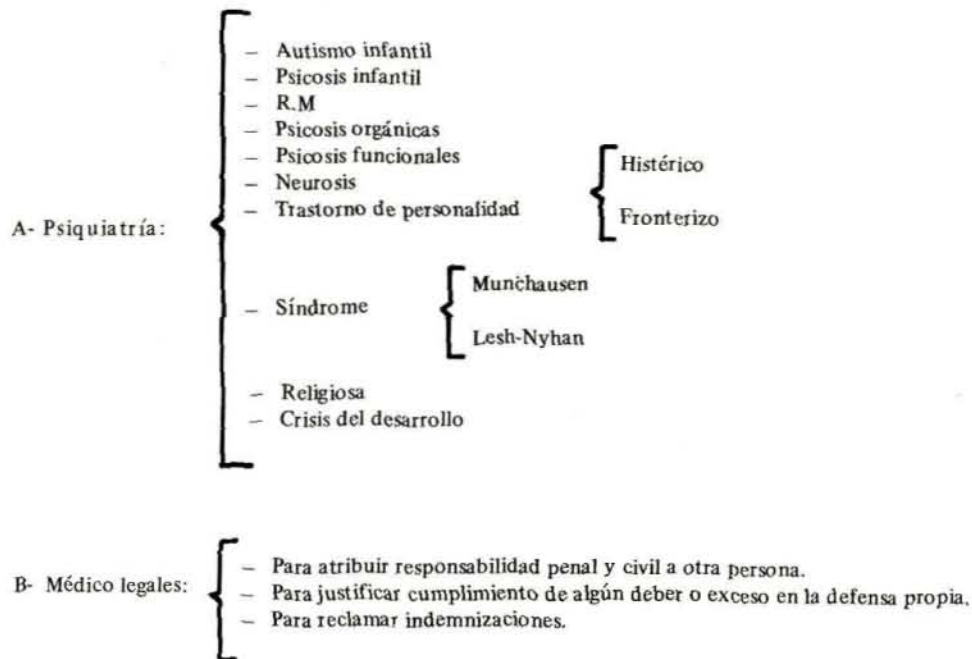
FRAGMENTO DE COSTILLA ATRAVESADO POR AGUJA QUE CAUSO HEMOPERICARDIO AL INTERESAR EL CORAZON



caracterizada por un concepto pobremente integrado de uno mismo y de las otras personas; en estos casos la autolesión cumple una función de

reintegración que ayuda a combatir sentimientos de despersonalización e irrealidad, y se asocia con alto nivel de ansiedad (8-12).

AUTOMUTILACION



En cuanto al trastorno del instinto de conservación a nivel de especie (reproducción) se refiere a las desviaciones sexuales (ver cuadro III) y se consideran trastornos de este instinto porque su objetivo no es la reproducción (1-3). En este tipo de individuo hay una imagen corporal inestable, pobremente definida, y la desviación sexual funciona como un mecanismo que ofrece soporte al ego ayudándolo a evitar la desorganización (13-14). En los aspectos de psicodinamia, puede concluirse que en este paciente existía un retardo mental moderado, producto de su anoxia neonatal; que llevaba una incapacidad funcional no demostrable electroencefalográficamente, pero sí clínicamente y por medio de pruebas psicológicas, que además indicaron alteraciones a nivel de análisis y síntesis, y de la organización e integración espacial, y una evidente problemática de identificación sexual (confusión).

Esto condujo a una alteración del desarrollo psicomotor, con distorsión importante de su imagen corporal y pobre control de impulsos. En condiciones de stress, la consecuencia era altos niveles de ansiedad y sensación de desintegración, en las cuales utilizaba la autolesión (automutilación, ideación y gesto suicida) como un fin de integración, del mismo modo que la alteración a nivel de identidad sexual fue lo que lo llevó a los medios de gratificación sexual aberrantes.

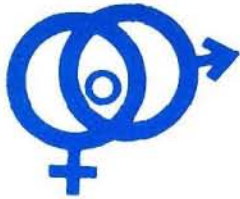
Debe también descartarse que en muchos de sus ingresos, como el último, el paciente buscaba el ambiente del hospital general. Aquí la atención institucional le servía

como fin integrativo y como sufría estados de ansiedad desorganizantes, recurría al autolesionismo, como mecanismo de reintegración y de manipulación, para evitar los egresos.

Este aspecto puede evidenciarse en las condiciones de su última hospitalización que ocurrió dos días después de que había salido del servicio de Urología (cuadro I), y durante la cual se introdujo una nueva aguja en la región precordial ante la posibilidad de ser enviado para su casa o trasladado a otra institución.

Desde el punto de vista médico-legal, se trata de un típico caso de autolesionismo (cuadro IV). Esta cualidad se caracteriza por lesiones superficiales y múltiples en zonas accesibles al mismo individuo.

Se destaca para su diagnóstico la falta de coincidencia entre las lesiones en el cuerpo y los daños en las ropas, así como la discordancia entre las características de las lesiones y la historia que suministra el paciente. Como medios usados para autolesionarse pueden citarse las armas incisivas y las armas punzantes, las quemaduras por llama o objetos incandescentes, contusiones y armas de fuego. Tal conducta lleva implícita la obtención de algún beneficio para sí mismo o perjuicio para otro, como lograr una indemnización en el fuero laboral, atribuir responsabilidad a otro en fuero penal, o justificar exceso en el deber (caso del guardia o del policía que agrede y se justifica con el principio de la legítima defensa o de la protección de los bienes que custodia). (15)



ANTICONCEPTIVOS E HIPERTENSION ARTERIAL

Dr. Orlando Gei Guardia

Ha sido estimado que aproximadamente el 5 por ciento de las mujeres que usan anticonceptivos orales por más de 5 años desarrollan hipertensión arterial¹. Aumentos de la presión arterial en las mujeres usuarias de píldoras que contienen estrógenos, aunque dentro del rango de los valores normales, son aún más frecuentes. La mayoría de estos estudios muestran un incremento promedio de aproximadamente 5 a 7 mm de mercurio en la presión sistólica, y de aproximadamente 1 a 3 mm en la diastólica²⁻³. El aumento de la presión arterial puede ser progresivo, como queda demostrado en el estudio de seguimiento más cuidadoso de un pequeño grupo de mujeres en Escocia⁴.

Algunas veces el desarrollo de la hipertensión arterial es bastante rápido y severo; sin embargo, la hipertensión arterial es característicamente reversible a los niveles basales en un período de uno a cuatro meses después de suspender el tratamiento.

No es claro en las investigaciones actuales si las pequeñas elevaciones en la presión arterial causadas por los anticonceptivos orales tengan un efecto adverso sobre la salud o sobrevida. En las pocas mujeres en las que el incremento de la presión sanguínea crea una condición hipertensiva, es decir valores superiores a 140/90, el uso de los anticonceptivos orales debe discontinuarse.

RELACION AL TIPO DE ANTICONCEPTIVO

En general se considera que el estrógeno es el responsable de la hipertensión arterial, ya que en la mayoría de los estudios con progestágenos solos no se han observado anomalías bioquímicas ni aumentos en la presión arterial¹. No obstante, el estudio del Royal College¹ no encontró relación entre la incidencia de hipertensión y la dosis de estrógeno, que varió entre 50-150 ug. por día, pero sí una relación con la dosis de progestágeno. No se incluyeron en este estudio mujeres tomadoras de píldoras con sólo 20-30 ug. de estrógeno.

En relación a las llamadas "minipíldoras" —anticoncepción oral mediante una microdosis de progestágeno solamente— los informes sobre la presión arterial varían. Un significativo descenso en la presión diastólica fue reportada entre usuarias del diacetato de etinodiol y de norgestrel que eran hipertensas antes de tomar las minipíldoras⁵. Pero no entre las usuarias de norgestrel en general⁶. Muy poco cambio en la presión arterial media se observó en los ensayos de campo efectuados por Organon con linestrenol.

En relación al acetato de Medroxiprogesterona de depósito (Depo-Provera o Farlutal Depot) el aumento de la presión arterial como un potencial efecto secundario ha sido evaluado en algunos estudios. Un estudio no mostró cambios en la presión sanguínea media en 425 mujeres controladas 24 meses⁷. En otro estudio 7 de 400 mujeres (1.8 por ciento) discontinuaron el DAMP por aumento de la presión diastólica, con mediciones mayores de 110 mm. después de la primera inyección en 4 mujeres y después de la segunda en las otras 3. Ninguno de los estudios indica si se hicieron mediciones repetidas o si los valores promedio se calcularon en la base de una única determinación en cada mujer. Tal vez más importante aún, no se menciona si los valores de la presión arterial regresaron o no a la normalidad después de suspender el medicamento.⁷

FACTORES PREDISPONENTES

Los conocidos factores predisponentes identificados en varios estudios son: a) edad creciente, b) obesidad y c) historia familiar positiva de hipertensión arterial. Algunos Autores encuentran una asociación con el antecedente de preeclampsia⁸ como factor predisponente y otros no⁹. También se reconocen grupos étnicos especialmente predispuestos, como los de raza de color.

Desde el punto de vista práctico, la presión sanguínea basal debe medirse siempre antes de prescribir anticonceptivos orales y debe chequearse regularmente en todos los controles de la paciente. Los anticonceptivos con dosis usuales de estrógenos están contraindicados en mujeres con hipertensión demostrada y enfermedad renal. Especial cautela debe tenerse en mujeres con historia de hipertensión, enfermedad renal, toxemia o retención hídrica, como también en los grupos étnicos más susceptibles.

MECANISMOS Y CAUSAS DE LA HIPERTENSION

Aproximadamente 100-160 mEq de sodio son retenidos, y hay un aumento del volumen sanguíneo y del débito cardíaco, aún en mujeres cuya presión arterial no aumenta¹⁰.

Los estrógenos incrementan la síntesis hepática del sustrato proteico sobre el cual la enzima renina actúa, para producir la hormona presora: angiotensina. La presencia de incrementado sustrato resulta en incrementados niveles de la actividad de la renina plasmática y de la angiotensina II plasmática¹¹. Estos incrementados niveles de renina-angiotensina estimulan la síntesis suprarrenal de aldosterona, que sería a su vez responsabilidad de la retención de sodio.

La consecuencia lógica ha sido hecha que la hipertensión refleja la activación del mecanismo renina-angiotensina-aldosterona. Sin embargo, con pocas excepciones, se observan cambios idénticos en aquellas pacientes (la gran mayoría) que no desarrollan hipertensión. Podría ser que las mujeres varían en sus respuestas vasculares y renales a los cambios citados, aquellas con más susceptibilidad desarrollando hipertensión. Tal variabilidad ha sido medida en el grado de vasoconstricción renal inducida por angiotensina¹². Un papel de la angiotensina tiene también sostén en la evidencia que la presión arterial elevada de ratas tratadas con estrógenos es disminuida por la saralasin, antagonista de la angiotensina¹³. Efectos similares han sido notados en mujeres con hipertensión inducida por anticonceptivos orales¹⁵.

Otros mecanismos podrían estar implicados. Los niveles plasmáticos de actividad de la dopamina -b- hidroxilasa, un índice de actividad del sistema nervioso simpático, estaban incrementados en 25 mujeres que desarrollaron hipertensión arterial con la píldora.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Oral Contraceptive and Health, reporte interino del estudio sobre Contraceptivos Orales del Royal College of General Practitioners. 1974, pp. 37-42. New York: Pitman.
- (2) Fisch, I.R., Frank, J. 1977 Oral contraceptives and blood pressure. J.A.M. A. 237:2499-2503.
- (3) Clezy, T.M., Foy B.N., Hodge R.L. and Lumbers, E.R. Oral contraceptives and hypertension: an epidemiological survey. British Heart Journal 34:1238-1243, 1972.
- (4) Weir, R.J. Davies D.L., Fraser R., Morton, J.J., Tree M., Wilson A. Contraceptive steroids and hypertension. J. Steroid Biochem. 6:961, 1975.
- (5) Spellacy W.N., and Birk S.A. The effects of mechanical and steroid contraceptive methods on blood pressure in hypertensive women. Fertility and Sterility 25 (6): 467-470. June 1974.
- (6) Scharff, H.J. Clinical experience with D-norgestrel in a continuous microdose. Amsterdam, Excerpta Medica (International Congress Series No. 178) p. 900-901, 1973.
- (7) Copia fiel del Informe del Comité Médico de la IPPF (1980) y del Comité Médico Asesor de la USAID (1980), aceptado por la OMS (1980).
- (8) Mason B., Oakley N. WYnn V. Studies of carbohydrate and lipid metabolism in women developing hypertension on oral contraceptives. Br. Med. J. 3:317-320, 1973.
- (9) Pritchard J.A., Crosby U.D., Martin F.G., Tritchard S.A., Blood pressure during estrogen plus progestin contraception after pregnancy-induced hypertension. Gynecol. Invest. 5:26, 1974.
- (10) Lehtovirta P. Haemodynamic effects of combined oral estrogen/progestogen oral contraceptives. J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw. 81:517-525, 1974.
- (11) Helmer O.M., Griffith R.S. The effect of the administration of estrogen on the renin-substrate (hypertensinogen) content of rat plasma Endocrinology 57:421-326, 1952.
- (12) Hollenberg N.K., Williams G.H., Burger B. Chenitz W., Hoosmand I., Adams D.F. Renal blood flow and its response to angiotensin II Circ. Res. 38:35-40, 1976.

Figura 2

HERIDA EN ESCROTO EN CUYO FONDO SE HALLO
AGUJA QUE ATRAVESABA EL TESTICULO

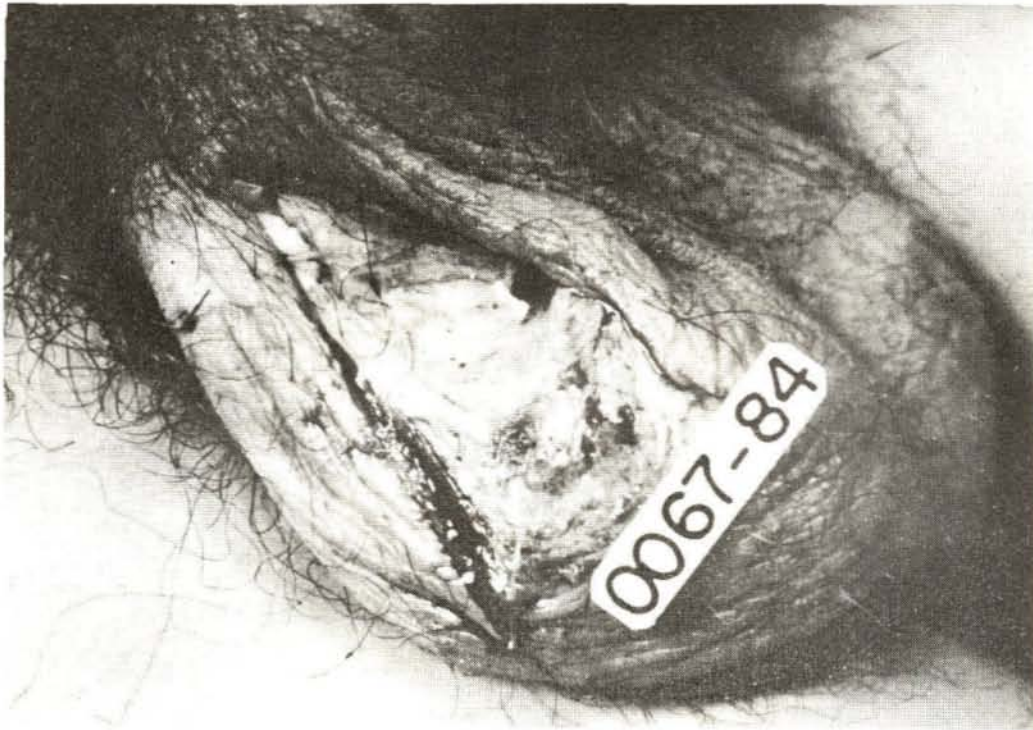
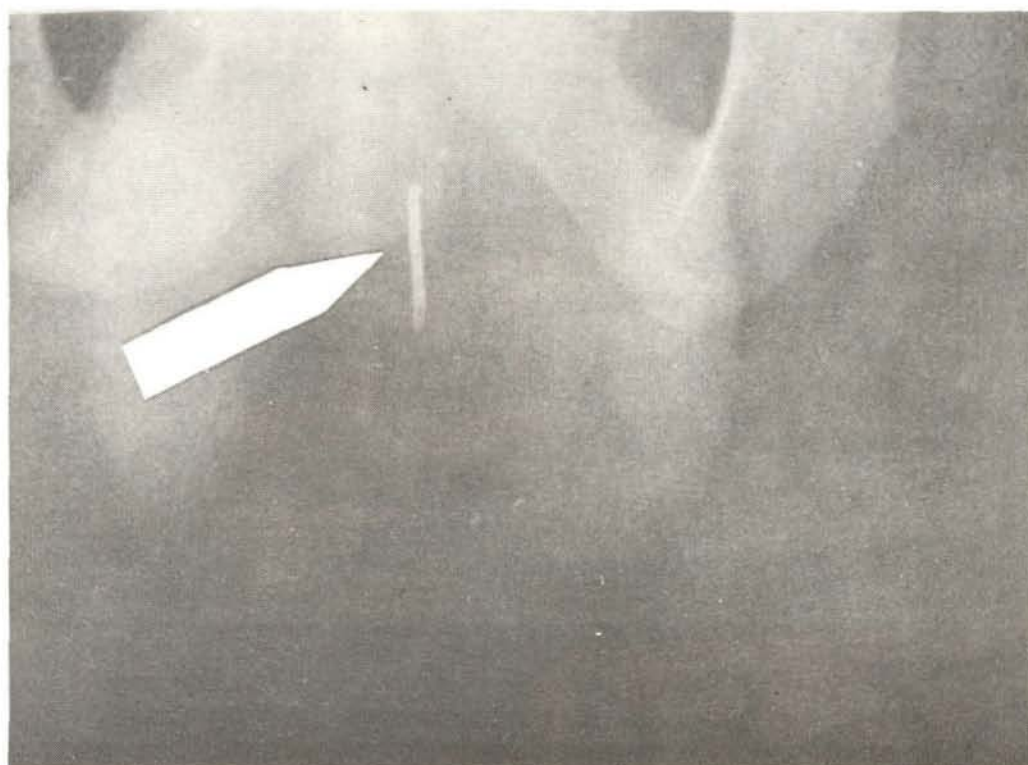
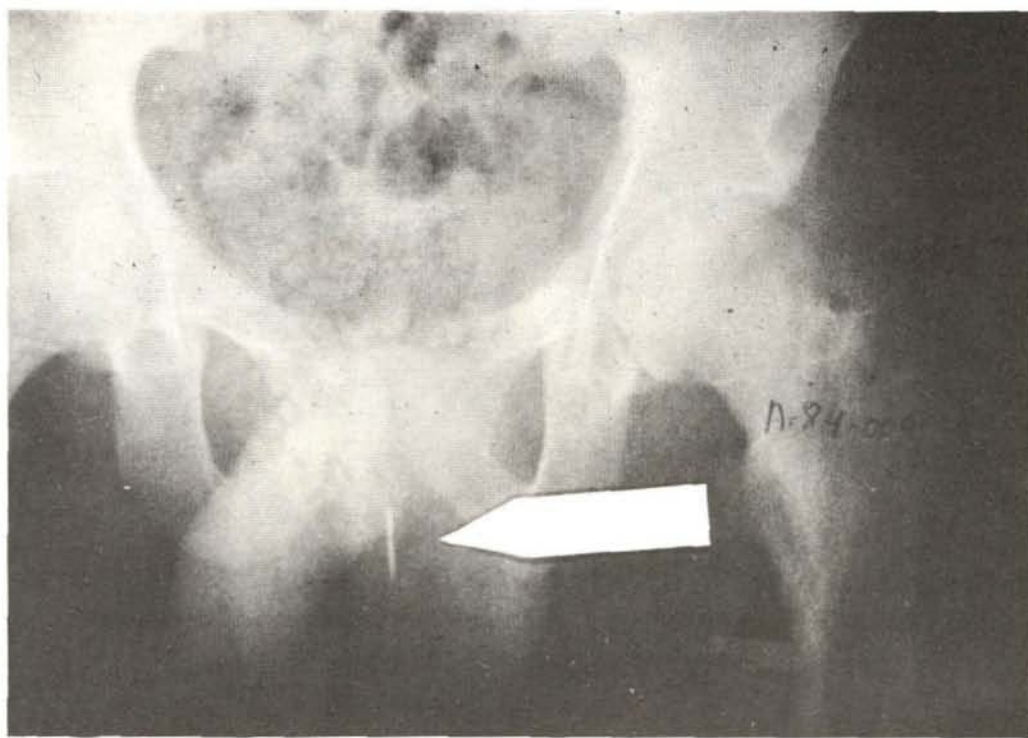


Figura 3

LAS FLECHAS SEÑALAN CUERPO EXTRAÑO EN GENITALES VISUALIZADO RADIOLOGICAMENTE.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Freud, S. (1923). Las dos clases de instintos; en Obras Completas, traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Edición Biblioteca Nueva, Madrid, España. Tomo II, I –El Yo y el Ello, 1967. IV, pags. 21-25
- 2.- Freud, S. (1910) Teoría de la libido. en Obras Completas, traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España. Tomo II, IV –Esquemas del psicoanálisis, 1967. 3: pags. 121-123.
- 3.- Freud, S. (1928) Teoría de los instintos; Obras Completas, traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España. Tomo III, XI Esquemas del psicoanálisis. Compendio del psicoanálisis. Primera parte: La Naturaleza de lo psíquico, Capítulo II, 1967. pags. 394-396.
- 4.- Menninger, K.A. (1952) Los Motivos en el Hombre contra sí mismo. Ed. Losada, Buenos Aires, Argentina. Parte Segunda: Suicidio, Capítulo II, pags. 29-89.
- 5.- Menninger, K.A. (1952) Eros y Thanatos; en El hombre contra sí mismo. Ed. Losada, Buenos Aires, Argentina. Parte primera: Destrucción, Capítulo I: pags. 15-21.
- 6.- Menninger, K.A. (1952) Automutilación; en El hombre contra sí mismo. Ed. Losada, Buenos Aires, Argentina. Parte Cuarta: Suicidio focal, capítulo II, pags. 223-273.
- 7.- Halprin, K.M. (1966) Neurotic Excoriations, en The Art of self-mutilation. JAMA. 198: pag 201.
- 8.- Rosenthal R., C. Ringler, R. Wallsk y E. Klausner (1972) Wrist-Cutting Syndrome: The meaning of a gesture. Am. J. Psych. 128: 13363-1368.
- 9.- Kernberg O.F. (1980) Borderline Personality Organization; en H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Ed. Williams E. Wilkins, Baltimore/ London. Vol - 1. Capítulo 14.3 -Neurosis. Psychosis and the Borderline States, pag. 1081-1086.
- 10.- Vaillant G.E. J. Ch. Perry (1980) Borderline Personality Disorder, in H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry III; Ed. Williams E. Wilkins, Baltimore/London. Vol. II Capítulo 22. Personality disorder, pag 1582-1584.
- 11.- Roeters Sh. (1981) The Symptom of delicate self cutting in adolescent females: A developmental view, in. Sh. Feinstein, J. Looney, A. Schwartzborg y A. Soresky. Adolescent Psychiatry, Vol. IX: Developmental and Clinical Studies. Parte IV: Adolescent Suicidology. 27: pag. 443-451.
- 12.- Miller, D. (1981) Adolescent suicide: Etiology and Clinical Studies. Parte IV: Adolescent Suicidology. 22 pags. 327-329.
- 13.- Meissner, W.W. (1980) Perversions in H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Ed. Williams & Wilkins, Baltimore/London. Vol. I, Capítulo 8: Theories of Personality and Psychopathology: Classical Psychoanalysis, pags. 706-707.
- 14.- Meyer J.K. (1980) Paraphilias; en H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Ed. Williams & Wilkins, Baltimore/London. Vol. II. Capítulo 24: Normal human sexuality and Psychosexual disorders. II: 1070-1074.