

BAJA PREVALENCIA DE LAS NEUROSIS OBSESIVAS Y OBSESIVO COMPULSIVAS EN NUESTRO MEDIO

Dr. Dora L. Martinic M.

*Catedrática Titular del Psiquiatría Facultad de Medicina U. M. R. P. S. F. X. CII.
Socia del Instituto Médico " Sucre "*

Palabras clave: Neurosis Obsesiva compulsiva. Trastorno neurótico obsesivo - compulsivo. Trastorno de ansiedad.

RESUMEN

Se estudian ocho (8) pacientes portadores de neurosis obsesiva y obsesivo - compulsiva, en un cohorte histórico de 18 años, en consultorio privado, en nuestro medio. Se analizan las variables de sexo, edad, estado civil, procedencia, las medias de edad de inicio y la consulta psiquiátrica por la patología. Los antecedentes hereditarios para la detección de patología similar y rasgos de personalidad OC; otras patologías, afines. Los antecedentes personales, haciendo resaltar las etapas escolar y de desenvolvimiento sexual, cuando surgen las primeras dificultades en el paciente.

El cuadro clínico con la sintomatología fundamental, y la orientación terapéutica planteada. Se confirma la baja prevalencia de la neurosis obsesiva y OC. Y sus características invalidantes cuando severas y no tratadas.

INTRODUCCION

La presente investigación, versa sobre las neurosis obsesivas (O), y obsesivo - compulsivas (OC), resultado de nuestra observación personal y trabajo de 18 años, en nuestro medio, en nivel de consultorio psiquiátrico privado, llamándonos la atención, justamente, por la baja prevalencia que esta variedad de neurosis presente, y que al parecer no difiere de la encontrada en publicaciones foráneas; de otro lado, no tenemos publicaciones locales ni a nivel nacional sobre ésta patología.

Otros trastornos, parciales, de personalidad obsesivo - compulsivas, y rasgos de personalidad de la misma categoría, no se incluyen en la presente investigación, ya que los mismos modificarían de manera evidente los datos estadísticos.

La palabra obsesión proviene del latín obsidere, que significa asediar, investir, bloquear, y según LA ESPASA (1992) proviene del término obseso, - onis que significa asedio "es utilizado como

sustantivo para describir una perturbación anímica producida por una idea fija, o una idea que pertinazmente asalta a la mente de una persona"...(1)

Por otra parte, el término compulsión va íntimamente asociada al de obsesión, así pues, la compulsión es la consecuencia de la obsesión, y que derivado del latín compulsio, - onis se define según LA ESPASA (1992) como "apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a ejecutar alguna cosa ". (1)

Fue WILLIAM CULLEN (1769) quien usó por primera vez el término neurosis, más, cupió a WARBURG (1799), el uso de obsesión en el sentido actual, difundido por LUYSS Y FALRET en 1883 y 1889, respectivamente (2). Conocidas desde tiempos remotos las obsesiones y compulsiones, fueron incluidas en el grupo de las monomanías de ESQUIROL y, los de la escuela francesa las catalogaron en el grupo de las psicosis, así Falret las denominó "folie de doute"; Legrand du Saulle " delire de toucher "; Trélat "folie lucide "; Pinel " folie raisonnée", que como podemos ver todas ellas aluden a los síntomas fundamentales de esta patología.

Muchas han sido las definiciones que se han dado a estos síntomas, que de alguna manera complementan y enriquecen de forma descriptiva el conjunto sintomatológico del cuadro clínico; las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes que se imponen a la mente del individuo, y que a pesar de sus esfuerzos por liberarse de ellos, reconociendo su absurdidad, le es imposible; a su vez las compulsiones, son actos que asumen carácter ritualizado, y son como las obsesiones las más variadas e inimaginables, a los que se ve compelido el individuo a realizarlos, reconociendo así mismo su absurdidad y carencia de objetivos o finalidad conscientes, y siempre van precedidas de las obsesiones, que las determinan según sus contenidos (ej., contar las locetas de la calzada, lamer todo objeto largo, lavado de manos hasta 200 veces al día, etc.,)

Todas estas manifestaciones se acompañan de intensa ansiedad, angustia, depresiones, en grados diversos, incrementándose, sobre todo, en los periodos de crisis, como suele el paciente referir. Y así; FREUD señalaba que los estados emotivos, permanecen mientras que las ideas obsesivas son susceptibles de cambiar, en el mismo individuo (3)

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES

La Organización Mundial de la Salud (1992) en su capítulo V de la Décima revisión de la Clasificación de las Enfermedades (CIE - IO) referente a los Trastornos Mentales y del Comportamiento, incluye el apartado F40 - 49 donde expone los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y en éste hace referencia al grupo F42 Trastorno Obsesivo - Compulsivo, clasificándolo en sus varias formas de presentación F42. 0 a F42.9; (4) . En la Clasificación del DSM - IV de la Asociación Americana de Psiquiatría, los Trastornos Obsesivo - Compulsivos están comprendidos en el capítulo de los Trastornos de Ansiedad, cuyo código corresponde al 300.3, dando así mismo la especificación de los síntomas que transcribimos a continuación, por ser muy ilustrativos.

OBSESIONES

- 1 Pensamientos recurrentes y persistentes, impulso o imágenes que son experimentados, en algún momento durante el disturbio, como intrusos e inapropiados y que causan ansiedad y distrés acentuados.
- 2 Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simples miedos o angustias acerca de problemas de la vida real.
- 3 El individuo intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
- 4 La persona reconoce que los pensamientos obsesivos, impulsos, o imágenes son producto de su propia mente (no impuestos de fuera como en la inserción de pensamiento).

COMPULSIONES

- 1 Conductas repetitivas (Ej., lavado de manos, ordenamiento, chequear) o actos mentales (ej., contar, rezar, repetir silenciosamente palabras) que la persona se siente forzada a ejecutar en respuesta a una obsesión, o de acuerdo a reglas que deben ser aplicadas rígidamente.
- 2 La conducta o actos mentales, están dirigidas a prevenir, o a reducir el estrés o prevenir algún evento o situación temida;

sin embargo, esta conducta o acto mental, ambos, no están conectados en una forma realística con aquellos que están destinados a neutralizar o prevenir o son claramente excesivos.

A estas características de los fenómenos mencionados, se añaden los que la persona siente que dichos pensamientos o acciones excesivas e irracionales, causan estrés, interfieren por horas o de manera más significativa en las actividades cotidianas, del paciente, ya sean ocupacionales, sociales o familiares.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

De acuerdo a diversos autores, los trastornos OC se presentan alrededor de un 0,05 - 1% pudiendo alcanzar hasta el 5% en consultas ambulatorias, y del 0,1 - 4% en ingresos de hospitales psiquiátricos o servicios de urgencia de hospitales generales (2, 5, 7, 8). Según el sexo algunos autores mencionan leve predominio en el sexo masculino, según otros, en ambos sexos es igual. La edad de presentación oscila entre los 20 - 40 años, mientras que para otros autores, sería en la adolescencia o inicio de la vida adulta o en la infancia 7 años de edad. (2, 6, 7, 8).

Las varias investigaciones sobre las neurosis OC, coinciden en el hecho de que el nivel mental o intelectual de los pacientes es superior, o levemente superior a la media. El estado civil predominarían los solteros.

El período medio para que estos pacientes soliciten atención médica oscila entre 5,5 a 9,9 años, aunque muchos no lo hacen por sentirse avergonzados por la absurdidad de sus ideas, pensamientos, etc., por sus contenidos, o simplemente porque no consideran la necesidad de ayuda.

FACTORES ETIOPIATOGENICOS

Muchas teorías han intentado explicar los dinanismos etiopatogénicos de las neurosis en general y de la neurosis OC en particular, citaremos algunas de ellas de forma sucinta, ya que entrar en detalle huye al presente trabajo.

Teoría Genética.- Se Admite una base poligénica, influenciada por el medio ambiente.

siendo responsables de la hereditariadad de las Neurosis OC. Estudios en gemelos MZ dan una concordancia de 75 y en DZ 32%; la prevalencia en parientes en primer grado, de pacientes con trastornos OC con un rango del 0 - 37%; de personalidad OC. 3 - 33%, trastornos del humor 3 - 11%; ningún trastorno psiquiátrico 9- 37% (6).

Teorías Psicodinamicas.- Basadas en los estudios evolutivos de la libido, planteadas por S. FREUD, las neurosis OC, supondrían una falencia en la etapa del individuo con regresión al estadio sádico - anal y consiguiente predominio de las relaciones actividad - pasividad y agresividad.

Teoría Positivista.- Basada en la teoría de Personalidad de A. COMTE, desarrollada por A. Silveira, considera como probable factor etiopatogénico de las neurosis, a las alteraciones en la integración afectiva, que corresponde al madurecimiento psicológico que se traduce a través de la subordinación de las funciones efectivas de la individualidad (instintos), a las de la sociabilidad (sentimientos), y que es un continuum, como lo son las funciones conativas o de la actividad, así las obsesiones traducirían la participación de la esfera intelectual y las compulsiones la de la esfera conativa o de la actividad, a ellos se acrecientan factores biológicos, genéticos y ambientales, además, factor importante lo constituye la época en que ocurre la interferencia de esa dinámica de madurecimiento psicológico. (9)

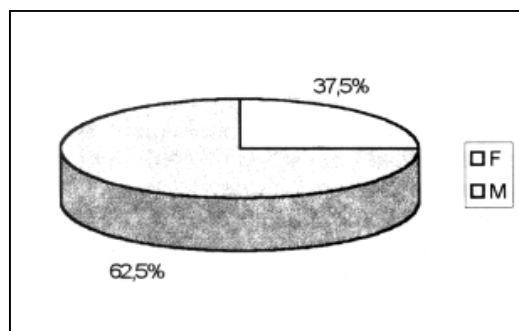
MATERIAL Y METODO

Se investiga y estudia ocho (8) pacientes portadores de Neurosis OC, en un cohorte histórico (18 años), en nuestro medio, que se presentaron en consulta psiquiátrica privada.

Evaluamos las variables de sexo, edad de inicio de la patología y primera consulta en nuestro medio, la media de edad, procedencia. Investigamos los antecedentes hereditarios en ambas cepas, relacionados a rasgos de personalidad OC, personalidades OC, o neurosis OC, así como otras patologías presentes. Los antecedentes personales, características de personalidad premórbida así como la colecta de los síntomas fundamentales de la patología presente, basados en los criterios del DSM - IV, agrupándolos como síntomas clave. La orientación terapéutica planteada.

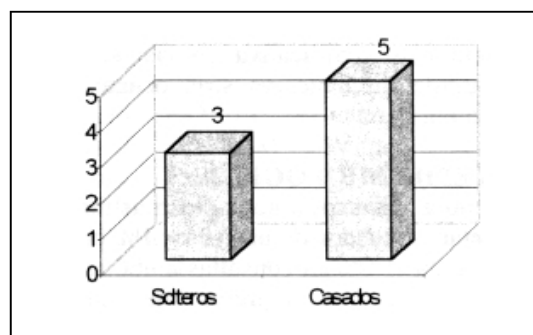
RESULTADOS

GRAFICA N° 1
Neurosis OC, Según Sexo
n=8



Los pacientes del sexo masculino, representan el (n - 5) del total de casos afectados con neurosis OC.

GRAFICA N°2
Neurosis Obsesivo Compulsiva, Según Estado Civil
n=8



El 60% (n - 8) son casados y 3,7% solteros (n - 2), considerando uno de los pacientes que apenas cuenta con 12 años de edad.

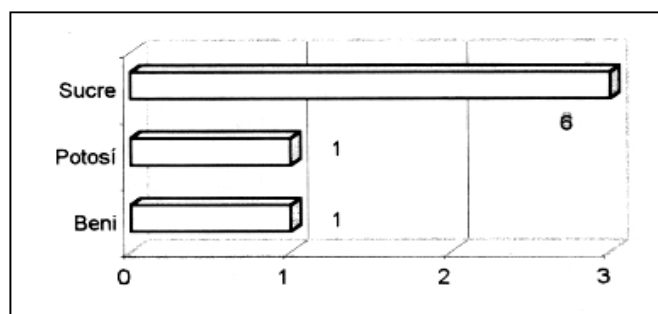
CUADRO N° 1
Neurosis OC, Según Edad de Inicio y 1ª Consulta
n=8

EDAD DE INICIO	1ª CONSULTA
16	39
33	53
19	42
5	35
14	21
12	12
26	38
14-15	33

Media de edad de inicio de la patología: 17 años.

Media de edad de primera consulta: 34 años.

GRAFICA N° 3
Neurosis OC, Según Procedencia
n=8



CUADRO N° 2
Neurosis Obsesivo y/o Compulsiva,
Antecedentes Heredologicos - Cepas-
Ascendientes. Neurosis OC, Rasgos Neuróticos
OC.
n=7

Neurosis Obsesivo-compulsiva	4
Metódicos	6
Religiosidad-misticismo	6
Críticos	4
Indiferencia afectiva	4
Inestabilidad afectiva	4
Introversión	4
Rigidez	4
Egocentrismo	3
Perfeccionismo	2
Celotipia	2

Se excluye de antecedentes hereditológicos un caso, por datos insuficientes. La presencia de neurosis OC está presente en el 5,6% (n - 4); los rasgos de personalidad OC: metodicidad, religiosidad - misticismo, 8,5% (n - 12) 6 de cada uno respectivamente; críticos, indiferencia afectiva, introversión y rigidez 29,5% (n - 20) 4 de cada uno respectivamente; perfeccionismo y celotipia 4,2% (n-2) un caso de cada uno respectivamente. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 3
Neurosis Obsesivo y O-C Compulsiva,
Antecedentes Heredologicos - Cepas-
Ascendientes
Otras Patologías
N=7

Depresión y/o tendencia	3
Psicosis	2
Epilepsia	2
Alcoholismo y Abuso	2
Suicidio	1

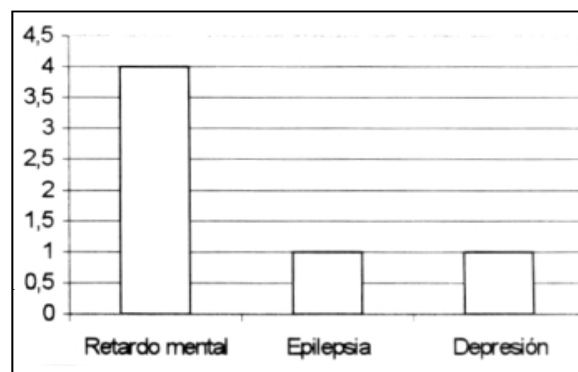
Otras patologías registradas dentro de los antecedentes hereditológicos fueron (n-7): Depresión y/o tendencia 4,2% (n-3); Psicosis 2,8% (n-2); Epilepsia y alcoholismo 2,8% (n - 2) respectivamente y suicidio 1,4% (n-1) . (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 4
Neurosis Obsesivo y OC Compulsiva,
Antecedentes Heredologicos, Colaterales y
Descendientes. Neurosis OC, Rasgos de
Personalidad OC.
n=7

Neurosis OC	2
Perfeccionismo	2
Escrupulosidad	2
Religiosidad-misticismo	2
Astenia	1
Introversión	1
Crítica	1

En los colaterales y descendientes, encontramos (n-7): neurosis OC, perfeccionismo, escrupulosidad y religiosidad 2,8% (n-2) respectivamente; astenia, introversión y crítica 1,4% (n-1) respectivamente.

GRAFICA N° 4
Neurosis Obsesivo y OC Compulsiva,
Antecedentes Heredologicos, Colaterales y
Descendientes; Otras Patologías
n=7



Otras patologías encontrada en colaterales y descendientes (n -7): Retardo mental 5,7% (n-4); Epilepsia y Depresión 1,4% (n-1) respectivamente. (Gráfica N° 4)

CUADRO N° 5
Neurosis Obsesivo y OC Compulsiva
Antecedentes Personales, Condiciones de Parto
y Nacimiento, Desarrollo Psicomotor
n=8

No se encontraron alteraciones en condiciones de parto, nacimiento y desarrollo psicomotor

Normal	8
--------	---

CUADRO N° 6
Neurosis Obsesiva y Obsesivo Compulsiva, Antecedentes Personales Trastornos Encontrados,
Ambiente Familiar
n=8

Escolaridad	Dificultades	4
Sexualidad	Dificultades, ausencia rechazo, duda de género	6
Actividad ocupacional	Irregular, ausente	4
Ambiente familiar	Coartador, perfeccionista, rígido, moralista, hostil, pobreza afectiva	7
Violación		1

Las dificultades en la escolaridad, en los antecedentes personales, 5,0% (n-8); disturbios varios de la sexualidad 7,5% (n-8); actividad laboral u ocupacional perjudicadas 5,0 (n-8); ambiente familiar con diversos factores negativos 8,7% (n-8). Violación 1,2% (n-1). (Cuadro N° 6).

En los antecedentes personales, relativos a características de personalidad premórbida tenemos (n-8): Timidez y miedos 100% (n-8); Duda 100% (n-8); Inseguridad 8,7% (n-7); Rigidez, Meticulosidad, Religiosidad, astenia, disciplina y pasividad, 5% (n-4) respectivamente; Aprehensividad 3,7% (n-3) ; Testarudez y Dependencia 1,2% (n-1) respectivamente.

CUADRO N° 7
Neurosis Obsesivo Compulsiva,
Características de Personalidad
Premórbida en Contrada en los Pacientes
n=8

Timidez y Miedo	8
Dudas	8
Inseguridad	7
Rigidez	4
Meticulosidad	4
Religiosidad	4
Astenia	4
Disciplina	4
Pasividad	4
Aprehensividad	3
Testarudez	1
Dependencia	1

CUADRO N° 8
SINTOMATOLOGIA
Neurosis y OC. Encontrada en los
Pacientes, Contenidos Pensamientos,
Imágenes, Impulsiones
n=8

Duda	8
Impulsiones de insuficiencia	4
Sexuales	3
Ideas de contaminación	3
Ideas de limpieza	3
Ideas abstractas	2
Sensoriales	2

Duda 100% (n-8)

Los síntomas obsesivos, encontrados en los pacientes (n-8): Sexuales, ideas de contaminación, ideas de limpieza, 3,7% (n-3) de cada uno, respectivamente; Impulsiones de insuficiencia 5% (n-4); Ideas abstractas y sensoriales 2,5% (n-2) respectivamente.

GRAFICA N° 9
SINTOMATOLOGIA
Neurosis O y OC. Encontrada en los
Pacientes. Compulsiones
n=6

Chequeos, comprobaciones	4
Lavado de manos	3
Lavado, desinfección, objetos, otros	3
Evitación toque personas, objetos	2
Disfunción sexual eréctil	1
Anorexia severa	1
Vómitos	1
Estudio	1
Esfregamiento sexual anómalo	1

Las compulsiones presentes (n -6): Chequeos, comprobaciones 6,6% (n-4); lavado de manos; Objetos, desinfección 5,0% (n-3) respectivamente; Evitación toque 3,3% (n-2); Disfunción sexual eréctil, Anorexia severa, Vómitos, Estudio; Esfregamiento sexual anómalo 1,6% (n -1) respectivamente.

GRAFICA N° 10
Neurosis O y OC; Fobias Encontradas en
Pacientes
n=8

Patofobias	3
Belenofobia	3

Fobias presentes (n-8): Patofobia y Belenofobia 3.7% (n-3) respectivamente.

GRAFICA N° 11
Neurosis S O Y OC; Sentimientos y
Emociones Correlatos Encontrados en los
Pacientes
n=8

Depresión	8
Angustia y Ansiedad	8
Miedo	5
Culpa	4
Remordimiento	3
Ambivalencia	2
Extasis	1
Repulsión	1
Despersonalización	1

Sentimientos y emociones encontrados, correlativamente, al cuadro Depresión 100% (N-8); Angustia y ansiedad 100% (n-8); Miedo 6,2% (n-5); Culpa 5,0% (n-4); Remordimiento 3,7% (n-3); Ambivalencia 2,5% (n-2); Extasis, Repulsión, Despersonalización 1,2% (n-1), respectivamente.

DISCUSION Y COMENTARIO

De lo expuesto, constatamos la baja prevalencia de las neurosis obsesiva y obsesivo compulsiva en nuestro medio, con un predominio en el sexo masculino, 62,5%, dato concordante con el de algunos autores foráneos. La edad media de inicio de la patología, 17 años, también corresponde, en parte, referencias en la literatura sobre el caso, incluyendo el menor de edad (12 años) entre nuestra casuística. Sin embargo, la media de edad en que el paciente solicitó ayuda médica fue más prolongada que la mencionada en otros trabajos (Gráfica o Cuadro N° 1). Cuanto al estado civil, 6,2% de nuestros pacientes son casados, aunque lo hicieron en edad ya adulta. Todos profesionales de nivel superior, universitario, excepto el menor de edad que abandonó sus estudios por la patología, y aquellos enfrentando las dificultades propias a su estado, y no por causas intrínsecamente intelectivas, pues que en ellos el nivel de inteligencia se mostró completamente normal, a pesar de no haber sido sometidos a pruebas psicométricas específicas, por factores ajenos a nuestra voluntad.

La consideración de los factores etiopatogénicos, aunque sucintamente

expuestos, no son exclusivos, y hemos de concluir que en la génesis de esta variedad de neurosis como en las otras formas clínicas, el compromiso es global, existen participaciones tanto biológicas, psicológicas y ambientales.

La presencia, en los antecedentes hereditarios en los ascendientes - ambas cepas - de trastorno neurótico similar, con 5,6% fue menor que el predominio demostrado de rasgos de personalidad neurótico OC, metódico con un 8,5%, siendo un dato que llama la atención, la religiosidad - misticismo en las mismas proporciones, los otros rasgos de personalidad neurótico OC, son menos significativos (Cuadro o Gráfica N° 2). Otras patologías encontradas en los ascendientes se relaciona a la Depresión, 4,2%, dato de importancia, frente a las relaciones que de esta patología se hacen con las neurosis OC, o como base de personalidad en quien surge la neurosis OC, de la misma manera se menciona las relaciones de las neurosis OC con epilepsia, encontrada en nuestra investigación con un 2,8% de incidencia, y , en la actualidad, siguen las investigaciones de la relación de las Neurosis con otras patologías, como la encefalitis epidémica y la corea.

En los antecedentes hereditarios de colaterales y descendientes, encontramos una menor incidencia tanto de la patología estudiada como la de los rasgos de personalidad OC, perfeccionismo, escrupulosidad y religiosidad en proporciones iguales 2,8%. De otras patologías, llama la atención el retardo mental con 5,7%, seguido de epilepsia y depresión 1,4% (Gráfica N° 5) .

Los antecedentes personales, asumen importancia a partir de etapas escolares, ante el surgimiento de dificultades, relacionadas a las características de personalidad premórbida, la duda, timidez, miedo, inseguridad, así como a las características del medio ambiente familiar, reflejo de los rasgos de personalidad de los progenitores y de la propia patología presentes. Cuadro N° 4, Gráfica N° 5 y N° 6. Las dificultades sexuales, siguen en sus varias formas de expresión: ausencia de libido, rechazo al sexo, dudas de género, con 7,5%, ocasionando en los pacientes casados, problemas conyugales o sentimientos de culpa, remordimiento y otros.

La sintomatología fundamental encontrada, que estructura el cuadro clínico neurótico OC en nuestros pacientes, corresponde a las descripciones y conceptos del DMS - IV, siendo la duda, 100% constante, seguida de impulsiones de insuficiencia 5,0%, las ideas, pensamientos e imágenes sexuales, ideas de contaminación y limpieza 3,7% respectivamente, siendo menos significativas las ideas abstractas y sensoriales.

Las compulsiones bajo forma de comprobación, chequeo predomina 6,6%, seguidas del lavado de manos y lavado y desinfección de objetos, utensilios, alimentos y hasta de medicamentos con 5,0%, actividad ritualizada que dispensa horas en la vida del paciente. Aunque poco significativa en cifras, las otras compulsiones como la disfunción sexual eréctil, la anorexia y vómitos, éste último como acto purificador de la paciente, son igualmente graves.

De fobias solamente encontramos la patofobia y belenofobia, formando parte de la sintomatología del cuadro OC.

La constancia, aunque en grados diversos, de trastornos de la afectividad, emociones y sentimientos, también presentes con predominio de la depresión, angustia y ansiedad, 100%, corroboran otros trabajos al respecto, la siguen sentimientos de miedo, culpa, remordimientos, según el temor de las obsesiones y compulsiones. (Gráfica N° 9).

La orientación terapéutica fue combinada: farmacológica en base a antidepresivos, ansiolíticos, y psicoterapéutica individual y cuando necesario conyugal, de orientación cognitiva, conductual y profunda. Los resultados son poco alentadores, de los tres pacientes que continúan tratamiento, las oscilaciones ocurren a pesar de la terapia, sin embargo ésta les permite mantener sus actividades ocupacionales dentro de márgenes aceptables, aunque en sus relaciones interpersonales, familiares existen los problemas inherentes a su patología.

CONCLUSIONES

Las neurosis O y OC se presentan como entidades bien definidas por lo que merecen ser mantenidas en su individualidad, no confundiéndolas con rasgos de personalidad

OC, o personalidades de la misma categoría. Su prevalencia, afortunadamente, es baja.

Las neurosis OC, por la naturaleza sintomatológica que las conforma, pueden llegar a ser invalidantes, interfiriendo en la vida cotidiana normal del paciente, con serias repercusiones profesionales, familiares y sociales, lo que las diferencia de los portadores de rasgos de personalidad OC, que hasta serían benéficos en ciertas circunstancias.

La consideración y conocimiento de los diversos factores etiopatogénicos que las originan, detectadas tempranamente, podrían permitir un accionar terapéutico precóez, de manera a evitar que estos pacientes se cronifiquen con todo el cortejo sintomológico severo que los conduce a veces a un aislamiento social, a la ausencia de laboriosidad y ejercicio de sus profesiones de manera absoluta, o insatisfactoria. Si bien, hasta la fecha, los resultados terapéuticos son parciales, no se debe por ello abandonarlos, muy por el contrario, la manutención del tratamiento combinada psicofarmacológico y psicoterapéutico se muestra benéfico e impide que el paciente caiga en la inercia de su patología. Existen mejoras notables de los estados depresivos, ansiosos, que les permiten una mejor calidad de vida, a pesar de las síntomas básicos OC.

Como médicos siempre estamos a la expectativa de nuevos descubrimientos científicos, que aporten en algún momento, los recursos terapéuticos realmente curativos para estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1- MANUEL R. TRUNCER (Ph. D). Trastorno Obsesivo Compulsivo. [Htt//psiconet.com/acheronta/acheronta/toc.num](http://psiconet.com/acheronta/acheronta/toc.num)
- 2- J. VALLEJO RUILOBA Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 3ª Ed. Masson. S. A. 1996 (pg. 387 - 389).
- 3- SIGMUND FREUD. Obras Completas. Vol. 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. (pg. 203 - 204). 1967.
- 4- CIE -IO Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Publicado por la OMS. 1992.
- 5- Criterio Diagnóstico del DSM - IV. American Psychiatry Association, Washinton, DC. 1994.
- 6- ALAN STOUDEMIRE, M. D. Clinical Psychiatry for Medical Students. 2ª ed. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. 1994. (pg. 252 - 257).
- 7- MAYER GROSS, SLATER e ROTH. Psiquiatría Clínica. Tomo I. Ed. Mestre Jou. Sao Paulo. 3ª Ed. 1969. (Pg. 135 - 144).
- 8- HAROLD I. KAPLAN, M. D. BENJAMIN J. SADOCK. M. D. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry /III. 3ª Ed. Williams & Wilkins. Baltimore/London. (Pg. 438 - 446). 1982.
- 9- ANIBAL SILVEIRA. Curso Post - grado, Psicopatología. Universidad Católica, Campinas. SP. Brasil. 1971.