

**OBSERVACION DIRECTA DE SINTOMAS Y DIAGNOSTICO
PSIQUIATRICO: ALGUNAS CONSIDERACIONES**

Alberto PERALES (*)

PALABRAS CLAVE : Síntoma psiquiátrico · Diagnóstico psiquiátrico
obsesión · compulsión · fobia
KEY WORDS : Psychiatric Symptom · Psychiatric Diagnosis
obsession · compulsion · phobia

El autor describe sus observaciones sobre un paciente Obsesivo Compulsivo y dos con Trastorno Fóbico. En los tres encuentra que variando la técnica de examen y observándolos en los ambiente naturales donde se producen los síntomas, las clásicas características de conciencia de enfermedad, distonía del síntoma al Yo y comprensión de lo irracional de las manifestaciones psicopatológicas se trastocan en sus contrarios, surgiendo, más bien, una convicción delusional transitoria que se impone a un Yo agudamente regresionado. Bajo esta perspectiva, la conducta patológica (síntoma), se torna más comprensible. Finalmente, el autor esboza la hipótesis que estos cuadros podrían estar constituidos por verdaderas lagunas psicóticas inmersas en estructuras neuróticas que emergen, brevemente, en el acmé de la situación estímulo.

**DIRECT OBSERVATION OF SYMPTOMS AND PSYCHIATRIC DIAGNOSIS:
SOME CONSIDERATIONS**

The author describes three patients: one obsessive-compulsive and two phobics. He finds that changing the clinical examination setting from the standard medical office to the natural environment where the illness manifests itself, the classical symptoms that define Neurotic Disorders disappear emerging in their place psychotic ones. Under this outlook the disturbed behaviour becomes more understandable. Finally, the author advances the hypothesis that these disorders might be "psychotic lacunar structures" inmerse in neurotic ones that briefly emerge at the highest level of the stimulus situation.

(*) Jefe del Dpto. de Investigación. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"
Profesor Principal de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

INTRODUCCION

La Psiquiatría, en cuanto rama de la medicina, confiere preferencial importancia al diagnóstico de enfermedad. Este, como es de rigor, se basa en el ordenamiento sistematizado y coherente de los síntomas que, en cuadros sindrómicos, configuran el cuadro clínico. Así, las técnicas y procedimientos utilizados para tales fines se integran en lo que denominamos semiología que, en el campo psiquiátrico Henry Ey define como: "Técnica del registro preciso de los signos y síntomas que constituyen las manifestaciones del cuadro clínico. Debe ser, lo más objetiva posible en su delimitación y sistemática en su búsqueda" (1).

Desde antaño se ha utilizado como instrumento fundamental de recojo y organización de los signos y síntomas la Historia Clínica que, con sus clásicas divisiones, cubre bastante bien gran parte del espectro clínico. La psiquiatría, como cualquier otra especialidad médica, la ordena en sus capítulos clásicos de Anamnesis, Examen Clínico -en este caso Mental- y Exámenes Auxiliares. El objetivo lo constituye el diagnóstico de enfermedad que, cuanto más exacto es, asegura un mejor tratamiento y, con ello, la probable recuperación de la salud.

Las fuentes de información suelen ser en este campo similares a las de otras especialidades; por un lado, el relato introspectivo del paciente complementado con las observaciones de los familiares y otros significativos; por otro, la extrospección, que sistemáticamente utiliza el especialista registrando las observaciones pertinentes de su interacción con el enfermo. Por último, en casos en los cuales existen dudas específicas, el auxilio de diferentes métodos complementarios suele solucionar el problema. Además, y para completar este sumario repaso del periplo diagnósti-

co, importa recordar que habitualmente la consulta psiquiátrica se realiza en el consultorio del médico -ya privado o de hospital - situación que si bien es altamente familiar para el observador no lo es tanto para el observado, para quien constituye un ambiente NO NATURAL.

Tal estado de cosas parece haber funcionado más o menos bien en la mayoría de casos; sin embargo, en algunos que no responden adecuadamente a la terapéutica, la pregunta surge espontánea ¿por qué si el diagnóstico parece correcto y los tratamientos empleados son los adecuados, nuestros esfuerzos curativos no producen el resultado que esperamos? ¿Será que hemos errado en la tarea diagnóstica o que nuestros instrumentos y técnicas de información sobre la que ella se sustenta son insuficientes?. En Síntesis ¿Estaremos viendo en el paciente todo lo que necesitamos y deberíamos ver para comprender su caso?

Al señalamiento de algunos aspectos de este problema se orienta el presente trabajo. Empecemos por precisar algunas consideraciones al respecto que me parecen de importancia.

INFORMACION, INFORME Y DATO

B.F. Skinner (2) cuando se refirió a la fórmula epistémica de la conducta explicitó claramente que excluía de su encuadre al sujeto, "O", por una razón metodológica esencial, a saber, que el observador no puede recoger datos de lo que sucede dentro del sujeto sino informes. Ello quiere decir que el observador estará limitado en la exactitud de sus evaluaciones por el elemento intermediario que es el propio referente, el que puede ser más o menos objetivo en su análisis introspectivo. Por consiguiente, Skinner prefirió diseñar sus experimentos utilizando exclusivamente las variables E-R-C las que aparte de

poder ser observadas de manera directa pueden traducirse en datos cuantificables. Así, tal forma de aproximación constituye para este autor el método de elección para evitar que la investigación en este campo curse por caminos equivocados. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define el término Informe como: "Noticia o instrucción que se da de un negocio o suceso o bien, acerca de una persona". Deriva de informar que, a su vez, significa: "Enterar, dar noticia de una cosa". En cambio, Dato, del latín Datum, "lo que se da", es definido como: "Antecedente necesario para llegar al conocimiento exacto de una cosa o para deducir las consecuencias legítimas de un hecho". Y, como segunda acepción: "Documento, testimonio, fundamento" (3). Si retomamos ahora el hilo de nuestro argumento anterior podríamos aceptar que, mientras el síntoma constituye esencialmente un informe del paciente, y por ello siempre sujeto a las variabilidades idiosincráticas de cada caso, el signo se alinea mejor con el dato, en cuanto a lo objetivo de la observación. Un informe es: "Estoy fatigado"; un dato: PA:80/60. Un informe es: "Me siento triste". Un dato: ver al paciente llorar espontáneamente en la entrevista a medida que nos relata sus penas.

CONSCIENTE E INCONSCIENTE

Asumamos, entonces, que el reporte introspectivo del paciente no siempre es confiable y depende, en gran medida, de lo que muchos autores han llamado motivación, deseo de colaboración, de ser ayudado, etc.

Todos los clínicos sabemos que el paciente nunca dice todo lo que podría decir y que el médico, aún durante el proceso de psicoterapia prologanda, nunca sabe todos los detalles del caso. Las defensas y resistencias en juego, son elementos

clínicos que participan en diversas tonalidades en una amplia gama de diferencias. Pero, supongamos que el paciente desea realmente colaborar informándonos con el mejor de sus esfuerzos. Aún así, hay elementos imposibles de someter al escrutinio personal por escapar a su conciencia o, sencillamente, porque nunca ha reparado en ellos por ser inconscientes. Es posible que algunos lectores asuman de inmediato una posición antagónica ante el concepto psicoanalítico de inconsciente; aclaremos que nuestra intención es referirnos a todos aquellos elementos subliminales que estando en el mundo interno del sujeto no le son accesibles al examen directo e inmediato. Los pensamientos automáticos, concepto brillantemente descrito por Beck (4), pertenecen a este tipo de fenómeno clínico. El problema, así considerado, residiría, en la imposibilidad del paciente de describir algo que el mismo no puede observar y necesita, como veremos luego, especial adiestramiento para lograrlo.

AUTO-OBSERVACION EN REPOSO Y AUTO-OBSERVACION EN CRISIS.

Cuando pedimos al paciente que describa sus experiencias, éste siempre se remite al conjunto de observaciones que ha registrado en el proceso de su enfermedad. Estas apreciaciones no han sido hechas con la tranquilidad de quien observa algo ajeno. Muchas de ellas corresponden a momentos críticos de su existencia en los que el alto nivel de angustia puede impedir o dificultar la observación imparcial de los hechos. La atención, en tales casos, se focaliza en lo que para el sujeto resulta más urgente y no puede dirigirse a otros elementos o variables, a veces más importantes, presentes en el desencadenamiento de la situación sintomática. Muchos de estos elementos son, sin embargo,

percibidos subliminalmente por el enfermo y suelen ser rescatables, siempre y cuando utilizemos variaciones en nuestras técnicas de examen. Por ello, una cosa es interrogar al paciente cuando se siente protegido y sereno y otra cuando está en crisis.

AMBIENTE NATURAL Y NO-NATURAL

La Etología es una ciencia referida al estudio objetivo de la conducta de los organismos en su ambiente natural. A. Brion y Henry EY. en su libro "Psiquiatría Animal" destacan la utilidad de estas técnicas aplicadas al estudio de los fenómenos de la conducta animal (5). Los etólogos, por otro lado, enfatizan los aspectos no aprendidos del comportamiento habiendo reactivado el interés por el estudio del instinto, tal como continuamente ha enfatizado y popularizado Lorenz (6).

En cuanto a la conducta humana, son las derivaciones del enfoque conductual las que en este terreno han brindado grandes beneficios. Un paciente interrogado y observado exclusivamente en el consultorio es un paciente limitado en su capacidad descriptiva por encontrarse alejado de muchos de los estímulos que gatillan sus síntomas. Estos últimos, tendrán que ser evocados y referidos en la oficina. La interrogante surge espontánea. ¿No sería mejor estudiarlos directamente en el lugar o situación donde emergen? ¿No podría así el psiquiatra observar directamente elementos que el enfermo no puede apreciar?

Podemos entonces asumir que, cuánto más observemos al paciente en su ambiente natural mayor espontaneidad de su comportamiento normal y patológico apreciaremos.

Todo lo expuesto, más otros factores en cuyo análisis no ingresaremos por ahora, suponen elementos de artificialidad en la consulta psiquiátri-

ca estandar que habrán de influir, en más o en menos, en el resultado de los hallazgos clínicos. El consultorio deviene, así, en una arena artificiosa que limitará y, a veces, impedirá la expresión de cierta psicopatología que requiere de condiciones más espontáneas para su expresión. De allí la necesidad de reclamar al psiquiatra implemente o adapte sus técnicas para el examen del paciente, en lo posible en su ambiente natural. Lo ideal sería que el especialista pudiera observar la conducta del examinado desde todos los ángulos. Quizás, en el futuro, los adelantos electrónicos tengan algo que ofrecer al respecto, mientras tanto, podemos implementar pruebas clínicas sencillas derivadas del enfoque conductual que luego explicaremos.

SINTOMA Y CIRCUITO SINTOMATOLOGICO

La psiquiatría es una rama de la medicina, y algo más. Tiene con ésta raíces comunes pero, también, tallos y ramas diferentes.

Para nosotros, la psiquiatría es una ciencia en proceso de desarrollo que cabalga apoyada tanto sobre las ciencias médicas cuanto sobre las sociales. Por ello, los fenómenos psiquiátricos son, respecto a los fenómenos clínicos médicos, convergentes en algunos aspectos y divergentes en otros. Del mismo modo, las respectivas metodologías de la psiquiatría y otras especialidades médicas se parecen en ciertos puntos y se diferencian en otros.

En cuanto a los fenómenos clínicos sintomatológicos creemos que también existen diferencias. El síntoma en medicina es siempre individual, pertenece fundamentalmente a la dimensión biológica del paciente y, consecuentemente, en ella se inicia, manifiesta y extingue. En cambio, en psiquiatría, los síntomas son verdaderos sistemas de integración patológica

que reverberan, ya en el propio sujeto, en sus diferentes niveles internos de organización o trascienden hacia otras personas significativas alimentándose con los refuerzos que estos otros le otorguen o enseñen (7). Cuántas veces, en nuestro quehacer psiquiátrico, nos hemos formado una idea de su sintomatología de acuerdo a su relato, solo para cambiar nuestra opinión cuando escuchamos lo que dice la esposa al respecto, y más aún, cuando vemos a ambos interactuando ante nuestra presencia en una entrevista de pareja. Este hecho es de primordial importancia en Psiquiatría Infantil en la cual la primera entrevista debe ser realizada, a nuestro juicio, con el otro significativo, pues, con frecuencia, los síntomas del niño no son más que la expresión de la patología de la madre, padre o familia. De este modo, tal interrelación, o sea el circuito establecido entre el niño enfermo y su figura parental, puede ser apreciada si se observa el sistema completo, no así, cuando se les examina separadamente. Del mismo modo, en estos casos como en muchos otros, el actuar terapéuticamente solo sobre el niño, reduce las posibilidades de manejo pues, cuando el otro significativo es un núcleo generador de patología el no neutralizarlo incrementará la probabilidad de recaídas a corto plazo.

Veamos, ahora, algunos ejemplos clínicos de lo que hasta aquí hemos venido señalando:

CASO NO. 1

Paciente de 39 años, casado, profesional. Ha tenido diferentes tratamientos psiquiátricos por un cuadro de trastorno obsesivo compulsivo, que van desde psicoterapia por varios años, psicofármacos variados, hasta internamiento y electroplexia. Todos ellos han dado escaso resultado habiéndose agravado su estado clínico,

gradual e inexorablemente. El cuadro fundamental consiste en una sensación de contaminación y sentimiento de suciedad cada vez que ve o se acerca a una funeraria o algo que se relacione a entierros. Le ocurre lo mismo cuando ve o se cruza con un sujeto que tenga alguna malformación física que él considere congénita. En tales ocasiones, dice experimentar un insoportable sentimiento de suciedad que lo obliga a bañarse y a lavar todo lo que tiene puesto aunque visualmente no observa ninguna suciedad concreta. La compulsión es tan intensa que, con frecuencia, regala su ropa, zapatos, etc., o, si ha estado acompañado de su esposa e hijos, los obliga a bañarse para que puedan entrar a la casa. Si está en su carro en el momento del contacto, debe someterlo a una lavado minucioso, primero con agua y luego con bencina, exterior e interiormente, todo lo cual interfiere seriamente con su trabajo. En la oficina donde está empleado también ha sido invadido por diversos sistemas obsesivos. A pesar de todo ello, hace esfuerzos por seguir funcionando y, sino fuera porque la compañía donde trabaja es de un familiar, piensa que ya hubiera sido despedido. Actualmente gasta, por lo menos, siete pastillas de jabón y un litro de bencina a la semana en las conductas descritas.

En las diferentes consultas que hemos tenido en mi oficina, ha negado, **siempre**, síntomas psicóticos. Viene voluntariamente a que le ayude a liberarse de "estas cosas que califica de locas pero que no puede controlar". Su conciencia de enfermedad es, pues, total. Critica con toda lógica lo anormal de sus vivencias.

En el procedimiento de exploración directa, lo llevamos a un hospital donde existen algunos pacientes con enfermedades congénitas. Al ingresar a este centro, se le observa con claros signos de ansiedad. Hay palidez, el

pulso y la respiración se aceleran; reporta "sentirse nervioso". Luego de practicar relajación en el mismo hospital según técnica en la que previamente le hemos adiestrado, la angustia disminuye y empezamos a recorrer los jardines del nosocomio; en esos momentos aparece un joven que tiene una deformación del brazo y mano derechos. Este enfermo se acerca. La palidez de Mario -así llamaremos a nuestro paciente- se hace intensa. Sus aperturas palpabrales se amplian. Me mira fijamente con facies que transmite una típica vivencia de pánico; sin embargo, nos informa que no experimenta miedo; se siente, sí, terriblemente sucio por la presencia del citado enfermo. Insisto, en ese momento, en preguntarle sobre los signos de conciencia de enfermedad precisados en el consultorio; afirma que está completamente sucio y debe salir cuanto antes del hospital para irse a bañar. Su angustia va incrementando. Ha perdido toda crítica de que el síntoma es una vivencia anormal, mostrándose, por el contrario, convencido de que la suciedad lo ha inundado. Trato de confrontarlo varias veces más con lo que anteriormente me describiera en el consultorio y que denominara "cosas locas", no logrando conmovér, en lo más mínimo su convicción de suciedad.

CASO NO. 2

Paciente de 44 años, profesional, inteligente y culto. Consulta por ansiedad y síntomas fóbicos. Una de sus principales quejas la constituye un temor irracional a permanecer en sitios elevados, molestia que se iniciara en un restaurant ubicado en el último piso de un céntrico edificio.

El interrogatorio minucioso no ha logrado aclarar el porqué de esta irracional conducta, cuyo origen dice no poder explicar. Refiere que, aunque le cuesta aceptar ayuda médica,

se ha visto forzado a consultar, pues, las dos últimas veces que hiciera el intento de superar el problema, hizo "sendos papelones", uno ante su esposa y otro, ante un grupo de hombres de negocios. En ambas ocasiones, debió abandonar el citado local, presa de gran angustia, para calmarse sólo cuando estuvo en el primer piso. Diagnosticado de trastorno fóbico iniciamos tratamiento de Desensibilización Sistemática a la variable altura, sin grandes resultados. Decidimos, entonces, observar el síntoma en su ambiente natural a través de una técnica conductual llamada Inundación Emocional combinada con una psicoanalítica de asociación libre; con tal propósito, nos constituimos con el paciente en el restaurant en cuestión. Signos de ligera ansiedad se notan desde que salimos de mi consultorio, los que gradualmente van incrementándose al ingresar al edificio, subir al ascensor y llegar al último piso donde aquel local está ubicado. La angustia, sin embargo, es tolerable. Aumenta cuando nos acercamos a los ventanales, desde donde se divisa la ciudad en una perspectiva que, por su altura, impresiona. El paciente ha sido previamente instruido a comunicar libremente sus asociaciones y focalizar en los pensamientos automáticos de acuerdo al concepto de Beck.

A los pocos momentos de estar al borde de la ventana informa tener en la conciencia la palabra "saltar" y, posteriormente, "vas a saltar al vacío", esto último acompañado no sólo de gran angustia sino, y éste es lo importante, de la convicción de que esta orden interna habría de cumplirse. El miedo fue en aumento hasta que apareció su necesidad de huida bajo la intensa sensación de que, si ahí se quedaba, no podría evitar que su acción lo llevara al suicidio. Ahora sí se puede entender su fobia y mecanismo consecuente de evitación. El temor no era a la altura sino a una

muerte inminente autogestionada. La pregunta surge: ¿Por qué no comunicó estos elementos en el interrogatorio estandar en el consultorio? ¿Mentía o debemos aceptar que esta información no era consciente en tales momentos para el paciente? ¿Conocía o no la presencia de los pensamientos automáticos que mediaban su conducta problema?

CASO NO. 3

Paciente de sexo femenino, casada, 50 años. Consulta por sintomatología fóbica, ansiosa y depresiva. No hay síntomas psicóticos. Plena conciencia de enfermedad. Contacto con la realidad conservado. Síntoma fundamental: claustrofobia. No puede estar sola en ningún sitio estrecho. Si está acompañada por alguien a quien le tiene confianza puede soportar dicha situación y, por momentos, olvidarse del problema. Trabajamos en desensibilización sistemática sobre las variables dimensionales de los espacios cerrados con pocos resultados. Nuestra relación emocional es buena. Decidimos, entonces, someterla a observación directa del síntoma. La hacemos ingresar a un ambiente pequeño de nuestro consultorio y la dejamos sola. Le anticipamos que si nos necesita nos puede llamar de inmediato. Explicándole el propósito de la situación experimental, le pedimos que tolere todo lo que pueda antes de hacerlo. A los pocos minutos nos llama en voz alta. Ha abierto la otra puerta de la habitación, según ella para tomar aire pues sentía que se asfixiaba. Tiene una mano en el cuello y la otra cruzada con la palma sobre el pecho. Está pálida. Su respiración es obviamente superficial y acelerada. Nos pide que no la dejemos sola. Pregunto ¿Por qué? Refiere tener miedo a quedarse sola en un cuarto pequeño. Sigo insistiendo en el interrogatorio pero no logro otra

información. Exploro, entonces, pensamientos automáticos para lo cual utilizo el siguiente procedimiento. Pido que se relaje. Esta vez le es más difícil pues la angustia basal se ha elevado. Lo logra al cabo de unos minutos y gradualmente se va calmando. Ahora solicito que asocie libremente pidiéndole que no deje de reportar todos los contenidos de la conciencia, particularmente los periféricos al foco de su atención. La invito a que nuevamente imagine la escena que acaba de vivir. Ella estaba sola en el cuarto... vió que yo cerraba la puerta. Ahora debe pensar en la pregunta, ¿Qué pasó?. Al comienzo la exploración es negativa. Insisto. Gradualmente se va poniendo otra vez pálida y bruscamente se levanta. "El techo", dice, "el techo se va a caer..." Al decir esto se queda, efectivamente mirando el techo, ajeta, como si estuviera examinando en detalle si realmente, tal eventualidad fuera a ocurrir, tratando, luego, de salir de la habitación. Ahora sí se entiende su conducta de evitación. Pero para ello hay que aceptar que, por breves segundos, la paciente estuvo convencida de que el techo se caería y por lo tanto ella debía tratar de salvarse.

DISCUSION

Tanto el Trastorno Fóbico como el Obsesivo-Compulsivo, son catalogados en los libros de psiquiatría más representativos como cuadros neuróticos en los que, a diferencia de los psicóticos, los sujetos afectos muestran las características manifestaciones de buen contacto con la realidad y completa conciencia de enfermedad mental; es decir, que el síntoma es considerado como absurdo, ilógico e infundado ante la situación o estímulo que lo provoca.

El DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

específicamente dice respecto a los Trastornos Fóbicos (8): "La característica esencial la constituye un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica... Invariablemente, el sujeto reconoce que su miedo es excesivo o ilógico". Y sobre los Trastornos Obsesivos: "Las características esenciales las constituyen las obsesiones y compulsiones recurrentes... Que son experimentados, por lo menos inicialmente, como intrusivas, carentes de sentido. La persona reconoce que su conducta es excesiva o ilógica...".

En nuestros tres casos, todas estas características fueron confirmadas en los interrogatorios sostenidos en el consultorio privado del terapeuta. En tal ambiente, los pacientes criticaban con toda lógica lo absurdo de sus síntomas y conductas que describían claramente como ego-distónicas. Tenían plena conciencia de realidad y no presentaban ninguna indicación de ruptura de contacto con ella. Sin embargo, enfrentados en el ambiente natural de la enfermedad con las situaciones estímulo, al llegar al acmé de la angustia, el Yo, agudamente regresionado, convertía el síntoma en

ego-sintónico. Toda crítica sobre la irracionalidad del mismo desaparecía y el pensamiento así distorsionado asumía, por segundos, características delusionales de convicción. En tales circunstancias todos mis intentos por lograr de los pacientes las descripciones que me habían dado en el consultorio se trastocaban en sus contrarios, constituyéndose el fenómeno psicopatológico, en su totalidad, en verdaderas **LAGUNAS PSICOTICAS INMERSAS EN ESTRUCTURAS NEUROTICAS**, lo que permite comprender mucho mejor la conducta sintomática. En los dos últimos casos, la mediación de los pensamientos automáticos, según el concepto dado por Beck, resulta altamente adecuada como hipótesis explicativa. Todo ello cuestiona seriamente, con todas las consecuencias diagnósticas y terapéuticas que ello acarrea, el concepto de Neurosis en estos casos o, por lo menos, abre la posibilidad a la hipótesis que algunos cuadros fóbicos y obsesivo-compulsivo tendrían más la estructura neurótica-psicótica descrita que una neurótica uniforme. Las implicancias que se derivarían para el manejo terapéutico podrían ser decisivas, como lo fue en dos de los casos.

REFERENCIAS

1. EY H; BERNARD P; BRISSET CH. (1987) Manuel de Psychiatrie. Troisième Edition. Masson et. Cie. Editeurs. Paris.
2. SKINNER B.F. (1971) Ciencia y conducta humana (Una psicología científica) Editorial Fontanella. Barcelona.
3. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1970) Diccionario de la Lengua Española. Décimonovena Edición. Editorial Espasa-Calpe. Madrid.
4. BECK A.T. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional disorders. International Universities Press, Inc. New York.
5. BRION A. y EY H. (1968) Psiquiatría Animal. siglo veintiuno editores sa. España
6. LORENZ K. (1966) On Aggression. University Paperback Edition. Cox & Wyman Limited. Fakenham. Great Britain.
7. PERALES A. (1982) Un ensayo de integración en psiquiatría: la conceptualización conductual. Revista de Neuro-Psiquiatría. XLV (2) 68-80; y (3-4) 162-177.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised DSM-III-R. Washington. D.C.

Dirección Postal:

Av. J. Prado Oeste 445 Dpto. 101 - Lima 27