

Caso clínico. El trastorno de la personalidad antisocial en un hospital general

José Luis Herrera Guerrero, María del Carmen Lara Muñoz

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León,
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, B. Universidad Autónoma de Puebla.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

René es un hombre de 28 años de edad con fractura expuesta de tibia y peroné izquierdos, tratada quirúrgicamente, y con problemas graves para su manejo en la sala de ortopedia, por lo que se solicitó interconsulta al servicio de psiquiatría.

PADECIMIENTO ACTUAL

Una semana antes de su ingreso, estando bajo el efecto de sustancias ilícitas y conduciendo una motocicleta, René retó temerariamente a un automovilista a no retirarse del camino por donde ambos conducían a toda velocidad. A raíz de ello termina chocando de forma frontal contra dicho vehículo de motor, con lo que resulta policontundido, con TCE leve y fractura expuesta de tibia y peroné izquierdo grado III de la clasificación de Gustillo y Anderson.

Se traslada a un hospital donde se realiza manejo según protocolo de urgencias y se ingresa al área de traumatología y ortopedia para manejo de fractura, donde se realiza tratamiento con aseos quirúrgicos, mecánicos, antibiótico-terapia y fijación de la fractura con clavo intramedular. Su evolución fue desfavorable pues presentó exudado purulento y fetidez en la herida, por lo cual se decide su traslado, ya que en ese primer hospital no se contaba con los medios para continuar su manejo. En el segundo hospital se realizó la valoración psiquiátrica.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

René es originario y residente del área metropolitana, soltero, actualmente desempleado y de religión cristiana. Producto de una primera gesta de un total de dos, sin complicaciones, con control prenatal. Nacido a término por parto eutócico, atendido en medio hospitalario; se desconoce peso y talla así como puntuación de Apgar y Silverman. Se egresó sin complicaciones. Su desarrollo psicomotor tampoco presentó alteraciones. Desde la infancia presenció violencia intrafamiliar así como separaciones de sus padres en varias ocasiones. Proveniente de un estrato socioeconómico bajo con múltiples carencias económicas en las que su padre

llegaba a robar para tener recursos, conducta que fue imitada por ambos hijos sin ser corregida por los padres. El padre tiene antecedente de dependencia al alcohol, a la fecha en remisión total sostenida en tratamiento en grupo de AA así como un trastorno antisocial de la personalidad. Madre con antecedente de diabetes mellitus e HTA con pobre apego a tratamiento y un trastorno límite de la personalidad con varios intentos suicidas sin ningún tratamiento psiquiátrico, finada hace un año por complicaciones de cáncer cérvico uterino. Hermano con antecedente de trastorno antisocial de la personalidad y dependencia a múltiples sustancias; diabetes mellitus, finado hace 2 años por coma hiperosmolar secundario a agudización de cuadro de diabetes por intoxicación con cocaína. Madrastra, con la cual vive desde hace un año, con antecedente de trastorno bipolar y dependencia al alcohol en remisión total sostenida, en tratamiento farmacológico y en grupo de autoayuda (AA); en dicho grupo conoce al padre del paciente (los diagnósticos de personalidad de sus padres y hermano se hicieron de manera retrospectiva de acuerdo con los datos clínicos proporcionados por el padre durante el interrogatorio, ya que previo a esta evaluación no se habían realizado dichos diagnósticos).

René faltaba con frecuencia a clases o se iba de pinta y su conducta era a menudo violenta desde la infancia, por lo cual fue expulsado de varias escuelas, obteniendo como grado máximo de estudios la secundaria, a lo que comentó un familiar "y eso por que lo pasaron". También presentó conducta violenta contra los animales llegando a matar un gato. En la adolescencia inicia consumo de nicotina en cigarrillos. Fuma tres por día hasta los 14 años cuando aumenta a de cinco a diez diarios, manteniendo dicho consumo de forma constante pero en ocasiones con el consumo de otras sustancias llegaba a consumir hasta 20 cigarrillos en un día (consumo promedio de 7.5 paquetes/año). A los 14 años inicia con el consumo de alcohol en forma ocasional, pero de los 17 años a la fecha aumenta su consumo a de dos a tres veces por semana hasta llegar a la embriaguez, siendo su consumo de productos a base de cebada en presentación familiar. En ese mismo periodo inicia uso de marihuana con una frecuencia de dos a tres veces por semana, con una dosis aproximada de dos a tres cigarrillos por ocasión. También a los 14 años añade a su consumo inhalables tipo PVC y Resistol 5000.

con una frecuencia aproximada de tres a cuatro veces por semana. El último día de consumo de estas sustancias fue el día que tuvo el accidente e ingresó a la unidad hospitalaria. Desde la adolescencia se observó poco apego a las reglas sociales, involucrándose en actividades delictivas como robo y daños a propiedad ajena, así como narcomenudeo y consumo de sustancias ilícitas. Hace cinco años aproximadamente se le imputan cargos por violación de una mujer de su misma edad, por lo cual es recluso en el penal. Debido a su pobre rehabilitación en el centro penitenciario y al presentar durante dos meses lenguaje desorganizado, así como delirios paranoides caracterizados por ideas como "Me quieren matar" o "Hay gente siguiéndome todo el tiempo", es trasladado al pabellón psiquiátrico del penal donde se inicia medicación a base de ácido valproico 200 mg c/12 h, risperidona 2 mg c/24 h, carbamazepina 100 mg c/12 h y biperideno 2 mg c/24 h, con poca respuesta a la medicación. Al observarse la pobre adherencia al tratamiento y continuar el consumo de sustancias ilícitas, se decide su egreso de esa instancia y continuar supervisión y manejo farmacológico en casa y en consulta externa de una institución psiquiátrica pública, estableciendo la condición de que si no seguía con su tratamiento sería remitido a una institución psiquiátrica de forma permanente. Sin embargo, el paciente continuó con consumo de sustancias psicotrópicas.

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Al ingresar al hospital se le informa al familiar acerca de la gravedad del estado de René y se le plantea como manejo el retiro del clavo intramedular, aseos quirúrgicos, antibióticoterapia y, dependiendo de la evolución, colocación de fijadores externos o amputación, así como evaluación psiquiátrica y la presencia del familiar en todo momento debido a la situación mental y física del paciente.

En la primera entrevista, René estaba alerta con pensamiento tangencial, delirios paranoides, conductas bizarras y lenguaje limitado a contestar preguntas, irritable y con agitación psicomotriz. Se decide continuar con risperidona 3 mg c/24 h, ácido valproico 400 mg c/12 h y esquema de sedación.

A las 48 horas se encuentra alerta, orientado, pensamiento y conducta sin alteraciones, lenguaje coherente acorde a la situación, irritable y demandante con el personal, retirándose canalizaciones e intentando movilizar su extremidad lesionada aun cuando se le indicó lo contrario. En ese momento dicha extremidad estaba con la herida abierta y con datos de sangrado e infección.

A las 72 horas continuó irritable y con agitación psicomotriz, constantes demandas de atención y cuidados excesivos así como intento de fumar dentro del hospital, causando muchas molestias al personal de enfermería. Se inicia diazepam 15 mg c/12h.

A las 96 horas se evidencia la dinámica familiar dentro del ambiente hospitalario, caracterizada por violencia psicológica y verbal, sin poner límites al paciente, ni lograr llegar a acuerdos, así como deseos expresados verbalmente por

ambos tutores de abandonar al paciente en el nosocomio. Se habla con familiares acerca de su participación activa en el proceso de curación de René y el terapeuta intenta contener dicha situación caótica.

Quinto día de internamiento. Sufre caída de la cama al intentar levantarse comentando: "Es que yo estoy bien y mi pierna funciona y quiero irme a mi casa". En ese momento, el padre y la madrastra habían salido a tomar café dejando al paciente sin supervisión. René continúa sin conciencia de enfermedad, y su extremidad sin mejoría y con posible compromiso neurovascular. Se agrega al tratamiento sujeción mecánica con revaloración cada 30 minutos y con la familia se trabaja la importancia de los límites tanto del paciente como de los familiares, a lo cual el padre se torna poco participativo y demandante.

Séptimo día en la madrugada. El padre quita la sujeción y el paciente se levanta de la cama, retira las canalizaciones e intenta caminar con el propósito de fugarse, comentando: "Es que yo ya me quiero ir". Los familiares reconocen que esto sucedió por descuido de ellos, pero mencionan que lo están cuidando "A la fuerza" y que su situación económica ya no les permite continuar su tratamiento, por lo que están pensando en abandonarlo.

La extremidad continúa sin mejoría a pesar del tratamiento. Los servicios involucrados llevan a cabo una revaloración del caso tomando en cuenta la ausencia de conciencia de enfermedad por parte del paciente, la pobre red de apoyo y los problemas económicos. Considerando que un tratamiento a largo plazo implicaría la cooperación tanto del paciente como de la familia y que un tratamiento a corto plazo requeriría menos cooperación, se comenta la situación a la familia. Ésta consiente el segundo tratamiento, que corresponde a la amputación de la extremidad.

Noveno día. Al comentarle a René la situación del tratamiento con amputación, presenta negación con respecto a su patología actual así como síntomas disociativos y un episodio psicótico breve. Se realiza contención verbal por parte del terapeuta y los familiares, así como uso de esquema de sedación. Es necesario mencionar que se solicitó la intervención del psiquiatra tratante para comunicarle al paciente la necesidad de amputarle la extremidad. Sin embargo, se decidió que fuesen los médicos tratantes quienes dieran esa información.

Undécimo día, posterior a la amputación. Cursa sin cuadro psicótico, irritable, manifestando negación a la pérdida de su extremidad; con mejoría en la dinámica familiar, con más comunicación y mayores acuerdos. Se inicia disminución de benzodiazepinas y al cabo de una semana se retiran por completo y se mantienen las mismas dosis de antipsicótico y estabilizador del ánimo. Se refiere para seguimiento por consulta de su clínica de adscripción y se recomienda continuar con terapia de familia y un programa de rehabilitación en AA. Se le prohíbe la ingesta de sustancias de abuso, así como entrar en contacto con personas que las consuman, y se le recomienda continuar con sus citas en el servicio de ortopedia.

La evaluación clinimétrica se presenta en el cuadro 1 y los resultados de los estudios de laboratorio, en el cuadro 2.

Cuadro 1. Evaluación clinimétrica del paciente

Escala	Ingreso	Egreso
MINI	Dependencia alcohol, marihuana, nicotina, inhalantes, trastorno psicótico actual, trastorno antisocial de la personalidad	Dependencia alcohol, marihuana, nicotina, inhalantes, trastorno psicótico actual, trastorno antisocial de la personalidad
Escala de Agresión Manifiesta	≥3	1
Escala de Evaluación del <i>Insight</i> :		
Conciencia global	15	15
Conciencia de los síntomas	90	90
Atribución de los síntomas	0	0

Cuadro 2. Estudios de laboratorio

Examen	Ingreso	5° día	Egreso
BH			
Hb	8.5 g/dl	10.30 g/dl	9.30 g/dl
VCM	88.80 μm ³	89.50 μm ³	90.60 μm ³
HCM	28.90 pg/cell	29.50 pg/cell	29.70 pg/cell
RDW	13.80 %	13.20 %	13.90 %
Leucocitos	21600/mm ³	15100/mm ³	10200/mm ³
Neutrófilos	16630 %	12380 %	7550 %
Plaquetas	150000/mm ³	309000/mm ³	603000/mm ³
Coagulación			
Fibrinógeno	814.30 mg	722.56 mg	
TP	11.1 seg.	11.6 seg.	13.8 seg.
INR	0.86 seg.	0.91 seg.	1.15 seg.
TTP	44.6 seg	31.7 seg.	34.6 seg.
QS			
Glucosa	124 mg/dl		100 mg/dl
BUN	17 mg/dl		3 mg/dl
Creatinina	0.9 mg/dl		0.7 mg/dl
ES	Normales	Normales	Normales
PFH			
Fosfatasa alcalina		197 U/L	

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Según el diagnóstico multiaxial del *Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV, texto revisado (DSM-IV-TR)*, el paciente tuvo:

Eje I: Trastorno psicótico inducido por sustancias con ideas delirantes de inicio durante la abstinencia. Dependencia de varias sustancias

Eje II: Trastorno antisocial de la personalidad.

Eje III: Postoperatorio de ablación de miembro pélvico izquierdo y postoperatorio de cuatro aseos quirúrgicos y retiro de clavo intramedular.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas económicos.

Eje V: 41-50 corresponde a síntomas serios que alteran el funcionamiento familiar social y ocupacional.

EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Pritchard (1835) usó el término "locura moral" para describir a aquellos individuos con un patrón de conducta inmoral repetido del que no eran completamente responsables. A finales del siglo XIX, el término "personalidad psicopática" se convirtió en una categoría amplia que se aplicaba a individuos con rasgos de carácter socialmente indeseables (Hales, 2000). La definición de psicópata que estableció Harvey Cleckley en 1941 (Cleckley, 1964) fue la más influyente en la descripción de la personalidad antisocial del DSM-I y del DSM-II, mientras que las definiciones de personalidad antisocial del DSM-III y del DSM-III-R se basaron en el trabajo empírico de Robins (1966). A partir de la evidencia empírica, en el DSM-IV, la versión de Robins basada en la conducta se combina con los rasgos de personalidad descritos por Cleckley para equiparar la definición del trastorno con las observaciones clínicas y las descripciones basadas en la teoría de los rasgos de personalidad (Cleckley, 1964; Hales, 2000). El trastorno de personalidad antisocial es una incapacidad para conformarse a las normas sociales que generalmente rigen el comportamiento de una persona adolescente o adulta. Aunque caracterizado por delitos continuos, el trastorno no es sinónimo de criminalidad (la décima revisión de la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados [ICD-10] usa el nombre de "trastorno disocial de la personalidad" [OMS, 1992]). Para que se pueda establecer este diagnóstico según los Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR, el sujeto debe tener al menos 18 años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años. Frecuentemente engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placeres personales (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder). Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro. Tienen a ser irritables y agresivos y pueden sostener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión, incluidos los malos tratos al cónyuge o a los niños. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. También tienden a ser continua y extremadamente irresponsables (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente de 3% en los varones y de 1% en las mujeres. En la población carcelaria, la prevalencia del trastorno de personalidad antisocial puede ser tan alta como del 75% (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002; Sadock, 2009).

En general, las muchachas presentan síntomas antes de la pubertad, y los muchachos aún antes. El trastorno antisocial de la personalidad es cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. El riesgo de los parientes biológicos

de las mujeres con el trastorno tiende a ser superior al riesgo de los parientes biológicos de los varones con el trastorno (Loomans y Tulen, 2010; Sadock, 2009).

El trastorno antisocial de la personalidad se presenta asociado a un bajo nivel socioeconómico y al medio urbano. Las probabilidades de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta aumentan si el sujeto presenta tempranamente un trastorno disocial (antes de los 10 años). El maltrato o el abandono en la infancia, el comportamiento inestable o variable de los padres o la inconsistencia en la disciplina por parte de los padres aumentan las probabilidades de que un trastorno disocial evolucione hasta un trastorno antisocial de la personalidad (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad carecen frecuentemente de empatía y tienden a ser insensibles y cínicos, y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos engreído y arrogante (pensar que el trabajo normal no está a su altura, o no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros) y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones. Pueden mostrar labia y encanto superficial y ser muy volubles y de verbo fácil (p. ej., utilizan términos técnicos o una jerga que puede impresionar a alguien que no esté familiarizado con un tema). Estos sujetos también pueden ser irresponsables y abusivos en sus relaciones sexuales. Pueden tener una historia de muchos compañeros sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera.

Asimismo, pueden ser irresponsables como padres al descuidar la nutrición de un hijo, contribuir a la enfermedad de un hijo por una falta de higiene mínima, dejar que la alimentación o el cuidado de los hijos dependa de vecinos o familiares, no procurar que alguien cuide de un niño pequeño cuando el sujeto está fuera de casa o derrochar reiteradamente el dinero que se requiere para las necesidades domésticas. Estos individuos pueden ser expulsados del ejército, pueden no ser autosuficientes, pueden empobrecerse e incluso llegar a vivir en la calle o pueden pasar muchos años en prisión. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas como suicidio, accidentes y homicidios.

Estos individuos también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo depresivo. Pueden presentar de forma asociada trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con sustancias, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienen frecuentemente rasgos de personalidad que cumplen los criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Aunque es deseable no guiarse por estereotipos, es conveniente reconocer que ciertos grupos podrían estar en riesgo elevado de presentar psicopatología; por ejemplo, los grupos de motociclistas. Kieling et al. (2010) encontraron en una muestra de 101 motociclistas que 75% de los sujetos tenían un historial de vida positivo al menos a un trastorno

psiquiátrico. El abuso de sustancias fue el diagnóstico más frecuente (43.6% para el alcohol, 39.6% para la cannabis). El trastorno por déficit de la atención con hiperactividad se asoció con un mayor número de accidentes de tráfico ($p=0.002$), y el trastorno de personalidad antisocial se asoció, a su vez, con un mayor número de violaciones de tráfico. Por esto, al valorar a sujetos de este grupo por algún padecimiento médico, debe tenerse en cuenta la alta probabilidad de encontrar trastornos mentales que pudieran complicar el manejo del mismo.

En lo que respecta al manejo, Krakowski (2007) observó que personas con daños neurocognitivos, rasgos antisociales y síntomas psicóticos específicos podían presentar separadamente o en combinación violencia persistente (Krakowski, 2007). Además, Skeem y Mulvey (2001) reportaron que la personalidad antisocial era el predictor más importante para la presencia de violencia.

Tomando en cuenta lo anterior, para el manejo de esta condición se ha propuesto el uso de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Debido a que la presencia de violencia fue la regla en este caso, se combinaron ambas modalidades de tratamiento. Las sugerencias farmacológicas para el manejo de la conducta violenta se presentan en el cuadro 3.

Cuadro 3. Fármacos utilizados para el manejo de la violencia persistente

Fármacos	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento
Antipsicóticos de segunda generación		
Clozapina	12.5 a 50 mg/d	300 a 450 mg/d*
Olanzapina	5 a 10 mg/d	15 a 30 mg/d
Quetiapina	50 a 100 mg/d	400 a 700 mg/d
Risperidona	1 a 3 mg/d	4 a 6 mg/d
Antipsicóticos de primera generación		
Haloperidol	5 a 10 mg/d	10 a 20 mg/d
Estabilizadores del ánimo		
Carbamazepina	200 a 400 mg/d	1,000 a 1,400 mg/d*
Litio	300 mg c/12h	300 mg c/8h*
Valproato	500 a 1,000 mg/d	1,000 a 1,500 mg/d*
Beta bloqueadores †		
Nadolol	40 mg/d	80 a 140 mg/d
Propranolol	20 mg c/8h	200 mg a 600
*Deben solicitarse niveles séricos.		
†Contraindicado en pacientes con enfermedad cardiovascular, asma, o diabetes.		

Fuente: Krakowski, 2007.

Para proporcionar el tratamiento adecuado, el médico debe comprender al paciente como una persona, incluyendo la percepción de su comportamiento agresivo. Las intervenciones no farmacológicas deben aplicarse tomando esto en mente.

Las técnicas conductuales pueden reducir la violencia al abordar dificultades específicas subyacentes a la violencia. Del mismo modo, estos pacientes podrían responder a un alto grado de estructura, supervisión, y posibles modificaciones del medio ambiente, como la transferencia a una unidad especializada en el tratamiento de pacientes violentos. Con la terapia cognitivo-conductual, los pacientes pueden aprender formas para satisfacer sus necesidades sin ser violentos. También pueden ser entrenados en habilidades para resolver problemas y para comprender las consecuencias de sus acciones. Esta terapia podría ser útil para disminuir los rasgos antisociales. Las intervenciones destinadas a prevenir, disminuir o contrarrestar la excitación son importantes para abordar la violencia aguda (Krakowski, 2007).

Llama la atención que en un hospital general se busque al psiquiatra para que éste sea quien comunique las malas noticias a los pacientes. Sin embargo, es necesario subrayar que comunicar dicha información al paciente forma parte de

la relación médico-paciente, por lo que en estos casos el papel del psiquiatra consiste más bien en fomentar la empatía de los médicos tratantes de tal manera que no dejen de lado esta función.

Por otro lado, debe reconocerse que la actividad del psiquiatra incluye el manejo de los problemas psiquiátricos de los pacientes, además de brindar soporte, si la situación así lo amerita, tanto a los pacientes como a los familiares e incluso el personal médico y paramédico.

En lo que respecta a la situación traumatológica del paciente en cuestión, se llevó a cabo la amputación de su miembro pélvico izquierdo, ya que la amputación es el tratamiento de elección en casos de miembros enfermos con lesiones devastadoras para las que los intentos de rescate y la reconstrucción pueden ser prolongados y emocional y financieramente costosos, además de no alcanzar siempre resultados satisfactorios. Es necesario comentar que la decisión final de la amputación se hizo teniendo en consideración las características psiquiátricas del paciente y de los familiares, ya que no se contó con la cooperación de ninguno de ellos, lo que enfatiza la importancia del trabajo del psiquiatra en un hospital general.

REFERENCIAS

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Masson, Barcelona, 2002.

CLECKLEY H: The mask of sanity, cuarta edición. Masson, St. Louis, 1964.

HALES: DSM-IV: Tratado de psiquiatría tercera edición. En: Robert E (eds.). Masson, Barcelona, 2000.

KIEHL KA: A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Res* 2006; 142(2-3):107-28.

KIELING RR, SZOBOT CM, MATTE B, COELHO RS, KIELING C, PECHANSKY F, ROHDE LA: Mental disorders and de-

livery motorcycle drivers (motoboy): A dangerous association. *Eur Psychiatry* (article in press) doi:10.1016/j.eurpsy.2010.03.004.

LOOMANS MM, TULEN JH: The neurobiology of antisocial behaviour. *Tijdschr Psychiatr* 2010;52(6):387-96.

Krakowski M: Violent behavior: Choosing antipsychotics and other agents. *Current Psychiatric* 2007; 6(4):63-70.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1992.

SADOCK B: Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría clínica, décima edición. En: Sadock V (eds.). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2009.