



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Millán-González, Ricardo

Mutilación genital en paciente transexual: ¿manifestación de un espectro patológico imprecisamente definido?

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 3, 2010, pp. 624-634

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mutilación genital en paciente transexual: ¿manifestación de un espectro patológico imprecisamente definido?

Ricardo Millán-González¹

Resumen

Introducción: Tradicionalmente, la automutilación genital se ha considerado un evento psicótico dentro del contexto religioso o fuera de éste. Aunque catalogado como un hecho muy infrecuente antes del advenimiento de internet, existen elementos para pensar que la incidencia es cada vez mayor y que la psicosis como factor psicopatológico no siempre estaría presente. **Objetivos:** Revisar la literatura sobre la automutilación genital y formular un replanteamiento teórico sobre su concepción psicopatológica. **Método:** Reporte de caso. **Resultados:** A continuación se presenta el caso de un paciente con un trastorno de identidad de género que intentó fallidamente realizarse la autocastración. El hecho, motivado por una profunda distorsión de la imagen corporal, ocurrió sin evidencia de psicosis, según la evaluación clínica y de pruebas psicológicas. Hasta donde se tiene conocimiento, este es el primer caso que se reporta en la literatura latinoamericana. **Conclusiones:** Estos actos podrían ser uno de varios puntos de confluencia clínica de un continuo de trastornos cuyo principal elemento psicopatológico sería la *distorsión de la imagen corporal* y no necesariamente la psicosis. Estas entidades eventualmente podrían ser incluidas dentro de una nueva sección categorial en las futuras clasificaciones diagnósticas en psiquiatría.

Palabras clave: automutilación, trastorno dismórfico corporal, identidad de género.

Title: Genital Mutilation in a Transsexual Patient: Is it an Indication of an Imprecisely Defined Pathological Spectrum?

Abstract

Introduction: Traditionally, genital self-mutilation has been considered a psychotic reaction in or outside the religious context. There are good data supporting the fact that it is not as infrequent as once thought and that psychosis might not always be present as a psychopathological determinant. **Objectives:** To review the literature concerning genital self-mutilation and to redefine its psychopathological conception. **Method:** Case report. **Results:** The presentation of a patient with gender identity disorder who failed in the attempt to perform an orchidectomy on himself. The act, motivated by a deep body image distortion, happened without evident psychosis as assessed clinically and by psychological batteries. As far as

¹ Médico psiquiatra. Especialista en Psiquiatría de Enlace. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica. San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.

we know, this is the first case reported in the Latin-American scientific community. **Conclusions:** This kind of acts could be one of several points of clinical confluence in a continuum of disorders whose most important psychopathologic element would be *self body image distortion* and not necessarily psychosis. This group of entities eventually could be grouped into a new categorical section of future diagnostic classifications in psychiatry.

Key words: Self-mutilation, body dysmorphic disorder, gender identity.

Introducción

La castración es la suspensión de la función testicular mediante estrategias quirúrgicas o farmacológicas (1,2). Ha sido una práctica muy frecuente desde antes de Cristo (1) y hoy en día más de dos millones de hombres de la cultura *hijra* de la India la han practicado (2).

La mayoría de los casos reportados de autocastración ocurrieron en pacientes psicóticos o en quienes hubo alguna complicación por carencia de condiciones adecuadas para la amputación (1). Lo anterior genera un subregistro de los casos (3,4), así como un desplazamiento de la proporción hacia los pacientes con algún tipo de psicosis. A pesar de lo anterior, la existencia de páginas en internet dedicadas a la castración (5) hace pensar que personas no psicóticas podrían incurrir en estas prácticas.

Por lo general, el personal médico que atiende a estos pacientes experimenta una apatía inusual,

emociones encontradas y malestar intenso (6,7). El mayor conocimiento sobre el tema podría mejorar el abordaje en estas ocasiones. A continuación se presenta el caso de un paciente que realizó un intento fallido de autocastración durante una estancia hospitalaria como medio para acceder a una cirugía de reasignación de sexo.

Caso clínico

El caso clínico corresponde a un hombre de 31 años de edad, artista, sin religión, quien convive en unión libre con una compañera, con previos cuadros depresivos y de litiasis renal. Proviene de familia sin antecedentes psiquiátricos, donde ocupa el cuarto lugar de un total de siete hermanos. Su madre siempre estuvo “obsesionada por tener hijas”. Desde que tiene conciencia y razón de ser se ha “sentido e identificado con las mujeres”, por lo que asumió juegos, vestimenta y roles femeninos. Trabajó en ganadería y, entre otras cosas, en castración de animales. A los 14 años de edad es independiente y abandona el hogar. Un año después sufre un asalto sexual muy traumático, pero aclara que su orientación de género ya estaba definida para ese momento. Cuenta con dos diplomados y estudios universitarios incompletos. No hay antecedentes de estilismo ni toxicomanía.

Su atracción sexual se centra en las mujeres, y pese a haberse casado dos veces, su identidad de género

no le ha permitido satisfacerse en ambas relaciones, aun cuando lo ha intentado. Procreó dos hijos, en el momento uno de seis años y otra de dos, con los cuales no tiene contacto por prohibición de ambas madres. Sus cuadros depresivos y ansiosos lo han llevado a estar internado en tres oportunidades en unidades de psiquiatría, principalmente por ideación suicida y un intento de autoeliminación (IAE) con sobredosis de antidepresivos tricíclicos. Su depresión se ha intensificado por la imposibilidad de acceder a la operación de reasignación de sexo, a pesar del uso de varios antidepresivos.

Aunque no cuenta con cirugías estéticas previas, se ha inyectado en la región glútea, a fin de obtener un contorno femenino; además, usa estrógenos conjugados para disminuir las características sexuales masculinas secundarias. Previo a la valoración actual, había sufrido una lesión genital, que según explicó de forma poco convincente fue realizada por desconocidos que lo intentaron agredir sexualmente. En esa ocasión hubo una herida en la base del pene y del escroto, con explosión completa del testículo izquierdo, pero con contenido gonadal íntegro.

Inició una serie de valoraciones médicas para realizar la cirugía de reasignación de sexo; sin embargo, su situación económica le impide pagar el seguro, por lo que el proceso se detuvo. Ante tal limitación, reaparecieron los síntomas depresivos y se le internó por ideación suicida.

Estando en el servicio de urgencias, durante un turno nocturno, se realizó varias heridas sobre los hemiescrotos, con exposición de ambos testículos, pero sin lesión del cordón espermático. Existe viabilidad testicular según se evidenció mediante un eco Doppler realizado días después. Asegura que no logró continuar con el procedimiento, a pesar de no haber experimentado dolor, por la sedación generada por la medicación que había recibido (benzodiacepinas). Se había informado mediante un estudio particular y explicaciones de los especialistas de los detalles de una cirugía y sabe qué órganos no debía dañar para conservar la sensibilidad genital.

La evaluación del Machover, Rorschach y MMPI-2 (analizado con los formatos masculino y femenino) describe dificultades en su capacidad para relacionarse y empatizar con terceros, un gran conflicto de identidad sexual (ambivalencia y rechazo por su anatomía genital masculina), múltiples preocupaciones somáticas (marcada hipocondría) referidas a los órganos genitales, gran impulsividad (respuestas emocionales exageradas a situaciones de origen interno o externo), rasgos depresivos, opositores, agresividad abierta y encubierta, así como una actitud exigente y querellante por la experiencia de continua frustración que el paciente viene reportando respecto a su deseo de tener un cambio de sexo.

La identidad sexual se centra en características físicas, sin que

medie interés alguno por abordar o investigar la fuente de estas dificultades o el significado mental de ser mujer, por lo que no se puede hablar de una identidad o de una sexualidad adulta. Aunque en el Rorschach el juicio de realidad está conservado, no hay ideas delirantes ni desestructuración del pensamiento, se considera que su juicio de realidad podría verse afectado por sus emociones, así como su control inseguro y defectuoso del entorno.

En resumen, existen elementos de personalidad del grupo B (acentuación de rasgos histéricos y límites) con una difusión de la identidad que llega al extremo de la transexualidad y a la experiencia intolerable para el paciente de sentirse como "una mujer atrapada en el cuerpo de un hombre".

Conceptos teóricos y reportes previos

La incidencia de automutilaciones genitales va en aumento (3), ya sea por la influencia de los medios de comunicación en pacientes susceptibles o por el mayor reporte de los casos. Actualmente 3,1 casos son reportados cada año, la mayoría durante la tercera y cuarta década de vida, sin que existan diferencias en raza, cultura, estado civil o religión. La gravedad de la mutilación se relaciona más con la influencia de culpa y conflicto sexual que con la presencia o ausencia de psicosis (3).

En un estudio realizado por Wassersug y colaboradores (1), se entrevistó a 134 hombres que se habían realizado la orquidectomía o que fantasean con ella. El principal impedimento para acceder a ella era la falta de cobertura de seguro médico y las mayores motivaciones fueron: sensación de calma personal (*calma del eunuco*), el control de urgencias sexuales y la excitación que se genera del procedimiento por sí mismo, lo que es considerado una parafilia (1).

En otra investigación, Johnson y colaboradores (2) captaron las respuestas de 135 hombres con castración química o quirúrgica. Ambos conjuntos fueron motivados por un autocontrol de la libido, aunque esta tendencia (junto con la conducta transexual) fue mucho más frecuente en los primeros, mientras que los segundos por lo general, después del control del impulso sexual, estaban motivados por una visión dismórfica del pene o testículos.

Por lo general, el inicio de la fantasía de castración se da antes de los 25 años de edad, lo que implica gran premeditación. De hecho, la mayoría ha estudiado los efectos secundarios del procedimiento. El grupo con castración física tiende a identificarse como de sexo masculino, mientras que quienes incurrieron en procedimientos químicos se definían con sexo femenino (transexuales en etapa prequirúrgica). Estas personas evitan una castración para mantener intacto el escroto pensando en una

eventual construcción vaginal, y es probable que sean menos frecuentes en el grupo quirúrgico por no auto-denominarse como eunucos una vez que accedan al procedimiento (2).

Otra investigación dirigida por Brett y colaboradores (4), les aplicó cuestionarios a 92 orquidectomizados sobre efectos secundarios, estado de salud en general, arrepentimiento, apreciación del acto y quien llevó a cabo el procedimiento. Los hallazgos que más llaman la atención son que después del procedimiento se reportó una disminución de elementos obsesivo-compulsivos estadísticamente significativos, que el 60% toma terapia de remplazo hormonal (testosterona o estrógenos) y que el 53% de los procedimientos fueron realizados por el paciente mismo o por personas no médicas (4) sin adecuado entrenamiento. Existen múltiples reportes de casos de automutilaciones genitales en la literatura. Éstos se pueden agrupar de la siguiente manera:

Con presencia de psicosis: entre el 77% y 87% de los pacientes que incurrieron en automutilación se encuentran psicóticos en el momento de la evaluación médica (8,9). En ellos es más frecuente la mutilación del pene que de los testículos, la incapacidad para justificar el acto una vez que resuelve el estado de psicosis y una mayor frecuencia de cocientes de inteligencia inferiores (2).

El diagnóstico más frecuente en estos casos es la esquizofrenia (10). Si existen elementos deliran-

tes de origen místico y religioso, el cuadro es conocido como síndrome de Klingsor (3,11,12), mientras que si el hecho ocurre como respuesta a alucinaciones auditivas, específicamente órdenes de autoagresión (9), se le llama síndrome de Van Gogh (12). Las automutilaciones genitales también se han reportado en casos de episodios psicóticos agudos y psicosis alcohólica (13).

En un caso descrito en la literatura, un paciente portador de esquizofrenia se amputó el pene dos veces luego de descontinuar la medicación y en ambos casos la restauración quirúrgica fue exitosa, incluso se conservó la capacidad de mantener erecciones (14). De hecho, la automutilación genital no se considera una contraindicación para el intento de reimplantar el miembro, pues en muchos casos, sobre todo cuando media una psicosis, el paciente estará de acuerdo con el procedimiento una vez que resuelva el estado de enajenación (3).

Se han reportado, así mismo, mutilaciones completas (testículos y pene) (9), autofagia del miembro (3,14), castración después de la muerte del padre en una reacción psicótica breve (15) y sección del pene luego de consumo de *trompeta de ángel* (16). La mortalidad sin atención temprana es alta, debido al sangrado (3,14).

Sin presencia de psicosis: la influencia cultural y la necesidad de controlar el impulso sexual son determinantes fundamentales para la

autocastración en ausencia de psicosis (17). Ejemplos en que la religión promueve la autocastración son la secta cristiana rusa *skoptsy* (2,17), la cultura *hijra* de India (2), algunos monjes de sectas occidentales (18), aborígenes australianos (3), sacerdotes católicos durante las épocas del Imperio romano (3,12), así como en algunos grupos budistas; todos ellos intentan controlar sus impulsos sexuales de esta manera (2).

El perfil de las personas que han practicado la autocastración en la cultura occidental fuera de un contexto religioso incluye: carencia de una figura masculina representativa durante la infancia, así como la influencia de una madre dominante (“castradora”); privación afectiva durante ese período; tendencias transexuales u homosexuales; carga de múltiples culpas, miedos, furia o fantasías de incesto o edípicas; un historial de previas lesiones auto-provocadas (2,3,7,13,17,19); previo abuso físico, emocional o sexual, generalmente infligido por hombres; el haber sufrido amenazas de mutilación sexual, y el haber trabajado castrando animales (2).

La automutilación se ve como una forma de autocastigo y de *estatus no masculino* (17). Generalmente no existe arrepentimiento; por el contrario, es bien aceptada con estoicismo, liberación de ansiedad y complacencia (7). El acto es visualizado por algunos como un suicidio focal o parcial (7), principalmente en la cultura china (3). En muchos

casos se utilizan sedantes o licor para realizar el procedimiento y en algunos de ellos no se describe dolor durante la castración. En reportes previos de automutilación genital en personas no psicóticas se menciona el caso de un individuo durante el duelo inmediato por el fallecimiento de su padre (15), dos hombres heterosexuales sometidos a intenso estrés por arresto policial (12) y un paciente con retardo mental leve (20).

Hasta el 2002, existían tan sólo 13 casos de mutilaciones genitales repetitivas en la literatura mundial, a pesar de que hasta un 25% de estos pacientes repetirían el acto (19). El factor común más frecuente es una intensa identificación femenina y confusión sexual —61,5% de estos casos eran portadores de un trastorno de identidad de género (TIG); esta cifra era superior a la reportada de pacientes psicóticos— (3,19).

Las automutilaciones genitales son menos frecuentes en mujeres (3), pero cuando se presentan han sido asociadas con trastornos de la personalidad y con el síndrome de Munchausen (21). Son pocos los casos en que se habla de una psicosis de fondo (20).

Discusión del caso

En el presente caso, existe el diagnóstico de TIG (22) por lo siguiente: identificación acusada y persistente con el sexo femenino, a pesar de pertenecer físicamente al otro sexo, por lo que invierte los

roles esperados para su condición de hombre. Mantiene un malestar persistente con su desempeño como tal, con un rechazo marcado hacia sus genitales e intereses propios. Ha realizado múltiples intentos por eliminar tanto las características sexuales primarias (automutilación genital y solicitud de cirugía para reasignación de sexo) como las secundarias (solicitud de cirugía para cambio de voz y rasgos faciales, así como autoadministración de estrógenos). No coexiste con una enfermedad intersexual y todo lo anterior lo ha llevado a deprimirse gravemente, al igual que a mostrar un malestar clínico, social y laboral marcado. Su especificación incluye además atracción sexual por el sexo femenino.

Existen, además, múltiples coincidencias entre la tendencia de automutilación descrita en la literatura mundial en pacientes no psicóticos y el caso abordado en este artículo: de los seis factores de riesgo identificados por Blacker y Wong (23) para la automutilación genital, están presentes cinco en el caso seleccionado: (a) ausencia de una figura paterna competente, (b) presencia de una madre sobrecontroladora durante la infancia, (c) asociación femenina patológica del niño varón, (d) repudio por la imagen corporal y en particular por el pene y (e) conflictos sexuales no resueltos, según consta en la valoración por psicología clínica. Tan sólo no está presente el sexto criterio, que se refiere a ansiedad y culpa que se liberan con la automutilación.

Otras coincidencias con la literatura son: trabajo con animales (presenciar castraciones) durante la infancia (2), historial de abuso emocional y sexual, deprivación afectiva durante las dos primeras décadas de la vida (2,3,7,13,17,19), estudios universitarios (2), inicio de la fantasía de castración durante la tercera década de la vida (2), ausencia de un seguro médico como principal limitante para no acceder a la cirugía de reasignación de sexo (2), así como automutilación bajo los efectos de sedación y sin reportar dolor (3). Adicionalmente, existe gran premeditación (4) y conocimiento del procedimiento y sus efectos secundarios (4), a través de estudio individual y de explicaciones brindadas por los especialistas que lo atendieron.

Los pacientes transexuales a los que se les niega la cirugía de reasignación de sexo están en un alto riesgo de automutilación genital y de repetir los actos (3,19), lo que ocurrió en este caso, si se toma en cuenta la primera lesión genital que ocurrió en condiciones dudosas. Además, el TIG es por sí solo un factor de riesgo para automutilaciones genitales (2,3,7,13,17,19). La impulsividad y confusión sexual determinadas por pruebas psicológicas también han sido reportadas previamente cuando estos actos ocurren de manera repetida (19).

El patrón descrito por Johnson y colaboradores (2) reaparece en este caso: el paciente transexual recurre primero a una castración química

(estrógenos conjugados), a lo que se le denomina *etapa prequirúrgica*. Para avanzar a la mutilación o cirugía, sería necesario tener una visión dismórfica del pene o testículos. Se sigue este orden secuencial por la necesidad de preservar el escroto y el paquete vaso-nervioso del pene para la construcción de la neovagina.

La discusión teórica surge de la intensa aversión hacia los genitales masculinos, que se acompaña de obsesiones y rumiaciones respecto a la percepción subjetiva del órgano como un defecto, al extremo de considerar su eliminación mediante cirugía o mutilación. La intensidad de esta ideación recuerda el rechazo existente en el trastorno dismórfico corporal (TDC) hacia un supuesto desperfecto físico del paciente.

Se ha relacionado la autoamputación genital en pacientes no psicóticos con el TIG (3,19), así como el trastorno de identidad de la integridad corporal (TIIC)(24-27), que aunque no validado todavía como una entidad diagnóstica ni incluida dentro de las clasificaciones oficiales, parece formar parte de un continuo con el TIG o del TDC.

En el TIIC, previamente conocido como apotemnofilia, la persona que presenció castraciones, se obsesiona porque un miembro funcional de su cuerpo le sea amputado, por percibirle sobrante para un equilibrio físico y emocional. Es decir, existe una distorsión de la imagen corporal en la que el esquema mental

no corresponde con el físico hasta tanto no ocurra la amputación del miembro en cuestión, al que se le visualiza como ajeno y extraño, a pesar de conservar su funcionalidad. Esta es una situación inversa a la experimentada en el caso del miembro fantasma ausente (24-27). A pesar de las controversias (27), se le ha considerado una variable extrema del TDC. Incluso se describen automutilaciones, algunas de ellas genitales (20).

Brett (4) reportó que la tercera parte de los entrevistados realizaron la castración, porque percibían sus genitales como "sobrantes" en la autoimagen corporal, mientras que Johnson (2) describe que la segunda motivación más importante para la castración voluntaria era una visión dismórfica del pene o testículos.

No hay consenso para la inclusión de pacientes con TIG que recurren a automutilaciones genitales dentro del TIIC (2,24-26), a pesar de considerar muchas veces sus órganos sexuales como ajenos y sobrantes. Se estima que hasta una tercera parte de la población con TDC es en efecto transexual (4). En individuos susceptibles, se menciona que los medios de comunicación y el acceso a internet podrían ejercer alguna influencia (19).

La automutilación genital en pacientes no psicóticos podría ser un punto de confluencia entre distintas patologías (12), que tienen en común distorsiones de la imagen corporal y no necesariamente una

sintomatología psicótica pura. Otras manifestaciones menos radicales de la modificación de genitales y más aceptadas son: tatuajes e implantación de esferas y pendientes (*piercing*) (3).

El TIG, el TIIC y el TDC comparten similitudes clínicas marcadas, de las cuales la *distorsión de la imagen corporal* es su común denominador. Actualmente, el TIG se encuentra clasificado como trastorno sexual y de la identidad sexual en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición revisada* (DSM-IV-R) o como trastorno de la identidad sexual en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) (28). El TIIC no ha sido validado como una entidad diagnóstica y por lo tanto tampoco categorizado. Para el DSM-IV, el TDC se incluye dentro de los trastornos somatomorfos, con otras entidades no necesariamente similares clínicamente, mientras que la CIE-10 no lo contempla como una patología con especificación propia.

Aunque hace falta investigación epidemiológica y etiológica, se plantea que eventualmente este conjunto de patologías podría ser reconsiderado dentro de una nueva categoría diagnóstica: los *trastornos de la imagen corporal*. De esta forma se cuestiona la psicosis como la explicación única de actos radicales de automutilación (genital o no) y se enfoca el abordaje en un campo diagnóstico y terapéutico distinto.

Estudios adicionales en este sentido podrían aclarar si la anorexia nerviosa o quienes incurren en múltiples cirugías estéticas sin cumplir con los criterios de TDC podrían incluirse en este grupo. Desgraciadamente, la dispersión de los casos limita la investigación en este sentido. Un tema de exploración agregado sería la respuesta a medicación antidepresiva a altas dosis que sí ha resultado efectiva en el tratamiento del TDC y algunos casos de anorexia nerviosa.

Históricamente se asoció la automutilación genital con la presencia de psicosis (8,9); sin embargo, los pacientes sin trastornos en el contenido del pensamiento podrían recurrir a estas prácticas de una forma más discreta y premeditada, y generar así un sesgo en reporte de casos y publicación. Portales de internet como el *Eunuch Archive*, que cuenta con más de 3.500 miembros, hace pensar que la incidencia de estos casos en pacientes no psicóticos podría ser mayor de la esperada.

Cabe recordar que en el estudio de Brett en esta misma página web, más de la mitad de quienes participaron en la encuesta habían sido mutilados por personas distintas a médicos con licencia para procedimientos quirúrgicos en seres humanos. Lo anterior tiene repercusiones en el subdiagnóstico, pero también en el riesgo de salud al que se expone esta población, como complicaciones quirúrgicas bajo condiciones no estandarizadas.

Conclusiones

Es necesario cuestionar la psicosis como la explicación única de actos como la automutilación genital. Un porcentaje, posiblemente menor al estimado con anterioridad, corresponde claramente a pacientes con psicosis (por ejemplo, esquizofrenia, episodio psicótico agudo por drogas u otras causas, etc.).

No obstante, otro grupo comparte la distorsión de la imagen corporal como común denominador. Esta población podría pertenecer a un conjunto continuo de patologías que hasta la fecha han sido definidas de un modo muy inespecífico. Lo anterior hace pensar en la necesidad de ampliar la investigación en este campo, en particular en áreas epidemiológicas, etiológicas y terapéuticas, para beneficio de todos aquellos portadores de estas entidades.

Referencias

1. Wassersug RJ, Zelenietz SA, Squire GF. New age eunuchs: motivation and rationale for voluntary castration. *Arch Sex Behav.* 2004;33(5):433-42.
2. Johnson T, Brett M, Roberts L, Wassersug R. Eunuchs in contemporary society: characterizing men who are voluntarily castrated (part I). *J Sex Med.* 2007;4(4 Pt 1):930-45.
3. Eke N. Genital self mutilation: there is no method in this madness. *BJU Int.* 2000;85(3):295-8.
4. Brett M, Roberts L, Johnson T, Wassersug R. Eunuchs in contemporary society: expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *J Sex Med.* 2007;4(4 pt 1):946-55.
5. The Eunuch Archive org [Internet]. Minneapolis: The Eunuch Archive. [2009 Mar 20]. Disponible en: <http://www.eunuch.org/>.
6. Jezior JR, Brady JD, Schlossberg SM. Management of penile amputation injuries. *World J Surg.* 2001;25(12):1602-9.
7. Fisch RZ. Genital self-mutilation in males: psychodynamic anatomy of a psychosis. *Am J Psychother.* 1987;41(3):453-8.
8. Nayaka M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology.* 1996; 29(4):242-8.
9. Stunell H, Power R, Floyd J, Quinlan D. Genital self-mutilation. *Int J Urol.* 2006;13(10): 1358-60.
10. Mellon C, Barlow C, Cook J, Clark L. Autocastration and autopenectomy in a patient with transsexualism and schizophrenia. *J Sex Research.* 1989;26(1):125-30.
11. Schweitzer I. Genital self-amputation and the Klingsor syndrome. *Aust NZ J Psychiatry.* 1990;24(4):566-69.
12. Nerli R, Ravish I, Amarkhed S, Manoranjan U, Prabha V, Koura A. Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: case report of two cases. *Indian J Psychiatry.* 2008;50(4):285-7.
13. Ignjatovic I, Potic B, Paunkovic L, Ravangard Y. Automutilation of the penis performed by the kitchen's knife. *Int Urol Nephrol.* 2002;34(1):113-5.
14. Volkmer BG, Maier S. Successful penile replantation following autoamputation: twice! *Int J Impot Res.* 2002;14(3):197-8.
15. Thompson JN, Abraham TK. Male genital self mutilation after paternal death. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1983;287(6394):727-8.
16. Marneros A, Gutmann P, Uhlmann F. Self-amputation of penis and tongue after use of Angel's Trumpet. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256(7):458-9.
17. Premand NF, Eytan A. A case of non-psychotic autocastration: the importance of cultural factors. *Psychiatry.* 2005;68(2):174-8.
18. Roberts WL, Hollifield M, McCarty T. Psychiatric evaluation of a "monk"

- requesting castration: A patient's fable, with morals. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):415-20.
- 19. Catalano G, Catalano MC, Carroll K. Repetitive male genital self-mutilation: a case report and discussion of possible risk factors. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(1):27-37.
 - 20. McGuire BE, Ahmed SN. Genital self-mutilation: a literature review and case report. *Sex Marital Ther*. 1998;13(2):201-5.
 - 21. Ajibona O, Hartwell R. Feigned miscarriage by genital self-mutilation in a hysterectomised patient. *J Obstet Gynaecol*. 2002;22(4):451.
 - 22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th Ed. TR. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
 - 23. Blacker KH, Wong N. Four cases of auto-castration. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;8:169-76.
 - 24. BIID org. [Internet]. Body Integrity Identity Disorder. [citado 2009 Mar 20]. Disponible en: <http://www.biid.org/>.
 - 25. TS-Si. Psychiatric politics: Body Integrity Identity Disorder (BIID) [Internet.] Virginia: TS-Si; 2008. [citado 2009 Mar 20]. Disponible en: <http://ts-si.org/private-matters/3643-psychiatric-politics-body-integrity-identity-disorder-biid.html>.
 - 26. Lawrence AA. Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2006;35(3):263-78.
 - 27. Bridy A. Confounding extremities: surgery at the medico-ethical limits of self-modification. *J Law Med Ethics*. 2004;32(1):148-58.
 - 28. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (ICD-10), Revision Version for 2007: Chapter V: Mental and Behavioral Disorders [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2007. [citado 2009 Abr 1]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.

Conflictos de interés: el autor no reporta conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 25 de noviembre del 2009

Aceptado para publicación: 20 de abril del 2010

Correspondencia

Ricardo Millán-González

Unidad de Neurociencias

Hospital Calderón Guardia y

Centro Costarricense de Investigaciones Médicas

San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica

drmillan@hotmail.com