

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO GRAVE

Pedro J. Moreno Gil¹, Xavier Méndez Carrillo
y M^a Encarnación López Navarro
Universidad de Murcia (España)

Resumen

Se presenta un caso de trastorno obsesivo-compulsivo grave complicado con abuso de alcohol y con trastornos narcisista y paranoide de la personalidad. La evaluación incluyó la escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown, el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (segunda edición) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. El tratamiento psicológico se basó en los modelos de la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar estratégica. El tratamiento psicológico duró cuatro años y se administró adaptado al paciente. Debido a la falta de colaboración del paciente, la abstinencia ética y los síntomas obsesivo-compulsivos se trataron inicialmente por medio de intervenciones paradójicas y otras técnicas estratégicas. Tras lograr la colaboración del paciente, empleamos exposición con prevención de respuesta para manejar los síntomas obsesivo-compulsivos. Los síntomas del Eje I se redujeron de modo clínicamente significativo. Los síntomas narcisistas y paranoides se trataron a partir del modelo de la terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1995) pero el cambio clínico fue pequeño. Se discuten las relaciones entre el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo y su influencia en la respuesta al tratamiento psicológico.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de alcohol.*

Abstract

In this paper a case of severe obsessive-compulsive disorder is presented. The patient had alcohol abuse, narcissistic personality disorder and paranoid personality disorder as comorbid conditions. Assessment included Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale, Millon Clinical Multiaxial Inventory (second edition), and International Personality Disorders Examination. The psychological treatment was based on cognitive-behavioral and strategic family therapy. The treatment

¹ *Correspondencia:* Pedro J. Moreno Gil, c/ San Antón, 34 – 3º D, 30009 Murcia (España). Correo electrónico: pjmoreno@correo.cop.es

lasted four years and was tailor-made administered. Due to the lack of the patient's collaboration, the alcohol abstinence and the obsessive-compulsive symptoms were initially treated by means of paradoxical interventions and other strategic family techniques. After obtaining the patient's collaboration, exposure with response prevention was employed to address the obsessive-compulsive symptoms. These Axis I symptoms were reduced in a clinically significant degree. Paranoid and narcissistic symptoms were treated on the basis of cognitive therapy (Beck and Freeman, 1995) but the clinical change was small. Relations between narcissistic personality disorder, paranoid personality disorder, obsessive-compulsive disorder and their influence in the response to psychological treatment are discussed.

KEY WORDS: *Personality disorders, obsessive-compulsive disorder, alcohol abuse.*

Introducción

En las últimas décadas los avances de la psicopatología en la conceptualización de los trastornos mentales no han ido paralelos con el conocimiento de los trastornos de la personalidad (TP), que forman un grupo nosológico un tanto evanescente (Echeburúa y Corral, 1999). La distinción realizada por primera vez en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su tercera edición (DSM-III, *American Psychiatric Association*, 1980), entre los trastornos del Eje I (trastornos mentales) y los del Eje II (TP) ha contribuido a poner el acento del tratamiento también en estos últimos. Del mismo modo, la cuarta edición del citado manual (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994) dedica casi en exclusiva su Eje II a los TP, en parte por su alta prevalencia y en parte por su elevada comorbilidad con otros trastornos (Echeburúa y de Corral, 1999). No obstante, en opinión de Millon y Escovar (1996), los teóricos y los clínicos frecuentemente tienen dificultades para entender la compleja interacción entre los síndromes clínicos y los TP, lo que podría justificar las muchas explicaciones sobre la conexión existente entre ambas entidades.

La opinión más extendida es que la personalidad tiene un carácter etiológico, es decir, que los TP preceden el inicio de los síndromes clínicos y, por consiguiente, establecen un estado vulnerable para la formación de los síntomas (Klerman, 1973). Otra explicación similar es que ciertas personalidades pueden crear continuamente circunstancias estresantes que tengan como consecuencia el desarrollo de episodios clínicos (Akiskal, Khani y Scott-Strauss, 1979).

Un enfoque explicativo diferente sugiere que muchos TP representan manifestaciones subclínicas de los principales síndromes clínicos (Akiskal, Hirschfield y Yerevanian, 1983). Medina y Moreno (1998) también señalan esta posibilidad al afirmar que la frecuente comorbilidad entre los TP y los trastornos mentales puede darse porque el TP actúa como un factor predisponente del trastorno mental o porque el TP es una secuela residual del trastorno mental.

Se ha afirmado también que la personalidad puede ejercer un efecto patoplástico, es decir, que coloree y moldee la expresión particular de los síntomas clínicos (Paykel, Klerman y Prusoff, 1976).

Docherty, Feister y Shea (1986) ofrecen otra posible base para la comorbilidad de determinados trastornos del Eje I y del Eje II, algo que ellos denominan la tesis del «coefecto»:

«Este modelo propone que el TP y el trastorno del síndrome son estructuras psicobiológicas separadas. Sin embargo, se propone que ambas surgen de una causa común o tercer factor, un proceso de enfermedad único que genera ambas entidades. En este modelo, ni el TP ni el trastorno del síndrome son la causa del otro. Simplemente correlacionan» (p. 317).

Con independencia del tipo de relación entre los trastornos mentales y los TP, la elevada comorbilidad de estos últimos con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios (véanse, p.e., Molnar, Freund, Riggs y Foa, 1993; Samuels et al., 2000; Steketee, 1993), alcanzando una mediana del 52% de pacientes con TOC que tienen uno o más TP. Este es un dato muy importante si tenemos en cuenta que las características de personalidad podrían llegar a interferir con el tratamiento del TOC, sea éste psicológico o farmacológico (Steketee, 1993), hecho éste que ha llevado a algunos autores a recomendar demorar o incluso no aplicar la terapia cognitivo-conductual en ciertos casos (Freeston y Ladouceur, 1996).

El caso presentado ejemplifica la interrelación entre el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad y el TOC, poniendo de manifiesto la dificultad para tratar la sintomatología del Eje I sin considerar simultáneamente los patrones de personalidad patológicos. Por otro lado, el caso que se expondrá a continuación ilustrará el elevado grado de interferencia que puede crear la presencia de TP en el manejo clínico del paciente y en la respuesta al tratamiento en un caso de TOC grave. Adicionalmente se describen algunas de las técnicas y estrategias que se han llevado a cabo para salvar dichas interferencias.

Método

Presentación del caso

J.S. es un varón de 33 años que acude a consulta remitido por su psiquiatra por un importante abuso de alcohol, que consiste en la ingesta diaria de una media de cuatro copas de whiskey desde hace varios meses. El psiquiatra nos informa que dicho abuso etílico resulta extremadamente arriesgado porque podría interactuar de modo peligroso con el tratamiento farmacológico que sigue para el TOC grave que padece desde los 17 años. Dicho tratamiento incluía clomipramina a dosis máxima (250 mg/día), cloracepato dipotásico (100 mg/ «cuando se encontrara nervioso» el paciente) y risperidona (0,5 mg/día), «como potenciador del tratamiento antiobsesivo», según su psiquiatra.

El síntoma principal que determina el deterioro clínico en ese momento es el chequeo compulsivo de la información presentada en soporte escrito y verbal. El

paciente, pese a superar toda una licenciatura con un promedio de sobresaliente, se encuentra que es incapaz de leer más allá de una breve frase o un titular de periódico. Es incapaz de entender las frases que emiten los tertulianos de los programas de radio y de televisión, ya que al prestar atención no percibe más que una sucesión inconexa de sonidos sin sentido. Cuando lee necesita realizar un chequeo continuo del alcance de su entendimiento de las materias leídas, lo que le lleva a releer de modo compulsivo cada palabra de cada frase una y otra vez, impidiéndole avanzar en su lectura. La motivación alegada por J.S. para realizar tal comprobación se resume en una de sus frases: «Necesito captar hasta el más mínimo detalle por si tuviera que defender mi punto de vista en una conferencia».

El paciente se licenció en Filosofía y está preparando oposiciones para la docencia en educación secundaria. J.S. es soltero y vive en la casa paterna con su hermana menor, su padre y su madre (de 58 y 56 años respectivamente). Vive en un medio urbano, es de origen humilde y, aunque actualmente está desempleado, en el pasado trabajó como auxiliar administrativo en una empresa y como empleado en una librería. No pudo mantener ambos trabajos debido, principalmente, a la interferencia de sus alteraciones de personalidad. Pese a que el paciente se oponía de modo vehemente a solicitar el reconocimiento del estatus de minusválido, finalmente, tras una importante insistencia de su trabajadora social, le han reconocido una minusvalía del 65% con derecho a pensión (no contributiva).

J.S. tuvo un desarrollo precoz y su infancia fue una época feliz, caracterizada por una buena armonía familiar y una buena relación con sus amigos y compañeros. El único problema que tuvo durante esos primeros años de vida fue una enuresis primaria, satisfactoriamente tratada, según pudimos deducir, a través de programa terapéutico basado en una economía de fichas.

Ha destacado desde su infancia como una persona sumamente inteligente, constituyéndose en el centro de atención en numerosas reuniones familiares. Su erudición era continuamente alabada por familiares y demás personas, pudiendo esto contribuir a la formación o exacerbación del estilo de personalidad narcisista que manifestó posteriormente el paciente (Curtis y Cowell, 1993). De hecho, a lo largo de su vida, J.S. ha dado mucha importancia al hecho de ser diferente en lo que a su inteligencia se refiere, a ser superior a los demás y a ser el centro de todo y de todos.

En cuanto a su historia familiar, hemos de destacar que su padre también presenta ciertos rasgos obsesivos, pero nunca ha padecido formalmente TOC. Su abuelo paterno, de acuerdo a la descripción de los familiares, sí pudo padecer TOC y problemas con el alcohol.

El TOC se inició cuando J.S. tenía 17 años y cursaba estudios de bachillerato. A esa edad suspendió por primera vez la asignatura de física y química, viviendo este suceso como un castigo por las gamberradas cometidas durante su infancia y primera adolescencia. Esto fue para él un sinónimo de fracaso como «Ser infinitamente Perfecto», ya que tal era como se consideraba. Se había decepcionado profundamente a sí mismo. A partir de ese momento dedicó su tiempo íntegramente a los estudios, con sesiones de hasta 22 horas de estudio continuado, según informan los padres.

Una de las primeras manifestaciones del TOC fue el miedo a que las personas que consideraba «culturalmente inferiores» (y que denominaba «tabúes»), le transmitieran mala suerte a la hora de examinarse, haciéndole olvidar todo lo estudiado. Este miedo le llevó a evitar todo tipo de contacto o relación con dichas personas: no las miraba, no pasaba por la misma calle y no admitía siquiera un roce ocasional en un autobús, por ejemplo. Evitaba rozarse con barrenderos, tenderos y otros seres que consideraba «inferiores», y cuando estaban frente a él cerraba los ojos y se tapaba los oídos para que no le hablaran.

El problema de las personas «tabúes» se fue generalizando a determinados tipos de música y a otras etnias, especialmente la calé. Le suponía un gran esfuerzo ir desde su casa hasta la parada del autobús (a unos 100 metros) por la cantidad de personas consideradas indeseables que se cruzaba. En el transporte público, no se sentaba en asientos donde sabía que anteriormente había estado un gitano. No podía escuchar la palabra «gitano». Cuando escuchaba alguna voz o música de «alguien culturalmente inferior» a él, éstas quedaban posteriormente grabadas en su memoria repitiéndose continuamente contra su voluntad. Algo similar ocurría con las imágenes de quien le había rozado o mirado, presentándose dichas imágenes de forma intrusiva y reiterada.

Para erradicar las obsesiones se inventó lo que llamaba «palabras talismanes» (compulsiones) que utilizaba cada vez que visualizaba a personas «tabúes». Éstas, que eran los nombres de personas ilustres, eran repetidas tres veces, símbolo para él de la Trinidad, «que equivale a Perfección». Junto a dichas compulsiones, J.S. gritaba y saltaba en la cama cada vez que, mientras estudiaba, aparecían las obsesiones. Los intentos de neutralizar las obsesiones pasaban también por golpearse en la cabeza, en la barbilla, patalear y leer textos de filosofía gritando. En la primera cita con su terapeuta este paciente presentaba un color violáceo verdoso en las caras externas de sus muslos, provocado por el golpear compulsivo.

Por las mañanas invertía un mínimo de 30 minutos en vestirse, ya que cuando empezaba a hacerlo venían a su mente las ideas obsesivas y tenía que desnudarse e invocar sus «palabras talismanes» (por ejemplo, «Demósteles, Demósteles, Demósteles»). Una vez conseguido esto, volvía a vestirse. El proceso de desvestirse era similar aunque llegaba a durar hasta 90 minutos. La Tabla 1 recoge la descripción del propio paciente de una de sus muchas obsesiones y compulsiones.

Su primer ingreso en un hospital psiquiátrico fue a los 17 años. El hecho que desencadenó la hospitalización fue que un gitano le rozó el brazo. Seguidamente, mientras caminaba de regreso a su domicilio, necesitaba repetir sus «palabras talismanes» con el fin de neutralizar la idea obsesiva de que iba a perder su cultura. Al llegar a su domicilio, como no lograba sentir la seguridad de que su cultura permanecería, entró al aseo y se frotó intensamente el brazo con detergente y champú. Se lavó de forma compulsiva y, puesto que no eliminaba la idea obsesiva, necesitó cortarse con una cuchilla de afeitar la zona en la que le había rozado la persona de raza calé. Tras ese acto se consideró descontaminado, ya que, en términos del paciente, «su sangre había purificado la zona, eliminando la mala suerte que hubiera tenido de no haber realizado dicha desinfección».

Tabla 1

Descripción del paciente de una de sus dudas obsesivas

«...creo recordar que uno de mis vecinos —más gamberro que yo en aquellos años, un ser conflictivo, rayano en la delincuencia, con una infima cultura—, habiendo dicho yo que en Bélgica se habla belga, me replicó que en Bélgica se habla francés. Ambos teníamos razón pero yo comienzo a *dudar* sobre quién fue ese día más perfecto, más certero, así como si me subestimó. Han transcurrido, grosso modo, veinte años desde entonces. Creo que no me minusvaloró; tan sólo dijo que en Bélgica se habla francés (cierto), habiendo aseverado yo, por mi parte, que allí se habla belga (cierto). Mi duda sobre lo que pudo haber dicho, el no recordar lo que dijo a continuación (si es que dijo algo a continuación) me ha obsesionado durante el pasado mes del presente año. Ante ello, me he golpeado la barbilla y los muslos tras tratar de reconstruir aquel momento, pero *no recuerdo exactamente nada* de lo que pudo decir o de lo que dijo o si dijo algo a continuación de decir algo que, ora en un caso, ora en otro caso, es verdadero. Penetra en mí una falsa idea, una idea irracional: que yo pudiese haber pronunciado la palabra 'alemán'. Pero no siendo posible tal cosa, y no pudiendo dominar dicha idea diabólica, comienzo a gritar 'no, no, no, no...'; reconstruyo; re-reconstruyo; re-re-reconstruyo aquel día, *mas no recuerdo exactamente nada*. Esto me atormenta aunque la obsesión expuesta no actúa durante todo el día, pero ¡por favor, ya basta! Sé que si a ese vecino le comentase algo al respecto hoy por hoy, es claro que exclamaba: '¡tú estás loco! ¿De qué me estás hablando?' Sí, eso es lo que me preguntaría, pero, ¿acaso no es cierto que soy un orate?»

Otro tipo de obsesiones sufridas por el paciente son las relacionadas con el hecho de haber pagado o no los artículos que compra. Así, cuando abona los artículos adquiridos en cualquier establecimiento (quioscos, farmacias, etc.) necesita comprobar si el dinero entregado coincide exactamente con el precio correspondiente, para lo cual cuenta de una en una las monedas entregadas, apretándolas fuertemente contra el mostrador de la tienda. Pero aún habiendo realizado esto, cuando ha terminado de pagar se queda cerca del lugar durante 4 o 5 minutos para comprobar que el vendedor no le reclama el pago. No obstante, por la noche y una vez quitada la ropa, introduce una y otra vez las manos en los bolsillos de sus pantalones para comprobar que no tiene dinero que no le pertenece. Convertirse en delincuente supone para él uno de sus más importantes temores, pues negaría su condición de «Ser Perfecto».

Desde la perspectiva de la personalidad, J.S. se presenta como una persona extraordinariamente narcisista y suspicaz. Para ejemplificar estos rasgos basta decir que aceptó recibir tratamiento de su terapeuta porque participaría en un programa experimental para pacientes con TOC grave pionero en nuestra comunidad y supervisado directamente por un catedrático, aunque, simultáneamente presentaba una duda continua sobre «las verdaderas intenciones» de su terapeuta. El narcisismo se ha manifestado continuamente en la relación con su familia, especialmente con una conducta egoísta y déspota, carente de empatía por el sufrimiento que generaba en el medio familiar. Dicho narcisismo arranca, de forma clara y perturbadora, desde la adolescencia.

La suspicacia extrema ha sido otra constante en la conducta de J.S. desde hace varios años. Sus recelos han sido sobre muchas y variadas situaciones. Ha dudado de las intenciones de sus padres, de sus terapeutas, de sus amigos, de los conocidos, de los desconocidos... Ver una persona charlando animadamente y riendo con otra ha sido con frecuencia objeto de interpretaciones autoreferentes. No obstante nunca ha alcanzado una suspicacia delirante (el paciente reconocía que sus sospechas podían carecer de fundamento). Por otro lado, tampoco ha variado dicha suspicacia por la ingesta de antipsicóticos.

El catálogo de tratamientos que previamente ha recibido J.S. en los 14 años previos es extraordinariamente extenso desde el punto de vista farmacológico. Probablemente se han ensayado con él todas las medicaciones que reportaban un mínimo de esperanza en cada uno de los años en los que ha sido objeto de atención médica. El paciente ha tomado antidepresivos (clomipramina, fluvoxamina y reboxetina), ansiolíticos (bromacepán, cloracepato, alprazolam) y neurolépticos (risperidona, haloperidol). Concomitantemente, J.S. ha recibido psicoterapia de orientación dinámica desde el inicio de su cuadro clínico (14 años, aproximadamente). El resultado de dichos tratamientos ha sido siempre de alcance limitado, con ligeras mejoras de corta duración. Durante los cuatro años de tratamiento con nosotros el tratamiento farmacológico se mantuvo constante y en la misma línea que venía recibiendo previamente (dosis máxima de antidepresivos y ansiolíticos a demanda del paciente).

Evaluación

En la entrevista de acogida al paciente se puso de manifiesto que se estaba ante un TOC grave. La dinámica familiar se mostraba sugerente de alteraciones importantes, más allá de lo que el TOC hacía sospechar. Por ello, tras valorar el TOC se decidió inspeccionar la posible presencia de patrones de personalidad con relevancia clínica y esto condujo a la necesidad de evaluar en profundidad la posible presencia de TP. La evaluación se desarrolló en cuatro sesiones, que se dedicaron a:

- Una entrevista no estructurada con el paciente y sus familiares de primer rango (padres y hermana).
- Administración de la *Escala Yale-Brown para las obsesiones y las compulsiones* (Goodman, 1987). Esta escala permite establecer un juicio clínico sobre la presencia de TOC, permitiendo valorar su gravedad. Dicha gravedad se subdivide en cinco niveles: subclínica (<7), ligera (8-15), moderada (16-23), grave (24-31) y extrema (32-40).
- Administración del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (Millon, 1998). Este inventario evalúa, además de cuatro escalas de control, diez patrones básicos de personalidad, tres patrones graves de personalidad, seis síndromes clínicos de intensidad moderada y tres síndromes de intensidad grave. Este inventario permite detectar la presencia de patrones susceptibles de constituir TP pero no ofrece diagnósticos sobre TP (Choca y Van Denburg, 1998). El

autor del inventario considera significativa aquella escala que obtiene una tasa de base igual o superior a 75.

- Administración del *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorders Examination, IPDE, Organización Mundial de la Salud, 1996)*. Esta es una entrevista estructurada que está diseñada para efectuar un juicio clínico fiable sobre la presencia de TP.

En la Tabla 2 pueden consultarse las obsesiones y compulsiones que presentaba el paciente en el momento de la entrevista. En la columna de su derecha se han indicado las obsesiones y compulsiones que el paciente había sufrido en el pasado. Considerando los criterios de puntuación para esta escala, J.S. obtuvo una puntuación de gravedad extrema (40 puntos).

En el MCMI-II aparecieron numerosos patrones de personalidad que podían llegar a tener una significación clínica (véase Tabla 3). No obstante, dicha elevación masiva de escalas podía indicar cierto fingimiento o una demanda de atención (Choca y Van Denburg, 1998, p. 103). En cualquier caso, tales resultados aconsejaban una evaluación minuciosa de las alteraciones de la personalidad, más allá de lo que puede precisar un inventario.

La entrevista estructurada IPDE permitió desvelar que existían dos TP compatibles con el cuadro clínico de J.S. Los TP cuyos criterios se cumplían son el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno paranoide de la personalidad. En la Tabla 4 pueden verse los ítems que se cumplían para cada uno de dichos trastornos.

Descripción del tratamiento

El tratamiento se desarrolló a lo largo de un periodo de cuatro años con sesiones semanales, hecho que dificulta compendiar todo lo ocurrido en ese transcurso y razón por la que se presentarán tan sólo las líneas generales del tratamiento y algunas técnicas específicas que se emplearon en inflexiones de la terapia.

Dada la complejidad del caso, se decidió establecer tres tiempos de actuación: 1) reducir el consumo de alcohol, 2) reducir los síntomas principales del TOC, y 3) atenuar los rasgos patológicos de personalidad. El modelo de tratamiento inicialmente adoptado fue el cognitivo-conductual, dado el elevado acervo de conocimiento y el exitoso resultado que podía prometer dicha aproximación (Beck y Freeman, 1995; Cruzado, 1993; Echeburúa, 1994). No obstante, debido a las características de personalidad del paciente fue necesario recurrir, en determinadas situaciones, a técnicas de la *terapia familiar estratégica* (Fisch, Weakland y Segal, 1984; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

El abuso de alcohol más que una forma de alcoholismo parecía una medida de afrontamiento de la humillación que el paciente experimentaba por su fracaso como «Ser Perfecto» (colisión TOC-Narcisismo). Esta pauta de consumo tenía una historia de pocos meses, sin embargo, pese a reconocer las ventajas de la supresión del alcohol, el paciente se negaba a reemplazar dicho consumo por otras formas de afrontamiento. No tenía ya esperanza alguna ni en los tratamientos farmacológicos ni en

Tabla 2

Obsesiones y compulsiones que tienen o han alcanzado significación clínica

| OBSESIONES DE CONTENIDO AGRESIVO | Pretest | Pasado |
|---|----------------|---------------|
| Miedo de dañar a otras personas. | X | X |
| Miedo de dañarse a sí mismo. | X | |
| Imágenes horribles o violentas. | X | |
| Miedo a proferir obscenidades o insultos. | | X |
| Miedo a estar haciendo algo embarazoso | X | X |
| Miedo a actuar sometido a impulsos criminales (ej.: robar en una tienda o atracar un banco). | X | |
| Miedo a aparecer como el responsable de algún error a fracaso. | X | |
| Miedo a que ocurra alguna catástrofe (ej.: incendio, muerte de un familiar o amigo). | X | |
| Otros: «miedo a matar a alguien» | X | |
| OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN | | |
| Preocupación por la suciedad o gérmenes | | X |
| Preocupaciones sobre contraer enfermedades | | X |
| Otros: «Rozarme con gitanos y seres culturalmente inferiores» | | X |
| OBSESIONES DE NECESIDAD DE SIMETRÍA, EXACTITUD U ORDEN | | |
| Lápices, fundas de gafas y demás artículos de su dormitorio | X | X |
| OBSESIONES DIVERSAS | | |
| Necesidad de saber o recordar | X | X |
| Miedo de decir ciertas cosas. | | X |
| Miedo de no decir las cosas correctamente. | X | X |
| Números de suerte y números nefastos. | X | X |
| COMPULSIÓN DE LAVADO/LIMPIEZA | | |
| Lavado de manos excesivo o ritualizado. | | X |
| Duchas ritualizadas. | X | X |
| COMPULSIONES DE CONTAR | | |
| Pronunciar la expresión «Tres, Trinidad, Perfección» 33 ó 99 veces («múltiplos de trinidad») | X | |
| COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN | | |
| Comprobar puertas, cerraduras. | X | |
| Comprobar que no ha hecho daño a otros. | X | |
| Comprobar que nada terrible ha ocurrido | X | |
| Otros: comprobar que han entendido la lectura, la tertulia de la televisión o la radio... | X | X |
| RITUALES DE REPETICIÓN | | |
| Vestirse y desvestirse | X | X |
| COMPULSIONES DE ARREGLO Y ORDEN | | |
| Vestirse de modo ritualizado | X | X |
| COMPULSIONES VARIADAS | | |
| Rituales mentales (otros distintos de comprobación/contar): «Reconstrucción mental de secuencias de acciones pasadas» | X | |

Tabla 3
Puntuaciones significativas en MCMI-II

| Tipo de escala | Leyenda | Denominación | TB en pretest |
|----------------------------|---------|-----------------|---------------|
| Básicas de personalidad | 5 | Narcisista | 87 |
| | 6B | Agresivo/sádica | 111 |
| | 8A | Pasivo/agresiva | 98 |
| | 8B | Autodestructiva | 79 |
| De personalidad patológica | P | Paranoide | 77 |

TB: tasa de base.

Tabla 4
Ítems que cumplía el paciente para valorar como presente el criterio A del TP correspondiente en el DSM-IV

| TP | Ítems |
|---|---|
| Paranoide (requiere al menos 4 ítems) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar 2. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra 3. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores 4. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios 5. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar |
| Narcisista (requiere cinco o más ítems) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia 2. Está preocupado por fantasías de brillantez 3. Cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status 4. Exige una admiración excesiva 5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas 6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas 7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás 8. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios |

TP: trastorno de la personalidad.

los psicológicos y en ocasiones llegaba a considerar la posibilidad de suicidarse, aunque no había desarrollado planes estructurados de autolisis.

Antes de recurrir a la hospitalización para lograr la abstinencia, se intentó una estrategia terapéutica que sacaba partido de la elevada motivación del resto de la familia y del propio cuadro clínico del paciente. Dicha estrategia se basaba en el miedo del paciente a marcharse sin pagar la bebida que pedía en el bar y consistió en la reducción gradual del dinero que la familia le daba al paciente para su gasto diario. El paciente se enfrentaba al dilema de comprar menos bebida o beber marchándose, efectivamente, sin pagar, con la consiguiente «lacr» para su narcisismo (pues se imaginaba automáticamente esposado por la policía). Se esperaba que la reducción gradual del dinero para gasto diario llevara aparejada una reducción gradual del consumo de alcohol.

Se intentó tratar los síntomas obsesivo-compulsivos mediante técnicas de exposición y prevención de respuesta, ya que dicha técnica es de elección para dichos síntomas (Cruzado, 1993), obteniéndose tan sólo la negativa del paciente a realizar cualquier tarea de exposición. El paciente, aunque pactaba con el terapeuta los ejercicios de exposición y prevención de respuesta propuestos, se negaba finalmente a realizarlos. Continuamente dudaba de la capacidad real del terapeuta para entender el alcance de la situación: «Si tolero la duda y no compruebo lo leído seré objeto de burla. Cometeré errores. No seré Perfecto». Por otro lado, la duda sobre las intenciones reales del terapeuta también aportaban su grado de conflictividad, pues el paciente se mostraba receloso ante cualquier ejercicio de exposición, por si se le quería confundir para que apareciese como «un ser mediocre y sin una adecuada comparación».

En este caso, las tareas de exposición con prevención de respuesta se realizaron, finalmente, de un modo poco ortodoxo. Se pidió que leyera palabras inconexas durante más de tres horas al día de un mismo libro durante varias semanas en una secuencia determinada y que finalmente le sería rebelado el mecanismo que iba a operar para devolverle la capacidad lectora. El paciente se sometió estoicamente a dicho ejercicio durante cerca de tres meses. A partir de ese momento la exposición con prevención de respuesta se aplicó del modo habitual.

A continuación se le pidió que leyera un manual de autoayuda sobre las obsesiones (Foa y Wilson, 1992). La lectura de dicho texto fue parcial, si bien retuvo cinco principios básicos señalados por los autores: 1) no temer las obsesiones, 2) no luchar activamente contra ellas, 3) no esforzarse en evitar situaciones que las recuerde, 4) no fijarse como objetivo dejar de tener obsesiones para siempre, y 5) no preocuparse por la siguiente obsesión que vaya a tener. Su puesta en práctica fue considerablemente más difícil de lograr.

Las sospechas paranoides reiteradas sobre la verdadera naturaleza de las intenciones del terapeuta se manejaron sin entrar en el «juego del acusador y el defensor» (Fisch et al., 1984, p. 176), es decir, el terapeuta asumió ante el paciente que cabía la posibilidad de que realmente no fuese quien decía ser y que era razonable que expresara su cautela. De hecho, el terapeuta admitió, de modo solemne pero llevando al absurdo dichas sospechas del paciente, que «cabe la posibilidad de que yo [el terapeuta] haya estudiado psicología y haya aprobado la oposición para entrar

en este hospital y hacerme cargo de tu caso tan sólo para poder confundirte e impedir, por todos los medios, que te conviertas en un Ser Perfecto».

Posteriormente, a medida que se trataban otros aspectos que él reconocía como claramente beneficiosos (por ejemplo, la recuperación de la lectura), se pudo aproximar la relación terapéutica a un modelo más basado en la colaboración, como preconizan Beck y Freeman (1995). A partir de ahí, «la suspicacia» se convirtió en un objetivo terapéutico a trabajar con las técnicas propias del modelo de dichos autores. Se dedicaron numerosas sesiones a la discusión de sus ideas paranoides (con respecto al terapeuta, la familia y demás personas afectadas a diario), cuestionándolas al estilo socrático. También se realizaron diversos ejercicios de verificación empírica con el fin de sopesar el crédito que merecían dichas ideas.

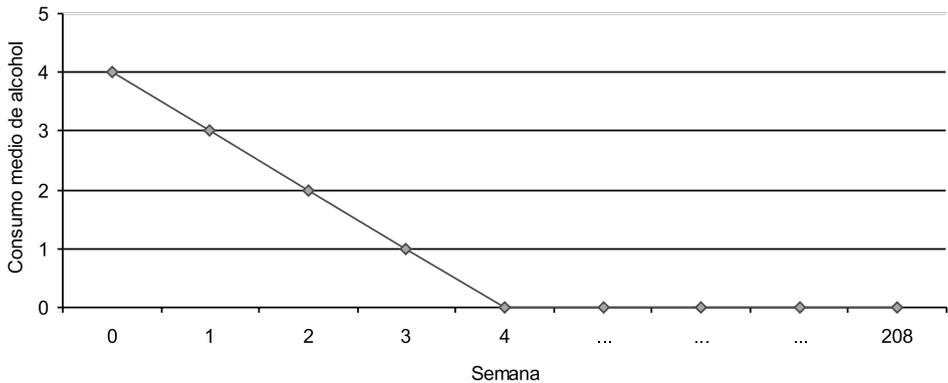
Siguiendo las recomendaciones de Beck y Freeman (1995, p. 356) se adaptaron las estrategias clínicas a los tres principios claves del narcisismo para estos autores: el sentimiento de grandeza, la hipersensibilidad a la evaluación y la falta de empatía. Este paciente descalificaba por norma a todo psicólogo, minusvalorándolo en extremo frente a la figura del psiquiatra. En los momentos difíciles de la terapia se tuvo que recurrir a estrategias agresivas para demostrar que la autoridad del terapeuta era la adecuada para «la grandeza» del paciente (por ejemplo, entrando en la lógica del paciente, cuestionar en qué medida los logros académicos del paciente superaban a los del terapeuta como para minusvalorarlo de tal modo). Cuando aceptó la autoridad del terapeuta, en cuanto a su idoneidad para prescribir tareas terapéuticas, se pasó a una estrategia más conciliadora y empática. Se le explicó el papel nuclear que, a nuestro juicio, desempeñaba su narcisismo en el TOC («La necesidad de volver a verte como perfecto, tras aparecer los primeros chequeos compulsivos, potenció tu lucha contra las dudas obsesivas, dándoles fuerza de ese modo y agravando el TOC») y se trató de desenmascarar los pensamientos automáticos y las creencias nucleares propias de su narcisismo para cuestionarlas y desarrollar creencias alternativas más adaptativas.

Resultados

Los resultados presentados se refieren al estado del paciente tras cuatro años de tratamiento psicológico.

De acuerdo con las predicciones efectuadas, el consumo de alcohol se redujo de modo gradual a medida que se indicaba a la familia que redujera el dinero que asignaba al paciente para su gasto personal diario. Dicha reducción no se produjo sin protestas por parte del paciente, que acusó al terapeuta de querer convertirlo en delincuente, pero se cumplió de modo tajante: en un mes había reducido el consumo de cuatro copas de gúisqui al día a cero, manteniéndose abstemio cuatro años (véase Figura 1). Este modo de proceder se empleó con éxito en la reducción de otros síntomas a los cuales el paciente se negaba a dar fin (debido a la ansiedad que ello le generaba), como por ejemplo el golpeteo compulsivo de muslos y mandíbula. En ese caso bastó con sugerir a los padres, en presencia del paciente, que debían comprar unas esposas «como las que emplea la policía» para esposar a J.S. en el

Figura 1
Evolución del consumo de alcohol



Nota: Véase explicación en el texto.

momento en el que comenzara con sus golpes compulsivos. La protesta airada del paciente fue «¿Cómo a un delincuente?!» y la respuesta del terapeuta fue una expresión facial compungida. Sin embargo sus padres no necesitaron esposarlo en ninguna ocasión. Dichas compulsiones cesaron de modo fulminante desde dicha indicación a los padres.

La respuesta del paciente ante experimentos conductuales y ejercicios típicos de exposición y prevención de respuesta dificultaba claramente la puesta en práctica de la terapia. En la Tabla 5 se aprecia el tipo de reacciones que solía presentar el paciente ante tareas previamente pactadas con el terapeuta.

En lo relativo a la lectura sin comprobación, el paciente rechazaba del mismo modo la realización de cualquier tarea de exposición con prevención de respuesta. Por este motivo se introdujo una modificación en las tareas de exposición y el paciente aceptó leer palabras de modo inconexo sin comprobar si las había entendido o leído correctamente. En este caso no temía ninguna consecuencia fatal para su ego, pues no podía entender mal ningún discurso sobre el cual le pudieran preguntar en un futuro, ya que no leía ningún discurso. Tras intensos ejercicios de lectura durante un par de semanas, motivados por la promesa de un probable resultado positivo, un día confesó que se había «saltado el guión» y que había leído un epígrafe que le había resultado llamativo. El terapeuta le reprendió por dicha conducta, pues «todavía era pronto para que realizara ese tipo de lecturas». Animarle a continuar leyendo normalmente era tentador, pero hubiera supuesto un riesgo elevado de que volviera a la pauta anterior. Reprenderle por su conducta tenía un efecto liberador, pues el paciente no se sentía «obligado a retener todo lo leído, pues aún era pronto para leer normalmente». Cuando alcanzó un número considerable de «infracciones» a dichas instrucciones paradójicas y habiendo constatado que el paciente leía ya textos completos de filosofía de la extensión de un artículo, se pasó a los ejercicios de exposición con prevención propiamente

Tabla 5

Algunas valoraciones representativas de las tareas terapéuticas prescritas

Problema: El paciente temía que la policía lo encarcelase por largos años aunque tan sólo hurtase «un chicle» en un kiosco.

Tarea: Pedir un chicle en un kiosco y marcharse «despistadamente» sin pagarlo para comprobar si efectivamente acababa encarcelado.

Resultado: No fue capaz de acercarse al kiosco.

Valoración de la tarea: «Me has obligado a bajar al quiosco cercano al hospital para pedir un chicle y decirme que me fuese sin pagar, mientras tú, sabiendo que soy incapaz de hacer tal cosa, así como el miedo, el sudor y las ganas de defecar que me invaden en esos casos, has estado esperando en la puerta carcajeándote a troche y moche».

Problema: El paciente pregunta reiteradamente cuestiones insignificantes a su madre durante horas con la finalidad de aplacar sus dudas obsesivas.

Tarea: Puesto que resulta inaceptable para el paciente que no se le responda «cuando lo necesita», acordamos que su madre le responda *sólo una vez* ante el mismo tipo de duda.

Resultado: Graves discusiones que de hecho desembocan, en varias ocasiones, en enfrentamientos físicos, amenazas, insultos y vejaciones del paciente a su madre.

Valoración de la tarea: «La atmósfera familiar ha devenido irrespirable, y tú eres el culpable (refiriéndose al terapeuta). (...) Pero hay algo más flagrante: no siendo esto suficiente para tu mente psicópata (o para tu personalidad 'ídem'), me has 'ordenado' que realice este ejercicio. Y de seguro que cuando lo leas, tus carcajadas te asegurarán un placer similar al orgasmo. Es por ello por lo que te pregunté una vez si te habían dado el título de psicólogo en la prisión de Alcalá-Meco. Tú me dijiste: 'Lo que no mata no cura'. Esa es vuestra divisa: ella compendia, ilustra vuestro instinto homicida. Yo me presto como cobaya sólo porque M.S.J. (psiquiatra) me dio muy buenas referencias de ti».

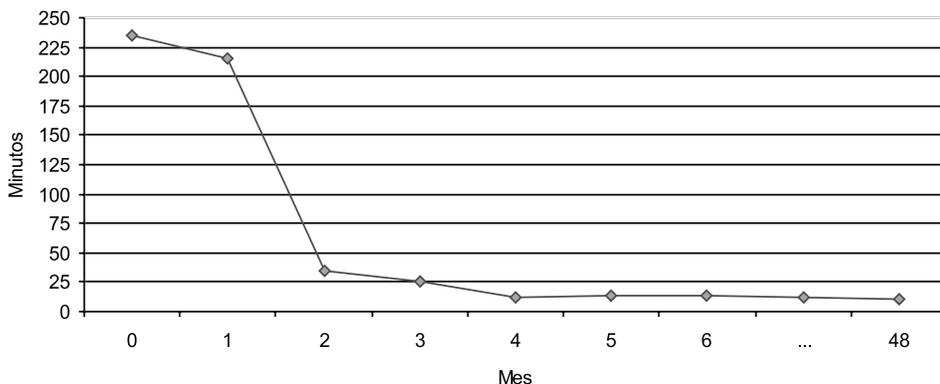
Nota: Ambas tareas habían sido discutidas y pactadas de modo previo a su prescripción. En ningún caso el terapeuta se rió del paciente.

dichos. El chequeo compulsivo de los textos cedió completamente en seis meses (véase Figura 2)².

Los síntomas obsesivos-compulsivos que presentaba el paciente eran muchos y variados (véase Tabla 2), lo que motivó que la terapia se centrara en aquellos síntomas que más interferencia y malestar generaban en el paciente. La evolución global del paciente se puede deducir de las puntuaciones alcanzadas en la escala del Yale-Brown (véase Tabla 6). En la Tabla 7 se presenta la valoración que realiza el propio paciente de su evolución, especialmente en lo tocante a las obsesiones que han sido uno de los centros activos de la terapia. La valoración del paciente se refiere de modo predominante a los síntomas obsesivo-compulsivos que más le preocupaban.

² El lector interesado puede solicitar más información sobre el empleo de técnicas paradójicas en el presente caso.

Figura 2
Evolución del chequeo compulsivo de la lectura



Nota: El gráfico representa el tiempo que necesitaba el paciente para leer una página de su libro preferido (Fromm, 1977).

Tabla 6
Evolución en la Escala Yale-Brown para el TOC

| Evaluación | Puntuación | Valoración de la gravedad del TOC |
|------------|------------|-----------------------------------|
| Pretest | 40 | Extrema |
| Postest | 17 | Moderada |

Tabla 7
Valoración subjetiva del paciente del resultado de la terapia

«Hace dos meses, aproximadamente, que las obsesiones no me atacan constituyendo legión, sino aisladamente. Es como si hubiese descubierto el punto vulnerable de la abeja-reina de un panal, y herida la reina, el resto de las abejas pierden paulatinamente su veneno, aunque cuando pican me duele muchísimo, muchísimo, muchísimo. Pero las abejas (obsesiones), en estos dos últimos meses, están comenzando a respetarme. Yo tengo, tras muchos años de búsqueda, y por mi condición de paciente Nóbel, el insecticida idóneo para, si no exterminarlas en su totalidad, sí, al menos, una... a una».

«Si antes hacía mil ritos, ahora hago tres, que no me causan gran malestar. Ocupo una media hora en compulsiones al día, y no es consecutiva. La lectura y la escritura me va bien. He escrito una recopilación de más de 1.000 apotegmas. Es la primera vez en años que estoy días enteros sin hacer un rito».

En la esfera de la personalidad los resultados obtenidos pueden contemplarse en la Tabla 8 y la Figura 3. El patrón narcisista de personalidad permanece intacto mientras que el patrón paranoide ha aumentado de modo significativo, de acuerdo con los intervalos de significación estipulados por Millon (1998). El resto de patrones no llegan a constituirse en TP de acuerdo con los resultados obtenidos en el IPDE.

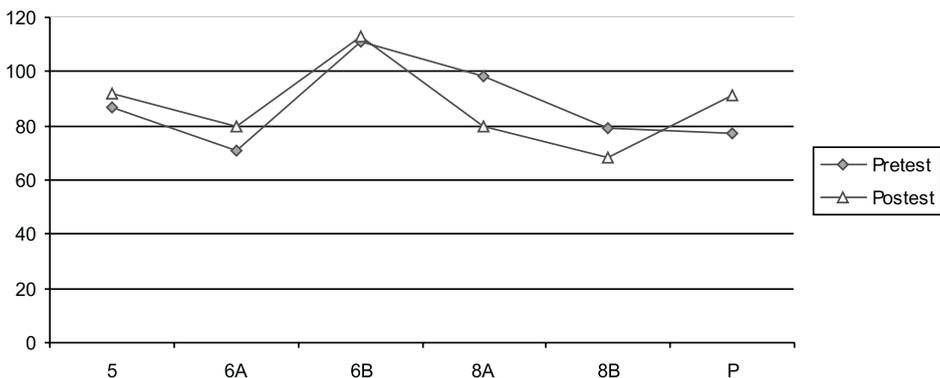
El recelo paranoide cedió sólo hasta el punto de permitir la terapia. J.S. continúa dudando de las intenciones de su terapeuta, de sus padres y del resto de personas con las que cotidianamente interactúa. Recientemente dicho recelo ha aumentado, tal y como pone de manifiesto el MCMI-II. En ocasiones, caminando por cualquier calle, se vuelve intentando encontrar las sonrisas maliciosas de la gente. Varias semanas antes de finalizar la terapia tuvo una experiencia autoreferente intensa: al poco de entrar en un café observó que los clientes realizaban exclamaciones propias de los aficionados a la taumaquia ante una faena que deja que desear, teniendo él la

Tabla 8
Puntuaciones significativas en MCMI-II

| Tipo de escala | Leyenda | Denominación | TB en pretest | TB en posttest |
|----------------------------|---------|-----------------|---------------|----------------|
| Básicas de personalidad | 5 | Narcisista | 87 | 92 |
| | 6A | Antisocial | | 80 |
| | 6B | Agresivo/sádica | 111 | 113 |
| | 8A | Pasivo/agresiva | 98 | 80 |
| | 8B | Autodestructiva | 79 | |
| De personalidad patológica | P | Paranoide | 77 | 91 |

TB: tasa de base.

Figura 3
Evolución del perfil de personalidad MCMI-II



Nota: Las escalas representadas en el eje X se refieren, de izquierda a derecha, a los patrones: narcisista, antisocial, agresivo/sádico, pasivo/agresivo, autodestructivo y paranoide.

sensación de que todos esos comentarios iban dirigidos a él. Finalmente optó por marcharse ya que, aunque le parecía muy real su interpretación, no descartaba que «todo eso podía ser producto de (su) mente».

Por otro lado, todas las intervenciones encaminadas a atenuar el narcisismo no han logrado su objetivo. Actualmente no duda en considerarse claramente racista y clasista, y piensa que si todo el mundo se rindiese a sus pies no tendría el TOC. Cuando se cuestionaban las creencias nucleares de su narcisismo, generalmente acababa reduciendo la cuestión al dilema de «ser menos narciso a costa de sentirme un imbécil... o no cejar en el empeño de creer que yo puedo ser la perfección, el ideal». Probablemente el único empeño que ha mantenido a J.S. en la terapia ha sido liberarse de su TOC para ser ese Ser Perfecto que una vez se consideró (sin atisbo de duda).

El paciente solicita descansar de terapia durante un tiempo debido a que se encuentra mejor de su TOC.

Conclusiones

Echeburúa y Corral (1999) señalan que una de las razones que ha motivado el progresivo acercamiento de la terapia de conducta a los TP es «la evidencia acumulada por los clínicos sobre la dificultad de producir o mantener cambios en estados emocionales (...) cuando figuran de forma subyacente pautas de conducta inadaptables relativamente estables que no se deben ni pueden ignorar» (p. 597).

Esta interferencia de los TP en el tratamiento cognitivo-conductual se ha puesto de manifiesto en diversos estudios controlados. Así, hallamos que los pacientes que responden bien al tratamiento cognitivo-conductual típicamente no suelen tener TP, mientras que los pacientes que no responden bien al tratamiento suelen tener en su mayoría algún TP. Sin ánimo de ser exhaustivos, esto ocurre con: 1) la bulimia y el trastorno límite de la personalidad (Giles, Young y Young, 1985), 2) la fobia social y el TP por evitación (Turner, 1987), y 3) la agorafobia, el trastorno pasivo agresivo de la personalidad y el TP por evitación (Chambless y Renneberg, 1988; Mavissakalian y Hamman, 1987).

De acuerdo con Samuels et al. (2000, p. 458), cuando el TOC está complicado con un TP, suele ser del grupo C (especialmente con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad). No es habitual que se presente con trastorno paranoide o narcisista de la personalidad, y menos con ambos TP simultáneamente. Esto hace que el caso presentado no sea un ejemplo prototípico de TOC (afortunadamente). Sin embargo, presenta a nuestro juicio de modo nítido cómo los TP pueden modificar el abordaje clínico de un trastorno para el que existe un elevado consenso en cuanto a las técnicas cognitivo-conductuales apropiadas para su tratamiento, y que de hecho constituye el único motivo de consulta del paciente.

Como norma general, la terapia cognitivo-conductual debe adaptarse al paciente, no obstante, cuando éste presenta un TP, como diagnóstico principal o comórbido, es realmente perentorio vigilar qué ocurre realmente en la clínica con el tratamiento administrado. En el caso presentado ha sido determinante establecer la conexión

entre el núcleo narcisista («Ser Perfecto») y el TOC como «fracaso evidente» como Ser Perfecto. Sin tener en cuenta ese aspecto difícilmente podríamos haber graduado, por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta en el chequeo compulsivo de la lectura. Conocer la interrelación entre los supuestos narcisistas de J.S. y su TOC nos permitió igualmente reducir conductas autolesivas que requerían una pronta solución (golpeteo compulsivo de los muslos y la mandíbula). Del mismo modo, la reducción de alcohol, motivo inicial de interconsulta, fue especialmente efectiva precisamente por apelar a los propios mecanismos del TOC y el narcisismo en el caso de este paciente. El miedo obsesivo a no pagar se convertía en realidad si J.S. seguía bebiendo, con la consiguiente amenaza para su ego de acabar en presidio siendo una persona de tan grande talla, amén de racista y clasista, tal y como el propio paciente se define. Su TP y su TOC le habían llevado a beber en exceso y ahora «le obligaban» a una abstinencia voluntaria, gracias a la colaboración de la familia.

El recurso a las técnicas de la *terapia familiar estratégica* no debe entenderse como un juicio de valor de los modelos terapéuticos. El modelo cognitivo-conductual ofrece las suficientes garantías científicas y clínicas, sin embargo, presupone la colaboración del paciente, extremo que no siempre se verifica en la clínica. En el caso presentado se ha recurrido a dicho enfoque familiar cuando el paciente no se ha mostrado colaborador. Cuando éste ha accedido a la colaboración se han acordado y pactado las tareas terapéuticas prescritas sobre las bases del modelo cognitivo-conductual. Entre otros motivos, porque éstas permiten que el paciente aprenda estrategias de autoregulación aplicables una vez finalizado el tratamiento propiamente dicho.

El final de la terapia es, desgraciadamente, relativamente frecuente en los pacientes con TP. Es raro que dichos pacientes consulten por el propio TP, pero no es raro que consulten por cuadros clínicos del Eje I. También es habitual que se desvanezca su motivación por la terapia una vez han resuelto o aliviado la sintomatología del Eje I (Beck y Freeman, 1995).

Referencias

- Akiskal, H.S., Hirschfield, R. y Yerevanian, B. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- Akiskal, H.S., Khani, M.K. y Scott-Strauss, A. (1979). Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 527-554.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª edición) (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición) (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Curtis, J. y Cowell, D. (1993). Relation of birth order and scores on measures of pathological narcissism. *Psychological Reports*, 72, 311-315.

- Chambless, D.L. y Renneberg, B. (1988). *Personality disorders of agoraphobics*, trabajo presentado en el World Congress on Behaviour Therapy, Edimburgo, Escocia.
- Choca, J.P. y Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Docherty, J.P., Feister, S.J. y Shea, T. (1986). Syndrome diagnosis and personality disorders. En A. Frances y R.E. Hale (dirs.), *APA Annual Review*, vol.5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foa, E.B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Madrid: Robinbook.
- Freeston, M.H. y Ladouceur, B. (1996). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (dirs.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 137-168). Madrid: Siglo XXI.
- Fromm, E. (1977). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós. (Orig. 1942)
- Giles, T.R., Young, R.R. y Young, D.E. (1985). Behavioral treatment of severe bulimia. *Behavior Therapy*, 16, 393-405.
- Goodman, W. (1987). *Escala Yale-Brown de Obsesiones-Compulsiones*. Manuscrito no publicado. [Traducción: J.A. Cruzado (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.]
- Klerman, G.L. (1973). The relationship between personality and clinical depressions: Overcoming the obstacles to verifying psychodynamic theories. *International Journal of Psychiatry*, 11, 227-233.
- Mavissakalian, M. y Hamman, M.S. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356-361.
- Medina, A. y Moreno, M.J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba: Nanuk.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA.
- Millon, T. y Escovar, L.A. (1996). La personalidad y los trastornos de personalidad: Una perspectiva ecológica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2. Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI.
- Molnar, C., Freund, B., Riggs, D. y Foa, E.B. (1993, noviembre). *Comorbidity of anxiety disorders and DSM-III-R axis II disorders in obsessive-compulsives*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Meditor.
- Paykel, E.S., Klerman, G.L. y Prusoff, B.A. (1976). Personality and symptom pattern in depression. *British Journal of Psychiatry*, 129, 327-334.
- Samuels, J.S., Nestadt, G., Bienvenu, O.J., Costa, P.T., Riddle, M.A., Liang, K.Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M.A., y Cullen, A.M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S.M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders*, 1, 136-143.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.