

## **AGRESIVIDAD Y DELICTOLOGÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

Laura González Guerrero<sup>1</sup>  
José Ignacio Robles Sánchez  
*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El Trastorno Límite de Personalidad es el trastorno de personalidad más diagnosticado en la práctica clínica. Se caracteriza principalmente por una importante inestabilidad emocional, déficit de control de impulsos y de las relaciones interpersonales. En este estudio se realiza una revisión de la literatura científica en relación a las manifestaciones de conductas agresivas impulsivas que se han constatado en estos pacientes. Se ilustra en primer lugar los hallazgos sobre las bases biológicas de la agresividad humana, para posteriormente ponerlo en relación con los hallazgos sobre el sustrato biológico que explica el TLP, y sacar conclusiones sobre las coincidencias encontradas entre ambos grupos de investigaciones. Existe un elevado consenso en cuanto a las bases neurobiológicas que explican la conducta agresiva e impulsiva en los sujetos con TLP. Estos datos podrían tener importantes repercusiones desde el punto de vista de la psicología forense, por lo que se lleva a cabo una revisión de lo recogido en la literatura sobre la delictología atribuible a estos sujetos y el modo en que es valorada su imputabilidad por diferentes expertos forenses. Se concluye el artículo con un análisis de sentencias extraídas de la Jurisdicción Penal de Tribunales Españoles para obtener datos de contraste con la revisión efectuada. Los datos son bastante congruentes con los obtenidos previamente, encontrándose una alta presencia de delitos violentos atribuibles a sujetos con TLP, especialmente varones, y una consideración de que tal trastorno produce una importante merma en su capacidad volitiva, e incluso de la capacidad cognitiva en algunos casos, que vicia la imputabilidad que se les puede atribuir. PALABRAS CLAVE: *trastorno límite personalidad, agresividad, delictología, déficit control impulsos, repercusiones forenses*

### **Abstract**

Borderline Personality Disorder (BPD) is the most frequently diagnosed personality disorder in modern clinical practice. It is mainly characterized by significant emotional instability and lack of control of impulses and of interpersonal relationships. In this study, the scientific literature on the aggressive impulsive behavioral manifestations observed in these patients was reviewed. First, findings about the biological foundations of human aggressiveness are illustrated to subsequently relate them to explanatory findings about the biological base of BPD, and to reach conclusions about the coincidences noted between both groups of

---

<sup>1</sup> Doctorando en Psicología Clínica, Legal y Forense. *Correspondencia:* Departamento Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Buzón 79, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas (28223), E-mail: [lgonzalez@correo.cop.es](mailto:lgonzalez@correo.cop.es)

research. There is consensus about the neurobiological bases that explain the aggressive and impulsive behavior of people with BPD. These data could have important consequences for forensic psychology; therefore, the literature on the responsibility for transgressions imputable to these people and on the way that various forensic experts appraise their imputableness was also reviewed. The article concludes with an analysis of verdicts taken from the Penal Jurisdiction of Spanish Courts of Justice, in order to obtain data to contrast with the review carried out. The data correspond to that obtained previously, finding a significant presence of violent transgressions imputable to individuals with BPD, especially males, and the consideration that this disorder produces an important loss of volitional ability and, in some cases, even cognitive capacity, which biases the imputableness attributable to these individuals.

KEY WORDS: *borderline personality disorder, aggressiveness, delictology, impulses control deficit, forensic repercussions.*

### **Introducción**

Numerosas investigaciones en torno al Trastorno Límite de Personalidad refieren la fuerte presencia de un déficit de control de impulsos sobre la base de la inestabilidad emocional que caracteriza este cuadro. Este déficit, unido a la escasa resistencia a la frustración y el enorme temor al abandono que manifiestan estos sujetos, parece tener como consecuencia conductas violentas, una agresividad impulsiva reactiva a situaciones estresantes. El presente artículo pretende realizar una revisión exhaustiva sobre esta impulsividad y agresividad en los sujetos límite, y su relación con conductas delictivas, con objeto de aportar datos de interés al abordaje del Trastorno Límite de Personalidad desde el ámbito de la Psicología Forense.

### **Conceptuando el trastorno límite de personalidad: más allá de la inestabilidad afectiva**

El trastorno límite de personalidad es uno de los trastornos de personalidad más diagnosticados actualmente dentro de la práctica clínica moderna. Sin embargo, el reconocimiento de este cuadro como entidad diagnóstica es relativamente reciente, habiéndose hecho oficial en el DSM-III (APA, 1980) y 12 años más tarde, en 1992, fue adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Pero el interés por la particular sintomatología que presenta este trastorno puede remontarse más atrás. La primera de las investigaciones sobre el diagnóstico de TLP fue llevada a cabo por Otto Kernberg en 1967, quien definió la organización límite de la personalidad como una de las tres formas de organización de la personalidad, situada fronterizamente (límite) entre los pacientes más enfermos, que presentaban una organización psicótica de la personalidad, y la de pacientes más sanos, con una organización neurótica de la personalidad. La organización límite se caracterizaba por una formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas (concretamente escisión e identificación proyectiva), y un juicio de la realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés.

A partir de las investigaciones de Grinker, y tras la publicación en 1968 de *The Borderline Síndrome*, surgen los primeros criterios con base empírica. Estos criterios fueron: a) fracaso en la construcción de la propia identidad; b) relaciones anaclíticas; c) depresión basada en la soledad, y d) predominio de manifestaciones de ira. Sin embargo, como se ha dicho anteriormente, no se hace oficial el diagnóstico hasta 1980, en el DSM-III. Desde entonces los criterios sólo se han modificado ligeramente, basándose tales cambios en una amplia serie de estudios descriptivos. Estas investigaciones demostraron principalmente que existe una elevada comorbilidad con los trastornos del Eje I y otros trastornos de personalidad, una importante heterogeneidad en la evolución del trastorno (analizado a través de estudios longitudinales) y que es posible identificar subgrupos basados en mecanismos de defensa, respuesta a fármacos, deterioro neurobiológico, traumas y análisis factoriales.

Según Gunderson, los criterios para el diagnóstico del TLP pueden ordenarse según su valor diagnóstico como sigue:

1. Relaciones interpersonales intensas e inestables.
2. Impulsividad.
3. Inestabilidad afectiva.
4. Ira.
5. Conductas suicidas o autodestructivas.
6. Alteración de la identidad.
7. Sentimientos de vacío.
8. Miedo al abandono.
9. Pérdida del juicio de realidad. Este criterio, añadido en el DSM-IV, deriva de la literatura clínica anterior. Las pérdidas del sentimiento de realidad que tipifican a los pacientes límite incluyen despersonalización, no realización y fenómenos alucinatorios.

En la Tabla 1 pueden apreciarse los criterios reconocidos actualmente para el diagnóstico de TLP.

Sin duda parece sobresalir el hecho de que estas personas pueden pasar súbitamente de un estado de ánimo depresivo a una agitación ansiosa o ira intensa, implicándose de forma impulsiva en acciones que más tarde pueden reconocer como irracionales, pero fundamentalmente debidas a las evaluaciones extremas que hacen de las situaciones (y que por tanto determinan respuestas emocionales extremas y acciones extremas).

La revisión de la literatura científica sobre el trastorno límite de personalidad, como se está mostrando en el presente artículo, va mucho más allá de caracterizar a este trastorno exclusivamente a través de la destacable inestabilidad afectiva que presentan quienes lo padecen, y resalta otros importantes aspectos que, en ocasiones, han sido causa de errores diagnósticos. Muchos investigadores destacan los comportamientos impulsivos (que pueden incluir actos autolesivos, sobredosis de sustancias, alcoholismo, promiscuidad, agresividad impulsiva...), los episodios psicóticos breves y las alteraciones de la identidad, sobre la base de una inestabilidad afectiva (donde prevalece una preocupación excesiva por el abandono y la soledad, mostrando por ello una actitud muy exigente y que oscila entre la dependencia y la manipulación), para caracterizar el TLP.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992) para el TLP

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad)
<p>A) Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impulsividad en al menos dos áreas, que pueden ser potencialmente peligrosa para el sujeto (p.ej., gastos, sexo, conducción temeraria, abuso de sustancias psicoactivas, atracones, etc.)</li> <li>2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.</li> <li>3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.</li> <li>4. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves</li> <li>5. Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente</li> <li>6. Un patrón de relaciones interpersonales e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación</li> <li>7. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario</li> <li>8. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación</li> <li>9. Sensaciones crónicas de vacío.</li> </ol>	<p>A) Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad</p> <p><b>Tipo impulsivo</b>            B) Tienen que cumplirse al menos tres de los siguientes síntomas, de los cuales uno de ellos tiene que ser el 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.</li> <li>2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.</li> <li>3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.</li> <li>4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.</li> <li>5. Estado de ánimo inestable y caprichoso.</li> </ol> <p><i>Incluye: personalidad explosiva y agresiva. Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.</i></p> <p><b>Tipo límite</b>            C) Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el anterior criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales)</li> <li>2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.</li> <li>3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados</li> <li>4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo</li> <li>5. Sensaciones crónicas de vacío.</li> </ol> <p><i>Incluye: Personalidad Límite. Trastorno Límite de la Personalidad.</i></p>

*a) Impulsividad y déficit de autocontrol.*

El mundo emocional del individuo con un trastorno límite de personalidad puede desbordarse muy fácilmente. Su inestabilidad afectiva le lleva a experimentar reacciones constantes de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Los períodos de abatimiento que los límites experimentan, son interrumpidos ocasionalmente por episodios de irritabilidad, actos destructivos y cólera impulsiva (explosiones súbitas e inesperadas de impulsividad), actos que además suelen ser imprevisibles y desencadenados más por factores internos que por factores externos.

La literatura clínica ha mostrado tal relevancia del déficit de control de impulsos en los sujetos límite que algunos autores como Zanarini, refieren que el trastorno límite estaría dentro del “espectro de los trastornos de los impulsos”, en vez de ser una variante del conjunto de trastornos afectivos. El apoyo de dicho planteamiento se halla en estudios de tipo metodológico y de historia familiar, en los que se ha demostrado una fuerte relación entre el TLP y ciertos trastornos de los impulsos, tales como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de la personalidad antisocial y de los trastornos de la alimentación. Debido a esta falta de control y a la intensidad de sus estados emocionales, son vulnerables a impulsos suicidas o automutilaciones recurrentes. Según diversos autores, son la imprevisibilidad, la impulsividad y las explosiones violentas lo que caracteriza el temperamento y las acciones de estas personas, más que la presencia de cambios repentinos en las emociones, que oscilan de un extremo a otro. Así por ejemplo, Snyder (1985) auxiliándose del MMPI, establece que este tipo de pacientes manifiestan más ráptos de cólera que labilidad de ánimo.

La intolerancia al abandono y el sentimiento de vacío y soledad consecuencia del fracaso del sujeto límite para mantener una relación de dependencia segura y gratificante provocan ansiedad, conflictos e ira. Es decir, el sujeto límite se sentirá con frecuencia abandonado, incomprendido, vacío...lo cual le llevará a introyectar esos sentimientos o bien derivarán en periódicas explosiones de ira dirigidas a los demás, y que el sujeto límite no puede controlar, llegándose a arrepentir posteriormente. Pero ese descontrol de las emociones y el arrepentimiento posterior volverá a pasar una y otra vez.

*b) Síntomas Psicóticos*

Esta falta de control y de cohesión produce en los sujetos límite una alta susceptibilidad a los episodios psicóticos transitorios relacionados con situaciones de estrés. Tienen muy baja tolerancia a la frustración y soportan muy mal el estrés y la presión emocional, por lo que pueden llegar a presentar episodios psicóticos. Estos síntomas pueden incluir alucinaciones auditivas, tendencias paranoicas, micropsicosis o crónicas experiencias de despersonalización y desrealización. El DSM-IV introduce por primera vez entre los criterios diagnósticos del TLP “pérdida del juicio de realidad”. El DSM-IV-TR especifica el criterio: “ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”. La APA recoge en este manual que algunos individuos pueden desarrollar síntomas casi psicóticos (p.ej. alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, etc.) durante épocas de estrés. Además señala que estos síntomas disociativos y psicóticos reactivos a estrés ocurren en un 75% de los sujetos con TLP, sin duda un porcentaje significativo.

Dentro del ámbito de la psicología forense, área en el que se enmarca el presente trabajo, la patología psicótica cobra una gran relevancia como se especificará en el apartado de repercusiones forenses.

### **Comorbilidad en el trastorno límite de personalidad**

La comorbilidad en el TLP ha sido muy investigada. Se encuentra una elevada comorbilidad con trastornos del Eje I y con trastornos del Eje II (principalmente trastorno antisocial de personalidad).

En relación a las comorbilidades del Eje I, puede decirse que la inestabilidad afectiva y la disminución del control que caracterizan a estos pacientes, provocan la aparición de diferentes trastornos del Eje I, entre los que destacan: a) *síndromes ansiosos*: periodos de gran ansiedad ante situaciones que objetivamente pueden ser triviales pero que son experimentadas por estos pacientes como devastadoras, y llegando a producirse en ocasiones auténticas crisis de angustia, donde estas personas pueden perder el control y dejarse llevar por impulsos irracionales y pensamientos extraños que suelen culminar en comportamientos caóticos, arranques de violencia, alucinaciones terroríficas, comportamientos suicidas...; b) *síndromes disociativos*: puede ocurrir que las personalidades límite expresen breves pero muy intensos sentimientos de enfado durante estados de fuga psicógena; los sentimientos reprimidos toman esta forma ocasionalmente y se manifiestan de modo abierto cuando la persona se siente atrapada, confundida o traicionada. Durante estas fugas, estas personas pueden ser agresivas consigo mismas y/o con los demás; tras estas descargas violentas, vuelven a su estado anterior; c) *síndromes del estado de ánimo*: las expresiones abiertas y directas de hostilidad suelen exhibirse sólo de modo impulsivo, ya que estas personas temen ser rechazadas; para controlar esta ira introyectan los resentimientos a través de trastornos hipocondríacos y episodios depresivos; d) *síndromes relacionados con sustancias*: existe una enorme asociación entre personalidad límite y abuso de sustancias, pudiendo estar relacionado con el deseo de los paciente límite de experimentar emociones intensas y de buscar alguna identidad, así como pudiendo ser la consecuencia conductual del “ansia” de la persona con un TLP de sentirse mejor (automedicación de sus estados disfóricos). Al igual que en la población general, la sustancia de abuso más común es el alcohol, pero en las personalidades límite el tipo de sustancia no es muy importante, suelen ser politoxicómanos. Suele tratarse de un abuso episódico e impulsivo y consumen cualquier droga que esté a su alcance. La presencia del abuso de sustancias comórbido aumenta la probabilidad de suicidio y empeora el pronóstico general del paciente con TLP.

En cuanto a las comorbilidades del Eje II, el TLP se solapa considerablemente con diferentes rasgos de personalidad, prevaleciendo los tipos negativista y el masoquista. Reflejando las características más impulsivas y hostiles de ciertos sujetos límite, pueden darse conjunciones con los trastornos antisocial, sádico e histriónico. Su tendencia a asociarse con los trastornos depresivos, evitador y esquizotípico de la personalidad refleja las características más introvertidas e intropunitivas de algunos individuos límite. Algunos autores destacan el hecho de que aproximadamente un 75% de los pacientes con TLP son mujeres, cerca de un 75% de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad (TAP) son varones y casi un 25% de los pacientes con cualquiera de estos dos trastornos cumple

los criterios para el otro. Por su parte otros autores observan que ya que más personas con TAP son hombres y más personas con TLP son mujeres, ambos trastornos podrían ser producto de la misma base (impulsividad, reactividad) psicopatológica en interacción con los rasgos de género de varones y mujeres respectivamente. En esta distinción el TAP se caracteriza por una agresión dirigida hacia el exterior (y explotación), mientras el TLP se caracteriza por una agresión dirigida hacia el interior (y victimización).

### **Neurobiología de la agresividad humana. Correlatos biológicos en el trastorno límite de personalidad.**

Son muchas las investigaciones efectuadas con el objetivo de comprender la agresividad humana desde el punto de vista biológico; a modo de ejemplo, se recogen a continuación algunas investigaciones relevantes: a) Plutchik planteó la hipótesis de que la agresividad se relacionaba con *niveles bajos de serotonina* en LCR, lo cual fue avalado por hallazgos bioquímicos; b) los trabajos de Depue y Spoonton indican que la serotonina podría desempeñar un papel en el control (a través de estructuras mesolímbicas dopaminérgicas) de conductas sociales y agresivas; c) la conducta violenta se asocia con *perturbaciones en el flujo sanguíneo cerebral y metabolismo de la glucosa* en estudios de neuroimagen con pacientes psiquiátricos agresivos, agresores criminales violentos, y asesinos (Soderstrom et al., 2000; Raine et al., 1997; Raine and Buchsbaum, 1996). En comparación con grupos control no pacientes, los sujetos que presentan conductas violentas muestran hipoperfusión o una respuesta de la glucosa disminuida en áreas del córtex prefrontal, frontal y temporal; d) Entre los agresores violentos, las medidas de la perfusión frontal y temporal están inversamente relacionadas con la severidad de la psicopatía (Soderstrom et al., 2002), y están asociadas con una agresividad impulsiva más que con una agresividad planeada o “predadora”. Los estudios de neuroimagen estructural demuestran una reducción en el volumen de la sustancia gris prefrontal en sujetos agresivos con TAP en comparación con los grupos control (Raine et al., 2000); e) un amplio cuerpo de investigaciones experimentales con animales, así como observaciones clínicas y de laboratorio con humanos, implican el *córtex prefrontal, especialmente el córtex orbitofrontal*, como el lugar de “las funciones cognitivas” regulado por los circuitos neuronales que mediatizan la impulsividad, respuesta de inhibición y la conducta impulsivo-agresiva (Fuster, 1989, 1999; Weinberger, 1993; Damasio et al., 1994); se destaca el papel del córtex orbitofrontal en la modulación de la conducta antisocial, estando directamente implicado en la modulación de la agresión reactiva (no instrumental o dirigida a meta, sino elicitada en respuesta a frustración o amenaza. La agresión impulsiva o reactiva es característica del TLP; El córtex orbitofrontal medial interviene en muchas funciones críticas para la regulación de la conducta social, incluyendo el control (y a la inversa) de la relación de conductas de recompensa y castigo (O’Dogerty et al., 2001; Rolls, 2000), reconocimiento de la expresión emocional en los otros (especialmente de ira) y la identificación de señales sociales y violación de conductas sociales.

En conclusión puede decirse, que la agresividad humana puede explicarse a través de un sustancial sustrato biológico tanto a nivel estructural como funcional.

Todos estos hallazgos se han ido poniendo en relación con las investigaciones en relación al TLP, encontrándose resultados muy significativos. Para no extenderme

demasiado en este apartado, sobre el que cabría dedicar un trabajo exclusivo, expongo a continuación los principales datos que ha aportado hasta ahora la investigación científica en relación a los correlatos biológicos del TLP que sustentan la conducta impulsiva y agresiva que pueden presentar estas personas:

- *Implicación del lóbulo frontal* (especialmente prefrontal y orbitofrontal): La impulsividad, una de las importantes psicopatologías del TLP, se ha vinculado estrechamente con la disfunción del lóbulo frontal en sujetos con TP (Stein et al., 1993; Goyer et al., 1994). Los tests neuropsicológicos aplicados a sujetos impulsivos con TLP, conducta antisocial, trastornos de conducta u otros trastornos de la impulsividad, muestran *déficits en las funciones ejecutivas del lóbulo frontal*, especialmente en los procesos cognoscitivos que implican planificación dirigida a metas, resolución de problemas, atención selectiva y control inhibitor (Morgan and Lilienfeld, 2000; Stein et al., 1993; Burgess, 1992). Los pacientes con TLP y TAP que muestran conductas impulsivas tienen disminuido el riesgo sanguíneo cerebral en la región derecha de los lóbulos prefrontal y temporal; los pacientes con TLP impulsivos y autodestructivos demostraron un significativo hipometabolismo bilateral en el cortex orbitofrontal medial; la neuroimagen con FDG-PET durante la activación con agonistas serotoninérgicos demuestran disminuida la respuesta metabólica en relación a los grupos control en áreas del córtex prefrontal. Estudios sobre metabolismo serotoninérgico sugieren que el hipometabolismo prefrontal que se encuentra en sujetos impulsivos con TLP puede estar asociado con una disminución de la función serotoninérgica; algunos autores hablan también de un menor volumen del lóbulo frontal del cerebro, observado a través de RM, en sujetos con TLP en comparación con grupo control (sujetos sanos). Los sujetos con daño estructural en el lóbulo frontal se sabe que tienen problemas en el control de impulsos (Damasio et al., 1990), por lo que el presentar un lóbulo frontal más pequeño los pacientes con TLP proporcionaría una base estructural para entender esta patología en sujetos con TLP

- *Implicación córtex parietal*: se han encontrado evidencias de un tamaño reducido y una anormal asimetría del córtex parietal en sujetos con TLP. El tamaño reducido del córtex derecho parietal en los TLP podría reflejar un déficit en el neurodesarrollo del hemisferio derecho. Se podría especular que una reducida asimetría izquierda de la corteza temporoparietal incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas psicóticos, mientras un aumento de la asimetría del cortex parietal izquierdo podría proteger a los individuos con TLP del desarrollo de más pronunciados y desadaptativos síntomas psicóticos.

- *Anormalidades en el volumen de las estructuras cerebrales relacionadas con la regulación de las emociones y conductas en el TLP*: además de disminución del volumen del lóbulo frontal ya comentado, se ha informado de una disminución del volumen del hipocampo (Driessen et al., 2000; Rusch et al., 2003; Schamahl et al., 2003; Tebartz van Elst et al., 2003) y la amígdala (Schmahl et al., 2003; Tebartz van Elst et al., 2003) se ha encontrado en pacientes con TLP con experiencias traumáticas en la infancia, por lo que se hipotetiza que la disminución del volumen hipocampal pueda estar asociado con experiencias traumáticas en la infancia. Driessen et al. (2000) encontraron una correlación negativa entre el volumen del hipocampo y la extensión y duración de las experiencias traumáticas

- *Bajos niveles de serotonina*: la agresión impulsiva (tanto autodirigida como dirigida al exterior) está relacionada con un marcador biológico: bajos niveles de la actividad serotoninérgica central; también se han encontrado estos bajos niveles en el

trastorno explosivo intermitente, el cual frecuentemente se presenta junto al TLP. Estos datos sugieren aportaciones para el tratamiento de la agresión impulsiva, la cual mejora con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siempre que sea un tratamiento de larga duración (Coccaro et al., 1996, 1997)

- *Implicación de la amígdala* (que cumple un rol importante en la modulación de la vigilancia y en la generación de los estados emocionales negativos, presentando una reactividad anormal en trastornos del estado de ánimo): la amígdala contribuye a la hipervigilancia, la desregulación emocional y las relaciones disturbadas en el TLP.

### **Delictología del trastorno límite de personalidad y repercusiones sobre la imputabilidad.**

#### *Tipología Delictiva*

Si comparamos los diferentes “cluster” de Trastornos de Personalidad del DSM-IV, es el grupo A donde se constata mayor violencia. Sin embargo, es en el grupo B –donde se encuentran los Trastornos Límite y Antisocial –, donde aparece una mayor variabilidad delictiva y donde recaen la mayor parte de los robos violentos, ya sea por agresión, intimidación o uso de armas. Hay que recordar que ante todo el trastorno borderline es un término que sirve para definir a un tipo de personalidad que presenta serias dificultades de autocontrol, lo que puede traducirse en actos de conducta indeseables.

Los sujetos con trastorno límite en los que existe una elevada presencia de conductas impulsivas, combinan características del patrón histriónico y el antisocial. Privados de las atenciones que buscan, estos individuos pueden intensificar su estrategia de seducción, impulsividad, extravagancia e irresponsabilidad. Pueden realizar conductas implicarse en conductas delictivas e impulsivas tales como robos, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actividades sexuales de alto riesgo, y actos violentos, muchas veces en un intento de ser queridos o ser integrados en un grupo marginal, intentando buscar su identidad perdida. Así, cuando ellos no son autodestructivos, pueden ser “antisociales”. También pueden implicarse reiteradamente en amenazas y denuncias hacia miembros de la familia y en el ámbito laboral hacia los superiores. Si tienen reacciones delirantes, los delitos relacionados con ello son generalmente de persecución o celotípicos. Existen estudios recientes que han abordado el tema de la delincuencia en los Trastornos de Personalidad, y encuentran que los delitos más habituales en el TLP específicamente, son delitos contra las personas y violentos.

La característica más llamativa de la impulsividad que muestran se ve en los efectos en las relaciones interpersonales, y estos efectos pueden servir a modo de diagnóstico diferencial con el TAP. Los pacientes antisociales explotan a los otros, mientras que los pacientes límite son más propensos a ser explotados. Los pacientes antisociales carecen de preocupación por sus víctimas, mientras que los pacientes con TLP son más sensibles a las necesidades de los otros. Los pacientes con TAP utilizan a la gente y después los desechan, mientras que los pacientes con TLP idealizan a las personas para después devaluarlos. Además son más propensos que otros sujetos con trastornos afectivos a percibir sus relaciones actuales como hostiles, percibiéndose ellos mismos como hostilmente tratados (explicando con ello las frecuentes conductas de amenazas y denuncias en las que se

implican). Este dato, junto a la característica en el TLP del enorme temor al abandono, es especialmente relevante de cara a comprender la hipótesis planteada por Dutton (1994, 1995) que relaciona la organización límite de personalidad y la violencia doméstica. Parece que los hombres que puntúan alto en organización límite de personalidad son más propensos que otros hombres a recurrir a la violencia en un conflicto personal en respuesta a un estresor actual que simbolice una amenaza de abandono

En definitiva, la frecuencia de comportamientos violentos es elevada. Un estudio realizado por McManus, Alessi, Grapentine, and Brickman (1984) encontró que el TLP en hallado en delincuentes estaba asociado significativamente con la comisión de delitos violentos. Dado que el TLP incluye rasgos tales como inestables e intensas relaciones interpersonales, impulsividad, intensa ira e inestabilidad afectiva, podría argumentarse que esta constelación de personalidad podría hacer a un individuo en particular susceptible a la violencia interpersonal. En 1993 Raine encuentra que entre los delincuentes más violentos existe más prevalencia de TLP en contraste con delincuentes no violentos. En particular, los asesinos mostraron más altas puntuaciones de personalidad límite que los individuos no violentos y se observó una relación lineal entre el incremento de puntuaciones en personalidad límite y incremento de la gravedad de la violencia cruzando los tres grupos (no violentos, violentos, asesinos). Un subanálisis indica que la “inestabilidad afectiva” y las “inestables e intensas relaciones” representan los rasgos específicos del TLP que se encuentran elevados en el grupo de asesinos. Según estas investigaciones, parece que el TLP puede predisponer a la comisión de actos delictivos, si bien no es posible establecer una generalización, y siempre hay que tener en cuenta la presencia de factores mediadores (p.ej. factores mediadores ampliamente estudiados es el abuso de alcohol o trastornos por abuso de otras sustancias; por otra parte, recientemente se ha informado que los sujetos con TLP que refieren haber sufrido abusos sexuales en la infancia parecen presentar con mayor probabilidad conductas violentas). Datos empíricos sostienen la asociación entre TLP y conducta criminal, incluyendo la acción de factores mediadores: entre pacientes drogodependientes y alcohólicos, el diagnóstico de TLP correlacionaba con el número de crímenes violentos en el periodo postratamiento.

También se han llevado a cabo investigaciones sobre la agresividad específicamente en mujeres. Los datos resultantes sugieren que el TLP es una condición de interés en el estudio de la conducta agresiva en mujeres. Así, por ejemplo, un estudio realizado por Jordan y cols. en 1996 encontró que el TLP tiene la mayor incidencia (28%) entre los trastornos psiquiátricos en mujeres que se encuentran en prisión .

Es necesario igualmente recordar que sujetos con los mismos trastornos no cometen delitos, por lo que sería un gran error concluir que todo sujeto con TLP puede ser un delincuente violento.

### *Imputabilidad*

Se ha consensuado que son requisitos para poder considerar imputable a una persona de un hecho delictivo y aplicarle una pena:

- a) Que en el momento de la acción el sujeto posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos
- b) Que el sujeto goce de la libertad de su voluntad o de su libre albedrío.

Por tanto, desde un punto de vista psicopatológico, para que un acto no sea

imputable a un acusado, se requieren que estén afectados uno o más de los condicionantes: yoidad, conciencia, inteligencia y voluntariedad. Para admitir que el acusado ha perdido la yoidad, plenamente, se requiere como requisito una desorientación autopsíquica, es decir del desconocimiento o la ignorancia de su propia identidad (recordemos que en el TLP pueden darse episodios psicóticos breves caracterizados por un estado de despersonalización o desrealización). Respecto a la conciencia, el acusado puede padecer alteraciones cualitativas y cuantitativas de la conciencia, que motiven un estado de obnubilación, confusión o ideación-percepción patológica, que estrechen el campo en grado suficiente como para desconocer la realidad de los hechos (el DSM-IV-TR reconoce entre los criterios diagnósticos del TLP la alteración del juicio de realidad). La inteligencia, por su parte, hace que su deterioro provoque en el individuo un desconocimiento entre lo bueno y lo malo, lo permitido y lo no permitido, entre lo ético y lo moral, en definitiva, el conocimiento necesario para elaborar un juicio lógico de la acción y repercusión de su conducta (aunque la inteligencia de los sujetos con TLP no tiene por qué estar mermada, la impulsividad que manifiestan les lleva a no ser capaces de prever las consecuencias de sus actos). Finalmente, la voluntad puede verse cortocircuitada, anulada o disminuida por estados anímicos específicos, generalmente estados de necesidad o emocionales (con frecuencia se observa en el TLP unas respuestas emocionales muy intensas, especialmente en fases de estrés, que pueden derivar en conductas impulsivas desproporcionadas a la situación que las causó y que escapan al control de los propios sujetos, e incluso puede aparecer conducta psicótica transitoria que, precisamente por su corta duración no permite un diagnóstico adicional, pero sí es de gran importancia psiquiátrico forense). Es decir, se aprecian características en el TLP que vician la imputabilidad.

Sin embargo, autores como Cabrera y Fuertes (1990), consideran imputables a los sujetos con TLP desde un “estricto sentido jurídico psiquiátrico” aunque esto, como se está reseñando, es discutible. En muchas ocasiones, el abordaje de la valoración de la responsabilidad penal del trastorno límite de personalidad tendrá dependerá muchas veces del predominio de una patología psicótica o una patología neurótica

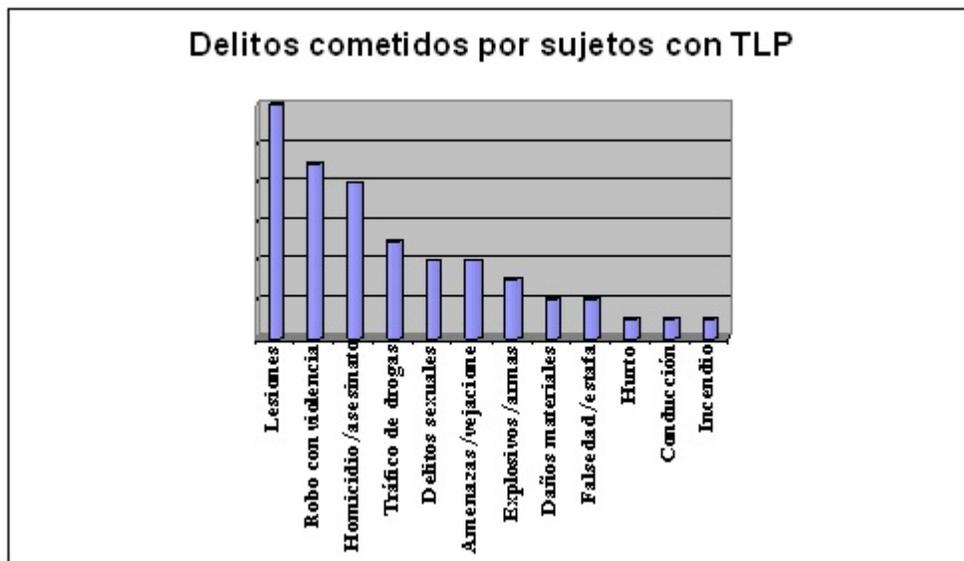
En definitiva, y como se ha ido señalando a lo largo del presente artículo, existen datos que muestran que el sujeto límite puede actuar sin que pueda controlar su conducta (alteración de la voluntad) e incluso en ocasiones debido a episodios psicóticos breves (alteración del juicio de realidad), por lo que la imputabilidad se ve directamente cuestionada.

#### *Análisis de casos de la Jurisprudencia Española*

Con el fin de determinar el modo en que los Tribunales Españoles abordan actualmente los delitos cometidos por sujetos afectados de TLP, se realizó una revisión de sentencias de la Jurisdicción Penal comprendidas entre los años 1995 y 2004, a través de una base de datos de Jurisprudencia (Aranzadi). Para que los datos obtenidos proporcionasen información más exacta sobre el objeto del análisis, se consideraron exclusivamente aquellas sentencias en las que el acusado presentaba de manera acreditada un TLP, con o sin comorbilidad con otros trastornos. De esta manera, la muestra resultante quedó en 39 casos. Los aspectos que se analizaron para el presente análisis fueron:

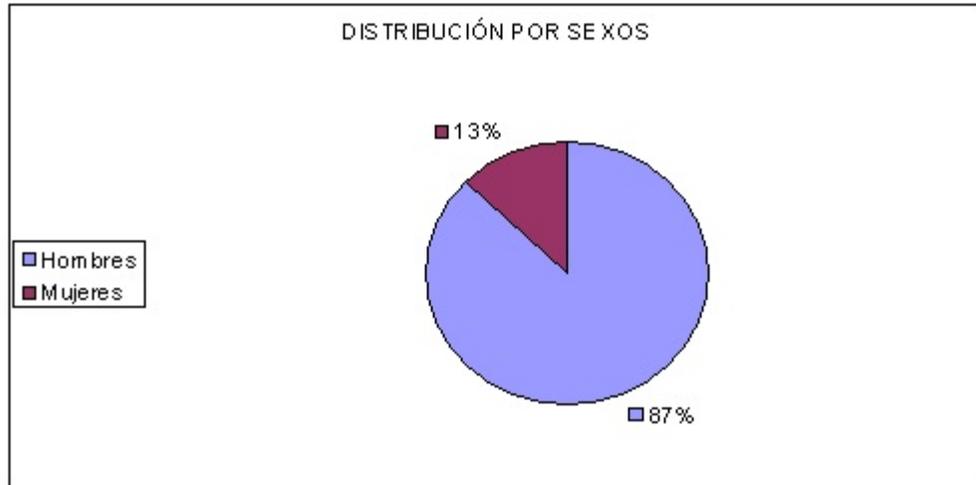
- Tipo de delito
- Variables del procesado (sexo, antecedentes, diagnósticos adicionales, relación con la víctima)
- Imputabilidad
- Medida o pena

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos, hallándose los resultados que se exponen a continuación:



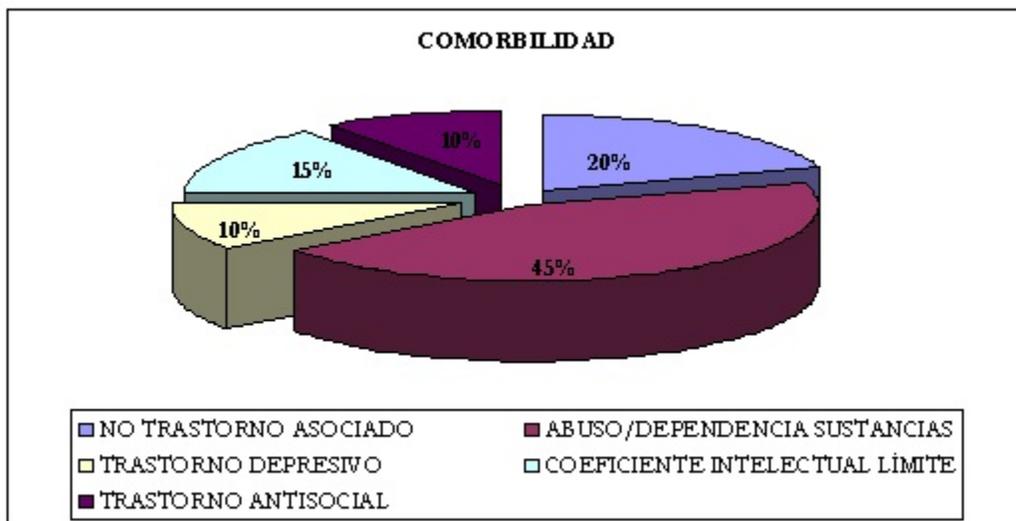
**Figura 1.** Delitos cometidos por sujetos con TLP y juzgados en Tribunales Españoles.

Como puede apreciarse en la figura 1, los datos son congruentes con los estudios que hablan de una alta proporción de delitos violentos y contra las personas cometidos por los sujetos con TLP. Por otra parte, se constata un porcentaje muy desigual entre el número de delitos atribuidos a varones y los atribuidos a mujeres con este trastorno (ver figura 2). Este dato también se encuentra en consonancia con la literatura científica que aborda la diferente canalización de la ira y la agresividad (hacia sí mismos o hacia los demás) que muestran estas personas de manera preferente atendiendo a las diferencias de género.



**Figura 2.** Porcentaje de delitos cometidos por varones y mujeres con TLP

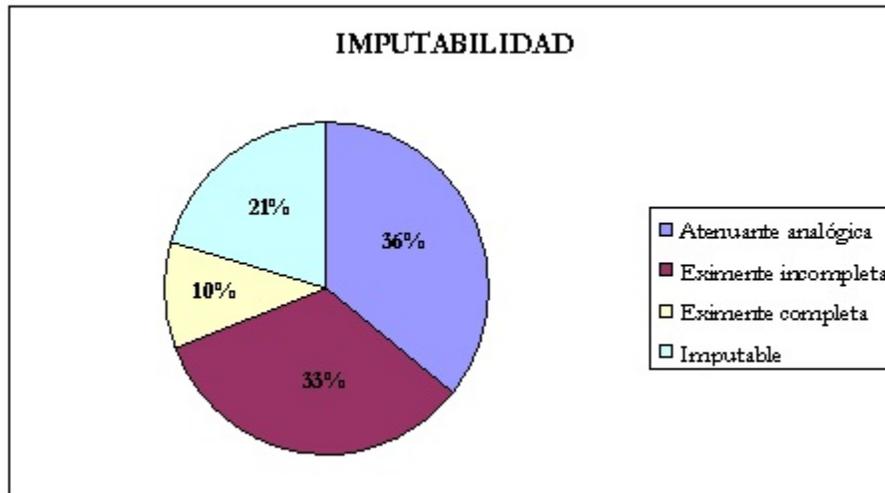
El análisis de la comorbilidad con el TLP (ver figura 3) que presentaban los delincuentes de los casos analizados, aporta datos importantes.



**Figura 3.** Comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad entre los casos analizados en el presente estudio.

En congruencia con lo recogido por la literatura, existe una alta relación entre el TLP y el abuso de sustancias, relación que puede sin duda ser un factor de riesgo de comisión de conductas delictivas y violentas. Llama la atención sin duda el porcentaje de casos que presentan comorbilidad con el TAP; cabría esperar, según la revisión efectuada, un porcentaje mayor entre la población delincente. Puede que el dato obtenido esté viciado debido al modo de obtención del mismo. Al haber hecho hincapié en una búsqueda de Sentencias donde el acusado tuviese acreditado un TLP, quizá se han dejado de lado muchos casos donde se ha establecido como diagnóstico principal el TAP, sin haber dejado constancia en la resolución del trastorno límite asociado, por no habersele dado la importancia pertinente o bien por no haber sido constatado o acreditado igualmente. Este hecho podría haber provocado un porcentaje menor al esperado en cuanto a la comorbilidad del TLP con el TAP.

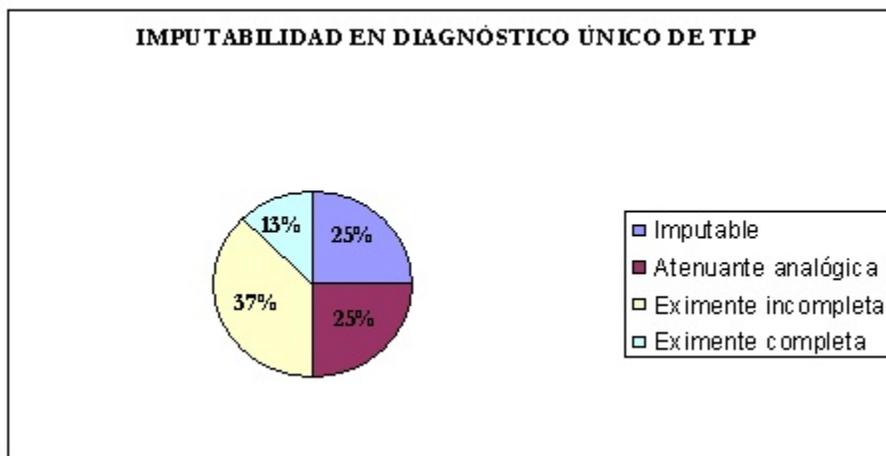
A continuación se analizó de qué modo los Tribunales Españoles valoran la imputabilidad de sujetos afectados de TLP. En un primer momento se consideraron en conjunto todos los casos (con o sin otro trastorno asociado), obteniéndose un mayor porcentaje de casos en los que la imputabilidad se vio al menos mermada (atenuante analógica, eximente incompleta), siendo el porcentaje más reducido el referente a una exención plena de la responsabilidad (ver figura 4).



**Figura 4.** Análisis de la imputabilidad asociada a los delincuentes con TLP

Con objeto de no sesgar el objeto del análisis, se procedió seguidamente a un análisis exclusivamente de los casos que no presentaban comorbilidad alguna, acreditando exclusivamente un TLP (ver figura 5). En este caso se encuentran algunas diferencias con el resultado anterior: el porcentaje mayor corresponde a una eximente incompleta, seguida por un porcentaje similar de casos en los que se considera una leve merma de la

responsabilidad (atenuante analógica) y en los que se considera que no está viciada la imputabilidad. De nuevo el porcentaje menor corresponde a la exención total de responsabilidad. Estos resultados ponen de manifiesto la consideración que en los Tribunales se está otorgando al TLP como causa de reducción de la imputabilidad, ya que como se expuso anteriormente, este trastorno merma la capacidad volitiva de los sujetos, lo cual vicia por principio la imputabilidad.



**Figura 5.** Análisis de la imputabilidad asociada a delincuentes con TLP sin otro trastorno psiquiátrico asociado.

Ejemplos de cómo es considerada esta merma de la capacidad volitiva de estos sujetos se recogen en los siguientes fragmentos de algunas de las sentencias revisadas: “El acusado tiene un TLP con problemas de inmadurez afectiva, alta vulnerabilidad, tendencia a estados de disforia, impulsividad con fuertes pulsiones agresivas y baja tolerancia a la frustración con descargas agresivas, lo que *disminuye levemente su capacidad para comprender lo ilícito o controlar los impulsos*” (STSJ Cataluña núm. 7/2000); “El procesado padece un TLP, con tendencia impulsiva difícil de controlar, que en el momento de los hechos se vio agravado por estímulos intensos provenientes de su madre, y que le provocó *una grave alteración de sus facultades de entender y querer, que determinan la aplicación de la eximente incompleta*” (SAP Barcelona, 23 abril de 1999). En esta última sentencia, pueden apreciarse además otros importantes factores en el TLP: la agresividad impulsiva (homicidio de la madre del acusado) se produjo ante la negativa de ésta de proporcionarle lo que él solicitaba (le había pedido prestado dinero); la intolerancia a la frustración que presentan estos sujetos, junto al sentimiento de sentirse abandonado (también característica importante en el diagnóstico del TLP) por su madre, provocó una

conducta altamente impulsiva, agresiva y descontrolada, derivando en un episodio psicótico breve que alteró su juicio de la realidad (por lo que se vició la capacidad de comprensión del acusado).

El análisis de todos estos casos, y los resultados hallados, sin duda avalan el importante déficit de control de impulsos en estos sujetos, así como la alta implicación de los mismos en conductas delictivas y violentas. Estas conductas son consecuencia de una elevada impulsividad y agresividad que en ocasiones surge dirigida hacia los demás en respuesta a una reactividad emocional muy intensa, especialmente en situaciones que les provoca un alto estrés y que confronta con su escasa resistencia a la frustración.

### **Discusión**

Como se ha constatado a través de la revisión de la literatura científica efectuada para el presente trabajo, las investigaciones en relación al déficit del control de impulsos y la agresividad impulsiva en el TLP han proliferado mucho en los últimos años y han aportado numerosos datos que avalan la existencia de un importante correlato biológico que explica tales características de este trastorno. Estos hallazgos tienen numerosas repercusiones prácticas, que van más allá del interés científico por ampliar el conocimiento en torno al TLP. En primer lugar, parece lógico que un mayor conocimiento de las estructuras biológicas implicadas (a nivel estructural y funcional) puede proporcionar un avance en la investigación de tratamientos médicos y psicológicos dirigidos a los sujetos con este cuadro. Si hablamos específicamente de delincuentes con trastorno límite, quizá sería posible establecer tratamientos dirigidos a reducir las conductas impulsivas y/o agresivas, por lo que junto a este tratamiento, estaríamos trabajando sobre la prevención de conductas violentas, y con ello evitando los daños sobre terceros que se derivan de ellas. Por último, pero no por ello menos importante, son las repercusiones legales y forenses que pueden derivarse de los hallazgos de las recientes investigaciones científicas en torno a los sustratos biológicos que justifican la agresividad e impulsividad de estos individuos. Si se corrobora plenamente que las conductas delictivas y/o violentas cometidas por los sujetos límite pueden explicarse por daños objetivables en el funcionamiento y/o estructura cerebral, estos sujetos serían considerados inimputables, siendo necesario el establecimiento de unas medidas de seguridad (terapéuticas) adecuadas; hasta ahora son muchos los casos de delitos cometidos por sujetos con TLP donde no se admite que ello influya en su capacidad para ajustar su conducta a la ley, a no ser que revista una extremada gravedad o se presente acompañado de otras alteraciones, como toxicomanía o arrebatos pasionales. La constatación de alteraciones funcionales y/o estructurales cerebrales en el TLP serían suficientes para considerar que en estos sujetos está sustancialmente viciada la imputabilidad que se les pueda atribuir.

El análisis llevado a cabo sobre casos extraídos de sentencias dictadas por Tribunales Españoles entre 1995 y 2004, muestra la alta presencia de delitos violentos cometidos por sujetos con TLP, así como la gran importancia concedida al déficit de control de impulsos que manifiestan para justificar una merma de su imputabilidad, lo cual corrobora los estudios que enfatizan la presencia de este déficit y de conductas impulsivas y agresivas para caracterizar este trastorno, más allá de la inestabilidad afectiva que principalmente les describe.

## Referencias

- A. Beck, A. Freeman (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York : Guilford Press
- American Psychiatric Association (APA) (2000). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV), Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-III). Barcelona: Masson.
- Becker, D., Grilo, C.M., Anez, L.M., Paris, M., Mcglashan, T. (2005). Discriminant efficiency of antisocial and borderline personality disorder criteria in Hispanic men with substance use disorders. En *Comprehensive Psychiatry*, nº 46, pp. 140-146.
- Blair, R.J.R. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour. En *Brain and Cognition*, nº 55, pp. 198-208.
- Brambilla, P., Soloff, P.H., Sala, M., Nicoletti, M.A., Keshavan, M., Soares, J.C. (2004). Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. En *Psychiatry Research Neuroimaging*, nº 131, pp. 125-133.
- Caballo, V Y López, F. (2004). El trastorno límite de personalidad. En Caballo, V. (coord.) *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*, pp. 137-160. Editorial Síntesis, Madrid.
- Caparrós, N. (1995). Las personalidades límite o borderline. En *Clínica y Análisis Grupal*, nº 68, vol. 17 (1) pp. 39-62
- Darke, S. De La Fuente, J.M, Tugendhaft, Mavroudakakis, N. (1997). Electroencephalographic abnormalities in borderline personality disorder. En *Psychiatry Research*, nº 77, pp. 131-138.
- Dinn, W.M., Harris, C.L., Aycicegi, A., Greene, P.b, Kirkley, S.M., Reilly, CH. (2004). Neurocognitive function in borderline personality disorder. En *progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, nº 28, pp. 329-341.
- Donegan, N.H, Sanislow, Ch.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.k., Lacadie, CH., Skudlarski, P., Gore, J., Olson, I., Mcglashan, T., Wexler, B. (2003). Amygdala Hyperreactivity in Borderline Personality Disorder: Implications for Emotional Dysregulation. En *Biology Psychiatry*, nº 54, pp. 1284-1293.
- Dougherty, D., Bjork, J., Huckabee, H., Moeller, F.G. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. En *Psychiatry Research* nº 85, pp. 315-326.
- Dowson, J., Bazanis, E., Rogers, R., Prevost, A., Taylor, P., Meux, C., Staley, C., Nevison-andrews, D., Taylor, C., Robbins, T., Sahakian, B. (2004). Impulsivity in patients with borderline personality disorder. En *Comprehensive Psychiatry*, vol. 45, nº 1 (January/February), pp. 29-36.
- Dukes, S., Stevens, R. (2000). Borderline Personality Organization, Dissociation and Willingness to use force in intimate relationships. En *Psychology of Men and Masculinity*, vol. I, nº 1, pp. 37-48.
- Esbec, E. (1997). Comorbilidad y efecto patoplástico de los trastornos de la personalidad. Repercusiones forenses. *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* nº 0, agosto, 16-23.
- Fossati, A., Barratt, E., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. En *Psychiatry Research*, nº 125, pp. 161-170.
- Goethals, I., Audenaert, K., Jabobs, F., Van Den Eynde, F., Bernagie, A., Vervae, M., Diereckx, R. Y Van Heeringen, C. (2005). Brain perfusion SPECT in impulsivity-related personality disorders. En *Behavioural Brain Research* nº 157, pp. 187-192.

- Graña, J.L. y Crespo, M. (1996). "Trastorno antisocial de la personalidad". En Buela, Carboles, Caballo. Manual de psicopatología, Vol. II, 87-129. Madrid: Siglo XXI.
- Gunderson, J.G. (2002) "Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica". Psiquiatría Editores, Barcelona. Versión española de la obra original en lengua inglesa *Borderline Personality Disorder. A clinical guide* de John G. Gunderson, publicada por la American Psychiatric Publishing, Inc. de Washington.
- Hatzitaskos, P. (1997). Discriminating Borderline from Antisocial Personality Disorder in Male Patients based on Psychopathology Patterns and Type of Hostility. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(7):442-446.
- Hernández-Ávila, C., Bureson, A., Poling J., Tennen H., Rounsaville B.J and Kranzler H.R. (2000). Personality and Substance Use Disorders as Predictors of Criminality. En *Comprehensive Psychiatry*, vol. 41, nº 4 (July/August), pp. 276-283.
- Hochhausen, N., Lorenz, A., Newman, J. (2002). Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. En *Journal of Abnormal Psychology*, vol. III, nº 3, pp. 495-501
- Huertas, D.; López-ibor, J.J.; Crespo M. (2005) Neurobiología de la agresividad humana. Barcelona, Ars Medica.
- Irle, E., Lange, C., Sachsse, U. (2005). Reduced Size and Abnormal Asymmetry of Parietal Cortex in Women with Borderline Personality Disorder. En *Biology Psychiatry*, nº 57, pp. 173-182.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization, *J Am Psychoanal Assoc*, 15:641-85
- Kyoon Lyoo, Moon Hee Han, Doo Young Cho (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. En *Journal of Affective Disorders*, nº 50, pp. 235-243.
- Leichsenring, F., Kunst H., Hoyer J. (2003). Borderline personality organization in violent offenders: correlations of identity diffusion and primitive defense mechanisms with antisocial features, neuroticism, and interpersonal problems. En *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 67, nº 4, pp. 314-328.
- Lieb, K., Zanarini, M, Schmahl C., Linehan, M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, vol. 364, pp. 453-461.
- Marcó, J.L., Martí, J.L. (2002). Psiquiatría Forense. Barcelona: Espaxs.
- Martínez, T.; López, F.J. y Díaz, M.L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el Derecho Penal: estudios de casos del Tribunal Supremo. En *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 1, nº 1, pp. 87-101.
- Millon, T. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson, Barcelona
- Millon, T., Davis, R. (2004). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Masson: Barcelona
- Nace, E.P. (1989). Substance use disorders and personality disorders: Comorbidity. *The Psychiatric Hospital*, 20, (2), 65-69.
- Nickel, M.K., Nickel, C., Kaplan, P., Lahmann, C., Mühlbacher, M., Tritt, K., Krawczyk, J., Leiberich, P.K., Wolfhard, K.R., and Loew, T.H. (2005). Treatment of agresión with Topiramate in Male Borderline Patients: A double-blind, placebo-controlled study. En *Biology Psychiatry*, nº 57, pp. 495-499.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Paris, J. (1997). Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two Separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology?. En *Comprehensive Psychiatry*, vol. 38, nº 4 (July/August), pp. 237-242
- Raine, A. (1993). Features of Borderline Personality and Violence. En *Journal of Clinical Psychology*, March 1993, vol. 49, nº 2.
- Robles, J.I. (2001). Trastorno Límite de Personalidad. Apuntes de Clase. UCM: Madrid.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Marín, J.J. Y Santo-Domingo, J. (1998). Relación entre conducta violenta y tentativas autolíticas. En *Revista Archivos de Neurobiología*, 61 (4), pp. 317-326.

- Schulz, C.s., Camlin, K.I. (2000). Tratamiento de personalidad borderline: potencialidad de los nuevos tratamientos antipsicóticos. En RET, Revista de Toxicomanías, nº 24, pp. 20-30
- Skodol, A., Siever, L., Livesley, J., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, t. (2002). The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics and Clinical Course. En *Biology Psychiatry*, nº 51, pp. 951-963.
- Soloff, P.H., Meltzer, C.C., Becker, C., Greer, P.J., Kelly, T.m., Constantine, D. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. En *Psychiatry Research: Neuroimaging*, nº 123, pp. 153-163
- Stone MH (1990), *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. New York: Guilford Press.
- Trull, T., Sher K.J, Minks-brown C., Durbin J., Burr R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. En *Clinical Psychology Review*, vol. 20, nº 2, pp. 235-253.
- Williamson, A., Ross, J., Teesson, M., Lynskey, M. (2003). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). En *Drug and Alcohol Dependence* nº 74, pp. 77-83.
- Yee, L., Korner, A.j., Mcswiggan, S., Meares, R.a., Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. En *Comprehensive Psychiatry*, nº 46, pp. 147-154.
- Zanarini M. (1993) Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. En Paris, J. (ed.): *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc., pp. 67-86.
- Zanarini, M. C., Kimble, C. R., & Williams, A. A. (1994). Neurological dysfunction in borderline patients and axis II control subjects. En K. R. Silk (Ed.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder* pp. 159-175. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Dubo, E., Sickel, A., Trikha A., Levin A., Reynolds V. (1998). Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder. En *Comprehensive Psychiatry*, vol. 39, nº 5 (September/October), pp. 296-302
- Zanarini, M., Gunderson, J., Frankenburg, F. Y Chauncey, D. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BDP from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18
- Zanarini, M., Gunderson, J., Frankenburg, F. y Chauncey, D. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BDP from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18