

## INESTABILIDAD EMOCIONAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA NULIDAD MATRIMONIAL CANÓNICA

### RESUMEN

Se detallan los criterios que definen la inestabilidad emocional patológica de la normal variabilidad del comportamiento y reacción emocional ante diferentes situaciones. Se resumen los trastornos psicopatológicos que cursan con inestabilidad emocional como uno de sus indicadores diagnósticos así como las formas diferentes de psicopatología de la afectividad, que conforman distintos signos y síntomas afectivos. Se detalla la naturaleza y tipos de los trastornos de la personalidad con especial atención al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) caracterizado fundamentalmente por la inestabilidad emocional y la ambivalencia afectiva. Por último se discute acerca de la posibilidad de considerar el TLP como determinante de nulidad matrimonial tanto por la causa de defecto de discreción de juicio como por la incapacidad para asumir las obligaciones del matrimonio, al estar presente dicho TLP antes de la celebración del matrimonio y afectar a numerosos aspectos del funcionamiento personal y social.

*Palabras clave:* inestabilidad emocional, trastorno límite de personalidad, nulidad matrimonial.

### ABSTRACT

Differences between normal and psychopathological emotional instability are defined. Different psychological disorders with affective symptoms and psychopathology of emotion and affectivity are described. The nature, types, etiology and treatment of personality disorders are described, with special attention to the Borderline Personality Disorder (BPD), because the emotional instability and affective ambivalence are the most important symptoms of this pathological personality pattern. BPD is considered as a factor to canonical marriage annulment, because this disorder is previous to marriage and affects all personal and social dimensions of the individual.

*Keywords:* Affective instability, borderline personality disorder, canonical marital nullity.

## 1. INTRODUCCIÓN

La conducta es inestable por definición. Y conviene que así sea, porque la conducta es el elemento mediante el cual los organismos se adaptan al entorno de modo satisfactorio y adaptativo, o intentan modificar dicho entorno para adecuarlo a sus necesidades, deseo e intereses. Como el entorno, físico y, sobre todo, social es cambiante, también es cambiante la conducta. Lo anormal sería lo contrario, lo patológico sería que la persona dé respuestas similares (*i.e.* estables) ante demandas internas y externas diferentes. Esto mismo sucede cuando la situación a la que se enfrenta la persona, el recuerdo que llega a su mente, la anticipación de un determinado evento o la relación interpersonal que se desarrolla tiene carga emocional. En estos casos, nuestras respuestas emocionales también son cambiantes, afortunadamente. De hecho, todos los humanos han podido experimentar bruscos cambios de humor, y potentes reacciones emocionales —positivas o negativas— incongruentes con el estado de ánimo anterior cuando se han enfrentado a sucesos inesperados, relevantes o motivadores. Nadie se extrañaría si, en medio de una fiesta en la que está disfrutando y riendo con gran alegría, la misma persona rompe a llorar desconsoladamente y aparecen pensamientos intensos e incontrolables acerca del sinsentido de la vida si recibe una inesperada noticia sobre el fallecimiento de la persona amada. O todo lo contrario, nuestras pequeñas y tranquilizadoras sonrisas ante una situación de humor contada en momentos muy tristes o preocupantes.

En definitiva, el comportamiento humano debe entenderse siempre en relación con las variables contextuales que lo provocan o favorecen. Cuando no existe la conexión entre lo sucedido y lo experimentado, o cuando resulta difícil entender la conducta del sujeto porque no se identifican los antecedentes que lo provocan, o cuando no hay proporcionalidad entre el acontecimiento y la reacción, entonces es cuando puede hablarse de comportamiento *anormalmente* inestable. Es decir, lo anormal no es la conducta sino el *binomio contexto-conducta*. No puede definirse el carácter anormal de un comportamiento sólo sobre la base de sus manifestaciones externas, sino sobre la base de su relación con el entorno —interno o externo— en el que sucede, o en relación con otros procesos de comportamiento (e.g. falta de relación entre pensamiento, sentimiento, acción) y, por supuesto, en relación con la intencionalidad o función de tal conducta y de quien la lleva a cabo en ese contexto determinado. En definitiva, y como afirma clásicamente la psicopatología, la anormalidad del comportamiento (e.g. la anormalidad de un comportamiento emocionalmente inestable) debe definirse en términos sociales y conductuales y por tanto, una buena parte de su sentido se deriva del contexto en que ocurre.

Esto no es nuevo en psicopatología, y encuentra su raíz explicativa en la definición y explicación del comportamiento normal y sano como un proceso de transacción entre (1) el escenario en el que se mueve el sujeto, (2) las funciones básicas del mismo (*i.e.* atender y percibir, pensar, anticipar y recordar, sentir y emocionarse, y actuar) y (3) las consecuencias de dicha transacción, que predicen el comportamiento futuro ante escenarios similares (López y Costa, 2012, 2013). Todo ello se explica por los principios que regulan la conducta. El carácter patológico del comportamiento vendrá determinado por la falta de relación adaptativa entre los tres elementos o por el carácter desproporcionado de la conducta (*i.e.* demasiado o demasiado poco frecuente, intenso o duradero).

En este sentido, se puede admitir que la conducta humana es dimensional. También lo son los determinantes relativamente estables, como los rasgos de personalidad. Por tanto, los trastornos mentales no se caracterizan por suponer una absoluta 'ruptura' respecto a la norma, sino más bien como puntos extremos de un continuo. Si se habla de características de personalidad, habría que distinguir lo que se denomina 'estilos de personalidad' de los trastornos de la personalidad. Casi todas las variables humanas, incluyendo la estabilidad emocional, pueden entenderse como variables continuas a lo largo de las cuales todas las personas ocupan una determinada posición. Por tanto, definir un patrón de comportamiento como patológico implica tener en cuenta este carácter cuantitativo y, sobre todo, el impacto de dicho patrón en la adaptación y bienestar de la persona. En nuestro caso, la inestabilidad emocional (IE) será indicativa de un problema psicológico cuando sea clínicamente significativa, es decir cuando se asocie con malestar o deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento.

La IE suele traducirse en comportamientos impulsivos, incontrolables para ella e impredecibles para los demás, suele ser interpretado como un indicador de disfunción o desajuste por parte de los expertos, al presentarse como aparentemente irracionales o inexplicables, además de resultar frecuentemente molesta o dolorosa para los demás, quienes ven dificultado su propio equilibrio y desarrollo, por lo que suelen atentar seriamente contra las relaciones familiares, laborales y de pareja.

En este sentido, es del todo pertinente preguntarse acerca del papel que tiene la IE como factor de desajuste conyugal y frecuentes conflictos maritales y familiares, y en qué medida los trastornos del comportamiento que incluyen la IE como síntoma o son definidos principalmente por ella, como lo es el trastorno límite de la personalidad, incapacitan a la persona para asumir con claridad de juicio y consistencia de voluntad las exigencias del vínculo matrimonial, y en qué medida estos determinantes han podido ser previos al sacramento y persistentes después del mismo, habiendo podido

pasar desapercibidos para el cónyuge, que no atribuyó calidad de trastorno mental al comportamiento del otro contrayente, quizás porque no aparecían otros desórdenes psicológicos más puntuales y evidentes. Si es así, es preciso preguntarse por la validez del matrimonio y por la IE patológica como posible causa de nulidad.

## 2. INESTABILIDAD EMOCIONAL COMO SÍNTOMA O COMPORTAMIENTO PROBLEMA

La inestabilidad emocional (IE) es un tipo de alteración de la afectividad, que aparece en numerosos trastornos del comportamiento, formando parte de los criterios diagnósticos que definen el cuadro psicopatológico. En este sentido, puede abordarse la IE en relación con la psicopatología al menos desde cuatro perspectivas diferentes: (1) como alteración específica de la afectividad, lo que obliga a su definición desde la psicopatología de la afectividad, (2) como síntoma, es decir, formando parte de distintos trastornos mentales que tienen la IE como uno de sus indicadores, (3) como señal general de problemas de comportamiento, es decir, como criterio general para determinar la presencia de un comportamiento desadaptativo y anormal, y (4) como elemento nuclear del problema que presenta el paciente, esto es, como elemento patognomónico. Esta última acepción se refiere directamente a los trastornos de personalidad, especialmente a un grupo de ellos, y dentro del mismo, al trastorno límite de la personalidad, denominado también como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, al que se dedicará en profundidad este trabajo por guardar relación directa con el asunto canónico que nos ocupa.

La afectividad, tanto percibida subjetivamente por el individuo como el 'tinte' emocional de determinados eventos, situaciones o actividades como expresada de forma verbal, fisiológica o conductual, constituye una de las áreas más relevantes de exploración psicopatológica, tanto por las implicaciones que tiene sobre el resto de los procesos y funciones psicológicos como por la trascendencia y riqueza vivencial que constituye por sí misma (Crespo, 2011). Tampoco puede olvidarse la trascendencia que adquieren las alteraciones primarias de la afectividad y que constituyen el grupo de los trastornos afectivos o del estado del ánimo, posiblemente los trastornos mentales con mayor incidencia en la población general.

La psicopatología de la afectividad analiza el sistema emocional o sentimental del sujeto y engloba diferentes funciones como el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el humor, los deseos, los afectos, el temperamento... El Cuadro 1 resume las principales manifestaciones psicopatológicas de la afectividad, que incluye tanto alteraciones de la emoción (*i.e.* respuesta afectiva interna acompañada generalmente de manifestaciones somáticas que

se produce de forma súbita como respuesta a una vivencia y que tiende a mantener o a eliminar el acontecimiento desencadenante), como de los sentimientos (*i.e.* experiencia subjetiva de la emoción), los afectos (*i.e.* vivencia subjetiva que acompaña a una idea o representación mental) y el humor o estado de ánimo (*i.e.* estado emocional basal del sujeto o emoción mantenida y persistente experimentada de forma subjetivo y observable por los demás)

| Síntomas afectivos                   | Definición   |
|--------------------------------------|--|
| Incontinencia afectiva               | Falta de control afectivo, existiendo emociones que surgen de modo exageradamente rápido, alcanzan una intensidad excesiva y no pueden ser controlados |
| Ambivalencia afectiva                | Coexistencia de sentimientos positivos y negativos con respecto a un mismo objeto, contenido vivencial o representación mental                         |
| Rigidez afectiva                     | Pérdida de la capacidad de modulación afectiva: sentimientos y emociones persistentes que no cambian según las circunstancias                          |
| Indiferencia afectiva                | Pérdida de la capacidad de experimentar emociones  |
| <b><i>Inestabilidad afectiva</i></b> |  |
| Inadecuación afectiva                | Las emociones no se corresponden con el contenido de sus vivencias, incluyendo la conciencia de sí mismo y su entorno                                  |
| Alexitimia                           | Incapacidad para percibir o reconocer los sentimientos de otros o expresar e identificar los propios   |
| Anhedonia                            | Disminución o desaparición de la capacidad para obtener placer en circunstancias que con anterioridad sí lo procuraban                                 |
| Disforia                             | Sensación difusa de malestar y displacer aparentemente inmotivada  |
| Ansiedad                             | Temor desproporcionado ante un determinado estímulo o la anticipación del mismo, con manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales           |

**Cuadro 1.** Psicopatología de la afectividad

La IE consiste en rápidos cambios en cuanto al estado emocional y en general independientes de estímulos causales externos o, al menos, poco proporcionales a los mismos. La IE dura casi siempre poco tiempo (*i.e.* segundos-minutos), aunque puede reaparecer varias veces en el mismo paciente. Este síntoma puede aparecer en síndromes afectivos, como depresión, manía o

trastornos bipolares, en pacientes con enfermedades orgánicas, generalmente con afectación del sistema nervioso central y en otras afecciones como los episodios psicóticos agudos. La IE es una variación constante de los sentimientos y emociones que ocurre sin motivo aparente: la persona le da importancia a cosas que a cualquier otro le pasarían desapercibidas y que le provocan cambiar de un estado de ánimo positivo a otro negativo y viceversa.

Desde el punto de vista de los estudios sobre la personalidad, se considera la IE como el extremo de una de las cinco dimensiones, rasgos o factores fundamentales (*i.e.* big five o cinco grandes, que denomina la IE como ‘neuroticismo’), cuyo extremo opuesto es la estabilidad emocional. Las personas con una elevada puntuación en IE son ansiosas, se preocupan con facilidad y están a menudo de mal humor o deprimidas. Suelen dormir mal y pueden tener trastornos psicósomáticos. A menudo reaccionan de forma irracional o rígida, debido a que se ven dominados por sus emociones; e sienten estresados con facilidad y experimentan a menudo emociones negativas (*e.g.* ira, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza,...); toleran mal el estrés o las situaciones negativas de cualquier tipo y tienen más probabilidades de interpretar las situaciones neutras de la vida diaria como amenazantes, y las pequeñas frustraciones como obstáculos desesperantes. Generalmente, son personas que tienen reacciones emocionales fuertes y se ven afectados fácilmente por las experiencias negativas, costándoles trabajo volver de nuevo a un estado de equilibrio tras el suceso, de manera que sus reacciones emocionales negativas pueden persistir durante largo periodo de tiempo, lo que conduce a que estén de mal humor o abatidos con frecuencia. Es habitual preocuparse por todo aquello que puede salir mal, reaccionando con gran ansiedad ante estos pensamientos y preocupaciones. Estos problemas para regular sus emociones pueden afectar a su capacidad para pensar con claridad, tomar decisiones y afrontar el estrés de manera efectiva.

Los instrumentos más empleados para evaluar la dimensión estabilidad *versus* inestabilidad emocional, dividen la IE en seis dimensiones: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.

Por otra parte, la IE es un síntoma frecuente encontrado en diferentes problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación, manía y trastornos bipolares, trastornos del control de los impulsos, abuso de alcohol o drogas y adicción, trastornos de la conducta alimentaria, especialmente los episodios de ingesta compulsiva (*i.e.* trastorno por atracón) y bulimia, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y la patología dual. En muchos de estos trastornos, la IE no sólo es un síntoma que describe el cuadro sino un elemento importante para su comprensión y la formulación clínica del caso. Además, la IE como componente principal está presente en mayor o menor medida en muchos de los trastornos de la personalidad, que

constituyen un tipo específico de problemas psicopatológicos, además de poder estar asociados a otros trastornos del comportamiento (*i.e.* consideración del Eje II del DSM). En los trastornos de la personalidad, especialmente en el grupo B, la IE es el componente principal tanto para la descripción del cuadro como para su identificación diagnóstica y para su comprensión etiológica e integral

### 3. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Un trastorno de personalidad (TP) se define como un patrón permanente, temprano, generalizado, extraño e inflexible de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas, que causa malestar para la persona y/o su entorno. Estos patrones de comportamiento no suponen necesariamente la pérdida de contacto con la realidad ni dificultan de forma permanente el funcionamiento laboral, social o cognitivo de la persona, pero sí dificultan enormemente su adaptación social y el desarrollo personal del paciente, del mismo modo que incrementa notoriamente su vulnerabilidad frente a nuevas situaciones y demandas. Supone, por tanto, una desviación clínicamente significativa de los patrones normales de comportamiento, sobre todo interpersonal, o lo que es lo mismo, suponen una alteración importante de las dimensiones de personalidad.

Los rasgos de personalidad son formas persistentes de percibir, relacionarse, actuar y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que tiene la persona y que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Un individuo posee una 'personalidad sana' cuando manifiesta la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible, realista, y cuando sus percepciones y conductas típicas favorecen la adaptación y aumentan su satisfacción personal (Millon y Escovar, 1996). Cuando estos patrones de pensamiento sobre uno mismo o los demás y de comportamiento son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo en diferentes ámbitos de la vida o un malestar subjetivo pueden ser considerarse como trastornos de la personalidad (APA, 2002, 2013).

Un TP será, por tanto, un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, comporta malestar o perjuicios para la persona y se manifiesta en, al menos, dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de los impulsos (APA, 2002). Estos patrones disfuncionales tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y no pueden atribuirse a una enfermedad médica ni a otro trastorno mental. En definitiva, un TP está pro-

fundamente enraizados en el modo de comportarse de la persona, es inflexible, desadaptativo, especialmente en lo referido a las relaciones sociales, es relativamente estable a lo largo del tiempo, deteriora de forma significativa la capacidad funcional del sujeto y produce gran malestar en su entorno.

Así lo reconocen las clasificaciones psicopatológicas más usuales en sus recientes versiones. Los criterios diagnósticos generales de la DSM-IV-TR y la CIE-10 referidos a los TP se recogen en el Cuadro 2.

| Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para un trastorno de la personalidad   | Criterios diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos específicos de la personalidad  |
|---|---|
| <p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <p>(1) cognición (<i>e.g.</i> formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)</p> <p>(2) afectividad (<i>e.g.</i> la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)</p> <p>(3) actividad interpersonal</p> <p>(4) control de los impulsos</p> <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (<i>e.g.</i> una droga, medicamento) ni a una enfermedad médica (<i>e.g.</i> traumatismo craneal).</p> | <p>A. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.</p> <p>B. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.</p> <p>C. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.</p> <p>D. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.</p> <p>E. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.</p> <p>F. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.</p> |

**Cuadro 2.** Criterios generales para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad



Estas clasificaciones diagnósticas reconocen que definen los TP desde una perspectiva categorial, según la cual los trastornos de la personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional, según la cual los TP representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. La pregunta es, por tanto si estamos ante individuos con un deterioro en el funcionamiento de la personalidad, en sus dos dimensiones fundamentales: (1) *el sí mismo*, o *yo*, y (2) *las relaciones interpersonales*.

| Dimensión                  | Componentes              | Contenidos  |
|----------------------------|--------------------------|---|
| Yo / sí mismo              | <i>Identidad</i>         | Experiencia de ser único, autoestima estable, capacidad de autoevaluación y autorregulación emocional   |
|                            | <i>Autodeterminación</i> | Búsqueda de objetivos, capacidad de vida coherente, autorreflexión y capacidad de normas internas prosociales                                 |
| Relaciones interpersonales | <i>Empatía</i>           | Comprensión y valoración de experiencias de otros, tolerancia con la diferencia, comprender los efectos de la propia conducta sobre los demás |
|                            | <i>Intimidad</i>         | Profundidad y duración de las relaciones positivas, deseo de cercanía, expresión de reciprocidad  |

**Cuadro 3.** Niveles de funcionamiento de la personalidad (propuesta para DSM-5)

En otras palabras ¿los TP son modos de relacionarse con uno mismo y con los demás diferentes de las maneras psicológicamente sanas (*i.e.* categorías) o son formas extremas de un mismo continuo que, con otras puntuaciones, supondrían un patrón de personalidad normal (*i.e.* dimensiones)? Sin duda, la aproximación dimensional parece más cercana a la realidad, y asume el supuesto fundamental de la psicología al entender que el comportamiento anormal se explica por los mismos principios que la conducta sana, lo que implica muchas consecuencias desde el punto de vista explicativo y aplicado. Así, los autores del DSM-5 proponen diferenciar cinco niveles de deterioro de funcionamiento tanto en el *yo* o *sí mismo* como en las *relaciones interpersonales*, que irían desde el Nivel 0 (funcionamiento saludable o no afectación) hasta el Nivel 4 (deterioro extremo). No obstante, en la actualidad sigue primando una descripción de los TP basada en criterios categoriales.

En el Cuadro 4 se recoge la propuesta de dominios o dimensiones de la personalidad, con sus respectivos subconjuntos de facetas o rasgos, que se proponen con motivo de la edición del DSM-5, que le aproxima a modelos multifactoriales. Esta consideración y sus implicaciones tendrían una consecuencia directa sobre el abordaje del perito psicólogo forense de cara a determinar el grado de influencia del TP sobre su comportamiento y las repercusiones jurídicas que esto implica.

| Dominios               | Rasgos-Facetas de la personalidad   |
|------------------------|---|
| Emocionalidad negativa | Labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad de separación, pesimismo, baja autoestima, culpa / vergüenza, autolesiones, depresividad, desconfianza |
| Introversión           | Retraimiento social, aislamiento social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de las relaciones íntimas  |
| Antagonismo            | Insensibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, negativismo, engaño   |
| Desinhibición          | Impulsividad, desatención, imprudencia, irresponsabilidad   |
| Compulsividad          | Perfeccionismo, perseverancia, rigidez, orden, aversión al riesgo   |
| Esquizotipia           | Percepciones inusuales, creencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva, propensión a la disociación  |

**Cuadro 4.** Dominios y rasgos-facetas propuestos para DSM-V  
(Adaptado de Esbec y Echeburúa, 2011)

Numerosos estudios confirman la relación entre los TP y la presencia de otros trastornos del comportamiento. Así, el 30-50% de los pacientes ambulatorios presentan un TP, mientras que el 15% de los hospitalizados ingresan básicamente por problemas causados por un TP, es decir, con el TP como motivo principal de consulta e ingreso. Además, presentar TP multiplica por dos el riesgo de presentar trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, comportamientos autolesivos y consumo de sustancias. También se ha encontrado TP asociado regularmente a trastornos de la conducta alimentaria, esquizofrenia, trastornos bipolares, somatización, trastornos disociativos y trastorno obsesivo-compulsivo.

Del mismo modo, se ha encontrado una relación funcional clara entre algunos TP y el comportamiento violento con la pareja, siendo el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial, el trastorno paranoide y el trastorno narcisista algunos de los factores psicopatológicos detectados en muchos maltratadores (Echeburúa, Odriozola y Corral, 2004). También existe

una relación clara entre TP y comportamiento delictivo (ver revisión de González Herrero, 2012).

### *Clasificación de los trastornos de la personalidad*

En la actualidad, se mantienen los mismos tipos de TP que en las clasificaciones psicopatológicas anteriores, si bien se asume la precaución de considerar que difícilmente un paciente presente todos y sólo los síntomas de uno de los tipos determinados, por lo que esta clasificación debe ser considerada no en términos categoriales o absolutos sino más dimensionales y biográficos: importa más la descripción clínica del comportamiento problema que la etiqueta diagnóstica. Esta consideración es importante tanto desde el punto de vista de la intervención clínica como forense. Así, se sabe que el mejor predictor del resultado terapéutico —lo que informa también acerca de la naturaleza del problema y del valor que debe darse a esta clasificación de los TP— es la gravedad del TP y no el tipo de TP (Verheul, 2012).

Los diez tipos de TP que se consideran en la actualidad son: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Otros TP han sido considerados por las clasificaciones diagnósticas como objeto de estudios posteriores, por lo que se reconocen como trastornos no específicos o directamente no se incluyen como TP. Se trata del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno depresivo, y del autodestructivo y sádico, respectivamente.

Tradicionalmente, estos diez tipos de TP se han organizado en tres grupos diferentes, por afinidad de signos y síntomas y por la presencia de elementos etiológicos comunes dentro de cada grupo y distintos de los característicos de los otros grupos.

El *grupo A*, denominado coloquialmente de ‘los extraños y excéntricos’, lo forman los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los tres coinciden en presentar rasgos tales como rareza, excentricidad, retraimiento y/o aislamiento social, y suspicacia. Los tres guardan cierta relación con la esquizofrenia, aunque se trata de trastornos distintos. El comportamiento de las personas con estos TP es extraño y expresan de un modo poco habitual sus emociones y afectos, o simplemente no los expresan; las situaciones sociales son especialmente problemáticas para ellos porque les producen una gran ansiedad, que les conduce a aislarse o a comportarse de manera desapegada, fría, suspicaz, bizarra o con una comunicación muy poco ajustada socialmente (Belloch y Fernández-Alvarez, 2002).

El *grupo B* es el más interesante para el tema de este trabajo, ya que tiene como característica principal la inestabilidad emocional, el comportamiento

impulsivo y un patrón de comportamiento fundamentalmente guiado por una emotividad exagerada y teatral. De hecho, a este grupo B se le define como el formado por los individuos patológicamente dramáticos, emocionales e impulsivos, y está formado por los TP antisocial, límite, histriónico y narcisista. Se trata de personas con gran tendencia a la exageración, la emotividad excesiva, la inestabilidad y variabilidad, y la escasa capacidad para controlar sus impulsos y para empatizar con los demás.

| Grupo  | Tipo                | Características  |
|--|---------------------|--|
| <i>Grupo A</i><br><i>Extraños o excéntricos</i>              | Paranoide           | Desconfianza y suspicacia general: los motivos de los demás se consideran maliciosos   |
|  | Esquizoide          | Distanciamiento social general y desinterés por las relaciones sociales. Inexpresividad emocional  |
|  | Esquizotípico       | Malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales. Distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta               |
| <i>Grupo B</i><br><i>Teatrales, emocionales e inestables</i> | Antisocial          | Desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienzan en la infancia. Manipulación, engaño, falta de empatía y ausencia de sentimientos de culpa |
|  | Límite              | Inestabilidad emocional y en las relaciones personales, la autoimagen y la afectividad. Gran impulsividad. Exigen ser el centro de atención                  |
|  | Histriónico         | Emotividad generalizada y excesiva. Búsqueda de atención mediante seducción y dramatismo   |
|  | Narcisista          | Autoimagen de grandiosidad personal, necesidad de admiración y falta de empatía  |
| <i>Grupo C</i><br><i>Ansiosos o temerosos</i>                | Evitativo           | Inhibición social, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa  |
|  | Dependiente         | Sumisión y adhesión provocadas por la necesidad general y excesiva de protección y el temor a la separación  |
|  | Obsesivo-compulsivo | Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y eficiencia                   |

|                           |                 |   |
|---------------------------|-----------------|---|
| <i>No especificados</i>   | Pasivo-agresivo | Cumplimiento mínimo de sus obligaciones y orientación general a la comodidad y la placidez. Frecuentes quejas. Desprecio por la autoridad         |
|                           | Depresivo       | Tristeza, pesimismo, introversión, pasividad, baja autoestima. Muy autocríticos y sentimiento intenso de incapacidad, inadecuación e infelicidad  |
| <i>Otros no incluidos</i> | Autodestructivo | Conducta autodestructiva y rechazo de la ayuda. Autosacrificios excesivos por los demás, aunque no lo demanden. Rechazo del placer y el bienestar |
|                           | Sádico          | Conducta cruel, desconsiderada y agresiva. Uso de la violencia, la humillación y la amenaza para dominar a los demás                              |

**Cuadro 5.** Clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR y DSM-5 con inclusión de otros patrones

El *grupo C*, ‘los ansiosos y temerosos’, está formado por los TP evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo, que tienen en común su asociación con la presencia de alteraciones emocionales (*i.e.* ansiedad, tristeza o ambas) ante las relaciones sociales, la separación de las personas significativas o la pérdida de control, respectivamente. De hecho, es frecuente su comorbilidad con los trastornos de ansiedad y depresión, hasta el punto de que estos TP se consideran un factor de vulnerabilidad para los mismos.

Los TP no especificados se reservan para trastornos mixtos y para patrones de personalidad claramente patológicos pero no incluidos en las clasificaciones anteriores, tales como el TP depresivo y el pasivo-agresivo. El primero se caracteriza por ser un patrón permanente de comportamientos, sentimientos y pensamientos típicamente depresivos, tales como tristeza, baja autoestima, abatimiento, falta de energía, ... habiéndose descartado el diagnóstico de depresión u otros trastornos afectivos; el TP pasivo-agresivo se define como un patrón permanente de actitudes de oposición abiertas o encubiertas (*i.e.* pasivas) ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral. Otros trastornos han sido desestimados de formar parte de las clasificaciones nosológicas, aunque se consideran como patrones generales de comportamiento caracterizados por deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológica, es decir, desajustes activos o pasivos de ciertos patrones de comportamiento interpersonal cuyo carácter psicopatológico reside en una tendencia a generar conflictos intra e interpersonales y a no resolverlos.

*Etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento de los trastornos de la personalidad*

Los TP se inician temprano y duran prácticamente toda la vida. Esto obliga a suponer cierta determinación genética y el papel determinante de las experiencias familiares tempranas en la génesis del trastorno. De hecho, se considera que las variables genéticas y ambientales son necesarias e igual de importantes, y que no puede ignorarse ninguna de ellas en la explicación etiológica del problema (O'Connor y Dyce, 2001).

Junto con estos determinantes tempranos, se deben considerar los factores cognitivos, en forma de esquemas desadaptativos y poco realistas de interpretación y pensamiento acerca de uno mismo, los demás, las relaciones, el futuro y el significado de las experiencias pasadas. Este modelo cognitivo, muy relacionado con una visión filogenética y evolutiva de la conducta y sus trastornos, considera que los distintos comportamientos están motivados por un sistema de control interno formado por procesos de autorregulación (*e.g.* autovigilancia, autoevaluación, autoinstrucciones y autoconsejos) que determinan la forma en que la gente se comporta consigo misma y con los demás, formando los conceptos sobre uno mismo y su papel social. Cuando estos conceptos o esquemas son exagerados o deficientes, el concepto de uno mismo y los procesos relacionados resultan insuficientes para encontrar soluciones adaptativas al estrés ambiental, muchas veces de naturaleza social, y pueden conducir a la persona a pasar de un cierto 'estilo' de personalidad a un trastorno de personalidad. Una determinada creencia normal (*e.g.* 'me pueden abandonar las personas que me importan') puede ser asociada con un patrón de comportamiento (*e.g.* 'no hacer muchas cosas para evitar la evaluación negativa de otros, que pueda conducir a que me abandonen') que favorezca la aparición, bajo determinadas condiciones, de un TP (*e.g.* evitativo). Si además se da el caso de que la persona tienda a valoraciones exageradas y emocionales de los acontecimientos y realmente suceda a veces lo temido (*e.g.* ser rechazado por alguien importante para él) y no posea buenas estrategias para afrontarlo, todos los esquemas disfuncionales se refuerzan, aumentando la vulnerabilidad del sujeto (Caballo, 2004).

En resumen, se considera que los factores determinantes de la aparición y desarrollo de los TP, dentro de un modelo biográfico de la conducta individual, son: (1) la *herencia*, no como determinante sino como predisponente, (2) la *infancia* y las experiencias familiares tempranas, que van condicionando el modo de ver el mundo, los demás y a sí mismo, y que se basan en los sentimientos y actitudes de los padres hacia sus hijos, su modo de expresar las emociones, la valoración de las conductas del niño, los procedimientos que emplean para regular y controlar su conducta, el modo de establecer las

normas y los límites, el clima familiar y entre los padres, etc., (3) las *relaciones sociales*, esto es, los intercambios afectivos con los amigos e iguales, el papel de los adultos significativos, ... que determinan la imagen que se tiene de uno mismo y favorece distintos patrones de conducta asociada a esa autoimagen, así como las consecuencias sociales de control sobre la conducta de otros que se van ensayando en la propia vida social, (4) los *esquemas cognitivos* y (5) la influencias de algunos factores socioculturales, tales como los valores, normas y tradiciones a las que desde niños las personas aprenden a respetar y adaptarse, y que cuando son poco claras o cambian demasiado rápido dificultan el proceso de socialización y determinan la percepción que se tiene acerca de lo peligroso o satisfactorio de las relaciones sociales así como de la eficacia personal para conducirse en estas relaciones.

En cuanto al diagnóstico diferencial, la propia DSM considera que muchos de los criterios específicos para TP describen características (*e.g.* inestabilidad emocional, suspicacia, dependencia, insensibilidad) que también son típicas de otros trastornos mentales, por lo que sólo debe diagnosticarse un TP cuando las características definitorias aparezcan antes del comienzo de la edad adulta, sean típicas del funcionamiento a largo plazo del sujeto y no aparezcan exclusivamente durante un episodio de otro trastorno. Del mismo modo, algunos TP tienen relación con el «espectro» de alguna enfermedad mental (*e.g.* los TP del grupo A con la esquizofrenia, o el TP por evitación con la fobia social) basándose en las similitudes fenomenológicas o biológicas o en la incidencia familiar. Conviene por tanto, evitar la confusión diagnóstica entre TP y, sobre todo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo (*i.e.* depresión, manía y trastornos bipolares), trastornos de ansiedad, o cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de que la persona haya estado expuesto a un estrés extremo, y pueda considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, o cuando haya alteraciones severas de la personalidad secundarias a una adicción, intoxicación por drogas, síndrome de abstinencia o resultado de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (*e.g.* un tumor cerebral). Es preciso insistir en que los TP deben distinguirse de los rasgos de personalidad muy marcados o en los extremos de un continuo de normalidad. Estos rasgos de personalidad sólo se diagnostican como TP cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes y ocasionan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativos.

| Tipo de trastorno   | Tipo de terapia   |
|---------------------|---|
| Paranoide           | Terapia psicoanalítica breve en grupo<br>Terapia cognitiva<br>Terapia farmacológica + Terapia cognitivo-conductual  |
| Esquizotípico       | Terapia psicoanalítica en grupo<br>Terapia cognitivo-conductual   |
| Antisocial          | Terapia cognitiva breve<br>Comunidad Terapéutica  |
| Límite              | Terapia cognitivo-conductual dialéctica<br>Terapia de conducta<br>Terapia de conducta breve<br>Terapia familiar sistémica<br>Terapia de grupo<br>Terapia psicoanalítica y terapia psicoanalítica breve      |
| Narcisista          | Terapia psicoanalítica  |
| Evitativo           | Terapia de entrenamiento en habilidades sociales<br>Terapia de conducta de exposición gradual<br>Terapia cognitivo-conductual en grupo<br>Terapia cognitiva racional-emotiva<br>Terapia psicodinámica breve |
| Dependiente         | Terapia psicoanalítica breve en grupo   |
| Obsesivo-compulsivo | Terapia psicodinámica breve<br>Terapia cognitivo-conductual   |
| Pasivo-agresivo     | Terapia conductual de entrenamiento en asertividad  |
| Autodestructivo     | Terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva  |

**Cuadro 6.** Estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos de diversos trastornos de la personalidad

El tratamiento de los TP reviste particular dificultad por varios motivos. La propia naturaleza del problema, su cronicidad, el hecho de que afecte a prácticamente todas las dimensiones de la persona y constituya su particular y estable modo de percibir, pensar, reaccionar y relacionarse hace que su modificación sea muy difícil, tanto más cuanto más se relacione con otros problemas asociados, lo que sucede con gran frecuencia. Además, los pacientes con TP no suelen reconocer fácilmente la existencia de su problema y suelen atribuir al comportamiento de otros o sus intentos de causarle daño las recomendaciones de familiares y amigos para que solicite algún tipo de interven-



ción. De hecho, difícilmente acuden a los servicios de salud mental ni, cuando lo hacen, el motivo de consulta es el propio TP. Además, ha de reconocerse que salvo contadas ocasiones y para sólo algún tipo de TP y de severidad no demasiado intensa, los tratamientos psicológicos y psiquiátricos son difíciles, largos, costosos y, en general, poco eficaces. Es difícil modificar los hábitos enraizados de toda una vida, y todavía más cuando esos hábitos afectan de forma particular al modo de relacionarse con otros, lo que incluye directamente la relación con el terapeuta. Puede concluirse que, en la actualidad y con excepción del trastorno límite de la personalidad (TLP), el panorama de los tratamientos de los TP es bastante precario y puede afirmarse que todavía no hay resultados claros acerca de la eficacia de los programas de tratamiento debido a que los estudios son poco numerosos, heterogéneos en cuanto a su orientación teórica, dispersos entre los diferentes TP y metodológicamente mejorables (Quiroga y Errasti, 2004). Puede concluirse diciendo que, salvo los trabajos con TLP que confirman la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual dialéctica como tratamientos eficaces y probablemente eficaces, y el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición gradual para el TP evitativo, con buenos resultados terapéuticos, el resto de los tratamientos psicológicos para los TP sólo pueden ser considerados como tratamientos en fase experimental (Quiroga y Errasti, 2001). En todos los casos, los objetivos terapéuticos que se persiguen son (1) disminuir los síntomas presentes asociados al TP y que suelen ser el motivo principal de consulta y (2) modificar los esquemas cognitivos ligados al TP.

#### 4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALES, IMPULSIVOS E INESTABLES

El grupo B de los TP se caracterizan, sobre todo, por la inestabilidad emocional y la ambivalencia afectiva. Por eso, este trabajo se detiene especialmente en su descripción, pues guardan la más estrecha relación con la materia que nos ocupa. LA inestabilidad emocional y la impulsividad que se deriva se traducen habitualmente en una tendencia irresistible a violar o contravenir las normas sociales, lo que se manifiesta en comportamientos delictivos y agresivos del TP antisocial, en la grandiosidad y desprecio del TP narcisista, la teatralidad exagerada del TP histriónico y, sobre todo, la falta de control emocional del TP límite.

Desde un punto de vista práctico, el componente más identificable de todos estos individuos es su profundo y consistente egoísmo o *egocentrismo*, en el sentido más coloquial del término: sitúan su propio yo por encima de cualquier otra consideración, ignorando o despreciando los intereses, necesidades y derechos de los demás. No obstante, en la descripción de los TP que conforman este grupo se hará especial referencia a la inestabilidad emocional

que acompaña y compone la sintomatología y las características clínicas que definen cada uno de los tipos.

Las personas con un *TP antisocial* se comportan de manera desconsiderada, explotadora y socialmente irresponsable, como se manifiesta en su fracaso para adaptarse a las normas sociales, la falsedad, la irritabilidad y agresividad, la despreocupación por su seguridad o la de los demás, la incapacidad para conservar un trabajo o cumplir con sus obligaciones. Con frecuencia, son sujetos de delitos violentos, forcejeos sexuales, peleas, agresiones físicas y verbales, incluida a la propia pareja y familia, con una aparente ausencia de remordimientos o sentimientos de culpa, cuando no una explícita justificación de su conducta violenta como estrategia de dominio, control sobre los otros o defensa frente a supuestas o imaginadas amenazas. En algunos casos, ese comportamiento agresivo, frío y nada empático se acompaña de un aparente ‘encanto personal’, que les lleva a una utilización interesada de las relaciones personales para la consecución de sus fines, tratando a los demás como puros instrumentos para satisfacer sus deseos u objetivos, con ausencia de interés o preocupación por los deseos y derechos de otros.

Patrón de **desprecio y violación de los derechos de los demás** existente desde los 15 años y diagnosticado después de los 18 años:

- fracaso para adaptarse a las normas: repetidos actos delictivos
- deshonestidad: mentir, utilizar un alias, estafar
- *impulsividad o incapacidad para planificar el futuro*
- *irritabilidad y agresividad: peleas repetidas físicas o agresiones*
- despreocupación por su seguridad o la de los demás
- *irresponsabilidad: incapacidad de mantener trabajo u obligaciones*
- falta de remordimientos: indiferencia, justificación y culpabilización
- falta de empatía, despreocupación por los sentimientos de los demás
- *incapacidad para mantener relaciones personales duraderas*

**Cuadro 7.** Características del TP antisocial según criterios DSM y CIE  
(en cursiva los elementos más relacionados con la inestabilidad emocional)

A veces manifiestan un comportamiento agresivo, temerario, precipitado, espontáneo, manteniendo conductas impulsivas dirigidas a sus personales objetivos. Se comportan de forma arrogante, no mantienen sus promesas ni compromisos, mienten y falsean con mucha facilidad y frecuencia, son discutidores y polemistas, vengativos, beligerantes y opositoristas; reaccionan

mal ante las adversidades y se muestran muy resistentes a la autoridad y las normas. Son habitualmente buscadores de sensaciones.

Presentan patrones cognitivos rígidos, incapacidad para hacer planes a largo plazo, suelen tener escasa respuesta al castigo y dificultad para demorar el reforzamiento. Perciben el medio como un entorno hostil, que les lleva a estar vigilantes la mayor parte del tiempo para controlar el ambiente, y sospechan de la compasión y el altruismo de otros, que perciben como falso, interesado o con doble intención. Su humor es muy cambiante, de manera que la hostilidad y agresividad se disparan fácilmente; se sienten emocionalmente fríos o vacíos.

Ahora bien, además de estos rasgos conductuales, el TP viene definido por dimensiones de personalidad anormales, que diferencian a estos sujetos de los delincuentes o personas de comportamiento inmoral aunque sanas. Son estas dimensiones las que deben ser tenidas en cuenta, para evitar falsos diagnósticos o la atribución de comportamientos insociales a un supuesto problema psicopatológico. Las características de personalidad del TP antisocial son: (1) alto grado de impulsividad, (2) ausencia de empatía, (3) mayor necesidad de estimulación de lo normal y (4) pobre o escaso desarrollo moral (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Estas características, junto con una historia personal de conductas antisociales, violentas y reincidentes, son las que deben orientar el diagnóstico.

Si se tiene en cuenta los niveles de funcionamiento de la personalidad descritos en el Cuadro 3 deberíamos indicar que la visión que tienen de sí mismos es la de personas solitarias, autónomas, fuertes, independientes, mientras que la visión de los demás es la de personas hostiles, desafiantes, vulnerables o puramente instrumentales, lo que permite entender su comportamiento agresivo, impulsivo, manipulador y poco empático con ausencia de sentimientos de culpa cuando causa daño.

El TP *histriónico* es un patrón anormal de personalidad definido por una excesiva emotividad y la búsqueda constante de atención por parte de otros. Esta forma de ser se sitúa en el extremo patológico de la extraversión, de manera que la intensidad de las emociones que experimentan les conduce a tener dificultades cotidianas, puesto que cualquier inconveniente se convierte en dramático y las pequeñas alegrías se viven como estados de máximo placer y excitación. Por ello, dependen excesivamente de otros, ya que las opiniones de los demás sostienen su autoconcepto mucho más que sus propias valoraciones. Por ello, experimentan una fuerte necesidad de estima, un gran deseo de atraer la atención de los demás, desarrollando para ello estrategias de seducción, que a veces rozan el exhibicionismo, o provocan sentimientos de lástima hacia sus aparentes (y a veces inventadas) desgracias, que siempre son más intensas, más importantes, más relevantes que las de otros.

Les gusta ser el centro de atención en cualquier reunión o encuentro y experimentan una fuerte incomodidad cuando no es así. No dudan en emplear su aspecto físico (que a veces exageran con la misma intención de provocar y llamar la atención), una exagerada y teatral expresividad emocional y un modo de hablar con tono alto, rápido, cargado de afirmaciones tremendas, emocionales y sin matices. Describen a los demás y narran sus experiencias de forma exagerada, sin detalles ni capacidad crítica, que a los oídos de los demás suenan como falsas e imprecisas. Precisamente esta búsqueda constante por su apariencia y ser el centro de atención les conduce a una expresión emocional superficial, rápidamente cambiante, que resulta muy desagradable para los demás, quienes suelen percibirles como intrometidos, exagerados y superficiales. Cuando establecen relaciones personales suelen considerarlas más íntimas de los que realmente son, lo que es causa frecuente de malentendidos y rechazos, que son percibidos y expresados por el paciente nuevamente de manera emocionalmente intensa, con el mismo objetivo de llamar la atención.

Patrón de *excesiva emotividad y una búsqueda de atención*:

- se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención
- interacción con un comportamiento seductor o provocador
- *expresión emocional superficial y rápidamente cambiante*
- utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención
- forma de hablar excesivamente subjetiva y sin matices
- autodramatización, teatralidad, exagerada expresión emocional
- fácilmente influenciado por los demás o las circunstancias
- *inestabilidad y superficialidad afectiva*
- considera sus relaciones personales más íntimas de lo que son

**Cuadro 8.** Características del TP histriónico según criterios DSM y CIE (en cursiva los elementos más relacionados con la inestabilidad emocional)

Todas estas manifestaciones reflejan la inseguridad subyacente que estas personas tienen respecto a su valía en otros aspectos que no sean el de 'compañero atractivo' (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Se perciben a sí mismos como impresionantes, encantadores, atractivos, seductores,... mientras que los demás son seducibles, receptivos a su atractivo, admiradores y protectores. Este funcionamiento de su personalidad en los determinantes que venimos considerando (Cuadro 3) conduce a un comportamiento social teatral, que combina tanto la seducción como las 'pataletas' y el sentimiento de

lástima, en una dinámica de manipulación y control para evitar, nuevamente, ser despreciado o abandonado.

Son efusivos, con gran imaginación, propensos al romance y el fácil enamoramiento, impulsivos, preocupados excesivamente por su apariencia; valoran a las personas por la capacidad que tienen de provocarles fuertes emociones, demuestran con mucha facilidad sus sentimientos, abriendo sus secretos e intimidades a todo el mundo con mucha facilidad. Dificilmente hablan de temas serios y racionales (e.g. política, profesión, finanzas,...). Se muestran impacientes, caprichosos y dados al aburrimiento en las tareas cotidianas, e incapaces de una relación personal profunda y persistente, aunque son capaces de establecer con mucha facilidad nuevas relaciones de aparente amistad. Tiene habilidad para interpretar las emociones de los demás, pero muy poca empatía. Evitan los pensamientos introspectivos, que les obligarían a tener que demostrar la verdad de su apariencia. Tienen poca capacidad para integrar las experiencias, lo que da lugar a un aprendizaje disperso y a la emisión de juicios de valor irreflexivos.

Por su parte, el TP *narcisista* se caracteriza por ser un patrón centrado en la idea de grandiosidad personal y, por tanto, la necesidad de ser admirado. La autoimagen de grandiosidad se traduce tanto en pensamientos acerca del inmenso valor de uno mismo (en sus méritos intelectuales, físicos, sociales, económicos,...) como en un comportamiento que reclama ser reconocido como tal persona 'importante' y 'especial', aunque raramente ese autoconcepto se ajusta a la realidad. Es una forma extrema de afrontar la vida arrogante, altanera y autosuficiente, de manera que la persona, que se considera único y superior, exige tener privilegios respecto a los demás, que deben reconocerles como superiores, elogiarles y admirarles. En cambio, esa actitud genera todo lo contrario, desconfianza y rechazo, al ser considerados como egocéntricos, manipuladores y pretenciosos. Ese conflicto genera con frecuencia desencuentros y reacciones emocionales intensas del paciente contra aquéllos por los que se siente despreciado y no reconocido, lo que confirma sus ideas de que sólo es comprendido por gente tan válida como él y que sólo con gente exquisita y especial merece la pena relacionarse. Tienen escasa capacidad de empatía, se muestran distantes, son envidiosos de los éxitos y posesiones de los demás y, a menudo, se muestran suspicaces, especialmente cuando se encuentran con alguien que llama más la atención, amenazándole con quedar en segundo plano o cuando sospechan que son envidiados.

Con frecuencia fantasean con imágenes de éxito personal, poder, brillantez y gloria, y transmiten a los demás una imagen general de despreocupación y tranquilidad que fácilmente se interpreta como altivez, desinterés y frialdad. Esa imagen choca con la auto-imagen que ellos mismos tienen, lo que provoca con frecuencia reacciones emocionales desproporcionadas: debido a

esa desproporcionada autoestima y al temor a la evaluación social negativa, con frecuencia tienen manifestaciones emocionales intensas cuando su autoimagen se ve dañada: pueden responder con intensos sentimientos de ofensa y enfado ante pequeños desaires, rechazos, críticas o desafíos; como consecuencia, evitan exponerse a experiencias de este tipo pero cuando suceden reaccionan con ira, rabia o violencia.

Patrón de **grandiosidad** de imagen y comportamiento  
y **necesidad de admiración**:

- sentido grandioso de la propia importancia
- fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor
- cree ser especial y que sólo puede ser comprendido por (o relacionarse con) personas o instituciones especiales
- exige una admiración excesiva
- pretencioso: expectativas irreales de recibir un trato especial o que se cumplan automáticamente sus deseos y expectativas
- explotador en las relaciones interpersonales
- falta de empatía
- envidia a los demás o cree ser envidiado
- *reacciones emocionales extremas cuando su autoimagen se ve dañada*
- *cambios bruscos de estado de ánimo*
- comportamiento o actitudes arrogantes o soberbios
- relaciones personales superficiales, sin vínculos afectivos

**Cuadro 9.** Características del TP narcisista según criterios DSM y CIE  
(en cursiva los elementos más relacionados con la inestabilidad emocional)

Todos estos TP cursan con inestabilidad emocional, manifestada como reacciones desproporcionadas antes conflictos personales o sociales resultados de su patrón general de comportamiento. Ahora bien, el trastorno por excelencia en este sentido, donde la inestabilidad y ambivalencia emocional constituyen el elemento nuclear, es el *trastorno límite de personalidad*, denominado también, trastorno inestable de personalidad o trastorno ambivalente, que constituye el centro de este trabajo y que se detalla en los siguientes apartados.

5. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CUANDO LA INESTABILIDAD EMOCIONAL ES EL PROBLEMA

Se conoce también como trastorno inestable de la personalidad, y quizás este término aclare más la naturaleza del problema. Es la inestabilidad emocional y la ambivalencia afectiva lo que caracteriza el TLP y da sentido a sus diferentes manifestaciones: intensidad emocional incontrolable, variabilidad de su estado de ánimo por motivos mínimos, incapacidad para controlar sus impulsos, conductas autodestructivas, abandono frecuente de las metas que orientan su conducta, relaciones interpersonales intensas y ambivalentes, intolerancia al abandono y a la separación aunque sean mínimamente temporal, que indica una notoria dependencia emocional... todo ello en un círculo vicioso donde su comportamiento es difícil de comprender y admitir por parte de las personas cercanas. Es uno de los trastornos de personalidad más frecuente y más asociado a otros problemas de comportamiento, como los trastornos de la alimentación, control de impulsos y, sobre todo, conductas adictivas. Es un factor serio de riesgo asociado a la violencia de pareja y al fracaso conyugal y profesional.

*Criterios diagnósticos y relación entre sus comportamientos alterados*

Para las clasificaciones diagnósticas DSM-IV-TR y DSM-5 DSM (APA, 2002, 2013), la característica esencial del TLP es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con TLP temen enormemente ser abandonados, y realizan inmensos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado, de manera que la sospecha de una inminente separación o rechazo puede ocasionar cambios profundos en su autoimagen, afectividad, interpretación y comportamiento. En ocasiones manifiestan intensa ira incluso ante una separación que sólo es por un tiempo limitado, o cuando se producen cambios inevitables de planes. El temor al abandono procede de una idea irracional que les hace pensar que tal ruptura se ha producido porque 'son malos', aunque también está relacionado con su intolerancia a estar solos y la necesidad de estar acompañados por otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos suicidas o de automutilación (*e.g.* quemarse, cortarse). Estas conductas autodestructivas suelen estar precipitados por el temor a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una nueva o mayor responsabilidad. Estas automutilaciones proporcionan cierto alivio porque les hacen sentir o les sirven de expiación por su 'mal comportamiento' o por 'ser malos'.

| Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para trastorno límite de la personalidad  | Criterios diagnósticos CIE-10 para trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad  |
|--|--|
| <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, 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 puede ser potencialmente dañina para la persona (i.e. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones)</li> <li>2. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo</li> <li>3. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (i.e. frecuente mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)</li> <li>4. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación</li> <li>5. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación</li> <li>6. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario</li> <li>7. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente</li> <li>8. Sentimientos crónicos de vacío</li> <li>9) Ideas paranoides transitoria relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves</li> </ol> | <p><i>Tipo impulsivo</i></p> <p>A) Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad.</p> <p>Tipo impulsivo</p> <p>B) Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales ha de 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 propios son impedidos o censurados</li> <li>3. Predisposición a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas</li> <li>4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata</li> <li>5. Estado de ánimo inestable y caprichoso</li> </ol> <p><i>Tipo límite</i></p> <p>C) Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B, además de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias 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 abandonado</li> <li>4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión</li> <li>5. Sentimientos crónicos de vacío</li> </ol> |

**Cuadro 10.** Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 para el trastorno límite de la personalidad



Lo más notable de las personas con TLP es su patrón de relaciones inestables e intensas: pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amigos al poco tiempo de conocerles, pedirles que permanezcan siempre a su lado y compartir muy pronto secretos y detalles íntimos; sin embargo, pasan rápidamente de esa idealización a la devaluación, pensando que no les prestan suficiente atención, no les aportan nada o no se entregan lo suficiente, cuando no argumentan simplemente que ya 'no sienten los mismo' o que 'las cosas ya no funcionan como deberían'. Las personas cercanas pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Estos cambios de opinión suelen reflejar la desilusión con alguna persona que les ofrece cariño y protección, y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la imagen o sentido de uno mismo: se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales, o cambios bruscos de opiniones, valores, planes sobre el futuro de sus estudios, su identidad sexual y el tipo de amistades.

Los pacientes con TLP demuestran impulsividad en diferentes áreas, lo que puede ser peligroso para ellos: apuestas, gastos irresponsables, atracones, abuso de drogas, prácticas sexuales poco seguras o conducción temeraria.

El elemento básico del TLP es la inestabilidad afectiva, que provoca una notable reactividad del estado de ánimo. Aunque habitualmente están tristes y apáticos, este estado de ánimo es interrumpido por episodios de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que afirmen experimentar bienestar o satisfacción. Estos episodios exaltados pueden reflejar la extrema reactividad de estas personas al estrés interpersonal.

A veces pueden experimentar intensos sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con TLP expresen ira sin causa aparente, de forma inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlarla: pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira se desencadena cuando consideran a una persona cercana como negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Durante períodos de estrés extremo, pueden presentar ideas paranoides o síntomas disociativos (*e.g.* despersonalización), aunque generalmente son de duración e intensidad leves. Lo más habitual es que estos episodios sucedan como respuesta a un abandono real o imaginado, de manera que la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producir la remisión de estos síntomas.

En la Figura 1 se representan las relaciones entre los distintos tipos de síntomas que configuran este trastorno. La variedad de manifestaciones y su expansión por las áreas cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual son expresión —y a la vez indicación de la relación funcional y mantenedora de unos síntomas sobre otros—. Sin duda, la mayoría de los modelos actuales consideran que es la inestabilidad emocional el elemento central del TLP. Esta inestabilidad emocional está estrechamente relacionada con la impulsividad, debido a la intensidad con la que se experimentan las emociones y la dificultad para controlarlas. A su vez, la propia inestabilidad emocional indica una gran ambivalencia afectiva, por una parte resultado de los esquemas cognitivos disfuncionales y paradójicos del paciente acerca de sí mismo (*e.g.* ‘soy malo’, ‘no merezco ser querido’), de los demás (*e.g.* ‘necesito siempre alguien a mi lado’, oscilación en la valoración del otro...) y de la relación (*e.g.* ‘me abandonarán’), en parte también como resultado de la propia fluctuación afectiva y de la intensidad emocional con la que se viven todas las experiencias, especialmente las negativas.



Figura 1. Relación entre los distintos tipos de componentes del trastorno límite de la personalidad

Esta disregulación emocional es fruto del contraste entre una pobre y negativa imagen de sí mismo —que conduce fácilmente al miedo al abandono y a una elevada valoración de las opiniones de los demás— y la necesidad de ser querido y cuidado. Como consecuencia, el sujeto hace todo tipo de intentos por controlar la relación, pero con un escaso repertorio de habilidades sociales exitosas y unos criterios interpretativos exagerados y estresantes. Al resultar no sólo incapaz de manejar la relación sino más bien de entorpecerla y hacerla difícil, y vivir el proceso con gran emotividad, es fácilmente comprensible la aparición de episodios de ira incontenible y desproporcionada y de conductas de autolesión, con la misma intención manipuladora. Los efectos de ambos tipos de estrategias de control son, precisamente, los temidos, favoreciendo la posible ruptura, hecho que confirmaría todos los esquemas irracionales de pensamiento y reforzaría los anormales comportamientos de control.

En resumen, los pacientes con TLP tienen un concepto de sí mismo muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, lo que se traduce en un nivel de identidad pobre y en sentimientos crónicos de vacío. Como resultado, presentan inestabilidad emocional y tienen dificultad para mantener relaciones íntimas duraderas. También pueden enojarse o ser hostiles si se sienten incomprendidos o maltratados. Las reacciones emocionales suelen ser respuesta a acontecimientos interpersonales negativos que implican pérdida o decepción. Las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono. La dependencia implica tanto el apego inseguro, expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso. Al mismo tiempo, la intensa e íntima dependencia de otra persona a menudo conduce a un miedo a la pérdida de la identidad propia. Por lo tanto, las relaciones interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida.

La inestabilidad y la ambivalencia caracterizan a estas personas en prácticamente todos los ámbitos de la vida, de manera que ambos elementos alteran su vida cotidiana, traducándose en una persona con actitudes cambiantes, impulsivo, errático emocionalmente, descontrolado, y con un comportamiento caprichoso y poco fiable. Son personas impulsivas, impredecibles y, a menudo explosivas o violentas. Por ello, no son cómodos ni agradables para los demás, debido a su mal humor o sus reacciones impredecibles. La angustia que experimentan es genuina, pero también un instrumento para agredir y provocar sentimientos de culpa o forzar ser cuidados y permanecer a su lado. Exageran sus crisis, se muestran alicaídos y desgraciados siem-

pre, evitan asumir responsabilidades, se sienten incomprendidos y faltos de cariño, por lo que fuerzan que su familia se vea obligada a cuidar de ellos y, además, se sienta culpable por tener que hacerlo. Frecuentemente se sienten provocados por cualquier cosa o frustrados cuando algo no funciona como o cuando ellos quieren... pero de nuevo aparece aquí la ambivalencia, porque puede ser que todas sus 'desgracias' se atribuyan a su escaso valor como personas, su mal carácter o a su propia maldad o pequeñez.

### *Características clínicas*

El núcleo del TLP lo forman una serie de esquemas disfuncionales de pensamiento y atención. Los aspectos *cognitivos* del TLP reflejan con claridad el torbellino emocional que resulta de su mundo interno, llegando a provocar en ocasiones estados paranoides reactivos a situaciones estresantes, como la anticipación del abandono por parte de personas significativas o críticas dirigidas a su comportamiento o su modo de ver las cosas.

- Pensamientos fluctuantes y extremas hacia los demás y hacia uno mismo
- Falta de propósitos para estabilizar actitudes y emociones
- Dificultad para aprender de experiencias pasadas
- Valoración catastrófica de la soledad
- Pensamientos anticipatorios de abandono
- Valores, elecciones y objetivos inestables
- Temor excesivo al desprecio y la soledad
- Pensamiento dicotómico sobre relaciones interpersonales
- Locus de control externo
- Pensamiento rígido e impulsivo
- Frecuentes autorreproches y autocríticas
- Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento
- Ideación paranoide, despersonalización y disociación
- Sentimientos crónicos de vacío

**Cuadro 11.** Características cognitivas del TP límite

La sensación de falta de una imagen estable y la labilidad, inflexibilidad y carácter extremo de las valoraciones de uno mismo y los demás les hacen pasar momentos realmente angustiosos, que les llevan a comportarse de manera hostil y airada. Se percibe a sí mismo como una persona inestable, desvalido, dependiente, vacío y, con frecuencia, torpe y malo. Su propia

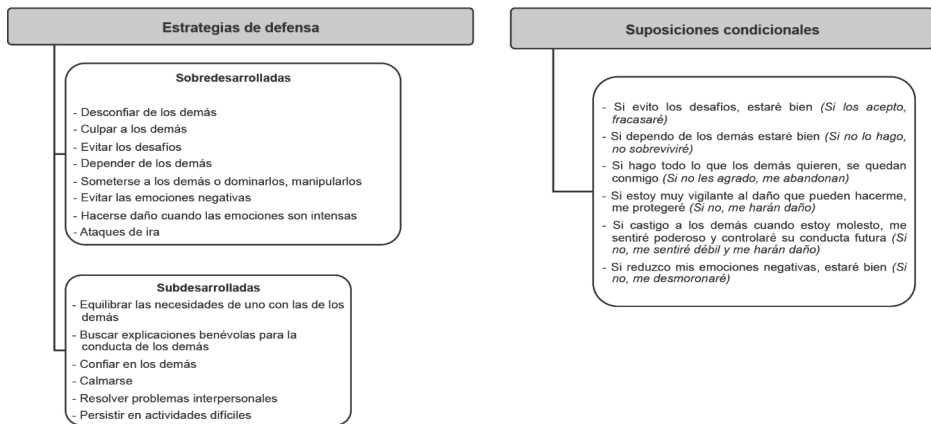
autoestima depende en gran manera de la emoción que en ese momento sientan, lo que aumenta su inestabilidad. Los demás, en cambio, son vistos como fuertes, protectores o, en el sentido contrario y con mucha facilidad, sospechosos, crueles o castigadores.

Pero sin duda, existe gran consenso en admitir que lo que se encuentra debajo de este modo de interpretar la conducta de los demás, sus relaciones y a sí mismo, es una serie de esquemas cognitivos, distorsiones cognitivas e ideas irracionales que favorecen la aparición de pensamientos automáticos frecuentes, intensos, emocionalmente activadores y, sobre todo, paradójicos, lo que incrementa la vulnerabilidad de la persona ante pequeños problemas interpersonales cotidianos y le conduce a mayor inestabilidad emocional. Algunos de estos esquemas cognitivos y distorsiones de pensamiento se recogen en el Cuadro 12 (adaptado de Caballo et al., 2004).

| Pensamientos automáticos   | Distorsiones cognitivas                         | Esquemas                                    |
|--|---|---|
| <i>'Finalmente me abandonarán'</i>                                       | Adivinación de pensamiento                      | Infravaloración                             |
| <i>'Mi dolor emocional es tan intenso que no puedo soportarlo'</i>       | Catastrofismo                                   | Autocontrol insuficiente                    |
| <i>'Mis emociones me abruman'</i>  | Razonamiento emocional                          | Autocontrol insuficiente                    |
| <i>'Cuando me siento superado, tengo que escapar'</i> (huida o suicidio) | Razonamiento emocional<br>Falacia de control    | Autocontrol insuficiente                    |
| <i>'Siempre estaré solo'</i>   | Pensamiento dicotómico<br>Adivinación de futuro | Infravaloración                             |
| <i>'Soy malo/a y merezco el castigo'</i>                                 | Atribución de todo lo malo                      | Culpabilidad                                |
| <i>'No puedo controlarme'</i>  | Falacia de control                              | Infravaloración<br>Autocontrol insuficiente |
| <i>'Tengo que protegerme de la gente porque me harán daño'</i>           | Adivinación de pensamiento                      | Vulnerabilidad al dolor                     |
| <i>'Si me conocieran realmente no estarían conmigo'</i>                  | Adivinación de pensamiento                      | Infravaloración                             |
| <i>'Él es tan bueno que tengo mucha suerte'</i> (o lo contrario)         | Pensamiento dicotómico                          | Inestabilidad emocional                     |

**Cuadro 12.** Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos del TLP (Caballo et al., 2004)

En definitiva, si la persona con TLP piensa que (1) ‘soy una persona incapaz, vulnerable y poco deseable’, por lo que (2) ‘soy esencialmente inaceptable’, pero (3) ‘no soporto estar solo ni puedo protegerme’, y además (4) ‘el mundo es peligroso y malvado’, es fácil entender que muestre características emocionales muy polarizadas. Este esquema de pensamiento genera ansiedad y un permanente estado de alerta, favorece la dependencia emocional de otros (especialmente de la pareja) y contribuye —por falta de recursos personales— al desarrollo de conductas inadecuadas para evitar el rechazo (*e.g.* críticas, chantajes emocionales, expresión de dolor insoportable para causar lástima, conductas autolesivas o suicidas,...), que finalmente terminan provocando.



**Figura 2.** Estrategias de defensa y suposiciones condicionales frente a sucesos negativos en TLP

Estas *características emocionales* son indicadoras de su inestabilidad y de un mundo afectivo que le desborda, por intenso, ambivalente y contradictorio, y que le lleva con frecuencia a experimentar ira, agitación y enfado por un lado, o culpa y vergüenza u odio hacia sí mismo por otro, siempre ante motivos irrelevantes. Será difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo. A veces, este estado emocional tan oscilante e intenso provoca signos y síntomas psicofisiológicos o problemas médicos derivados (Cuadro 13).

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Aspectos emocionales</b></p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación emocional ‘extra’ por sensibilidad ante estímulos negativos</li> <li>• Inestabilidad afectiva y emociones contradictorias</li> </ul> <p>Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación y excitación física cuando pierden el control</li> <li>• Sentimientos de vacío y aburrimiento</li> <li>• Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira hacia sí mismo</li> <li>• Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, lo que provoca tristeza, culpa, vergüenza, ansiedad,...</li> <li>• Su estado de ánimo no concuerda con la realidad</li> </ul> |
| <p><b>Consecuencias psicofisiológicas y sobre la salud</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidades físicas por autolesiones o intentos suicidio</li> <li>• Inestabilidad en los patrones sueño/ vigilia</li> <li>• Problemas psicósomáticos en situaciones de estrés</li> <li>• A veces, historia de trastornos neurológicos</li> <li>• Reactividad autónoma y somática al estado de ánimo</li> </ul>   |

**Cuadro 13.** Características emocionales y consecuencias psicofisiológicas y sobre la salud del TP límite

Las *características conductuales* más notables del TLP guardan relación con la forma anormal de relacionarse con otras personas. Esta relación, como el resto de características descritas anteriormente, se caracteriza por la inconsistencia e irregularidad, que le dan un carácter impredecible y contradictorio. Buscan constantemente demostraciones afectivas y emplean todo tipo de estrategias manipulativas para retener a su lado a las personas allegadas. Con frecuencia se desencadenan peleas, conflictos de pareja y familiares,... que desencadenan fuertes ataques de ira e impulsividad, llegando incluso a la autolesión, o a comportamientos de sexuales y alimenticios de riesgo (e.g. atracones, sexo con desconocidos o prácticas sexuales violentas), que favorecen el rechazo social, alimentando sus sensaciones de vacío y sus pensamientos de indeseabilidad personal. No es infrecuente que sus expresiones exageradas favorezcan la pérdida de empleo, la ruptura conyugal y una historia de relaciones interpersonales agitadas y frustrantes. El TLP se ha asociado claramente como un factor de riesgo para la violencia en la pareja, con independencia del sexo del agresor (Echeburúa y Corral, 2004; Labrador et al., 2012, entre otros). Algunas de estas manifestaciones conductuales y su impacto en el entorno se recogen en el Cuadro 14.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Características conductuales</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistencia e irregularidad</li> <li>• Peleas y conflictos frecuentes</li> <li>• Automutilación y (para)suicidio</li> <li>• Relaciones sociales paradójicas</li> <li>• Relaciones interpersonales intensas y caóticas</li> <li>• Dependencia de los demás</li> <li>• Comportamientos para protegerse de los demás</li> <li>• ‘Chantajes emocionales’</li> <li>• Conducta impulsiva: ‘atracones’ de comida, sexo,...</li> </ul> |
| <p><b>Impacto en el entorno</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflictos frecuentes de pareja</li> <li>• Problemas en colegio o trabajo por sus crisis emocionales</li> <li>• Pérdidas de empleo, abandono de los estudios, rupturas conyugales,...</li> <li>• Internamiento por automutilación o intento de suicidio</li> <li>• Relaciones interpersonales agitadas</li> </ul>   |

**Cuadro 14.** Características conductuales del TLP y su impacto en el entorno

### *Prevalencia y curso del trastorno límite de la personalidad*

Diferentes trabajos señalan que el TLP está presente en un 2-3% de la población general (APA, 2000), con una tasa de prevalencia de entre el 3% y el 5,6%. Aproximadamente, el 10% de la población clínica ambulatoria (*i.e.* aquellas personas que consultan y reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico pero viven y actúan en su entorno natural) presenta TLP como diagnóstico principal o, lo que es más habitual, asociado a otro trastorno del comportamiento. De hecho, las clasificaciones axiales como el DSM-IV-TR y el DSM-5 permiten señalar un trastorno de la personalidad en el eje II, acompañando a otro trastorno señalado en el eje I. Cuando se trata de población clínica hospitalaria, las cifras de prevalencia alcanzan el 20%, asociado normalmente a otros problemas como esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, abuso o dependencia de drogas y trastornos bipolares.

El TLP es el trastorno de personalidad más frecuente: se calcula que entre el 30% y el 60% de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad se identifican con este tipo de trastorno. Es notablemente más frecuente en mujeres que en varones (ratio 2:1) y los pacientes que presentan mayor severidad del cuadro se encuentran entre los 20 y los 40 años de edad.



El curso del trastorno es relativamente estable, si bien puede considerarse que en torno al 60% de los pacientes evoluciona favorablemente. El mejor pronóstico se asocia con inteligencia alta, buenas dotes para las actividades artísticas, un mayor atractivo físico (sobre todo en las mujeres) y la presencia de rasgos obsesivos, que ayudan a dar consistencia y estabilidad a la conducta. A partir de la cincuentena la mayoría de los pacientes experimentan una notable mejoría, puesto que logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional, si bien la década de los cuarenta es en la que la gravedad de los síntomas es mayor, observándose incluso un empeoramiento temporal de aquellos pacientes que mostraban un curso más favorable los años anteriores. De hecho, cerca de la mitad de los pacientes que han sido tratados con éxito y han conseguido llevar una vida normal y satisfactoria presentan una crisis vital en torno a los 40 años, con agudización grave de los síntomas, incluyendo conductas suicidas y agresiones graves a la pareja o familiares. En algunos casos, estas recidivas van precedidas de acontecimientos estresantes o traumáticos, pero en otros casos no, por lo que resulta obligado tener en cuenta este dato evolutivo a la hora de determinar la eficacia del tratamiento, diseñar otras estrategias complementarias y valorar los seguimientos.

El porcentaje de suicidios alcanza al 9% de las personas identificadas como TLP, si bien las el riesgo de suicidio es mayor durante los primeros años de la edad adulta y van disminuyendo gradualmente con la edad.

### *Etiología*

Con diferencia, el TLP es el trastorno de la personalidad más investigado, ya sea en lo referente al tratamiento como a su etiología (Herpertz et al., 2007). No obstante, a pesar de conocer algunas variables relacionadas con el origen del trastorno, aún faltan estudios longitudinales que permitan identificar con mayor claridad los componentes clave relacionados con su desarrollo (Crowell et al., 2009). Existe un consenso acerca de que se trata de un trastorno con una etiología multifactorial en la que destacan aspectos genéticos, biológicos e influencias psicosociales.

Según la teoría biosocial, inicialmente las disfunciones biológicas (*e.g.* disfunción límbica o problemas de regulación fronto-límbica) determinarían características como una alta sensibilidad a estímulos emocionales leves, una elevada magnitud de respuesta emocional y un lento retorno a la línea base previa a la activación. Esta vulnerabilidad biológica interaccionaría con determinadas situaciones causales (*e.g.* entornos invalidantes, como un entorno familiar poco saludable), causando en último término la disregulación emocional global.

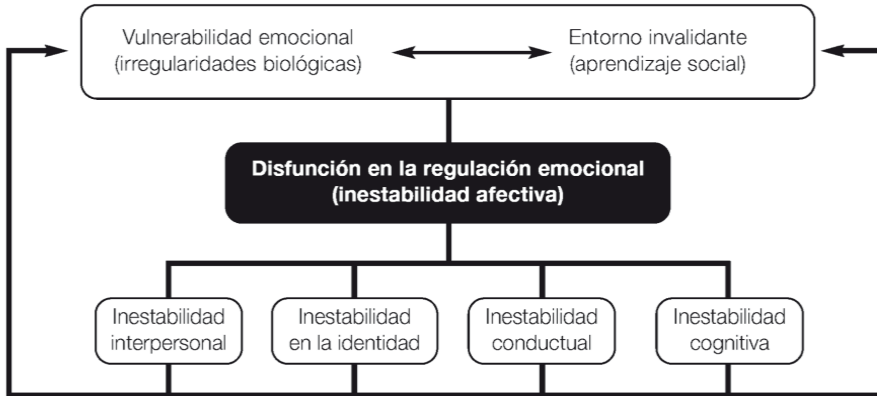


Figura 3. Teoría biosocial del TP límite

Desde este enfoque, la disregulación emocional es considerada como la disfunción primaria en el TLP, y los patrones conductuales propios del trastorno estarían funcionalmente relacionados con esta alteración, lo que afectaría al control de todo tipo de emociones, tanto las negativas (*e.g.* rabia, miedo, tristeza, vergüenza y envidia, como a menudo las positivas (*e.g.* alegría y amor). La disregulación emocional provoca la inestabilidad secundaria de otras áreas como la cognitiva (*e.g.* disociación), interpersonal (*e.g.*, temor al abandono), de identidad personal (*e.g.* sentimientos de vacío) y conductual (*e.g.* autolesión).

Numerosos estudios han dado apoyo empírico a esta asociación, empleando distintos procedimientos. Así, los estudios basados en autoinformes han encontrado de forma consistente que los pacientes con TLP son más emocionales, presentan una respuesta afectiva mayor ante estímulos emocionales y experimentan un mayor grado de inestabilidad afectiva que los sujetos control. Trabajos que han utilizado técnicas de neuroimagen para explorar la neurofisiología de la disfunción emocional, centrándose mayoritariamente en córtex prefrontal, hipocampo y amígdala y su relación con síntomas como la impulsividad, la agresividad y la inestabilidad emocional. En la actualidad se postula como hipótesis de la etiología biológica del TLP una disfunción del circuito fronto-amigdalario de tal forma que existiría, por una parte, una hiperactividad amigdalario que provocaría un estado de hiperreactividad emocional y, por otra, una disfunción a nivel prefrontal que provocaría un fracaso en la correcta regulación de estas emociones negativas. Además, algunos de estos estudios han correlacionado alteraciones en hipocampo y amígdala con la

presencia de experiencias traumáticas durante la infancia de los sujetos con diagnóstico de TLP.

Algunos estudios han intentado evaluar la implicación de variables genéticas en la etiopatogenia del TLP. Otros trabajos que han estudiado variables genéticas en el TLP, han observado la existencia de un mayor porcentaje de trastornos del estado de ánimo entre los familiares de los pacientes límites, sugiriendo un factor etiológico común entre el TLP y los trastornos del estado de ánimo.

Según la teoría biosocial, las alteraciones biológicas son parte de una ecuación etiológica que resultaría incompleta en ausencia del factor ambiental. Algunos contextos familiares, presentes durante la infancia de los individuos que son biológicamente vulnerables, dificultarían la adquisición de habilidades de modulación emocional. La capacidad de modulación es adquirida mediante distintos aprendizajes que incluyen aprender a (1) inhibir conductas dependientes del estado de ánimo, (2) organizar la conducta al servicio de metas externas independientes al estado de ánimo presente, (3) aumentar o disminuir el nivel de activación fisiológica en función de la necesidad, (4) distraer la atención lejos de un estímulo emocional, y/o (5) experimentar la emoción sin inhibirla.

El entorno invalidante es el ejemplo más representativo de contexto familiar propicio responsable de los déficits en la modulación emocional. En estos entornos la expresión de las experiencias personales, especialmente las relacionadas con las emociones, es negada, ignorada, minimizada o castigada. Las manifestaciones emocionales intensas son reforzadas intermitentemente (*e.g.* con atención paterna), generando un patrón conductual que oscila entre la inhibición y la sobreexpresión de la emoción. Además, estos entornos transmiten un modelo simplificado de solución de problemas en la consecución de las metas vitales, donde se trivializan las dificultades ambientales que podrían interferir con la meta.

Contextos familiares caracterizados por desatención o abandono, abuso físico, emocional o sexual son extremadamente invalidantes. En este sentido algunos trabajos han presentado evidencias del elevado porcentaje de pacientes con TLP que presentan historias de abandono, abuso físico y/o sexual. Para algunos autores, la presencia de estos contextos históricos sería un factor etiológico central en el desarrollo del trastorno, pero, dada la naturaleza retrospectiva de la información sobre el abuso, es importante no caer en la simplificación de atribuir la etiología del trastorno a un único hecho o factor. Por ello, el consenso actual sobre la relación entre abuso y TLP es que la experiencia de abuso aparece frecuentemente en la historia de los pacientes, pero no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno. Circunstancias ambientales menos extremas pueden contribuir y generar el mismo

resultado, especialmente en casos en los que el niño está predispuesto por una elevada vulnerabilidad biológica.

Tradicionalmente, en el modelo biosocial, los patrones conductuales problemáticos y el comportamiento impulsivo comunes entre la población con TLP (*i.e.* abuso de sustancias psicoactivas, conducta suicida, atracones,...), han sido considerados como intentos de regular emociones indeseadas o intolerables y se han entendido como un patrón general de evitación emocional. Desde este enfoque, las conductas impulsivas estarían asociadas al componente motor de una emoción, siendo mantenidas por las contingencias inmediatas que de ellas derivan (*i.e.* refuerzo negativo).

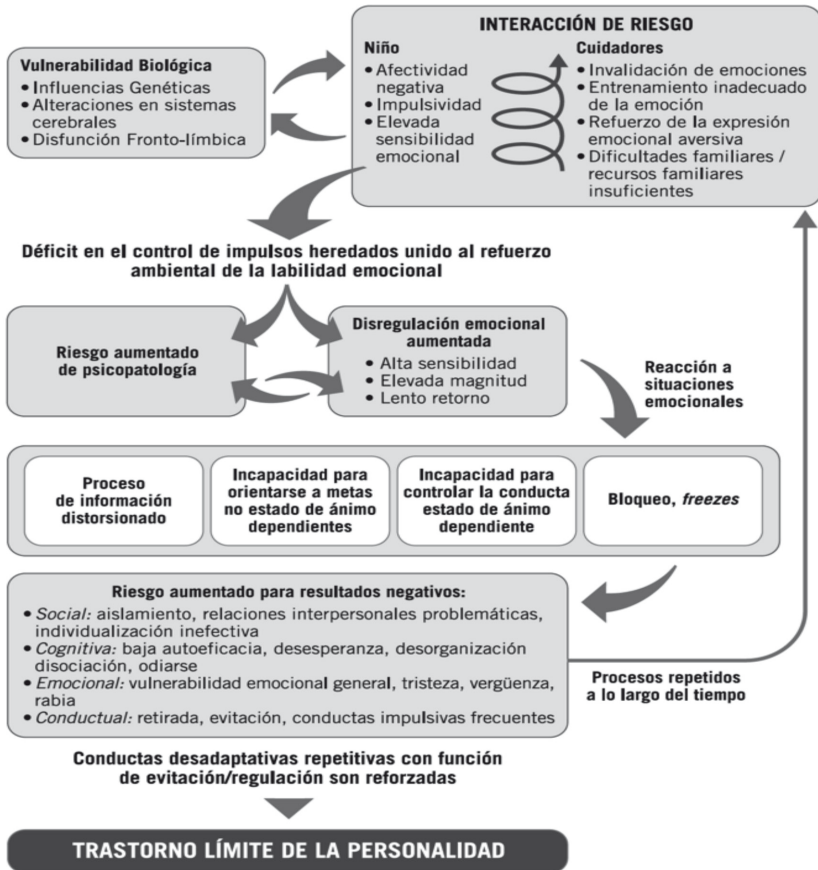


Figura 4. Modelo biosocial del TP límite (adaptado de Crowell et al., 2009)

Como se señala en la Figura 4, la impulsividad y la inestabilidad emocional podrían emerger de forma independiente y secuencial durante el desarrollo, y contribuir a diferentes aspectos en el TLP. La vulnerabilidad biológica afectaría al temperamento del niño, que a su vez afectará el contexto ambiental. Este último también afectará el funcionamiento biológico del individuo en los sistemas implicados con el afecto y la emoción. La interacción entre ambos generaría la progresiva intensificación tanto de las características de vulnerabilidad del niño como del cuidador, que llevarán a la manifestación emocional extrema y al refuerzo de la inestabilidad emocional. Según el modelo, estas interacciones aumentarían el riesgo de disregulación emocional, específicamente a la sensibilidad, intensidad y duración de la emoción. Las reacciones conductuales y cognitivas a las situaciones emocionales serían consecuentemente alteradas y distorsionarían la forma en que se procesa la información, dificultando la regulación de las acciones para conseguir metas no emocionales, facilitaría la aparición de conductas dependientes del estado de ánimo y respuestas de bloqueo o *freezing*. Cuando estas interacciones suceden repetidamente a lo largo de meses y años, la disregulación emocional actuaría como un rasgo y los resultados de ello serían aislamiento, tristeza, vergüenza, rabia y reiterados comportamientos impulsivos que aumentarían de frecuencia al ser reforzados como método de regulación y/o evitación emocional.

### *Tratamiento del TP límite*

El TLP constituye uno de los restos más difíciles en el campo de la salud mental, tanto por la dificultad del tratamiento, como por su escasa eficacia y por la falta de datos actuales acerca del abordaje que resulta más eficaz, siguiendo criterios de evidencia que soportan los tratamientos empíricamente validados. Esto incluye tanto a los tratamientos psicológicos como a los tratamientos farmacológicos.

La Guía de Práctica Clínica para el TLP del National Institute for Health and Care (GPC-TLP del NICE; 2009) concluye que no existen tratamientos psicológicos de eficacia probada con un alto nivel de evidencia, de manera que sólo algunos tipos de intervención alcanzan un nivel de eficacia probable. Esto no significa que no haya tratamientos eficaces sino que tal eficacia no ha podido demostrarse empíricamente mediante estudios contrastados de forma válida. De hecho, los más recientes y rigurosos sobre revisiones sistemáticas recogidas en la guía del NICE (2009) sólo permiten concluir la eficacia de algunos tratamientos basándose en estudios de casos y cohortes, pero no en ensayos clínicos contrastados, y además, sólo para algunos síntomas y para algunos tipos de tratamientos. En definitiva, pocos estudios sobre eficacia de los tratamientos psicológicos para TLP, no del formato de mayor rigor y potencia empírica, y con resultados que sugieren un pronóstico bastante pesimista.

Entre los tratamientos más eficaces, salvando las reservas anteriores, debe destacarse la aproximación cognitivo-conductual para los componentes impulsivos y la ira, la terapia cognitiva para el cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional, la modificación de los esquemas desadaptativos y, sobre todo, la Terapia Conductual Dialéctica (ver Linehan, 2003) para mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia ante el malestar e incrementar el autocontrol. Los análisis de resultados conducen a recomendar la Terapia Conductual Dialéctica en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de conductas e ideas suicidas y bajar el nivel de depresión. En general, este tipo de tratamiento reduce la psicopatología asociada, disminuye la conducta parasuicida y autolesiva y mejora el funcionamiento global en las personas con TLP (GPC-TLP, 2011). El Cuadro 15 resume las fases y objetivos de la terapia conductual dialéctica para este tipo de pacientes.

| Fase de evaluación, acuerdo y compromiso terapéutico   |  |   |
|--|--|---|
| Terapeuta y paciente llegan a un acuerdo para trabajar juntos en la mejora de la calidad de vida |  |   |
| Fase de tratamiento  |  |   |
| Fase   | Meta   | Objetivos   |
| Primera  | Entrenamiento en capacidades básicas                 | Disminuir conductas suicidas y autolesivas<br>Disminuir conductas que interfieren en el tratamiento<br>Disminuir conductas que interfieren en la calidad de vida<br>Desarrollar y entrenar habilidades de solución de problemas |
| Segunda  | Reducción de la angustia postraumática               | Disminuir conductas relacionadas con el estrés postraumático<br>Exposición y «narración» de la experiencia traumática (precursores infantiles)  |
| Tercera  | Resolución de problemas de la vida y trabajo         | Abordar el respeto por uno mismo<br>Luchar por metas individuales   |
| Cuarta   | Entrenamiento en la capacidad de mantener la alegría |   |

**Cuadro 15.** Fases y objetivos de la Terapia conductual Dialéctica para TP límite

En cuanto al tratamiento farmacológico, no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de ningún tipo de medicación (*i.e.* anticonvulsionantes, antidepresivos, antipsicóticos, ácidos grasos) en el tratamiento de la impulsividad, la inestabilidad emocional, los conflictos interpersonales, las conductas autolesivas ni los síntomas cognitivos de los pacientes con TLP. Tampoco el estado general del paciente mejora con medicación (GPC-TLP, 2011). Es más, se recomienda evitar el uso de algunos fármacos como las benzodiacepinas, por el riesgo de abuso y dependencia.

Aunque algunas guías de práctica clínica recomendaban la hospitalización para la atención de pacientes con TLP, especialmente ante el riesgo suicida, numerosos expertos han cuestionado esta afirmación, sobre todo como respuesta a conductas autoagresivas y/o amenazas suicidas, por considerar que pueden potenciar estas conductas y disminuir la capacidad del paciente de gestionar sus emociones. Aunque evitar el ingreso parece ser el criterio general, se valora que la presencia de episodios psicóticos o de intentos graves de suicidio puede requerir hospitalizaciones breves que permitan contener la situación y reorganizar el plan de tratamiento, sobre todo en pacientes con pocos recursos personales y escaso apoyo del entorno, y en especial cuando hay antecedentes recientes de intento de suicidio, consumo de drogas y comorbilidad con trastornos afectivos (*i.e.* depresión, manía o trastorno bipolar).

## 6. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA Y FORENSE DEL TP LÍMITE

Si bien la extensión del problema a diferentes áreas de funcionamiento psicológico e interpersonal, la cronicidad del trastorno y la estabilidad de esta forma anormal de comportamiento podrían conducir fácilmente a atribuir la conducta problema del TLP a factores internos, estables y poco dependientes del entorno (*e.g.* dimensiones o rasgos de personalidad), la evolución clínica y forense del TLP debe guiarse por los mismos principios de la evaluación psicológica aplicada a otros trastornos del comportamiento.

Así, la evaluación psicológica clínica, especialmente la centrada en el diagnóstico psicopatológico y en la orientación para la toma de decisiones forenses debe ser una evaluación *multiaxial*, es decir, que considere diferentes aspectos y ejes del problema (*e.g.* diagnóstico principal, problemas asociados, nivel de funcionamiento, entorno social,...), *multimodal*, esto es, que emplee diferentes instrumentos de medida y con formatos distintos (*e.g.* entrevistas, tests psicométricos, pruebas de observación, consulta a familiares,...) y *multitemática*, es decir, que analice diferentes áreas de funcionamiento, y no se centre sólo en la existencia o no de los criterios suficientes para la asignación



de un determinado diagnóstico, sino que analice los procesos implicados y sea capaz de elaborar una 'teoría' acerca de por qué la persona se comporta de esa manera. De esta forma, será posible la predicción de la conducta futura y la integración de los distintos síntomas y signos en un marco común que le dé sentido. Es necesario, por tanto, que la evaluación diagnóstica sea no sólo categorial sino dimensional, biográfica, funcional, etiológica, explicativa y predictiva. En definitiva, si la conducta humana es resultado de procesos de interacción, la identificación y valoración de sus trastornos también ha de serlo.

Debemos ser capaces, no sólo de identificar la existencia de un TLP en la persona evaluada sino hacer el *análisis funcional* de su comportamiento problema, identificando los antecedentes y consecuentes —externos e internos— que favorecen la aparición de sus conductas impulsivas y sus intentos de manipulación, así como los consecuentes que los mantienen —tanto basados en el control positivo de los refuerzos como en el control negativo de los reforzadores negativos y los castigo—. Del mismo modo, la valoración ha de ser *biográfica*, esto es, que tenga en cuenta el contexto en que surgen las conductas problema, la historia personal del sujeto y las transacciones que han sucedido y todas las dimensiones personales, es decir, su modo de atender y percibir, el modo de interpretar, anticipar y juzgar, su manera de comportarse y los sentimientos y emociones que experimenta, y hacerlo de manera relacionada, operativa y conductual. De esta manera será posible una evaluación predictiva, que permita explicar el comportamiento pasado y anticipar el comportamiento futuro, lo cual resulta del todo necesario para el proceso terapéutico y para las decisiones forenses y judiciales.

No obstante, existen peculiaridades de los trastornos de la personalidad que aumentan la dificultad de su evaluación. En primer lugar, es necesario evaluar no sólo los diversos y múltiples aspectos en que se manifiestan el comportamiento, el estado de ánimo, la cognición, el control de los impulsos y las relaciones interpersonales del individuo, sino también la amplitud o alcance de todos y cada uno de estos elementos, su extensión en el tiempo, su estabilidad en diferentes contextos, precisar el momento o la etapa de aparición, así como determinar el grado de interferencia y el posible deterioro que producen (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002). Además, es habitual un alto grado de resistencia de estas personas a ser evaluados, ya que o desconoce o niega que su forma de ser sea disfuncional y provoque buena parte del malestar que experimentan el afectado y su entorno. Por otra parte, la elevada comorbilidad de los trastornos de la personalidad con otros problemas psicopatológicos puede confundir el proceso y el resultado de la evaluación y el diagnóstico. Otra fuente de dificultad procede de los sesgos culturales, incluidos los referidos a la edad y el sexo, que pueden llevar a considerar anormal



un determinado comportamiento o patrón de conductas que no es patológico, y al revés. Del mismo modo, los cambios del trastorno relacionados con la edad pueden contribuir a la confusión, ya que algunos síntomas pueden atenuarse en un momento determinado o encontrar cauce de expresión a través de actividades y conductas normalizadas, a pesar de que su función de tales actividades para esa persona en concreto sea satisfacer las propias características del trastorno.

La complejidad del diagnóstico y la evaluación hacen aconsejable el uso de instrumentos estandarizados que complementen la evaluación clínica. Esa complejidad explica también la existencia de una amplia variedad de instrumentos con diferentes enfoques y formatos, y el hecho de que ninguno de ellos sea totalmente satisfactorio (véanse revisiones exhaustivas de los instrumentos en Clark y Harrison, 2001; McDermut y Zimmerman, 2005; Moreno y Garrosa, 2004, y Torrubia et al. 2005).

Afortunadamente, en la actualidad se dispone de entrevistas y cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y de gran utilidad clínica para el diagnóstico y la evaluación. Beuna parte de esos instrumentos pueden emplearse con una finalidad de peritaje forense civil, penal y canónico. En el Cuadro 16 se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación y el diagnóstico del TLP siguiendo los criterios que sugiere la Guía española de Práctica Clínica para el TLP (GPC-TLP, 2011). En la actualidad se recomienda utilizar entrevistas semiestructuradas basada en la clasificación taxonómica DSM para realizar el diagnóstico de TLP, teniendo en cuenta que no parece haber ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad.

Describiremos a continuación brevemente algunos de los principales instrumentos empelados para el peritaje clínico forense de las personas con TLP, tanto orientado al diagnóstico como a la evaluación.

La *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Sturctured Clinical Interview for DSM-IV. Axis II, SCID-II)* consta de 121 preguntas que se responden en una escala de cuatro puntos. Tiene dos características especiales que la convierten en una entrevista abierta: por un lado se destaca por la incorporación de un cuestionario de autoinforme que se debe cumplimentar antes de la entrevista, de forma que en ésta sólo se pregunta sobre aquellos temas en los que se ha respondido positivamente; por otro lado, esta entrevista se caracteriza por su estrecha proximidad a los criterios diagnósticos del DSM. La entrevista comienza con preguntas generales y continúa analizando los trastornos específicos mediante la evaluación de ocho o doce síntomas por trastorno. El entrevistador debe pasar a otro trastorno cuando considere establecido que un trastorno no caracteriza al entrevistado, lo que facilita su aplicación y abrevia el tiempo.

| Tipo de instrumento                               | Instrumento de diagnóstico y evaluación  |
|---|--|
| Entrevistas diagnósticas basadas en criterios DSM | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II, SCID-II (First, 1997)</li> <li>• Structured Interview for Personality Disorders, SIPD-IV (Pfohl et al., 1989)</li> <li>• Diagnostic Interview for Personality Disorders-IV, DIPD-IV (Zanarini, 1996)</li> <li>• International Personality Disorders Examination, IPDE (Loranger et al., 1994)</li> <li>• Personality Disorder Interview, PDI-IV (Widiger et al., 1995)</li> <li>• Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised, DIB-R (Zanarini, 1989)</li> <li>• Zanarini Rating Scale for Borderline Personality, ZAN-BPD (Zanarini, 2003)</li> </ul>  |
| Cuestionarios basados en criterios DSM            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-IV (Hyler, 1994)</li> <li>• <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II y MCMI-III (Millon, 2009)</i></li> <li>• <i>Borderline Personality Inventory, BPI (Leichsenring, 1999)</i></li> <li>• Borderline Personality Questionnaire, BPQ, (Poreh et al., 2006)</li> <li>• Coolidge Axis-II Inventory, CATI (Coolidge, 1992)</li> <li>• <i>MMMPI, Personality Disorder Scales MMPI-2-PD (Butcher et al., 1989)</i></li> <li>• OMNI Personality Inventory, OMNI (Loranger, 2001)</li> <li>• <i>Borderline Symptom List, BSL-95 (Bobus et al., 2005)</i></li> <li>• <i>McLearn Screening Instrument for Borderline, MSI-BPD (Zanarini, 2003)</i></li> <li>• Personality Inventory Scales, PIS (Burgess, 1991)</li> <li>• Wisconsin Personality Disorders Inventory, WPDI (Klein et al., 1993)</li> <li>• Personality Assessment Inventory, PAI (Morey, 1991)</li> <li>• Borderline Syndrome Index, BSI (Conte et al., 1980)</li> </ul> |
| Entrevistas basadas en modelos dimensionales      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shedler-Western Assessment Procedure-200, SWAP-200 (Western, 1999)</li> <li>• Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R (Hare, 1991)</li> <li>• Personality Assessment Schedule, PAS (Tyrer y Alexander, 1979)</li> <li>• Structured-Interview for the Five-Factor Model, SIFFM (Trull y Widiger, 1992)</li> </ul>   |
| Cuestionarios basados en modelos dimensionales    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>NEO Personality Inventory-Revised, NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999)</i></li> <li>• Cuestionario Exploratorio del TP Límite, CEPER-TLP (Caballo, 2011)</li> <li>• <i>Dimensional Assessment of Personality Pathology, DAPP-BQ (Livesley, 1991)</i></li> <li>• Schedule of Non-Adaptative and Adaptative Personality, SNAP (Clark, 1990)</li> <li>• Millon Index of Personality Styles, MIPS (Millon, 1994)</li> <li>• Personality Psychopathology Five, PSY-5 (Harkness et al., 1995)</li> <li>• Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11 (Patton et al., 1995)</li> <li>• Personality Disorder Beliefs Questionnaire, PDBQ (Arntz et al., 1999)</li> <li>• Personality Belief Questionnaire, PBQ (Beck y Beck, 1991)</li> <li>• <i>Zuckerman-Kulbman Personality Questionnaire, ZKPQ (Zuckerman, 1993)</i></li> <li>• <i>Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R (Cloninger, 1994)</i></li> </ul>   |
| Otros cuestionarios y entrevistas                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personality Disorders Examination, PDE (Loranger et al., 1985)</li> <li>• Diagnostic Interview for Borderliness, DIB-R (Gunderson et al., 1981)</li> <li>• Borderline Personality Disorder Scale, BDP (Perry, 1982)</li> </ul>  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Gravedad              | • Clinical Global Impression Scale for Borderline, CGI-BPD (Pérez, 2007)                                     |
| Suicidio y autolesión | • Self-Harm Inventory, SHI (Sanson et al., 1998)<br>• Beck Suicidal Ideation Scale, BSIS (Beck et al., 1988) |

**Cuadro 16.** Instrumentos diagnósticos estandarizados para TP límite  
(en cursiva los más empleados y con mayor nivel de evidencia  
y con adaptación española)

El *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE)* es una entrevista semiestructurada de la que existen dos versiones: (1) según criterios DSM-IV (99 preguntas), y (2) según criterios CIE-10 (67 preguntas). En ambas versiones, y como en la SCID-II, la entrevista se acompaña de un cuestionario de detección previo con preguntas de respuesta Verdadero/ Falso. Este cuestionario previo reduce el tiempo de administración de la entrevista, porque identifica aquellos TP en los que la persona no puntúa y permite, por tanto, descartar de la entrevista las preguntas referidas a dichos trastornos. Los ítems están ordenados en seis áreas: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. En ambas versiones las preguntas son abiertas, cerradas y de respuesta «Si/No».

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III)* fue creado específicamente para identificar los TP siguiendo al DSM-III. La posterior aparición del DSM-III-R y los progresos en la evaluación de las tendencias de respuesta dieron lugar al MCMI-II (1987), y la continua reelaboración de los TP por el DSM han dado lugar a la última versión del instrumento, el MCMI-III. Este cuestionario se compone de 175 ítems, con 22 escalas que cubren tanto el Eje I como el Eje II del DSM y 4 escalas de validez y tendencia de respuesta. Se organiza en cinco apartados: (1) trastornos de la personalidad de gravedad moderada, con 11 escalas, (2) trastornos de la personalidad de gravedad acentuada, formado por 3 escalas, una de ellas para TLP, (3) síndromes clínicos de gravedad moderada, (4) síndromes clínicos de gravedad acentuada y (5) índices de alteración, que incluye una valoración de la sinceridad, deseabilidad, alteración y validez de las respuestas.

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)* fue desarrollado a finales de la década de los años 30 por Hataway y McKinley y ha sido probablemente el más utilizado de la historia, tanto en la clínica como en la investigación. Fue construido para detectar y diagnosticar síndromes clínicos. Como instrumento de evaluación de los TP, el MMPI se ha utilizado de una doble forma: (1) de forma directa, donde se han utilizado los perfiles de sus escalas propias

para detectar los posibles TP, y (2) derivar del conjunto de ítems que lo forman aquellos que teóricamente se han considerado con validez aparente para detectar los TP. Así, Morey et al. desarrollaron en 1985 un conjunto de escalas provenientes del MMPI para la evaluación de los TP. En 1997 Millon et al. desarrollaron la última versión, un inventario de 175 ítems de verdadero/falso que contiene once subescalas que evalúan TP clínicos y tres más que evalúan TP graves, incluido el TLP. Además, contiene también cuatro índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez. Mediante una tabla de transformaciones, las puntuaciones obtenidas en las escalas se convierten a puntuaciones transformadas, diferenciadas según el género. Estas puntuaciones transformadas pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil.

- 7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio
- 22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que quieren
- 25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren
- 26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin motivo
- 36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo
- 43. La principal causa de mis problemas ha sido mi «mal carácter»
- 50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente
- 51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día
- 58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas

**Cuadro 17.** Algunos ítems del MCMI-III para TP límite

El *Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO Personality Inventory-Revised, NEO-PI-R)* fue desarrollado para evaluar los cinco grandes factores de personalidad (Estabilidad Emocional, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Responsabilidad y Amabilidad) y las 30 facetas asociadas a cada factor. Consta de 240 ítems valorados en una escala de cuatro puntos. Proporcionan puntuaciones continuas para cada una de sus seis facetas. Tres ítems evalúan si la persona ha respondido con sinceridad, ha completado todos los ítems y ha marcado las respuestas en el lugar adecuado. Existen dos formas paralelas, la forma S (autoadministrada) y la forma R (administrada por otra persona). Las puntuaciones totales para cada factor oscilan entre 0 y 32 y se obtienen sumando los ítems correspondientes. Las puntuaciones se comparan con un grupo normativo.

Estos instrumentos son algunos de los más potentes y específicos de los empleados en el diagnóstico del TLP. Junto con ellos, y junto con la valoración de la severidad del trastorno, el grado de adaptación global del sujeto y la presencia y gravedad de algunos de sus síntomas, como las conductas suicidas y autolesivas, es preciso realizar una evaluación funcional del trastorno, que permita la comprensión integradora del mismo y la predicción de la conducta. Esta evaluación se traduce en el análisis funcional de las conductas problema y, sobre todo, en la formulación clínica del caso.

| Fase descriptiva de la formulación clínica   |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definición del problema</li> <li>2. Análisis funcional del mantenimiento (análisis de secuencias)</li> <li>3. Análisis funcional de la adquisición (factores de predisposición)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clarificación inicial de objetivos</li> <li>2. Hipótesis sobre adquisición y mantenimiento de los problemas</li> <li>3. Recopilar datos para probar hipótesis</li> </ol>   |
| Fase inferencial de la formulación clínica   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico DSM-IV-TR ó DSM-5</li> <li>2. Formulación clínica y modelo psicopatológico</li> <li>3. Contraste de hipótesis (validez convergente de la formulación)</li> </ol>               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico Eje I y Eje II</li> <li>2. Relación funcional entre problemas</li> <li>3. Probar hipótesis hasta obtener una explicación comprensible</li> <li>4. Discutir la formulación con el paciente/cliente</li> </ol> |

**Cuadro 18.** Formulación clínica forense de los trastornos de personalidad

La formulación del caso con intención forense incluye una fase descriptiva y una fase inferencial. Para llevar a cabo la fase descriptiva deben analizarse los siguientes aspectos: (1) definición de los problemas, (2) análisis funcional descriptivo de los mismos, es decir, antecedentes, respuestas y consecuencias, (3) análisis de adquisición, es decir, análisis histórico, que incluye determinar la adquisición y curso del trastorno y los factores de predisposición, y (4) exploración psicopatológica del individuo.

La fase inferencial de la formulación clínica ayuda a concluir la conceptualización de los problemas clínicos organizando toda la información en un modelo conceptual amplio. Se inicia con un diagnóstico según el DSM IV-TR ó DSM-5 y/o la CIE-10 y luego se desarrolla una teoría psicológica o modelo psicopatológico sobre los distintos problemas que afectan al paciente, intentando encontrar las relaciones funcionales entre las distintas variables, tanto de predisposición y adquisición como de mantenimiento (Graña *et al.*, 2004). Por tanto, son tres los pasos a desarrollar: diagnóstico según los sistemas de

clasificación, formulación clínica y modelo psicopatológico, y el contraste de hipótesis, para el cual se establecen una serie de predicciones para validar, modificar o refutar el modelo propuesto.

## 7. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y NULIDAD MATRIMONIAL CANÓNICA

Desde el punto de vista canónico, el matrimonio está ordenado al bien de los cónyuges y a la generación y educación de los hijos (1055,1). Por otra parte, el Derecho Canónico exige el cumplimiento de una serie de requisitos muy similares a los que se demandan por el Código Civil, entre los que pueden destacarse que el consentimiento sea en completa libertad de casarse y que se contraiga entre dos personas hábiles libres de impedimento. Por ello, cuando hay algún elemento extraño en el consentimiento, el matrimonio se considera inválido y, por tanto, nulo. Los vicios de consentimiento se clasifican en: (1) incapacidad consensual, que tipifica anomalías graves en la estructura psíquica de uno de los contrayentes, o de los dos, que impiden estimar el acto de su voluntad como un acto libre, pleno, responsable y proporcionado (Viladrich, 1996), (2) vicios de entendimiento, por ignorancia y error, (3) vicios de la voluntad, como la violencia física, el miedo y el miedo reverencial, (4) simulación y (5) condición. Los impedimentos son aquellas circunstancias invalidantes del matrimonio que traen su causa en la persona de uno o de ambos contrayentes (Fornés, 1983).

El canon 1095 perfila un concepto básico de incapacidad consensual y tres tipos jurídicos a través de los cuales esa incapacidad se manifiesta en causas de nulidad: (1) falta de suficiente uso de razón (1095,1), (2) defecto de discreción de juicio (1095,2) y (3) incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica. En los dos primeros números del canon se da protagonismo al acto psicológico del consentimiento, mientras que el tercero se centra en el sujeto, es decir, su capacidad no sólo para contraer matrimonio, sino para asumir de forma responsable los derechos y responsabilidades que el propio matrimonio conlleva de forma inherente (Huguet, 2011). Los dos primeros aluden a incapacidad, limitación o alteración de la capacidad cognitiva; el tercero hace referencia a la capacidad volitiva. Si esto es así, la pregunta general en nuestro caso es si el TP límite supone una limitación grave de alguno de los tres supuestos del canon, y en caso afirmativo, de cuál o cuáles. Si el cónyuge diagnosticado de TLP presenta causas de nulidad de naturaleza psíquica por su propio trastorno ¿éstas lo son por incapacidad cognitiva o por incapaz volitiva? En cualquier caso, debe recordarse que el canos emplea el término 'incapacidad y no 'dificultad', que no es causa de nulidad matrimonial en ningún caso. Las características de la incapacidad para su consideración en la nulidad matrimonial son: (1) debe ser

cierta, no dudosa, (2) grave y (3) antecedente a la celebración del matrimonio. Si el diagnóstico de TLP es correcto, y dependiendo de la severidad del cuadro (*i.e.* recordemos que la estimación psicopatológica multiaxial conlleva la determinación del grado de severidad del trastorno en una persona concreta y en qué medida se ve alterado su funcionamiento cotidiano), pueden considerarse presentes estas tres características. Las dos últimas se dan en cualquier caso, porque el TLP es considerado un trastorno mental grave cuyo inicio se da en la adolescencia o los primeros años de la edad adulta, por lo que seguramente existe antes de la ceremonia nupcial. La primera dependerá de la severidad del cuadro y de su propia evolución temporal, aunque en la mayoría de los casos, puede considerarse también presente.

Realmente es difícil afirmar con contundencia que el paciente con TLP no tiene uso de razón en el momento de contraer matrimonio. El TLP no supone demencia, retraso mental ni pérdida de la capacidad de juicio; no existen alteraciones cognitivas ni desórdenes formales del pensamiento. Tampoco se acompaña de perturbaciones cognitivas transitorias que le impidan tener el uso de razón suficiente para emitir válido consentimiento, al menos en el sentido canónico y psicopatológico que tradicionalmente se emplea para la estimación del uso de razón.

Podríamos dudar, en cambio sobre si el contrayente tiene capacidad suficiente de discreción de juicio (1095,2), esto es si es capaz de entender adecuadamente lo que implica el matrimonio canónico. En este sentido, es conveniente recordar el comentario de Castaño (1994) cuando señala que *«el defecto de la discreción de juicio puede ser calificado como inmadurez, la cual suele tener como causa una psicosis o personalidad psicopática, una neurosis, o bien un desorden de personalidad»* (Castaño, 1994). Puede sospecharse si la persona con TLP tiene 'madurez psicológica' suficiente para tener libertad de elección, porque si bien no presenta alteraciones del juicio cognitivo, difícilmente las relaciones interpersonales que implican alto grado de intimidad y cuidado como el caso del matrimonio, y las dificultades relacionales frecuentes de cualquier relación de pareja difícilmente son estimadas en su justo punto, sino más bien todo lo contrario, con unas valoraciones extremistas, rígidas y disfuncionales como consecuencia de la propia inestabilidad emocional y de unos esquemas de pensamiento anormales y muy influidos por la propia emoción, la impulsividad elevada y un estado de ánimo tan fluctuante.

Sobre lo que no cabe duda, desde la descripción diagnóstica, clínica y etiológica del TLP es de su incapacidad para asumir las obligaciones del matrimonio (1095,3) como dan cuenta la multitud de separaciones, divorcios y rupturas sentimentales que se asocian a este tipo de trastorno, hasta el punto de convertirse en uno de los criterios diagnósticos actuales. De hecho, la mayor parte de los pacientes con TLP refieren una historia personal llena



de conflictos y rupturas afectivas, que suelen repetirse con cada nueva pareja sentimental o en cada nuevo matrimonio civil. En muchos casos, esa historia es también la de unos hijos seriamente afectados por el comportamiento de su padre o de su madre y por el ambiente conyugal cotidiano. Juan Pablo II, en la alocución a los miembros del Tribunal de la Rota Romana del 5 de febrero de 1987, acentuó que las causas de naturaleza psíquica tienen que afectar gravemente la libertad sustancial de la persona, que es la facultad volitiva del sujeto, para poder hablar de una verdadera incapacidad, lo que lleva a *poner especial atención a los trastornos de la afectividad, cuya gravedad pueda distorsionar la sensibilidad interna, naturalmente impulsora de la intención y de la volición fuente del matrimonio y de la determinación de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio*. En el caso del TLP, esta gravedad que limita la libertad y el autocontrol y que dificulta enormemente, si no lo impide, el cumplimiento de las obligaciones matrimoniales y es causa de profunda infelicidad y malestar en el cónyuge y los hijos.

El TLP bien diagnosticado y con un grado de severidad alto, como suele ser la mayoría, supone el reconocimiento de un vicio jurídico previo al momento en que se contrajo el matrimonio o el reconocimiento de la incapacidad de la persona para realizar dicho matrimonio de forma válida. La escasa eficacia probada de los tratamientos psicológicos y farmacológicos apoyan la idea de cierto carácter crónico del trastorno, lo que sería interpretado por el legislador como indicador de cierta perpetuidad. La amplitud de áreas personales que se ven afectadas y la extensión del trastorno más allá de algunas personas o situaciones aluden también al carácter absoluto del motivo de nulidad. Por ello, podría presumirse que si un matrimonio es declarado nulo porque uno de los contrayentes presenta TLP en el momento de las nupcias, esta causa de invalidez seguirá permanente en futuros matrimonios.

## REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición DSM-IV-TR*. Madrid: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013): *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association.
- BELLOCH, A. y FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H. (2002): *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- CABALLO, V. E. (2004): Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.): *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 25-56). Madrid: Síntesis.
- CABALLO, V. E. (2013): Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo. *Psicología Conductual*, 21, 215-220.



- CABALLO, V. E.; GRACIA, A.; LÓPEZ-GOLLONET, C. y BAUTISTA, R. (2004): El trastorno límite de la personalidad. En V.E. Caballo (Coord.): *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- CASTAÑO, J. F. (1994): *El sacramento del matrimonio*. Roma: Topolitografía Pioda.
- Clark, L.A. y Harrison, J.A. (2001). Assessment instruments. En W. J. Livesley (eds.): *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment* (pp. 227-257). New York: Guilford.
- CRESPO, J. M. (2011): Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo (Coord.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. e710-725). Barcelona: Elsevier-Masson.
- CROWELL, S. E.; BEAUCHAINE, T. P.; LINEHAN, M. M. (2009): A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Echeburúa, E. y CORRAL. P. (2004):. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11, 297-303.
- ESBEC, E. y ECHEBURÚA, E. (2011): La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 1-11.
- FORNÉS, J. (1983): Los impedimentos matrimoniales en el nuevo Código de Derecho Canónico. En P. Lombardía y L. De Echeberría (Eds.): *Estudios de Derecho Canónico y de Derecho Eclesiástico en homenaje al Prof. Maldonado* (pp. 99-128). Madrid: Ediciones Universidad Complutense de Madrid.
- GONZÁLEZ HERRERO, L. (2012): *Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Madrid: Ediciones Universidad Complutense.
- GPC-TLP, Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS (Coords.) (2011): *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- GRAÑA, J. L.; GARCÍA, E. y MÚÑOZ, M. (2004): Formulación clínica de los trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo (Coord.): *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 359-388). Madrid: Síntesis.
- HERPERTZ, S. C.; ZANARINI, M.; SCHULZ, C. S.; SIEVER, L.; LIEB, K.; MOLLER, H. J., et al. (2009): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 212-244.
- HUGUET, C. (2011): *El peritaje psicológico en el proceso de nulidad matrimonial*. Barcelona: Universidad Abat Oliba-CEU.
- LABRADOR, F. J.; RINCÓN, P.; ALONSO, E. y FERNÁNDEZ-VELASCO, R. (2012): Violencia de pareja. En L. Llavona y F. X. Méndez (Coords.): *Manual del psicólogo de familia* (pp. 231-258). Madrid: Pirámide.
- LÓPEZ, E. y COSTA, M. (2013): Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.

- LÓPEZ, E. y COSTA, M. (2012): Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33, 162-171.
- LÓPEZ-SANTÍN, J. M.; MOLINS, F. Y LITVAN, L. (2013): Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 33, 497-510.
- MCDERMUT, W. y ZIMMERMAN, M. (2005): Assessment instruments and standardized evaluation. En J. Oldham, A. Skodol A y D. Bender (Eds.): *Textbook of personality disorders* (pp. 89-101). Washington: American Psychiatric Press.
- MILLON, T. y ESCOVAR, L. A. (1996): La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. En V.E. Caballo (Dir.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (vol. 2)*. Madrid: Siglo XXI.
- MORENO, B. y GARROSA, E. (2004): La evaluación de los trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo (Coord.): *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 325-358). Madrid: Síntesis.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (2009): *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- O'CONNOR, B. P. y DYCE, J. A. (2001): Personality disorders. En M. Hersen y V.B. Van Hasselt (Dirs.): *Advances in abnormal psychology*. New York: Kluwer/ Plenum.
- QUIROGA, E. y ERRASTI, J. M. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psichotema*, 13, 393-406.
- QUIROGA, E. y ERRASTI, J. M. (2004): Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En M. Pérez, J. R. Hermida, C. Fernández e I. Amigo (Coords.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 405-428). Madrid: Pirámide.
- TORRUBIA, R., CASERAS, X. y GUTIÉRREZ, F. (2005): Evaluación de la personalidad. En: J. Vallejo y C. Leal (Eds.): *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica.
- VERHEUL, R. (2012): Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 369-371.
- VILADRICH, P. J. (1996): Comentario al canon 1095 del CIC. En A. Marzoa, J. Miras y R. Rodríguez-Ocaña (Dirs.): Comentario exegético al *Código de Derecho Canónico (Vol. III)* (pp. 1216). Pamplona: EUNSA.

Alfonso Salgado Ruiz

Universidad Pontificia de Salamanca