

# Una Trimorbilidad Forense Emergente: El Trastorno de Personalidad, el Trastorno del Control de los Impulsos y el Abuso de Sustancias Tóxicas

## A Forensic Trimorbidity Emergence: Personality Disorder, Impulse Control disorder and Drugs Abuse

Bernat-Noël Tiffon Nonnis  
Universitat Internacional de Catalunya

**Resumen.** Muchos de los sujetos que presentan un trastorno mental asociado al consumo de sustancias tóxicas presentan una caracteropatía patológica en sus rasgos de personalidad de base que determinan la co-morbilidad, e incluso, la trimorbilidad con respecto a otros trastornos psicopatológicos. La peritación jurídico-legal y forense de este tipo de población va orientada a poder determinar el tipo de psicopatología asociada al consumo de sustancias (o los distintos tipos de disfunciones mentales existentes a la casuística idiográfica), y las cuales tienen su importancia legal en cuanto a la imputabilidad, inimputabilidad o la resolución judicial de atenuante analógica. En la práctica de la evaluación pericial forense, es habitual apreciar cómo muchos de los evaluados presentan una trimorbilidad en cuanto a la asociación de la esfera de los trastornos de la personalidad así como trastornos de la impulsividad; e incluso la existencia de Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad.

*Palabras clave:* personalidad, trastorno límite de personalidad, trastorno control de los impulsos, abuso sustancias, impulsividad patológica.

**Abstract.** Many of the subjects who have a mental disorder associated with the consumption of toxic substances have a characteropathy pathological in their basic personality traits that determine the co-morbidity, and even the trimorbidity regarding other mental diseases. The legal expertise-legal and forensic this kind of targeted population will be able to determine the type of psychopathology associated with substance use (or different types of mental dysfunction exist to casuistic idiographic), and which have as their legal significance the imputability, inimputability or the judgement of attenuating analog. In the practice of forensic expert assessment, it is usual to see how many of those evaluated have a trimorbilidad about the relationship of the field of personality disorders and disorders of impulsivity, and even the existence of Deficiency Disorders Attention Hyperactivity.

*Key words:* personality, impulse control disorder, drug abuse, disordering impulsivity.

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la Universitat Internacional de Catalunya, c/. Inmaculada, 22, 08017 Barcelona. E-mail: [bntiffon@hotmail.com](mailto:bntiffon@hotmail.com)

## Introducción

Practicando una revisión teórica, diversas investigaciones muestran la relación entre el trastorno del control de los impulsos, el trastorno de la personalidad y los trastornos adictivos por abuso de sustancias tóxicas.

Sin embargo, y aunque quede por esclarecer si esta relación se debe primariamente a los efectos específicos del abuso de sustancias o a la frecuente co-morbilidad con trastornos de la personalidad del cluster B como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) que tienen en este rasgo un núcleo común con el abuso de sustancias; lo que está claro, es que existe un punto denominador común siendo la variable impulsiva en los rasgos de personalidad de base del sujeto evaluado.

De hecho, la impulsividad se contempla en los manuales como componente de diversos trastornos, como los relacionados con uso y abuso de sustancias, parafilias, trastornos antisocial o disocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, esquizofrenia, manía y los trastornos del control de los impulsos (que incluyen el trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía y trastorno del control de los impulsos no especificado).

Desde el punto de vista de la valoración forense, la exploración de la Impulsividad y los posibles Trastornos de Personalidad asociados se han de contemplar y evaluar no únicamente mediante la anamnesis, sino además también, mediante la cuantificación psicométrica a efectos de cuantificar la hipotética afectación de las funciones cognitivas y volitivas de cara al proceso judicial que es objeto de litigio (Ortega-Monasterio y Tiffon, 2006). Se ha de tener en cuenta que los trastornos de la personalidad “*per se*” no pueden considerarse causa de ninguna conducta, legal o ilegal, si no es dentro de un determinado contexto situacional. Por tanto, el criterio de causalidad debe basarse en la interacción de los factores situacionales con la estructura de la personalidad del imputado (Villarejo Ramos, 2003).

Mientras que existen investigaciones en la que muestran la relación causal de la impulsividad como

factor de riesgo de los trastornos por abuso de sustancias; también existe la circunstancia de cómo el propio consumo continuado de sustancias (tales como la cocaína, por ejemplo) acentúa el rasgo impulsividad y, por este mecanismo intermedio, podría favorecer el mantenimiento en la drogodependencia provocando la dificultad en el cese del consumo.

## Planteamiento

En el campo del psicodiagnóstico, el DSM-IV-TR relaciona la impulsividad en el Trastorno Antisocial de la Personalidad con la incapacidad de planificación y la infravaloración de las consecuencias de las propias acciones (Forcada, Pardo y Bondía, 2006).

En el Trastorno Límite de la Personalidad, hace hincapié en la direccionalidad del perjuicio causado por este rasgo hacia el propio sujeto y menciona algunas de las áreas en que suele mostrarse, al igual que ocurre en el capítulo del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en el que se refiere a la impulsividad como un repertorio de conductas que marcan la actividad del sujeto, tales como el precipitar las respuestas, la dificultad de aguantar la espera y la intromisión en actividades.

Sin embargo, en el caso de los Trastornos del Control de los Impulsos, se diferencia claramente dos componentes de la conducta impulsiva: la motivación o activación interior previa a la comisión del acto y la gratificación en el momento de llevarlo a cabo.

Precisamente estos dos aspectos aparecen también en los trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la “*necesidad irresistible*” de consumo (“*craving*”) y la experimentación de sus efectos. La dependencia hace referencia al patrón de uso, caracterizado por el déficit de control y la escasa planificación a cerca de las consecuencias del consumo en la vida del sujeto.

Cabe destacar que el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), el Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP) y el Trastorno Histriónico de Personalidad (THP) son también los más prevalentes en todas las poblaciones de consumidores de sus-

tancias — tanto en sujetos que se encuentra bajo tratamiento como los que aún se encuentran potencialmente en vías de someterse en tratamiento—, y los cuales se definen por su inestabilidad emocional, por su desorganización cognitiva, por su impulsividad y agresividad. De ahí que consideramos que las personalidades impulsivas y los trastornos del control de los impulsos pueden explicar la elevada vulnerabilidad al abuso de sustancias. Dicha circunstancia puede originar Trastornos de Personalidad a raíz de la incidencia nociva del abuso de sustancias tóxicas que dañan el tejido neuronal. No obstante, no se excluye que aún antes de consumir las sustancias pueda darse la situación de que el sujeto ya presente algún trastorno de personalidad que le haga proclive al consumo de sustancias, entre otros muchos y múltiples factores asociados (clima familiar, pródromos, “*Life Events*”, etc.).

La medición psicométrica de estos trastornos resulta de vital importancia en el ámbito forense y jurídico a efectos de poder cuantificar y objetivar el grado de envergadura de importancia sintomatológica de las disfunciones mentales que hemos venido refiriendo. De esta manera, los actuales instrumentos de evaluación (tales como el MMPI-2, MCMI-II y/o MCMI-III, entre otros); y los instrumentos que exploran psicopatológicamente la esfera de la impulsividad (tales como el Plutchick, Barrat, IRS, etc.) devienen una importante herramienta para el

facultativo y profesional de la salud mental a efectos de poder demostrar el grado de psicopatología del evaluado en las salas de justicia.

Una de estas escalas que miden retrospectivamente conductas de carácter impulsivo en épocas actuales de la madurez del sujeto evaluado, es la denominada *Wender Utah Rating Scale* (WURS). Ésta escala, aunque mida retrospectivamente conductas específicas de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), también recoge información interesante con respecto a la impulsividad pudiendo relacionarse con posibles trastornos de la personalidad (habiéndose medido previamente con otros instrumentos de evaluación psicopatológica de la personalidad) y pudiendo explicar, por tanto, las dificultades de autocontrol.

De hecho, y con respecto incluso al TDAH en la edad adulta, se asocia a graves repercusiones económicas, laborales, académicas, familiares, así como a accidentes de tráfico y a la presencia de otras patologías psiquiátricas, tales como las drogodependencias, los trastornos de personalidad y la depresión (Ramos, Bosch, Castells, Nogueira, García y Casas, 2006). Al igual que en la infancia, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos (se considera que un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica). Los trastornos co-mórbidos en adultos son similares a los hallados en la infancia, con la diferencia de que existe una mayor prevalencia de drogodependencias y que aparecen trastornos de la personalidad.

En los estudios prospectivos y controlados de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), los trastornos por consumo de sustancias (hasta un 19%) y, en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo.

Las drogodependencias constituyen uno de los trastornos asociados al TDAH más frecuentes. El riesgo de desarrollarlas es mayor en aquellos pacientes en los que el TDAH se mantiene en la edad adulta. La presencia de un TDAH repercute de forma negativa sobre la evolución de la drogodependencia,

---

Instrumentos de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos, traducidos y/o validados en español  
Historia clínica general

---

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV  
(CAADID-partel)

---

Evaluación de síntomas actuales del TDAH

---

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV  
(CAADID-partelII)

---

Entrevista para TDAH adultos de Barkley

---

ADHD Rating Scale-IV

---

ADHD Symptom Rating Scale

---

Adult Self Report Scale (ASRS)

---

Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)

---

Evaluación retrospectiva de síntomas de TDAH en la infancia

---

Wender Utah Rating Scale (WURS)

---

ADHD Symptom Rating Scale

---

pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias.

De esta manera, y con respecto a la escala WURS, Pedrero, Puerta, Olivar, Lagares y Pérez (2004) pudieron advertir que el factor de impulsividad del instrumento de evaluación se relaciona directamente con todos los trastornos del espectro impulsivo; exceptuando según los autores, el TLP el cual se predice directamente por el factor emocional y que su combinación con el factor de inatención sólo predice el TAP.

Se ha estudiado la posibilidad de que el TAP estuviera relacionado con disfunciones en el lóbulo frontal y con el sistema de inhibición conductual, y se han obtenido datos equívocos o contradictorios; en consecuencia, existe la hipótesis que las alteraciones de conducta pueden tener su origen, en un buen número de los casos, en una inusual distribución anatómica del sistema límbico. Sin embargo, y a pesar de la posible existencia de estos factores biológicos de vulnerabilidad, los factores psicológicos y sociológicos pueden ser suficientes por sí mismos

Tabla 1 Instrumentos de evaluación psicopatológicos del TDAH

En la parte superior, porcentaje de pacientes que obtienen puntuaciones criterio de presencia ((TB>74) y severidad (TB>84) en las escalas del MCMI-II. En la parte intermedia, correlaciones observadas entre los componentes del WURS, obtenidas por análisis factorial, y la puntuación total, y las escalas de patrones disfuncionales del MCMI-II en puntuaciones TB. En la parte inferior, factores del WURS con capacidad predictiva para los trastornos y R<sup>2</sup> de cada modelo de regresión

	Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisita	Antisocial
% TB> 74	4,6	15,2	6,0	15,9	13,2	21,2
% TB> 84	4,0	7,9	0,7	4,0	7,3	11,9
Factor 1 emocional	0,156	0,36**	_,03	0,12	0,18*	0,35**
Factor 2 impulsividad	_,05	0,07	_,30**	0,34**	0,35**	0,50**
Factor 3 inatención	0,18*	0,27**	_,09	0,16*	0,18*	0,40**
Total WURS	0,12	0,29**	_,15	0,23**	0,27**	0,48**
Factor 1 emocional		+	+			
Factor impulsividad	-	-	-	+	+	+
Factor inatención	+					+
R <sup>2</sup> (corregida)	0,05	0,16	0,11	0,11	0,11	0,26

+ Capacidad predictiva positiva - Capacidad predictiva negativa

\*\* Significación p<0,01 - \* Significación p<0,05

Tabla 2 Correlaciones entre el WURS, MCMI-II y los Trastornos de Personalidad  
Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Olivar Arroyo, A.; Lagares Roibas, A. y Pérez López, M. (2004).

Agresivo/ sádica	Obsesivo/ compulsiva	Negativista	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
17,2	1,3	20,5	16,6	2,0	9,3	2,6
9,3	0,0	13,9	7,9	1,3	5,3	1,3
0,30**	_,019*	0,41**	0,36*-*	0,31**	0,44**	0,16*
0,43**	_,016	0,41**	0,18*	0,07	0,35**	0,21**
0,27**	_,017*	0,30**	0,26**	0,27**	0,32**	0,16
0,30**	-,020*	0,44**	0,32**	0,27**	0,44**	0,21*
	-	+	+	+	+	
+		+				+

+ Capacidad predictiva positiva - Capacidad predictiva negativa

\*\* Significación p<0,01 - \* Significación p<0,05

Tabla 3 Puntuaciones TB de criterio para estimar la presencia o severidad en las escalas del MCMI-II  
Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Olivar Arroyo, A.; Lagares Roibas, A. y Pérez López, M. (2004).

		Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisita	Antisocial
TB> 74	WURS <36	11,3	12,3	30,9	19,9	19,8	12,3
	WURS=36	9,9	32,4	12,7	33,8	28,2	45,1
	Diferencial	_,3,7	20,0	_,18,2	14,0	8,4	32,7
TB> 84	WURS <36	9,9	6,2	11,1	3,7	9,9	4,9
	WURS=36	8,5	16,9	1,4	8,5	15,5	25,4
	Diferencial	_,1,4	10,7	_,9,7	4,7	5,6	20,4

para activar estos comportamientos anómalos: fracasos en la socialización primaria, ausencia de calidez en el núcleo familiar, pautas educativas inconsistentes, experiencias tempranas en la escuela, pobre oferta de alternativas saludables, influencias de compañeros, pobreza, clima social del vecindario, etc. La evolución de los niños con TDAH hacia estos trastornos (en especial el TAP y el TNP) ha hecho pensar a algunos investigadores en que se trata de formas evolutivas diferentes de un mismo trastorno, sin embargo, en la actualidad aún se asume que son entidades diferentes en la medida en que el TDAH está más estrechamente vinculado a un deterioro cognitivo y a anomalías evolutivas, mientras ambos trastornos de personalidad se asocian a factores familiares adversos

En cuanto al TLP, el núcleo del desorden se localiza en la desregulación emocional que resulta de una combinación de vulnerabilidad emocional y una incapacidad para modular las respuestas emocionales, a costa de un inadecuado funcionamiento de las estructuras cerebrales como el sistema límbico —y, en especial, la amígdala, cuya función se relaciona con la producción de estados anímicos negativos—, reticular y suprarrenal, si bien tal desregulación puede ser primaria o secundaria a experiencias traumáticas —más frecuentemente el maltrato familiar— en los primeros años de la vida, o a pautas educacionales inconsistentes<sup>79</sup>.

La frecuente comorbilidad entre TDAH y TLP en la edad adulta se explicaría por la suma de factores de ambos desórdenes, cuyo nexo común observable sería la conducta impulsiva. El WURS no nos pro-

porciona elementos de juicio para relacionar la alta puntuación en el test con altas puntuaciones de tasa base en esta escala del MCMI-II; el factor emocional es el que presenta una correlación más pronunciada con el TLP y, si bien también sucede de forma significativa con los otros 2 factores, sólo aquél tiene capacidad predictiva sobre éste. Una vez más, quizá, la alta puntuación del WURS se justifique por disfunciones que son antecedentes neurológicos del desorden que pretende explorar (Pedrero, Puerta, Olivar, Lagares y Pérez, 2004).

También hay que destacar que el autoinforme WURS se complementa con la *Parent's Rating Scale -PRS-*, por cuyo instrumento existe una versión traducida al español por Ponce, Rodríguez-Jiménez, Pérez-Rojo, Monasor, Rubio-Valladolid, Jiménez-Arriero et al. (2000) publicado en su artículo "*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo: empleo de la Wender-Utah Rating Scale (WURS) para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de pacientes alcohólicos*" (Actas Españolas Psiquiatría; 28:357-66). El anteriormente mencionado instrumento de evaluación debe ser cumplimentado por la madre (y sólo en su defecto, por el padre), en la que se explora su recuerdo sobre la conducta del hijo en los primeros años de vida. Dado que muchas conductas relacionadas con el TDAH son más apreciables por las personas del entorno (fundamentalmente padres y maestros), y que el recuerdo de la infancia temprana es más nítido para estos adultos significativos, es posible que la especificidad de esta prueba sea muy superior a la del WURS. La correlación

entre ambos no alcanza  $r = 0,5$ , lo que puede estar relacionado con la sobrepuntuación de los sujetos al acceder a recuerdos más recientes, focalizados en la adolescencia o sus pródromos.

De este modo, el WURS tendría una utilidad como cribado preliminar, el PRS como prueba confirmatoria —cuando fuera posible administrarla—, pero ninguno de ellos justificaría la exclusión de una entrevista diagnóstica que diera cuenta de los criterios adecuados para formular el diagnóstico retrospectivo e incluso su persistencia en la edad adulta y su relación con el consumo de drogas. No se trataría de la primera vez de sujetos que solicitan tratamiento por consumo de sustancias tóxicas tengan asociado y relacionado el haber sufrido un TDAH en el pasado o en la actualidad.

La Tabla 4 viene a resumir los Trastornos por Impulsividad de manera muy detallada según la esfera que le corresponda (Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño, Bobes, 2005):

## Discusión

Desde la consideración del ámbito jurídico-legal y forense en el área Penal, la disfunción psíquica presenta un importancia por cuanto respecta a la imputabilidad del encausado-imputado.

Desde el punto de vista de la Salud Mental, existe una múltiple asociación de disfunciones psíquicas que presentan un punto denominador común en la impulsividad psicopatológica y que se manifiesta sintomatológicamente, o bien en los Trastornos del Control de los Impulsos, o en los Trastornos de Personalidad, o en los Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad o en los Trastornos Mentales asociados al consumo de sustancias, constituyendo un co-morbilidad en incluso una tri-morbilidad psicopatológica.

La asociación de las distintas entidades clínico-nosológicas psicopatológicas se dan en casuísticas que bien pueden medirse psicopatológicamente mediante potentes instrumentos de evaluación, los cuales se hacen patentemente necesarios su administración a efectos judiciales para demostrar el alcance de la envergadura del trastorno mental existente.

Desde esta tesitura, la tri-morbilidad entre los

trastornos de personalidad (TAP, TNP, TLP), el trastorno del control de los impulsos y una evaluación retrospectiva del TDAH (según la casuística existente a raíz de la información derivada de la administración de la entrevista clínica dirigida o anamnesis) presenta un interés jurídico-forense con respecto a los delitos derivados del abuso de sustancias tóxicas (sea en estado de intoxicación aguda como bajo el síndrome de abstinencia).

## Bibliografía

- Cabrera Forneiro, J.; Fuertes Rocañín, J.C. (1997). *“Psiquiatría y Derecho. Dos ciencias obligadas a entenderse”*. Cauce Editorial. Madrid.
- De Dios Casa, J.; Rodríguez Albarán, M.S. (2000). *“Manual de Medicina Legal y Forense”*. Editorial COLEX. Madrid.
- Delgado, S; Esbec, E; Rodríguez, F; González de Rivera, J.L. (1994). *“Psiquiatría Legal y Forense (Volumen I y Volumen II)”*. Editorial COLEX. Madrid.
- Esbec, E. (2005). *“Psiquiatría Criminal y comportamientos violentos”*. Separata de los Cuadernos de Derecho Judicial del Consejo General del Poder Judicial. Escuela Judicial. Madrid.
- Forcada Chapa, R.; Pardo Pavía, N.; Bondía Soler, B. (2006). *“Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo”*. Adicciones, 2006. Vol.18 Núm. 2. Págs. 111-118.
- García-Pablos, A. y cols. (1994). *“Criminología”*. Publicaciones del Consejo General del Poder Judicial. Madrid.
- Gisbert Calabuig, J.A. (2000). *“Medicina Legal y Toxicología”*. MASSON, S.A.
- López Ibor, J. J. (1975). *“Lecciones de Psicología Médica”*. Ed. Paz Montalvo.
- Millon, T.; Simonsen, E.; Davis, R. D.; Smith, M.-B. (1998). *“Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior”*. Guilfor Press, New York.
- Millon, T. *“Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV”*. Masson, Barcelona.
- OrtegaMonasterio, L. (1991). *“Psicopatología Jurídica y Forense”*. PPU. Barcelona.
- OrtegaMonasterio L. y cols. (1993). *“Lecciones de Psicología Médica”*. PPU. Barcelona.

- Ortega-Monasterio, L. (1996). "Valoración médico-legal de los trastornos del control de los impulsos". Terceras Jornadas de la Associació Catalana de Metges Forenses. Barcelona.
- Ortega-Monasterio, L. (2002). "Psiquiatría jurídica y Forense". En: Vallejo, J. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". 5ª edición. Editorial Masson. Barcelona.
- Ortega-Monasterio, L. y Tiffon Nonis, B.-N. (2006). "La Peritación de los Delitos Impulsivos", *Aula Complutense* Madrid, 121-129.
- Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Olivar Arroyo, A.; Lagares Roibas, A. y Pérez López, M. (2004). "Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con rasgos y trastornos de personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: estudio del WURS y su relación con el BFQ y el MCMI-II. Una visión crítica". *Trastornos Adictivos* 2004;6(3):192-212.
- Portilla, M. P. G.; Bascarán Fernández, P. A.; Sáiz Martínez, P. A.; Bousoño García, M. y Bobes García, J. (2005). "Evaluación de la Impulsividad". Grupo Ars XI de la Comunicación, S.L. Barcelona.
- Ramos-Quiroga, J.A.; Bosch-Munsó, R.; Castells-Cervelló, X.; Nogueira-Morais, M.; García-Giménez, E.; Casas-Brugué, M. (2006). "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica". *REV. NEUROL* 2006; 42 (10): 600-606.
- Tiffon Nonis, B.-N. (2005). "Proyecto Docente: Psicología Criminal", Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
- Tiffon Nonis, B.-N. (2006). "Asesinos en Serie: Tipología, clasificación, imputabilidad, diferencias de género, casos existentes y estudio estadístico-descriptivo", Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona.
- Tiffon Nonis, B.-N. (2007). "Lecciones de Psicología Criminal en Esquemas". Centre de Recerca Thomas Becket (CRTB). Barcelona.
- Tiffon Nonis, B.-N. (2008). "Manual de Consultoría en Psicología y en Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense". Colección Bosch Penal. Editorial Bosch. Barcelona.
- Toro, J.; Penzo, W. y Basil, C. (1981), "Lecciones de Psicología Médica. Ediciones Universidad de Barcelona.
- Villarejo Ramos A. (2003). "El criterio de causalidad en la valoración de la imputabilidad de los trastornos de la personalidad". Cuadernos de Medicina Forense.

Manuscrito recibido: 11/10/2008

Revisión recibida: 03/01/2009

Aceptado: 31/01/2009