



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Titulo: “LA INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LOS
HECHOS CRIMINALES”

Alumna: Dujmovic Mancilla, Lorena Isabel

Tutor: Dr. Hugo Lande

Cotutora: Dra. Silvia Barrón

Fecha de presentación: marzo de 2011

Índice:

Índice-----	1
Resumen-----	2
Introducción -----	3
Marco teórico -----	7
Problema -----	20
Objetivos -----	20
Material y métodos-----	20
Resultados-----	21
Discusión-----	29
Conclusión -----	30
Bibliografía-----	31
Anexos -----	33

Resumen:

Introducción: Los Trastornos de Personalidad tienen que considerarse como una patología a tener en cuenta en el medio penitenciario por varios motivos: la notable relación que tienen con las conductas impulsivas y el riesgo de comportamientos violentos, su prevalencia que es mayor a la de otras manifestaciones psiquiátricas, su capacidad para modelar el *modus operandi* del individuo, que refleja las características de la personalidad específica, pero no desencadena directamente la conducta criminal. En ciertos casos, el trastorno de la personalidad puede constituir un freno para la capacidad criminal, mientras que en otras situaciones puede potenciarla.

Objetivo: conocer la incidencia de los trastornos de la personalidad Antisocial y Límite de la personalidad en personas detenidas. A través del porcentaje de los sexos implicados; la estimación de la frecuencia de edad en los participantes; la edad promedio para cada trastornos de personalidad antisocial y limite; la frecuencia de presentación de dichos trastornos en la población en general; Comparar la presentación de dichos trastornos en ambos sexos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de cohorte transversal en base a los datos obtenidos de las encuestas a un total de 40 internos, siendo 20 de sexo masculino alojados en el Instituto de Detención de Rosario U.3 y 20 de sexo femenino alojados en el Instituto de Rehabilitación de Mujeres de Rosario U.5. Las encuestas están basadas sobre los criterios diagnósticos para los trastornos antisocial y límite de la personalidad y han sido extraídas del Manual diagnóstico y estadístico DSM-IV. Se analizó Sexo, Edad, Trastorno Antisocial de la personalidad, Trastorno Límite de la Personalidad.

Resultados: se estudiaron 40 internos de ellos 50% de sexo femenino y 50% de sexo masculino. Registrándose un promedio de edad de $29,05 \pm 7,38$ años. **El Trastorno Antisocial de la personalidad**, se representa un 67% del total de internos, con un promedio de edad de $28,66 \pm 7,06$ años. Dentro de los cuales el 44%, se halló en mujeres, mientras que el 56% restante, en hombres. En el **Trastorno Límite de la personalidad**, se representa en un 60% del total de internos, con un promedio de edad de $29,05 \pm 7,38$ años. Siendo el 58% mujeres, mientras que el 42% restante fueron hombres.

Conclusión:

Si bien son pocos los estudios sobre las asociaciones específicas entre los trastorno de personalidad y conducta delictiva que conducen al encarcelamiento, para una prevalencia que es mayor a la de otras manifestaciones psiquiátricas. La complejidad de esta interacción debe plantear el tema de la extensión en que la conducta violenta ha de ser concebida como resultado de un trastorno de la personalidad, en vez de cómo un factor situacional, ambiental o de otro tipo.

Introducción:

En este último tiempo, el incremento notorio de los hechos de violencia en nuestra sociedad. Me genera la necesidad de saber si estos son una consecuencia del deterioro social en sus diversas formas como son el abuso de sustancias y el incremento de los niveles de pobreza por causa de baja instrucción, desempleo, etc., que están relacionados con hechos de delincuencia o es más bien la existencia de un trasfondo patológico en las personas implicadas. En esta ocasión centraremos nuestra investigación en conocer como determinados trastornos de la personalidad pueden influir en que el paciente incurra en hechos criminales.

La personalidad es un conjunto de características más o menos estables de la forma de ser de las personas, que las hace ser como son, tanto en sus pensamientos y sentimientos como en sus comportamientos. A lo largo de la historia, desde Hipócrates, se ha intentado clasificar las personalidades normales y patológicas, y cada línea de pensamiento ha aportado aspectos complementarios.

El desarrollo teórico de la personalidad y sus trastornos se ha nutrido de numerosas teorías. Las corrientes psicológicas describen procesos de desarrollo y maduración complejos de la personalidad, las sociológicas hacen aportes sobre la influencia de factores eminentemente culturales, las conductuales reconocen los aspectos operacionales en el concepto de la personalidad y, más recientemente, los aportes biológicos, desde la genética hasta el diagnóstico por imágenes, desarrollan y fundamentan las bases neurobiológicas de la conducta.

Uno de los aspectos más controvertidos al comparar distintos modelos teóricos es si los trastornos de la personalidad son variables dimensionales o categoriales. Esto se debe a que muchos rasgos son comunes a la mayoría de las personas.

Según el enfoque dimensional, los trastornos de la personalidad constituyen variantes cuantitativas extremas y desadaptativas dentro del espectro de las personalidades normales.

El enfoque categorial, en cambio, considera que son entidades psicopatológicas cualitativamente diferentes que pueden estar presentes o ausentes.

Esto se registra en los diversos criterios utilizados de las principales clasificaciones. La Asociación Americana de Psiquiatría, influida en el enfoque dimensional (aunque es categorial por considerar los trastornos), define en el Manual Diagnóstico y Estadístico IV texto revisado (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés) a los trastornos de la personalidad no junto a las demás enfermedades (agrupado en el llamado eje I) sino en un eje diferente (el eje II)

En la descripción de las personalidades normales, se suele recurrir a “dimensiones” que se polarizan en varios ejes: extraño/excéntrico, dramático/emotivo, ansioso/temeroso, etc. Sobre la base de la orientación hacia uno u otro extremo de cada uno de los ejes, se describen distintos estilos de personalidad. Algunos test de personalidad utilizan estos modelos.

Conocer la propia personalidad permite adaptarse mejor a determinadas circunstancias y proporciona un mayor control sobre la propia vida. Por ejemplo, quien se reconoce tímido evitará dedicarse a la venta de automóviles.

Probablemente, el aumento de las exigencias que impone la sociedad sea una de las causas, junto con su mayor reconocimiento, del incremento de trastornos de la personalidad que se observa en las últimas décadas.

Habitualmente se acepta que la personalidad normal tiene dos tipos de componentes diferentes relacionados entre sí: temperamento y carácter. Los factores que conforman el temperamento son consecuencias de peculiaridades biológicas del individuo, la mayoría de ellas de base genética. Los factores que conforman el carácter están relacionados con las experiencias a lo largo de la vida, en especial de los primeros años⁽⁷⁾.

Los trastornos de la personalidad son: un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de experiencia de la persona, que se aleja demasiado de lo que la cultura en que está inmersa espera. Se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, no varía con el tiempo, y causa malestar en el sujeto y prejuicios contra él⁽¹⁾.

Los trastornos de la personalidad comparten una serie de características:

- Son conductas maladaptativas con un inicio precoz en la adolescencia o al comenzar la vida adulta
- Afectan todas las áreas de la personalidad, como la cognición, la afectividad, la conducta, el estilo interpersonal y las relaciones con los demás, causando problemas en el trabajo, las relaciones sociales y la familia.
- Estas alteraciones tienen que tener un carácter estable y de larga duración, y su curso es predecible⁽⁷⁾.

Es frecuente que tomen contacto con el sistema de salud cuando se encuentran desestabilizados. Su estilo de relación suele ser inapropiado para la situación de la consulta, por ejemplo se presentan distantes, hostiles, seductores, ansioso, etc. Estas actitudes pueden desencadenar en el profesional, en especial si no las identifica claramente, reacciones emocionales que no favorecen el vínculo e interfieren con una atención adecuada.

Dentro de estos trastornos se definirán los dos tipos:

- **El trastorno antisocial:** es una patología de índole psíquico que deriva en que las personas que la padecen pierden la noción de la importancia de las normas sociales, como son las leyes y los derechos individuales. Mientras que en sus formas más extremas se hallan acciones tales como: las rebeldías, las agresiones y los abusos⁽¹⁾.
- **El trastorno límite:** está caracterizado primariamente por desregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen, de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación⁽¹⁾.

La **violencia** puede definirse de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito. Por ejemplo, la definición orientada al arresto y la condena será diferente a la empleada para las intervenciones de los servicios sociales. En el ámbito de la salud pública, la dificultad reside en definir la violencia de manera que abarque el conjunto de actos perpetrados y las experiencias subjetivas de las víctimas, pero sin que la definición resulte tan amplia que pierda sentido o describa como hechos patológicos las vicisitudes naturales de la vida cotidiana. Se necesita, además, un consenso mundial que permita comparar los datos entre los países y construir una sólida base de conocimiento ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones.

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Esta categorización inicial distingue entre:

- la violencia que una persona se inflige a sí misma;
- la violencia infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos;
- la violencia infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas.

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

La violencia dirigida contra uno mismo: comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- **Violencia intrafamiliar o de pareja:** en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, **prisiones** y residencias de ancianos.

La violencia colectiva: es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos ⁽³⁾.

Una vez entendido los conceptos relacionados con el tema, trataremos de resolver los objetivos propuestos en este trabajo para así poder entender los trastornos de la personalidad y la relación guardan con la violencia existente en la sociedad para llegar así a comprender sus consecuencias criminales ⁽³⁾.

Marco Teórico:

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones psiquiátricas en el cual los patrones de comportamiento crónico causan serios problemas en las relaciones interpersonales y en el trabajo ⁽⁹⁾.

El trastorno de personalidad antisocial (TPA), es una afección psiquiátrica en la cual una persona manipula, explota o viola los derechos de otros. A menudo este comportamiento es delictivo ⁽¹⁰⁾.

El trastorno límite de la personalidad, o Borderline, también llamado limítrofe o fronterizo, abreviado como TLP, es un padecimiento en el cual la persona realiza acciones impulsivas y tiene un estado de ánimo inestable al igual que relaciones interpersonales caóticas ⁽¹¹⁾.

La agresión es un modo de la conducta caracterizada por dañar o destruir. Esta acción puede dirigirse a personas, objetos o hacia sí mismo. Tal como con cualquier otra conducta, la agresión puede estar alterada psicopatológicamente, ya sea porque se encuentra inhibida y afecte la capacidad de defenderse de un sujeto, o porque se encuentre desinhibida y se ponga en acto más allá de lo que las circunstancias o las necesidades adaptativas lo requieran ⁽⁴⁾.

En el campo de la práctica clínica la agresión se nos presenta bajo dos condiciones:

- a. La agresión emocional o impulsiva, que constituye una reacción circunstancial, no prevista, desmesurada en intensidad.
- b. La agresión deliberada o predatoria, la cual es consecuencia de un acto voluntario, decidido y planificado previamente y destinado a obtener beneficios predatorios.

Como desarrollan Halsband y Barenbaum, la agresión predatoria no es una reacción. Al contrario, es consecuencia de un acto planificado y ejecutado sin pasión y sin modificaciones autonómicas. Resulta de una alteración de la condición moral, y no una limitación para controlar los impulsos.

Si bien los datos disponibles muestran la alta prevalencia de trastornos mentales en poblaciones carcelarias (en especialmente TAP), no todos los que cometen delitos padecen trastornos mentales; y no todos los que padecen TAP necesariamente cometen delitos punibles con penas de prisión ⁽⁴⁾.

Relación entre la conducta criminal que conduce al encarcelamiento y el trastorno de la personalidad:

En la mayor parte de las revisiones sobre presidiarios, la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad es mayor que la de otras manifestaciones psiquiátricas; sin embargo, la cárcel rara vez se percibe como una oportunidad para la intervención terapéutica, en gran parte debido al pesimismo sobre la terapia, pero también a causa de que pocos profesionales penitenciarios utilizan conceptos teóricos, como “trastorno de la personalidad”, en su ejercicio profesional de cada día. De hecho, pocos de ellos reconocen a los presidiarios como individuos “trastornados” en un sentido psiquiátrico ⁽⁶⁾.

Las primeras condenas se producen sobre todo al inicio o mediada la adolescencia en la mayoría de los países occidentales, y el pico de edad para todos los tipos de condena se

sitúa entre los 18 y los 20 años para los hombres y en alrededor de los 15 años para las mujeres (Coid, 2003). El número de personas condenadas por crímenes disminuye progresivamente con la edad, hasta hacerse casi insignificante en los grupos de edad más avanzada. Aunque la mayoría de los delincuentes abandonan el crimen durante los años finales de la juventud y el principio de la vida adulta, se observa persistencia en un subgrupo con otras series de indicadores de ajuste social deficiente. Se han empleado factores asociados similares, junto con la conducta criminal y violenta, como criterios para el diagnóstico de TAP (American Psychiatric Association, 2000)⁽⁶⁾.

Este subgrupo muestra típicamente características como historia criminal en otros miembros de la familia, abuso de drogas y sociopatías (por ej., abandono de la familia e hijos ilegítimos), junto con desempleo, a pesar de la disponibilidad fácil de trabajo (Langan y Greenfeld, 1983). Estos individuos comienzan antes su carrera criminal y la terminan más tarde. Algunos de ellos se pasan gran parte de la vida adulta en instituciones penitenciarias⁽⁶⁾.

La mayoría de las investigaciones han sugerido que aproximadamente el 5 al 7 % de los chicos y el 0 al 2 % de las chicas pueden clasificarse como delincuentes de inicio precoz (Christian et al, 1997). A pesar de todo, es razonable asumir la existencia de superposición considerable entre delincuencia precoz y TAP. Se puede observar persistencia a lo largo de cuatro fases sucesivas, en las carreras criminales de los delincuentes que encajan dentro del patrón de inicio precoz estable (Walters, 1990)⁽⁶⁾:

1. Precriminal (10-18 años);
2. Criminal precoz (18 años – principio de los 20 años/final de los 30 años);
3. Avanzada (final de los 20 años/principio de los 40 años);
4. Criminal maduro/"quemado" (a partir de los 40 años).

En la *Fase Precriminal* la mayoría de los arrestos de los adolescentes y niños se deben a actividades molestas y faltas (Petersilia et al, 1978). Los robos, los allanamientos de morada y el robo de automóviles son los delitos más comunes (Leblanc y Frechette, 1989). Estos delitos se cometen con frecuencia en compañía de otros adolescentes, y la búsqueda de emociones es un motivo importante⁽⁶⁾.

Durante la *Fase Criminal precoz*, el número de individuos que cometen delitos disminuye progresivamente (Blumstein y Cohen, 1987). Sin embargo, un subgrupo de sujetos que comienza a desplazarse hacia la carrera criminal al entrar en contacto con bandas, muchas veces en los correccionales aprenden nuevas técnicas, y adquieren un "status" dentro del mundo criminal (Gibbs y Shelley, 1982). Quizá disminuya el número global de delitos que comenten, pero aumenta su gravedad, tanto por el valor de lo robado como por la violencia empleada. Sus motivos también cambian desde la búsqueda de emociones y la obtención de prestigio hasta el deseo de obtener dinero para adquirir drogas y bienes materiales no esenciales⁽⁶⁾.

El abandono voluntario de la actividad criminal para ser menos frecuente durante la *Fase Avanzada*. Se considera que estos individuos se han dedicado a un modo de vida criminal, con un estilo cognitivo asociado (Walters, 1990). Su conducta antisocial parece estar más activa y fuera de control, y ellos lo compensan interesándose cada vez más por la obtención de una sensación de poder y control sobre los demás. Al principio de la quinta década de la vida se observa con más frecuencia la terminación del estilo de vida criminal (Hirschi y Gottfredson, 1983). En esta fase, algunos individuos comienzan

a exhibir mayor madurez, asociada con un cambio de pensamiento, de sus valores y de la motivación, que acompaña el descenso de la energía física y mental.

Hasta hace poco tiempo, la investigación criminológica sobre la trayectoria criminal y los criminales de carrera ha seguido un camino independiente al de la investigación psiquiátrica sobre el TAP. El concepto de un “síndrome” psiquiátrico de conducta antisocial persistente durante la vida adulta, se entronca con el concepto diagnóstico del TAP⁽⁶⁾.

Las revisiones del TAP en la comunidad muestran varios datos epidemiológicos con importancia clave, que deben ser considerados en relación con las revisiones hechas en poblaciones carcelarias: La prevalencia a lo largo de la vida es significativamente mas alta en los hombres que en las mujeres, mas alta en los grupos de edad comprendidos entre 25 y 44 años, no mas alta en los negros que en los blancos, mayor entre los individuos que abandonaron la escuela superior y mas frecuente entre los residentes en grandes ciudades (Robins, 1985). El TAP parece guardar una relación fuerte con la pobreza y con otros índices de fracaso social. El rendimiento deficiente en el colegio y la historia laboral insatisfactoria predisponen a un trabajo de bajo nivel y al desempleo⁽⁶⁾.

Explicación de la Asociación entre Trastorno de la Personalidad y Conducta Delictiva:

Existen pocos estudios sobre las asociaciones específicas entre trastorno de la personalidad y conducta delictiva que conducen al encarcelamiento. Estas asociaciones se pueden dividir en tres áreas principales⁽⁶⁾:

1. Superposición de Criterios:

Muchos Clínicos asumen la existencia de una relación directa entre trastorno de la personalidad y delincuencia. Este concepto se ve favorecido por la inclusión de criterios del TAP, que se superponen con la conducta delictiva, lucrativa y violenta.

La conducta violenta debe percibirse como el resultado de una interacción compleja entre diversos factores sociales, clínicos, de personalidad y ambientales, cuyas importancias relativas varían en las distintas situaciones y a lo largo del tiempo. La complejidad de esta interacción debe plantear el tema de la extensión en que la conducta violenta ha de ser concebida como resultado de un trastorno de la personalidad, en vez de cómo un factor situacional, ambiental o de otro tipo. Por ejemplo, los efectos del abuso de sustancias se pueden considerar dentro de una interacción compleja, en la que quizás sería difícil aclarar si el acto violento se debe a los efectos del consumo de la sustancia o al trastorno de la personalidad; a pesar de que la conducta violenta sólo ocurra bajo la influencia de una sustancia, el consumo de la sustancia puede ser una manifestación en sí misma o un efecto del trastorno de la personalidad. Por otra parte, un trastorno con uso de sustancias puede contribuir al desarrollo, la persistencia y la intensificación de conductas antisociales⁽⁶⁾.

2. Efectos secundarios del Trastorno de Personalidad:

El trastorno de la personalidad no es fundamental para la conducta criminal ni constituye un impulso, sino que simplemente modela ciertos aspectos del delito. En este contexto, el trastorno de la personalidad se puede considerar secundario a otro factor. Por ejemplo, el violador cuya agresividad sexual es impulsada por otros factores dinámicos, como ira desplazada, mientras que el hecho de robar a la víctima después de violarla se comprende mejor en el contexto del TAP.

En esta situación, el trastorno de la personalidad puede modelar el *modus operandi* del individuo, que refleja las características de la personalidad específica, pero no desencadena directamente la conducta criminal. En ciertos casos, el trastorno de la personalidad puede constituir un freno para la capacidad criminal, mientras que en otras situaciones puede potenciarla ⁽⁶⁾.

3. Trastorno de Personalidad y Motivación Criminal:

El modelo multifactorial complejo propuesto por Widiger y Trull (1994), se basa en que el trastorno de la personalidad conduce a motivaciones y factores de disposición en los delincuentes potenciales. La conducta criminal se puede descomponer en características que describen el acto mismo; características del delincuente y de la víctima; motivos o factores de motivación que inducen al delincuente para que actúe de un cierto modo y factores modeladores adicionales, como los efectos desinhibidores de la intoxicación, la incitación o el aliento de los demás. Dentro de este modelo, ciertas conductas delictivas y la psicopatología en el Eje II pueden tener una relación directa; por ejemplo, las conductas impulsivas repetidas, el conjunto de circunstancias que conducen al conflicto interpersonal y la tendencia a experimentar afectos intensos o ideas paranoides en situaciones de estrés ⁽⁶⁾.

Antecedentes Históricos

En la personalidad antisocial:

Al principio del siglo XIX el origen del comportamiento antisocial se correlacionaba con la polémica filosófica entre la libre voluntad del determinismo. En este contexto, los médicos del siglo XIX se preguntaban si las personas antisociales eran capaces de comprender sus actos.

- ❖ Philippe Pinel (1801, 1806) hizo referencia a una forma de locura conocida como la folie raisonnante una tendencia de los pacientes a realizar actos impulsivos y autopunitivos, con una capacidad de razonamiento intacta, y una conciencia total de sus actos.
- ❖ Lombroso (1887) defendía que los antisociales eran delincuentes de nacimiento, que poseían características físicas comunes: como una mandíbula prominente y proyectada hacia delante, orejas alargadas y frente despejada, eran zurdos y físicamente robustos, su desarrollo sexual era precoz, presentaban también insensibilidad táctil y agilidad muscular.
- ❖ Stone (1993) sugiere que la sociedad necesita la tranquilidad de creer que los delincuentes se diferencian en alguna cosa para asegurarnos de que estamos protegidos de los verdaderos psicópatas, que se ocultan tras lo cotidiano.

Al final del siglo XIX, la psiquiatría comenzó a apartarse de la clasificación moral para acercarse a la investigación observacional:

- ❖ Koch (1891) propuso que el término locura moral fuera sustituido por el de inferioridad psicopática, que consideraba el síndrome como una “inferioridad de la constitución cerebral”.

El término **psicopático**, que significa literalmente “Patología Psicológica”, se mantuvo durante las tres primeras décadas del siglo XX, para hacer referencia a un amplio margen de estados que iban más allá de la idea contemporánea de la personalidad antisocial ⁽²⁾.

En la personalidad Límite:

Desde los primeros escritos de la literatura psicopatológica con autores tales como Homero, Hipócrates y Areteo, se han descrito pacientes en los que coexistía la ira impulsiva, la manía y la melancolía. Pero fue Bonet en 1684 quien unió la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un síndrome que denominó la “folié maniaco-melancolique”.

- Kraepelin (1921) con su descripción de la “personalidad excitable”, quien se asemejó más a los síntomas de lo que hoy en día conocemos como TLP ⁽²⁾.
- Kretschmer (1925) proporcionó también algunos elementos adicionales, enfatizando de nuevo la volubilidad emocional y su curso impredecible, considerando que estas personas manifestaban lo que él denominó un temperamento mixto cicloide-esquizoide.
- Adolf Stern en 1938 quien empleó por primera vez la designación de “el grupo límite de la neurosis”⁽⁵⁾.

Desde entonces, se han realizado diversas conceptualizaciones del término. Zanarini y Frankenburg (1997) señalan seis concepciones históricas principales:

- 1 La perspectiva psicodinámica, que considera al límite como un nivel de organización de la personalidad que engloba a diversas patologías caracteriales a medio camino entre la neurosis y la psicosis. (Kernberg, 1967).
- 2 Implica la influencia de la idea neokraepeliana de que los trastornos mentales tienen un origen biológico y que, por tanto, deben ser diagnosticadas como categorías discretas, como pone de manifiesto el trabajo de Gunderson (1984). Aunque el término límite está claramente en contra de una concepción categórica, este planteamiento se ha visto respaldado por el DSM.
- 3 Refleja la tendencia a experimentar estados psicóticos transitorios, considera que el trastorno límite se encuentra en un continuo con la esquizofrenia.
- 4 Subraya los cambios emocionales súbitos, la irritabilidad y los estados depresivos crónicos, considera que el límite se encuentra en un continuo con los trastornos afectivos (Akiskal, 1980).
- 5 implica la incapacidad para demorar la gratificación, considera que el límite es un trastorno de control de los impulsos relacionado con el abuso de sustancias y la personalidad antisocial (Zanarini, 1993)
- 6 Se basa en la creencia de que muchos límites presentan una historia de abusos sexuales, y sugiere que el síndrome presenta muchas afinidades con el trastorno por estrés postraumático (Herman y Van der Kolk, 1987; Kroll, 1993) ⁽²⁾.

Variantes de Personalidad⁽²⁾.

El antisocial codicioso:

Estos individuos sienten que la vida no les ha ofrecido “lo que se merecen”, que han sido privados del apoyo emocional y las recompensas materiales que se merecían, que otros han recibido mucho más. Son celosos, envidiosos, agresivos.

La motivación que los mueve es la envidia y el deseo de ser compensados por los agravios que han recibido. Sea mediante engaños o destrucción, su objetivo es compensar la sensación de vacío que experimentan. Ardiendo en cólera y resentimiento, su mayor placer es apropiarse de los que otros poseen.

Ejemplo: algunos son ladrones comunes, otros se convierten en empresarios de éxito, que explotan a los demás para satisfacer sus deseos.

El antisocial que defiende su reputación:

Lo que motiva a estos es defender o potenciar su reputación de fuerza e invulnerabilidad. Las acciones de los antisociales están diseñadas para asegurarse de que los demás le reconozcan el respeto que merecen. Como tales están en guardia permanente contra la posibilidad de que los menosprecien.

La sociedad debe saber que son importantes, que no se pueden mantener al margen, tratar con indiferencia. Si alguien llega a menospreciar su status o capacidad, reaccionan con gran intensidad amenazando hasta reducir a sus rivales.

Ejemplo: algunos se implican en actividades de pandillas de adolescentes y otros simplemente tratan de impresionar a sus compañeros con acciones agresivas de liderazgo o de violencia que aseguran sus status.

El antisocial arriesgado:

La principal motivación es que los demás los vean impasibles ante experiencias que para la mayoría de las personas serían peligrosas o amenazadoras.

El riesgo es la propia recompensa, y es una manera de sentir excitación y sentirse vivo. De no ser así se verían atrapados por las responsabilidades y el tedio de la rutina y la vida cotidiana.

El principal factor que les convierte en antisociales es la irresponsabilidad de sus actos y el desdén por las consecuencias que éstos puedan tener en los demás o en ellos mismos, con la aceptación de desafíos cada vez más caprichosos.

Ejemplo: casi todo el mundo disfruta con las montañas rusas. Sin embargo, existen individuos para los que el riesgo consiste en impresionar a los demás mostrando una actitud de indiferencia intrépida de consecuencias potencialmente negativas.

El antisocial nómada:

Lo que los motiva es que muchos se sienten malditos y predestinados al fracaso. Su sentido de *no pertenecer* a lugar alguno implica marginarse de uno mismo y de los demás. Por esta razón los nómadas a menudo parecen estar vagamente desconectados de la realidad y carecen de un sentido claro de sí mismos. Enredados en la autocompasión, se marginan socialmente para convertirse en vagabundos o nómadas. Con pocas preocupaciones por su seguridad o bienestar personal.

Los niños adoptados que no saben muy bien cual es su lugar en el mundo siguen el camino del antisocial nómada, yendo de un lugar a otro en una supuesta búsqueda simbólica de lo que ellos esperan que pueda ser su verdadero hogar o padres naturales. Por su actitud de indiferencia y desarraigo vital suelen hacerlos menos peligrosos. Bajo la influencia del alcohol o de otras sustancias, pueden convertirse en personas brutales o pueden tener comportamientos sexuales criminales, como ataques a las personas más débiles. Ejemplo: se tratan de personas sin hogar que suelen hacer de la prostitución y el alcoholismo su forma de vida.

El antisocial malevolente:

Son beligerantes, rencorosos, malevolentes, brutales, insensibles y vengativos, llevan a acciones cargadas de un desafío odioso y destructivo hacia la vida social convencional. El componente paranoide les permite: anticipar y suponer la traición y el castigo que les causarán los otros. En lugar de emplear amenazas verbales, tratan de asegurar sus límites con sangre fría y un deseo intenso de venganza por los malos tratos recibidos en el pasado en la realidad o en sus fantasías. Desconfían de la buena voluntad de los demás quienes a su entender, lo utilizan simplemente para despreciarles y mantenerles al margen, y siempre deben estar alertas.

Cuando predomina el componente sádico: pueden asumir la actitud de echárselo todo al hombro, con un deseo de confirmar su imagen de dureza haciendo víctima a los que son demasiado débiles para vengarse o a los que se horrorizan de una manera que les divierte. Disfrutan presionando cada vez más a sus oponentes hasta que sucumben y abandonan, sin dejar de luchar hasta que los otros se rinden.

El límite desanimado:

Estos individuos pueden haberse vinculado de una manera sumisa a una o dos personas. Los principales rasgos de personalidad son la evitación de las competiciones, la lealtad y la humildad, y además la subordinación masoquista y la vinculación parásita. Como temen constantemente las amenazas, su mundo siempre está desestabilizado. En consecuencia, están constantemente preocupados por su falta de seguridad, en concreto por su propia indefensión, tienen dudas sobre sí mismos y falta de autosuficiencia. Dadas estas necesidades tan profundas, se sienten aterrorizados, ante la soledad y el aislamiento, y pueden sentirse fácilmente deprimidos y abatidos; la vida les parece vacía y dura. A medida que crece su sensación de inutilidad, regresan a un estado de indefensión grave o de dependencia infantil, lo cual requiere que cuiden de ellos como si fuesen bebés.

Las características límites comienzan a desarrollarse cuando este pacto interpersonal ha sido violado en demasiadas ocasiones, cuando los otros, egoístamente, no les han recompensado con afecto.

La automutilación y el suicidio, actos simbólicos de autoabandono, puede usarse para controlar su resentimiento o para castigarse por su propia cólera ⁽²⁾.

El límite Impulsivo:

Privado de las atenciones que busca, estos individuos pueden intensificar su estrategia de seducción, impulsividad, e irresponsabilidad. Presentan hiperactividad conductual y distractibilidad cognitiva, lo cual pone de manifiesto una deficiencia en la regulación de

los afectos positivos, una necesidad insaciable de contacto social y una excitación irracional y superficial.

En ocasiones, pierden todo sentido de propiedad y juicio. Los individuos con una historia antisocial pueden volverse incluso más impulsivos e imprudentes, incapaces de planear o de prever las consecuencias de sus actos.

En general, son muy sensibles a las fuentes externas de recompensa y funcionan de manera impulsiva y caprichosa pasando de una cosa a la siguiente ⁽²⁾.

El límite petulante:

Estas personas son impredecibles, irritables, impacientes, insatisfechas, resentidas y envidiosas de la felicidad y del éxito de los demás. Están siempre resentidos por su dependencia de los otros y detestan a aquellos de quienes esperan amor y autoestima. La inmensa mayoría nunca han podido satisfacer sus necesidades regularmente, y nunca se han sentido seguros en sus relaciones interpersonales.

Incapaces de encontrar un espacio cómodo con los otros, pueden estar cada vez amargados e insatisfechos, atrapados en dos extremos patológicos. En ocasiones, expresan sentimiento de minusvalía, se sienten cada vez más agitados o deprimidos, expresan autocondena y presentan ideas delirantes. En otros momentos, su negativismo habitual rebasa los límites racionales, y les conduce arranques maníacos en los que distorsionan la realidad, hacen demandas excesivas de los otros, y atacan a los que les han atrapado en conflictos intolerables. Estos estados emocionales se convierten en una forma de amenazar a los demás y de generar problemas. No obstante, a continuación de estos arranques, suelen introyectar su hostilidad, suplican perdón y prometen comportarse y enmendar sus comportamientos pasados.

Es probable que siendo niños se sintieran maltratados y defraudados, atrapados en una intensa lucha entre los cuidadores, que utilizaban al niño como moneda de cambio. Para ellos, los afectos nunca estuvieron exentos de conflictos.

El límite autodestructivo:

Todos los límites son a veces autodestructivos y llegan incluso a la automutilación. Estos individuos se encierran cada vez más en sí mismos y descargan su ira. En el pasado, la apariencia superficial de estas personas puede ser de sociabilidad y conformidad. No obstante, bajo esta superficie se esconde deseo de independencia y el temor de una auténtica autonomía.

En consecuencia, esta propiedad social encubre una sumisión profundamente conflictiva a las expectativas de los demás. Para controlar estas tendencias impuestas, se produce una lucha para mantener una afabilidad a base de autosacrificio y autocontrol.

En ocasiones, estos antagonismos se ponen de manifiesto públicamente, se quejan con amargura de haber sido tratado injustamente, de sentirse desilusionados y poco aceptados por los demás, y de que no se aprecia realmente su sumisión y sacrificio. Con la persistencia de estos sentimientos ambivalentes comienzan a sufrir alteraciones somáticas. A medida que los medios sutiles de descarga de los sentimientos negativos se vuelven más autodestructivos, aumenta la tensión y la depresión hasta límites intolerables. Pueden acusar a los demás por haberles despreciado y por tramar abandonarles. Amenazan con suicidio y obtienen de los demás la energía para destruirles lentamente ⁽²⁾.

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7) ⁽¹²⁾.

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Criterios para el diagnóstico de F60.3. Trastorno límite de la personalidad (301.83) ⁽¹²⁾.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, 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:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tratamiento

Las circunstancias que dan lugar a la consulta se detallan a continuación:

- Búsqueda de asistencia por un trastorno comórbido.
- Búsqueda de un beneficio secundario al tratamiento: beneficios sociales, coartadas ante la justicia, obtención de psicofármacos de los cuales dependen o los cuales venden.
- Traídos por familiares severamente dañados por las consecuencias del trastorno.
- Enviados por el poder judicial ⁽⁴⁾.

En estas ocasiones, el clínico tiene que definir una estrategia terapéutica y – en el marco de ella – una intervención farmacológica. Por otro lado, corresponde aclarar que el tratamiento farmacológico es un ingrediente en el tratamiento de los severos trastornos de la personalidad.

Por ello debe ser usado en el marco de un tratamiento psicosocial complejo. Estos tienen una orientación comportamental (con procedimientos específicos, en marcos comunitarios, destinados a la supervisión y corrección de conductas) los que han mostrado mejores resultados ⁽⁴⁾.

El tratamiento psicofarmacológico debe hacerse luego de una exhaustiva evaluación del contexto en el cual las conductas agresivas se desarrollan y luego, también, de la puesta en marcha de terapias no medicamentosas, intervenciones con los padres y otras destinadas a fortalecer y monitorear el ambiente familiar y social.

También es aconsejable hacer una cuidadosa evaluación semiológica que permita detectar mediadores de la conducta agresiva patológica, como son la impulsividad, las emociones negativas (hostilidad, odio), la irritabilidad, el miedo, el estrés y/o la falta de empatía por el dolor de los otros (sadismo, crueldad) ⁽⁴⁾.

Psicoterapia en la personalidad antisocial:

Para los antisociales, la terapia es otro juego, molestos con las fuerzas limitadoras de la sociedad. Desde su punto de vista, el objetivo es simplemente convertirles en una persona diferente. Dado que la principal preocupación del antisocial es saltarse las limitaciones externas, en terapia tendrán que hacer ver que desarrollan un sentido de conciencia, expresar culpa y arrepentimiento, y manifestar el deseo sincero de enmienda ⁽²⁾.

El objetivo final de la terapia con las personas antisociales consiste en conseguir un sentimiento de apego (Benjamin, 1996). El primer objetivo de la terapia es encontrar la manera de afianzar al antisocial para desarrollar una alianza terapéutica que supuestamente trascienda el deseo de estafar al clínico ⁽²⁾.

Desde el punto de vista interpersonal, Benjamin (1996) sugiere que los antisociales no han tenido una historia de aprendizaje en la que hallan estado presentes figuras que les proporcionasen el calor y los cuidados necesarios para acceder a experiencias de unión y apego. Los individuos antisociales aprenden que es mejor anticiparse y reaccionar ante la indiferencia y la escasa fiabilidad del entorno con autonomía defensiva ⁽²⁾.

Benjamin sugiere además algunos métodos que facilitan la internalización de valores. Un método particularmente eficaz en niños y en adolescentes consiste en utilizar figuras del deporte a fin de modelar actitudes cordiales y benévolas. Otra estrategia consiste en utilizar al individuo antisocial como educador, al tener que hacerse cargo de una mascota o tener que enseñar alguna habilidad o deporte a niños en un contexto supervisado. La idea subyacente, según Benjamin, es que la dependencia permita al educar al antisocial⁽²⁾.

Publicado en Beck y Freeman (1990), D. Davis describe el uso de la terapia cognitiva en la personalidad antisocial. El objetivo de la terapia está caracterizado por un interés a más largo plazo que incluya el reconocimiento limitado de las consecuencias que tienen en los otros los propios actos. Los antisociales piensan que el mero hecho de desear alguna cosa justifica su comportamiento posterior, consideran que sus pensamientos y sentimientos son completamente correctos, que sus acciones son correctas porque ellos las consideran adecuadas, y que la perspectiva que tienen los otros de las cosas es irrelevante. El objetivo de la terapia es que el paciente reconozca las implicaciones de su comportamiento y que éste también tiene consecuencias para ellos mismos. Estos autores sugieren que el comportamiento antisocial puede describirse como un trastorno caracterizado por causar consecuencias negativas a largo plazo, como la reclusión en la cárcel, los ataques físicos de los demás y la ruptura del contacto con los amigos y la familia⁽²⁾.

Si los pacientes con trastorno de la personalidad están inmovilizados (p. ej., hospitalizados), a menudo llegan a ser accesibles a la psicoterapia. Cuando sienten que están entre sus pares, desaparece su falta de motivación por el cambio.

Quizás por esto, los grupos de autoayuda son más útiles que las cárceles en este trastorno.

Antes de empezar un tratamiento, es necesario marcar unos límites estrictos. Los terapeutas deben encontrar la forma de afrontar la conducta autodestructiva del paciente. Para superar el miedo a la intimidad de estos pacientes, los terapeutas deben frustrar el deseo del individuo de huir de los encuentros con personas honestas. Al hacerlo, el terapeuta se enfrenta al desafío de superar el control del castigo, y superar la ayuda y la confrontación del aislamiento social y la condena⁽⁸⁾.

Tratamiento Farmacológico:

- Se utiliza para tratar los síntomas incapacitantes, como la ansiedad, la cólera y la depresión, pero como los pacientes abusan con frecuencia de sustancias tóxicas, los fármacos deben administrarse de manera muy controlada.
- Se ha intentado modificar mediante fármacos el metabolismo catecolaminérgico y controlar la conducta impulsiva con los anticomociales (p. ej., la carbamacepina o el valproato), en especial si se observan ondas anómalas en el EEG.
- Los antagonistas de los receptores b-adrenérgicos se han utilizado para reducir la agresión⁽⁸⁾.

Psicoterapia en la personalidad límite:

Un objetivo importante es serenar las relaciones caóticas del límite. Benjamin (1996) el límite se encuentra abocado a sabotear la terapia. Aunque la terapia suele tener un buen comienzo, finalmente el paciente se vuelve conciente de que el terapeuta nunca será capaz de proporcionarle el suficiente cuidado, y comienza a recurrir a comportamientos extremos, como sobredosis, automutilación, y conductas parasuicidas.

- Es necesario establecer y mantener los límites de la relación terapéutica. Se recomienda fijar de antemano de antemano la posibilidad de que el terapeuta se niegue a satisfacer las manipulaciones características del paciente límite, como objetivo general de la terapia.
- Limitarse las llamadas telefónicas y las sesiones fuera del programa.
- Centrar la atención en las potencialidades del sujeto y en como pueden ponerse en práctica en una situación determinada. Si se recuerda concientemente este objetivo, el terapeuta y el paciente seguirán centrándose en que la patología es el enemigo y la terapia no acabará degenerando en el caso del resto de las relaciones del paciente.

Una vez que se conocen cuales son los patrones desadaptativos, la terapia puede impedir que se perpetúen.

Pueden descubrirse las razones de un comportamiento autodestructivo examinando las fantasías internas. Se puede fortalecer la voluntad de resolver antiguos vínculos haciendo preguntas muy directas, como “¿Aún quieres a esta persona lo bastante como para darse a este resultado autodestructivo?”. Por otra parte, debe buscarse esta ruptura o, en su lugar, alguna figura sustitutiva ⁽²⁾.

Para Kernberg (1985) la terapia de apoyo puede perpetuar la patología al permitir la satisfacción ilimitada de las necesidades patológicas del límite; en concreto, la necesidad de expresar ira hacia los primeros cuidadores, que ahora están representados por el terapeuta. Además, Kernberg, propone que la confrontación es terapéutica si está dirigida a su tendencia a alternar entre la idealización y la devaluación ⁽²⁾.

Características comunes de la psicoterapia recomendadas para el trastorno límite de la personalidad ⁽⁸⁾.

- No es previsible que la terapia sea de corta duración.
- Se desarrolla una profunda relación de ayuda entre el paciente y el terapeuta.
- Se establecen claramente los papeles y las responsabilidades del paciente y el terapeuta.
- El terapeuta es activo y conductor, no un oyente pasivo.
- El terapeuta y el paciente desarrollan conjuntamente una jerarquía de prioridades.
- El terapeuta transmite la validación empática además de la necesidad de que el paciente controle su conducta.
- Es necesaria la flexibilidad para adaptarse a nuevas circunstancias, incluido el estrés.
- Establecer límites, preferiblemente de mutuo acuerdo, es útil.
- Se utiliza un planeamiento individual y de grupo simultáneamente.

La Psicoterapia es difícil tanto para el paciente como para el terapeuta. En estos pacientes se produce un retroceso en su estado, llevan a cabo sus impulsos y presentan transferencias positivas o negativas, lábiles o fijas, que son difíciles de analizar. La

identificación proyectiva puede causar también problemas de contratransferencia si los terapeutas no perciben que los pacientes están intentando inconscientemente que aquellos expresen una determinada conducta ⁽⁸⁾.

Un tratamiento terapéutico orientado a la realidad es más efectivo que las interpretaciones profundas del inconciente.

La terapia de conducta se ha utilizado para ayudar a estos pacientes a controlar sus impulsos y ataques de ira, y para reducir su sensibilidad a la crítica y al rechazo. El entrenamiento de habilidades sociales, en especial grabándoles un video para mostrárselo después, es útil para que estos pacientes vean cómo sus acciones afectan a los demás y, por lo tanto, mejoren su conducta interpersonal ⁽⁸⁾.

Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad mejoran en un contexto hospitalario si reciben psicoterapia intensiva, tanto individual como en grupo. En un hospital, pueden interactuar también con miembros del equipo médico especialmente entrenados en diferentes disciplinas, y se les puede proporcionar terapia ocupacional, recreativa, y profesional. Estos programas son útiles cuando el ambiente familiar es perjudicial para la rehabilitación del paciente, debido a la existencia de conflictos intrafamiliares u otros factores de estrés, como maltrato parental. En el ambiente protegido de un hospital se pueden poner límites a la conducta de los pacientes excesivamente impulsivos, autodestructivos o que se autolesionan, y sus acciones pueden ser observadas. En circunstancias ideales, los pacientes permanecen hasta que muestran una mejoría notable, en algunos casos tras períodos de hasta un año de estancia hospitalaria. En ese momento, los pacientes pueden ser dados de alta y remitidos a otros sistemas especiales de apoyo, como los hospitales de día, hospitales de noche o centros de reinserción social ⁽⁸⁾.

Una forma específica de psicoterapia, la llamada terapia de conducta dialéctica, se ha utilizado en aquellos que presentan conductas parasuicidas, como los que se cortan las venas con frecuencia ⁽⁸⁾.

Tratamiento Farmacológico:

Es útil para controlar las manifestaciones específicas de la personalidad que interfieren en el funcionamiento global del sujeto. ⁽⁸⁾.

- Se han utilizado los antipsicóticos para controlar la ira, la hostilidad y los episodios psicóticos breves.
- Los antidepresivos mejoran el estado de ánimo deprimido.
- En algunos pacientes, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) han demostrado ser eficaces para controlar la conducta impulsiva.
- Las benzodiazepinas (en particular, el alprazolam) ayudan a controlar la ansiedad y la depresión, pero algunos pacientes muestran una mayor desinhibición con este tipo de fármacos.
- Los anticonvulsivos, como la carbamazepina, pueden mejorar el funcionamiento global en algunos pacientes.
- Los fármacos serotoninérgicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, han demostrado su utilidad en algunos casos

Problema: conocer la incidencia de los trastornos de la personalidad Antisocial y límite en personas detenidas.

Objetivos:

- Conocer el porcentaje de los sexos implicados.
- Hacer una estimación de la frecuencia de edad en los participantes.
- Conocer la frecuencia de presentación de dichos trastornos respecto de la población estudiada.
- Establecer cual es la edad promedio para los trastornos antisocial y limite de la personalidad.
- Comparar la presentación de dichos trastornos en ambos sexos.

Material y Métodos:

- ❖ **Tipo de estudio epidemiológico:** Se realizara un estudio descriptivo observacional de cohorte transversal.
- ❖ **Diseño:** Se procederá a realizar entrevistas a internos. Las misma están basadas en los criterios diagnósticos para las personalidades Antisociales y Limite, del manual estadístico y diagnóstico DSM-IV, que se llevaran a cabo en detenidos de sexo masculino alojados en el Instituto de Detención de Rosario U.3 y de sexo femenino alojados en el Instituto de Rehabilitación de Mujeres de Rosario U.5 en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del año 2010 de la Ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe.
- ❖ **Muestra:** quedo conformada por 40 encuestas correspondientes a internos alojados en dichas instituciones.
- ❖ **Instrumento de recolección de datos:** en la obtención de la información se requirió la autorización de la institución y el consentimiento informado de los propios pacientes.
- ❖ **Variables a estudiar:**
 1. Sexo. (cualitativa nominal).
 2. Edad. (cuantitativa continua).
 3. Trastorno Antisocial de la personalidad. (cualitativa nominal).
 4. Trastorno Limite de la Personalidad. (cualitativa nominal).
- ❖ El procesamiento de la información se realizará mediante una Microcomputadora, utilizando los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word del paquete Microsoft Office 2007 en un ambiente de Windows Vista. El análisis estadístico se realizará calculando porcentajes, promedios, rango y razón.

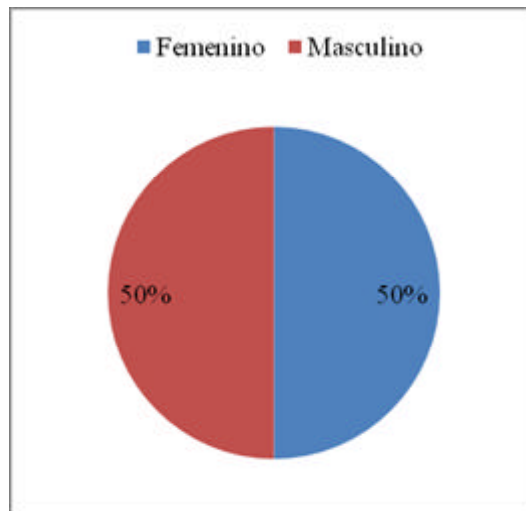
Resultados:

Variable: Género

Tabla 1: Frecuencia de pacientes según Género.

Género	n	%
Femenino	20	50,00
Masculino	20	50,00
Total	40	100

Gráfico I: Porcentaje de pacientes según Género.



Del total de internos que participan del estudio (40), 20 de ellos son mujeres, lo que representa un 50% del total, mientras que el 50% restante, es decir, 20 internos, son hombres.

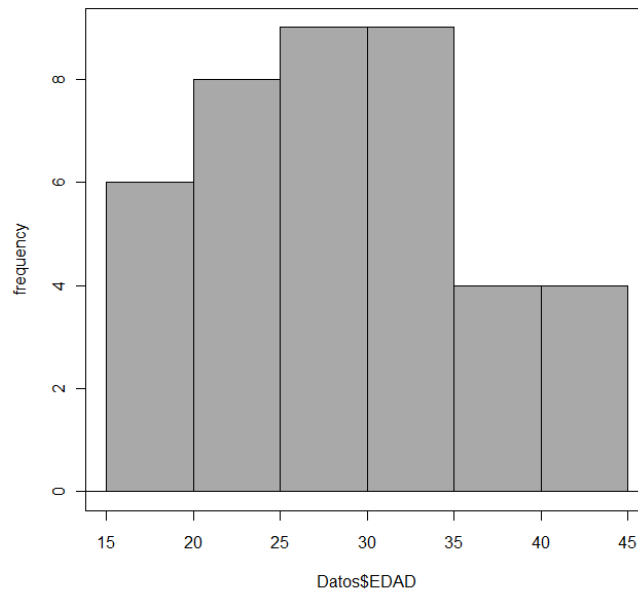
Variable: Edad

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD.

Estadísticas descriptivas	
N	40
PROMEDIO	29,05
DESVIO STANDAR	7,38
VARIANZA	54,51
MIN	17
MAX	44

A través de la Tabla 2 se observa que dentro del grupo de internos que participan del estudio (40), las edades mínimas y máximas registradas fueron 17 y 44 años respectivamente con un promedio de edad de $29,05 \pm 7,38$ años.

Gráfico II: Histograma de frecuencia para la variable EDAD.



A través del Gráfico II (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de los internos al momento del estudio fue en su mayoría entre 25 y 35 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 35 y 45 años.

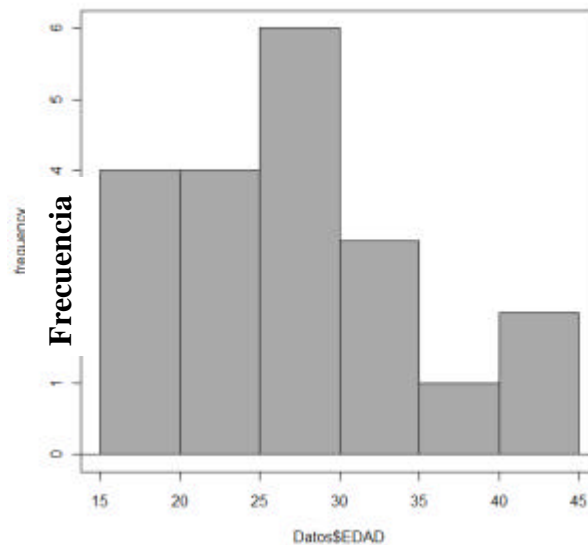
Mujeres:

Tabla 3: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD para el grupo de mujeres.

Estadísticas descriptivas	
N	20
PROMEDIO	27,55
DESVIO ESTÁNDAR	7,51
VARIANZA	56,47
MIN	17
MAX	43

A través de la Tabla 3 se observa que dentro del grupo de internos femeninos que participan del estudio (20), las edades mínimas y máximas registradas fueron 17 y 43 años respectivamente con un promedio de edad de $27,55 \pm 7,51$ años.

Gráfico III: Histograma de frecuencia para la variable EDAD dentro del grupo de mujeres.



A través del Gráfico III (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de las mujeres internas al momento del estudio fue en su mayoría entre 25 y 30 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 35 y 40 años.

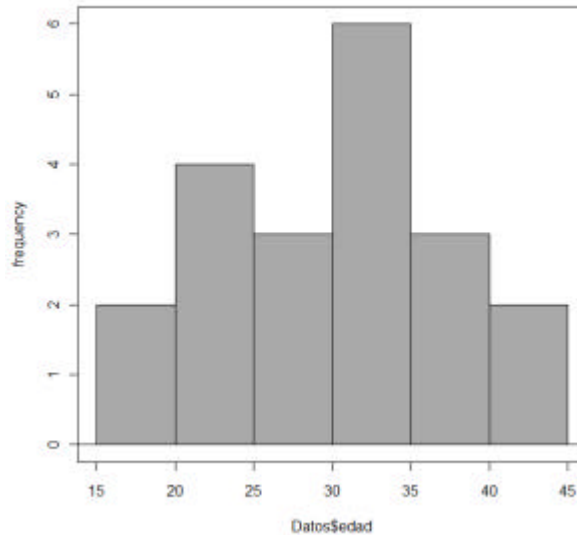
Hombres:

Tabla 4: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD para el grupo de hombres.

Estadísticas descriptivas	
N	20
PROMEDIO	30,55
DESVIO STANDAR	7,11
VARIANZA	50,68
MIN	19
MAX	44

A través de la Tabla 4 se observa que dentro del grupo de internos masculinos que participan del estudio (20), las edades mínimas y máximas registradas fueron 19 y 44 años respectivamente con un promedio de edad de $30,55 \pm 7,11$ años.

Gráfico IV: Histograma de frecuencia para la variable EDAD dentro del grupo de varones.



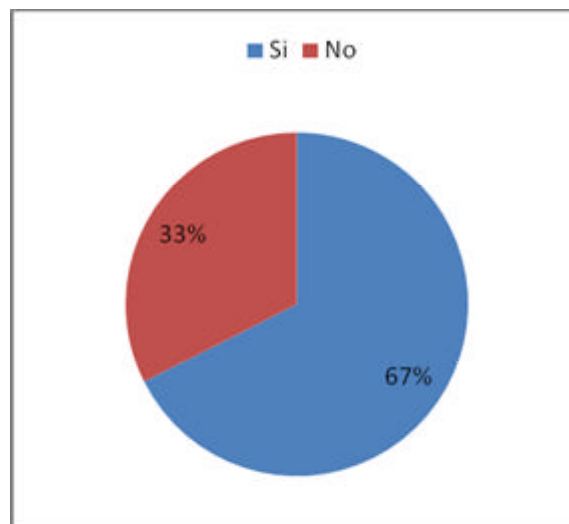
A través del Gráfico IV (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de los varones internos al momento del estudio fue en su mayoría entre 30 y 35 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego las edades que se presentaron en menor frecuencia fueron entre 15 y 20 años y entre 40 y 45 años.

Variable: Trastorno Antisocial de la personalidad.

Tabla 5: Frecuencia de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad.

Trastorno Antisocial de la personalidad	n	%
Si	27	67,50
No	13	32,50
Total	40	100

Gráfico V: Porcentaje de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad.



A través de la Tabla 5 se observa que del total de internos (40), 27 poseen **Trastorno Antisocial de la personalidad**, lo que representa un 67% del total de internos, mientras que el 33% restante, es decir, 13 pacientes, no poseen Trastorno Antisocial de la personalidad.

Tabla 6: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD para el grupo de internos con **Trastorno Antisocial de la personalidad**.

Estadísticas descriptivas	
n	27
PROMEDIO	28,66
DESVIO STANDAR	7,06
VARIANZA	49,91
MIN	17
MAX	43

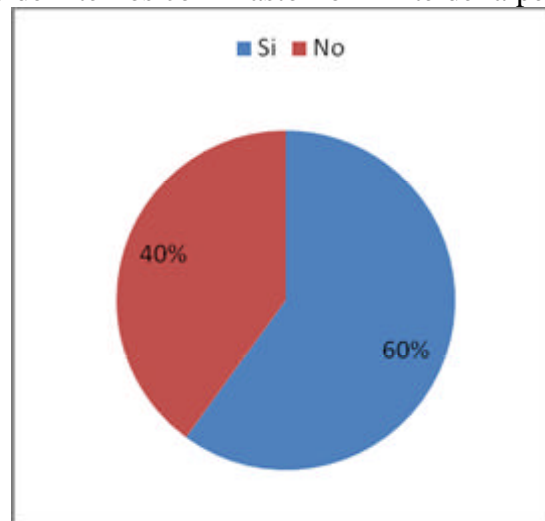
A través de la Tabla 6 se observa que dentro del grupo de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad, (27), las edades mínimas y máximas registradas fueron 17 y 43 años respectivamente con un promedio de edad de $28,66 \pm 7,06$ años.

Variable: Trastorno Límite de la Personalidad

Tabla 7: Frecuencia de internos con Trastorno Límite de la personalidad.

Trastorno Límite de la personalidad	n	%
Si	24	60,00
No	16	40,00
Total	40	100

Gráfico VI: Porcentaje de internos con Trastorno Límite de la personalidad.



A través de la Tabla 7 se observa que del total de internos (40), 24 poseen **Trastorno Límite de la personalidad**, lo que representa un 60% del total de internos, mientras que el 40% restante, es decir, 16 pacientes, no poseen Trastorno Límite de la personalidad.

Tabla 8: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD para el grupo de internos con **Trastorno Límite de la personalidad**.

Estadísticas descriptivas	
n	24
PROMEDIO	29,05
DESVIO STANDAR	7,38
VARIANZA	54,51
MIN	17
MAX	44

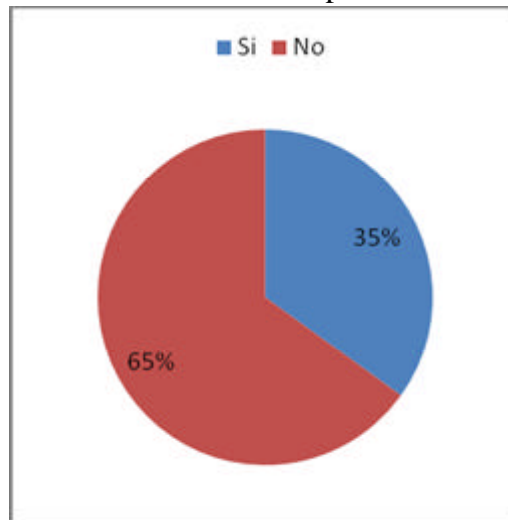
A través de la Tabla 8 se observa que dentro del grupo de internos con Trastorno Límite de la personalidad, (24), las edades mínimas y máximas registradas fueron 17 y 44 años respectivamente con un promedio de edad de $29,05 \pm 7,38$ años.

Variable: Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la Personalidad.

Tabla 9: Frecuencia de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la personalidad.

Trastorno Límite de la personalidad y Trastorno Antisocial de la personalidad	n	%
Si	14	35,00
No	26	65,00
Total	40	100

Gráfico VII: Porcentaje de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la personalidad.



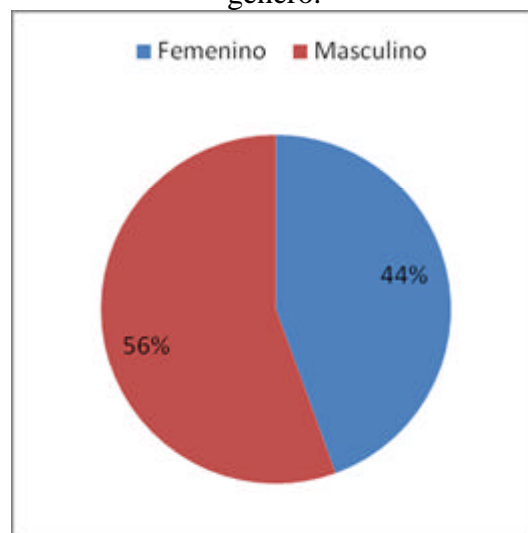
A través de la Tabla 9 se observa que del total de internos (40), 14 poseen **conjuntamente Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la personalidad**, lo que representa un 35% del total de internos, mientras que el 65% restante, es decir, 26 internos, no poseen ambos trastornos en forma conjunta (uno u otro o ninguno).

Variable: Trastorno Antisocial de la personalidad (dividida por sexo).

Tabla 10: Frecuencia de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad según género.

Género	n	%
Femenino	12	44,44
Masculino	15	55,56
Total	27	100

Gráfico VIII: Frecuencia de internos con Trastorno Antisocial de la personalidad según género.



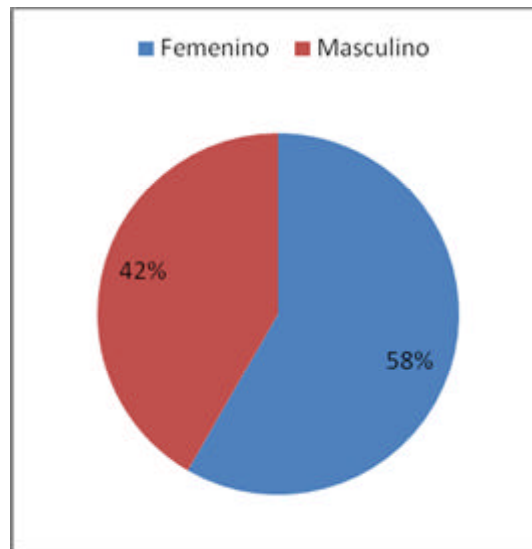
A través de la Tabla 10 se observa que del total de internos con **Trastorno Antisocial de la personalidad** (27), 12 son mujeres, lo que representa un 44% del total de internos con dicho trastorno, mientras que el 56% restante, es decir, 15 internos, son hombres.

Variable: Trastorno Límite de la Personalidad (dividida por sexo).

Tabla 11: Frecuencia de internos con Trastorno Límite de la Personalidad según género.

Género	n	%
Femenino	14	58,33
Masculino	10	41,67
Total	24	100

Gráfico IX: Frecuencia de internos con Trastorno Límite de la Personalidad según género.



A través de la Tabla 11 se observa que del total de internos con **Trastorno Límite de la personalidad** (24), 14 son mujeres, lo que representa un 58% del total de internos con dicho trastorno, mientras que el 42% restante, es decir, 10 internos, son hombres.

Discusión:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de cohorte transversal en base a los datos aportados por las encuestas realizadas a un total de 40 internos siendo 20 de sexo masculino alojados en el Instituto de Detención de Rosario U.3 y 20 de sexo femenino alojados en el Instituto de Rehabilitación de Mujeres de Rosario U.5, en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del año 2010 en la Ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

De esta investigación, llevada a cabo en una totalidad de 40 internos encuestados pude concluir que:

En lo que respecta al género no hubo diferencias significativas entre los porcentajes de los sexos implicados.

La edad al momento del estudio fue en su mayoría entre 25 y 35 años, con un promedio de edad de 29,05. Este promedio fue observado de manera similar en un estudio realizado por Fazel S, Danesh J, sobre trastorno mental grave en 23 mil presos: una revisión sistemática de 62 estudios ⁽¹⁴⁾.

La presentación conjunta de ambos Trastornos se observó en un pequeño porcentaje de la población estudiada, mientras que la mayoría, no presentaba ambos trastornos en forma conjunta (uno u otro o ninguno). La asociación de dichos trastornos también se vio reflejada en otro estudio llevado a cabo por Newhill, Eack, Mulvey: El comportamiento violento en la personalidad. Siendo en este último estudio más elevada la asociación ⁽¹⁵⁾.

De la presentación de los trastornos en nuestra población en su totalidad no se registraron diferencias en los porcentajes observados para cada trastorno. No ocurrió lo mismo al evaluar la presentación de cada trastorno respecto del sexo en donde se observó:

Que el trastorno Antisocial de la personalidad presente en hombres tubo cifras algo superiores a las halladas en las mujeres con dicho trastorno. Datos distintos se observaron en otros estudios como el llevado a cabo por Pérez Urdániz, A, Rubio V, Izquierdo JA, Sánchez S I, Santos JM, Carrasco JL. La evaluación de los trastornos de la personalidad entre los reclusos, estudio realizado solo en hombre donde se destaca la prevalencia del trastorno antisocial ⁽¹³⁾. Así como también en otro estudio realizado por Fazel S, Danesh J. Trastorno mental grave en 23 mil presos: una revisión sistemática de 62 estudios, en donde la presencia de este trastorno sigue siendo más destacada en hombres con respecto a las mujeres ⁽¹⁴⁾.

El trastorno Límite de la personalidad presente en las mujeres tubo un predominio levemente superior al registrado en los hombres. En un estudio llevado a cabo en hombre por Pérez Urdániz, A, Rubio V, Izquierdo JA, Sánchez S I, Santos JM, Carrasco JL. La evaluación de los trastornos de la personalidad entre los reclusos se expresan cifras similares a las observadas en este estudio para los hombres ⁽¹³⁾.

Conclusión:

Esta investigación cuyo objetivo es ver la relación que guardan determinados trastornos de la personalidad con hechos criminales me permitió conocer que la propia personalidad permite adaptarse mejor a determinadas circunstancias y proporciona un mayor control sobre la propia vida. Respecto de los objetivos llevados a cabo en la población en cuestión, en la que la proporción de sexo fue la misma y la edad promedio fue muy parecida para ambos sexos. Al momento de observar la presentación de cada trastorno en la población general no se observaron diferencias significativas. Mientras que el hacer una estimación de la presentación conjunta de los mismos en la totalidad de internos está resulto escasa, predominando en un elevado porcentaje la presentación por separado. Vale la pena destacar que al hacer una evaluación de la relación de cada trastorno con el sexo se pudo observar que el trastorno antisocial fue predominante en los hombres, no siendo así en las mujeres en las que el trastorno límite se destacó.

En la mayor parte de las revisiones sobre presidiarios, la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad es mayor que la de otras manifestaciones psiquiátricas; sin embargo, la cárcel rara vez se percibe como una oportunidad para la intervención terapéutica, en gran parte debido al pesimismo sobre la terapia, pero también a causa de que pocos profesionales penitenciarios utilizan conceptos teóricos, como “trastorno de la personalidad”, en su ejercicio profesional de cada día.

El trastorno de la personalidad no es fundamental para la conducta criminal ni constituye un impulso, sino que simplemente modela ciertos aspectos del delito. En esta situación, el trastorno de la personalidad puede modelar el *modus operandi* del individuo, que refleja las características de la personalidad específica, pero no desencadena directamente la conducta criminal. En ciertos casos, el trastorno de la personalidad puede constituir un freno para la capacidad criminal, mientras que en otras situaciones puede potenciarla; Si bien, en la *Fase Criminal precoz*, el número de individuos que cometen delitos disminuye progresivamente. El abandono voluntario de la actividad criminal para ser menos frecuente durante la *Fase Avanzada*.

Existen pocos estudios sobre las asociaciones específicas entre trastorno de la personalidad y conducta delictiva que conducen al encarcelamiento. La complejidad de esta interacción debe plantear el tema de la extensión en que la conducta violenta ha de ser concebida como resultado de un trastorno de la personalidad, en vez de cómo un factor situacional, ambiental o de otro tipo.

Bibliografía:

- 1- López-Ibor Aliño, J. J., Valdés Miyar, M. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial: Masson. Barcelona. 2002.
- 2- Millon, T., Davis, R. D. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Editorial: Masson. Barcelona.2004.
- 3- Organización Mundial de la Salud. *La Violencia, un problema mundial de salud pública*.Cap. 1. Pág. 5, 6, 7 y 8. En :
http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
- 4- Halsband, S. A. *Agresividad, manifestaciones clínicas y tratamiento psicofarmacológico*. Editorial: Polemos; Bs. As; 2008.
- 5- Caballo, V. *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Editorial: Síntesis. Madrid .2004.
- 6- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D.S. *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Editorial: Elsevier- Masson. Barcelona.2007.
- 7- Rubinstein, A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Editorial: Medica/Panamericana. Buenos Aires.2006.
- 8- Sadock, B. J., Sadock, V. *Sinopsis de Psiquiatría*. Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona.2010.
- 9- Medline plus. *Trastornos de la personalidad*. Enciclopedia Ilustrada de Salud de A.D.A.M. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de salud. En:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000939.htm>.
- 10- Medline plus. *Trastornos de personalidad antisocial*. Enciclopedia Ilustrada de Salud de A.D.A.M. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de salud. En:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000921.htm>
- 11- Medline plus. *Trastorno límite de la personalidad*. Enciclopedia Ilustrada de Salud de A.D.A.M. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de salud. En:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000935.htm>
- 12- Psicomed.net. *DSM-IV. Trastornos de la personalidad*. En:
<http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html#f60.2>.

- 13- Pérez Urdániz, A., Rubio, V., Izquierdo, J. A., Sánchez, S. I., Santos, J.M., Carrasco, J.L. La evaluación de los trastornos de la personalidad entre los reclusos. Actas: Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1998 May-Jun; 26(3):151-4. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9717339>.
- 14- Fazel, S., Danesh, J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet. 2002 Feb 16; 359(9306):545-50. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867106>
- 15- Newhill, C.E., Eack, S.M., Mulvey, E.P. El comportamiento violento en la personalidad límite. J Pers Disord. 2009; 23(6):54154. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20001173>

Anexos

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Dujmovic, Lorena Isabel, de la Universidad Abierta Interamericana. La meta de este estudio es conocer la presencia de los trastornos Antisocial y Límite de la personalidad en personas detenidas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dujmovic, Lorena. He sido informado de que la meta de este estudio es conocer la presencia de los trastornos Antisocial y Límite de la personalidad en personas detenidas.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma del Participante

Fecha

Test sobre el trastorno de personalidad antisocial

1. ¿Que edad tenés?
2. ¿Crees en Dios? ¿Terminaste la escuela? ¿Has consumido alcohol en exceso u otro tipo de drogas? ¿Sentís rechazo o discriminación de las personas?
3. ¿Mentiría o haría trampas para lograr tus propósitos? ¿Te aprovecharías de la gente para lograr lo que quieres?
4. ¿Cuándo vos quieres algo no importan los medios? ¿Te gusta obtener las cosas en el momento o preferís tomarte tu tiempo para hacerlas?
5. ¿Te enojas fácilmente? ¿Perdes la paciencia y te metes en peleas fácilmente? ¿Te resulta difícil no meterte en líos?
6. ¿Te preocupas solo por vos o piensas en la gente que te rodea?
7. ¿En el transcurso de tu vida, cambiaste mucho de trabajo? ¿Has tenido problema con tu jefe?
8. ¿Cuando haces algo malo tenes sentimientos de culpa?

Test sobre el trastorno de personalidad Límite

1 ¿Generalmente te sentís incómodo o indefenso si estas solo? ¿Te da miedo que te dejen solo y tener que cuidar de ti mismo?

Siempre A menudo A veces Nunca

2 ¿Has tenido relaciones muy intensas pero poco duraderas? ¿Tus sentimientos son muy cambiantes, son muy intensas y duran poco tiempo? ¿Sos muy inestable?

Siempre A menudo A veces Nunca

3 ¿Te has sentido con frecuencia triste, sin esperanza, enfadada?

Siempre A menudo A veces Nunca

4 ¿Has tenido muchas parejas? ¿Sos de consumir en exceso comidas, drogas, alcohol?

Siempre A menudo A veces Nunca

5 ¿Pensaste alguna vez en quitarte la vida?

Siempre A menudo A veces Nunca

6 ¿Sos ansioso? ¿Cuándo deseas algo, lo quieres de manera urgente? ¿Te has sentido triste durante mucho tiempo? ¿Te sentís frecuentemente sólo?

Siempre A menudo A veces Nunca

7 ¿Te sentís constantemente aburrido o vacío por dentro?

Siempre A menudo A veces Nunca

8 ¿Tenes ataques de ira o enfado? ¿Sos muy nervioso? ¿Te podes controlar cuando te enojas?

Siempre A menudo A veces Nunca

9 ¿Cuándo estas muy nervioso tenes miedo de volverte loco? ¿Llegaste a hacer cosas que nunca te imaginaste?

Siempre A menudo A veces Nunca