

VIOLENCIA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

VIOLENCE AND PERSONALITY DISORDERS

Mónica Jara Peñacoba

Médico especialista en medicina de familia

Diplomada en estadística en ciencias de la salud por la universidad Autónoma de Barcelona

Máster en Psicoterapia Breve por la SEMPYP

Resumen: La violencia se ubica en la sociedad actual con características multicausales complejas. La influencia de los factores ambientales así como de las características de cada persona en la génesis del comportamiento violento requiere una reflexión profunda. Su relación con los trastornos de personalidad precisa de un análisis detallado, incluyendo el examen de la impulsividad, la regulación emocional, narcisismo y amenazas al yo.

Se ha encontrado una relación entre determinados trastornos de personalidad, como el antisocial, y la conducta violenta. Otros factores, como el abuso de sustancias y las condiciones ambientales son también importantes.

Los trastornos mentales están también relacionados con la violencia aunque, a priori, se tienda a no considerarlos en la medida oportuna.

Palabras clave: trastorno de personalidad, violencia, trastorno antisocial, abuso emocional

Abstract: Violence in nowadays societies has its origin on multiple complex causes. The influence of environmental factors, as well as, individual personality features on violent behavior outcome need an in-depth consideration. The claim that violence can be related to personality disorders requires a detailed analysis, which should include a study on impulsiveness, emotional regulation, narcissism, and self-threats.

A relationship has been found between some personality disorders, such us antisocial disorder, and violent behavior. Other variables, such as drug abuse, as well as other environmental factors are also important.

Mental disorders are other factors associated with violence, although a strong connection hasn't been found.

Key words: personality disorder, violence, antisocial disorder, emotional abuse

INTRODUCCION

La violencia se desarrolla dentro de un marco que tiene en cuenta un contexto social, unos factores familiares, unas características personales tanto de la víctima como del agresor, en un lugar donde se vive un clima determinado (la escuela, el trabajo, la vivienda...), con unas relaciones interpersonales y bajo la influencia de unos medios de comunicación que no se deben obviar. De forma repetida, se ha relacionado violencia y trastornos mentales, no solo en la literatura científica sino en novelas, películas de éxito, *mass media*, etc.

La violencia puede estar también vinculada de forma reactiva a los cambios socioeconómicos actuales (la pobreza, el desempleo, el aislamiento social), o la estructura social y educativa. Por ello, se percibe la necesidad de introducir medidas en contra de la conducta violenta desde las administraciones públicas, los gobiernos, la escuela, los recursos socio-sanitarios, los medios de comunicación y también, desde las familias.

Es muy probable que la escuela no sea el antídoto para esta avalancha de fenómenos sociales actuando en solitario, precisando el apoyo a través de múltiples acciones, como asistencia social, sanitaria, juzgados de menores, educadores de calle,... Estas, combinadas con tareas en la escuela, podrían aportar una mejora en las carencias de un sector de niños/as. La escuela no es capaz de asumir en solitario la responsabilidad de educar a los jóvenes y menos en un mundo en que la información y los valores se fraguan en la estructura de la sociedad.

La violencia existe desde siempre, sin embargo, en el momento actual presenta características específicas:

- La violencia masculina casi siempre es ejercida contra las mujeres.
- La violencia sobre todo es individualista y privada.
- La violencia muchas veces es gratuita, sin móviles instrumentales.
- La violencia cometida por adolescentes entre 12 y 18 años, principalmente ligada a la epidemia de la droga, y el reclutamiento de niños por bandas armadas que controlan el narcotráfico.

Además, la sociedad actual ofrece factores facilitadores de la violencia:

- Liberación de emociones de hostilidad en un entorno competitivo.
- Desarrollo exagerado del impulso de autoafirmación, con cierta exaltación de la violencia.
- Sobreabundancia de frustraciones. La situación de malestar acumulado, activada por la presencia de la ira, dispara el comportamiento violento (alentado a veces por la presencia de compañeros violentos y por desinhibidores de la conducta como el alcohol u otras drogas) sobre víctimas disponibles habitualmente indefensas.

Menos del 4% de los asesinatos lo protagonizan enfermos mentales. Sin embargo, al menos un 15% de los psicóticos delinque. La crueldad es propia de personas no demenciadas. En el caso del pedófilo belga Duttroux, el protagonista tenía que preparar agujeros, instalar arsenal de tortura y platós de filmación, elegir víctimas, atraerlas, etc. Esta secuencia larga y compleja, tanto psíquica como socialmente, resulta incompatible con la locura. Eludir la acción de la justicia requiere un perfecto control de impulsos y emociones. A veces estas personas cuentan con un cociente intelectual alto. Se abusa con frecuencia de la aplicación de diagnósticos psiquiátricos a delincuentes o individuos con carga destructiva desproporcionada. El psicópata violento es un problema social, no médico. Los enfermos mentales son víctimas de la violencia más que causantes de crímenes. De hecho, para muchos incapacitados, el mundo de los “normales” es una auténtica jungla amenazante plagada de aves de rapiña. Solo el 3% de los delitos son cometidos por personas que han perdido la razón (especialmente bajo el efecto del alcohol o drogas). Sin embargo, películas de éxito relacionan desequilibrios psicológicos con agresión brutal y dramatizan la identidad estigmatizada del enfermo mental. La percepción de peligrosidad contribuye al estigma y rechazo social del enfermo mental.

TIPOS DE VIOLENCIA: EL ABUSO EMOCIONAL

La violencia tiene múltiples caras, entre ellas el abuso verbal, definido como la comunicación ofensiva, que pone en riesgo el bienestar emocional y psicológico de las personas que lo sufren, se basa en el poder y el control, acompañando frecuentemente a otras formas de abuso. Rechazar, degradar, atemorizar, aislar, explotar, ejercer corrupción y rechazar el intercambio emocional, son formas de abuso emocional ampliamente reconocidas.

En el 85% de los casos de maltrato infantil se produce abuso emocional. Este es también uno de los tipos más frecuentes de maltrato de género. La agresión verbal crónica es la segunda forma de maltrato hacia las personas mayores, que es más frecuente en mujeres, y en mayores de 80 años, y en el 90% de los casos, el agresor es un familiar. El abuso verbal es el tipo de violencia más frecuente contra personal sanitario, principalmente en los servicios de psiquiatría, urgencias y unidades de alta dependencia.

Formas de maltrato son: el maltrato en la infancia, el *bullying* escolar, el *mobbing* laboral, el abuso sexual, el maltrato físico, las autolesiones, el suicidio, el maltrato de género, el maltrato a los ancianos, entre otros. En el *bullying* y el *mobbing*, es de especial importancia el lenguaje y otras conductas comunicativas como medios para infligir daño de forma intencionada. En el *bullying*, la victimización verbal influye negativamente en la autoestima así como también lo hace el hábito de poner motes. Es importante tener en cuenta que el abuso verbal puede tener mayor impacto en la percepción de autoconfianza que las víctimas de ataques físicos, robos o destrucción de pertenencias. El estudio de Follingstad et al. sobre mujeres maltratadas transmite que el abuso emocional debilita de forma más grave la relación que el abuso físico. El 72% de las mujeres indicaron que haber sido

ridiculizadas por su pareja era lo que más les había afectado, seguido de las amenazas de abuso, los celos, así como la restricción (aislamiento).

El abuso emocional, concretamente verbal, es el mayor factor de riesgo y predictor de la violencia física. Es la forma de violencia que puede producir consecuencias más destructivas en las víctimas. Es difícilmente identificable, y podría ser la forma de violencia más frecuente. Alrededor del 20% de las mujeres ha sufrido malos tratos a manos de su pareja.

En los últimos años, ha aumentado el número de casos de violencia de género, y también lo han hecho las agresiones a ancianos. En el trabajo, destacan las agresiones en el ámbito de la salud, particularmente las agresiones hacia enfermeras. Entre los médicos, los psiquiatras y médicos de urgencias son los más agredidos, y entre los factores implicados se han barajado, la inexperiencia del médico, la localización urbana, las características del paciente (tales como, la intoxicación por alcohol y drogas, la psicosis aguda o delirium, y la conducta de búsqueda de drogas).

Las consecuencias del abuso emocional en niños, incluyen depresión, enajenación, ansiedad, baja autoestima, relaciones sociales inapropiadas o turbulentas, o la falta de empatía. Los niños que son testigos del abuso hacia sus madres son víctimas del abuso emocional. Los chicos pueden aprender modelos de conducta violenta y las chicas, percibir el abuso como algo normal, que forma parte de una relación intergeneracional. El abuso emocional en las mujeres afecta a la autoestima, produce sentimientos de inutilidad, desvalorización y autoculpabilización.

LA CONDUCTA VIOLENTA: ETIOLOGIA Y PREVALENCIA

Sobre la etiología de la conducta violenta, se han implicado factores biológicos y factores externos. Entre los innatos, se incluyen las disfunciones neuropsicológicas, la carga genética y las alteraciones en los neurotransmisores, que incrementen de forma inespecífica la impulsividad, la irritabilidad o la desorganización de la conducta. Los factores externos a tener en cuenta estarían presentes durante el desarrollo infantil (por ejemplo, niños sometidos a malos tratos) o el entorno (como condiciones sociales adversas o abuso de alcohol), las cuales interactuarían para aumentar o disminuir la tendencia de un individuo hacia la conducta violenta.

Los factores personalidad introvertida, vínculos familiares estrechos, así como relaciones interpersonales satisfactorias, podrían modular la conducta violenta, disminuyendo esta tendencia. Por el contrario, la impulsividad, los antecedentes de violencia familiar, los problemas de adaptación y conductuales en los miembros familiares, así como algunas tendencias psicopáticas, podrían actuar sobre la conducta violenta, incrementándola.

Los mejores factores predictivos de la conducta potencialmente violenta son el consumo excesivo de alcohol, los antecedentes de actos violentos con arrestos o actividad delictiva, y los abusos en la infancia.

Las conductas violentas tienen lugar en todo el espectro de las enfermedades mentales, siendo más frecuentes en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, estados depresivos agitados, y trastorno de conducta en la infancia. Los pacientes psiquiátricos son responsables solo de un pequeño porcentaje de los homicidios y de otras conductas violentas que tienen lugar en la sociedad, aunque es evidente la relación entre algunos trastornos mentales y el aumento de riesgo de presentar una conducta violenta. Entre un 10 y un 15% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos han presentado conductas violentas hacia otros, fundamentalmente los que contaban con diagnóstico de esquizofrenia, alcoholismo, retraso mental, trastornos mentales orgánicos, epilepsia y trastornos de personalidad. En pacientes ambulatorios, la incidencia de conductas agresivas se halla entre 2-4%, cifra muy similar a las agresiones en la población general.

Respecto a la conducta suicida, los factores de riesgo son: psiquiátricos, abuso de alcohol y drogas; y, por último, genéticos. Entre los psiquiátricos, se incluyen la depresión mayor y trastornos afectivos, la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad, los trastornos de conducta y personalidad, la impulsividad y la desesperanza. Los antecedentes familiares contribuyen al riesgo de suicidio. Es probable que la genética predisponga a la conducta suicida. En gemelos monocigóticos se ha encontrado mayor concordancia para suicidio que en dicigóticos. La tendencia a una predisposición suicida se transmite en las familias independientemente a la psicopatología pero no de la impulsividad agresiva. Diversos estudios han identificado como antecedentes de tentativas de suicidio los rasgos de impulsividad y agresividad. La impulsividad predispone a comportamientos autodestructivos, en respuesta a la ideación suicida. Además, es uno de los criterios de trastorno límite y trastorno antisocial de la personalidad, los cuales son los trastornos de personalidad que implican un mayor riesgo de suicidio. También se ha visto que la gravedad del trastorno psiquiátrico no es un buen predictor de la conducta suicida. En pacientes con conducta suicida se ha detectado una relación entre la disminución de la función serotoninérgica y un aumento de la impulsividad. Se identifica el sistema serotoninérgico como mediador de los rasgos impulsivos, ya que una disminución de la función serotoninérgica se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio y con rasgos conductuales agresivos en pacientes psiquiátricos y en criminales con trastornos de personalidad.

Las autolesiones son muy habituales en trastorno límite, histriónico y antisocial de la personalidad. Las conductas autoagresivas pueden llegar a ser adictivas, también se utilizan para llamar la atención de los demás en situaciones de estrés emocional, pueden proporcionar una estimulación física intensa para huir de un estado disociativo. Pueden responder a un “castigo” por sentimientos de culpa (tras historia de abusos en muchos casos), y puede reflejar la tendencia a la destrucción por autoimagen negativa.

VIOLENCIA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La relación entre violencia y trastornos de personalidad se puede examinar en función de cuatro dimensiones: la impulsividad, la falta de regulación emocional, el narcisismo y las amenazas al yo, así como, el estilo de personalidad paranoide. Las dos primeras se han implicado en todos los trastornos de personalidad relacionados con la violencia, las dos últimas, se han asociado empíricamente a la violencia y a los trastornos mentales.

Los síntomas de trastornos de personalidad han mostrado ser mejores predictores de violencia que los trastornos de personalidad en sí mismos. Los síntomas cluster A o B de los trastornos de personalidad, tales como síntomas paranoides, narcisistas o antisociales se correlacionan significativamente con la violencia.

Hay que tener en cuenta que los trastornos de personalidad son egosintónicos, muestran comorbilidad con otros trastornos del eje I ó II y también que la violencia se asocia al abuso de drogas. El común denominador de la violencia asociado a los trastornos de personalidad, salvo excepciones como la psicopatía, es la ira.

La ira puede activarse por diversas circunstancias: por la sospecha el fanatismo, celos patológicos o venganza (trastorno paranoide), por aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide), por intolerancia a la frustración y al enfado intenso al recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista), por la necesidad de liberar tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por miedo a la pérdida (trastorno límite), por sentimiento de marginación o de rechazo (trastorno evitativo), por el sentimiento de tedio, la deshumanización, la necesidad de tener poder, y la ausencia de empatía (trastorno antisocial), por la necesidad imperiosa del llamar la atención o integrarse en un grupo (trastorno histriónico, y dependiente, respectivamente), por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico).

Los rasgos de personalidad que más tienden a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo, y el paranoidismo. Los dominios más implicados en las conductas violentas son la emocionalidad negativa (labilidad emocional, desconfianza), la introversión (afectividad restringida), el antagonismo y la desinhibición. La esquizotipia y la compulsividad tienen menor implicación en este tipo de conductas. El problema se agrava cuando el trastorno de personalidad se asocia a patología psiquiátrica, como depresión, ansiedad, abuso de alcohol y drogas, y esquizofrenia, lo que va a condicionar un curso tórpido y mal pronóstico, favoreciendo su cronificación.

La psicosis es un factor independiente de riesgo de violencia, especialmente asociada a consumo de drogas y mala adhesión al tratamiento. La asociación entre trastorno de personalidad, drogas y violencia está bien fundamentada.

Los estudios encaminados a establecer si las personas con trastornos de personalidad son más violentas, se basan, en parte, en estudios en cárceles, donde la prevalencia de trastornos de personalidad es elevada. Se ha encontrado una relación entre padecer un trastorno grave y peligroso de la personalidad y una alta probabilidad de cometer un acto delictivo. Gonzalez-Guerrero establecen, investigando en la jurisdicción penal en España, que los trastornos de personalidad más prevalentes en varones condenados son el antisocial, el límite y el paranoide, por orden de frecuencia. En mujeres predomina el trastorno límite. Aunque hay bastantes estudios sobre las poblaciones penitenciarias en este sentido, éstas podrían no ser representativas de la población general, pues se suele hacer psiquiatrización del comportamiento criminal. Existen otros estudios sobre la población general que estiman prevalencias ligeramente superiores a las esperadas de conducta violenta en personas con trastornos de personalidad respecto a no tener este trastorno. La incidencia de violencia aumentaría mucho bajo el abuso de alcohol o drogas, o en caso de comorbilidad con trastornos mentales severos. Sin embargo, podría existir un sesgo ligado a los actuales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, y aún se requieren estudios más rigurosos para establecer la relación entre trastornos de personalidad y conductas violentas.

Los trastornos de personalidad del grupo A suelen ser menos violentos que los del grupo B aunque su extravagancia y aislamiento social se han relacionado con violencia más grave. El trastorno paranoide se caracteriza por la suspicacia y la desconfianza, son hipersensibles a los desprecios, no olvidan un insulto y siempre están listos para responder con ira y para el contraataque. Suelen cometer la conducta violenta en solitario, urdiendo un plan premeditado, y sin arrepentimiento ni necesidad de huir. Tienden a pelear tras mínimas provocaciones. Cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas ante situaciones cotidianas, especialmente cuando la víctima emprende una acción física o verbal que interpreta como un ataque personal. El trastorno esquizoide no suele ser violento, aunque cuando se asocia a conducta violenta puede ser extrema. Es el aislamiento y la ausencia de habilidades sociales lo que genera rechazo y puede precipitar el acto violento. El trastorno esquizotípico puede llevar a conductas violentas no planificadas por lo general, en solitario, y de forma impulsiva, sin un móvil claro.

Los trastornos de personalidad del grupo B son los más relacionados con conducta delictiva y violenta, son los que se vinculan más frecuentemente a abuso de alcohol o drogas, hábitos considerados disparadores de la violencia. El trastorno antisocial de la personalidad es el trastorno de

personalidad más relacionado con la delincuencia violenta en ambos sexos. Estos sujetos, cuentan con una baja empatía e intolerancia a la frustración. No acatan las normas y necesitan imperiosamente experiencias novedosas, mostrándose susceptibles al aburrimiento. Sienten fascinación por la violencia. Los sujetos con trastorno antisocial han sufrido trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o presentan frecuentemente antecedentes de trastorno disocial en la infancia o adolescencia. Se suelen asociar a bandas con una jerga específica, consumen alcohol o drogas desde edades tempranas, suelen intimidar o acosar a otros. Suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma, han sido crueles con animales o personas, han hecho frente y robado a alguna víctima, han causado fuegos para provocar daño serio, y frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones. No suelen adaptarse al medio escolar o han huido del hogar. Los menores con rasgos disociales suelen tener familias multiproblemáticas, desestructuradas, o de ambientes marginales. Los malos tratos o negligencia emocional en el entorno familiar promueven un estilo educativo inadecuado (punitivo, permisivo o errático).

El trastorno antisocial y la psicopatía comparten algunos criterios diagnósticos pero miden constructos diferentes. El primero se basa en conductas antisociales y delictivas, y tiene poco en cuenta síntomas interpersonales y afectivos propios de sujetos con psicopatía. Los rasgos definitorios de psicopatía son el narcisismo, la frialdad, la anestesia emocional respecto a los demás, frecuentemente asociados con un nivel alto de inteligencia puesta al servicio de sus intereses, de la manipulación y el fingimiento. Cuentan con un buen nivel de inteligencia verbal combinado con alteraciones ejecutivas y baja inteligencia emocional. Los psicópatas pueden “comprender” los sentimientos de los demás, pero no empatizan con el dolor o sufrimiento ajeno, por lo que actúan como depredadores humanos. El diagnóstico de trastorno de personalidad podría estar sobreestimado en los entornos judiciales, mientras que el diagnóstico de psicopatía, aunque requiere de una mayor experiencia profesional para establecerlo, predice mejor los delitos violentos y la reincidencia.

Las personalidades antisociales se desarrollan más en ambientes desfavorecidos de la sociedad donde las carencias económicas, la falta de cohesión familiar, el fracaso escolar, un nivel intelectual bajo y el aprendizaje social facilitan la adopción temprana de conductas antisociales y la búsqueda de gratificaciones alternativas poco convencionales. En las psicopatías, se han descrito alteraciones neurobiológicas que podrían predisponer al sujeto hacia comportamiento antisocial y violento. Entre otras disfunciones, se han descrito reducciones de hasta el 11% del volumen del lóbulo frontal o alteraciones en la amígdala. Sin embargo, ni todos los delincuentes y violentos son psicópatas ni todos los psicópatas son violentos, y estas hipótesis solo explican una mínima parte de los casos. Hay que tener en cuenta al analizar violencia y trastornos mentales otras variables como el tipo de agresión. Los psicópatas están mayoritariamente implicados en actos de violencia instrumental, en busca de un

objetivo o beneficio concreto. Presentan un déficit de resonancia emocional, careciendo de afectos, emociones y sentimientos. Aunque saben diferenciar el bien del mal, no lo sienten. Saben lo que hacen, sin experimentar sentimientos de culpa. Son peligrosos por la indiferencia ante las normas, la frialdad afectiva y la incapacidad para aprender. Los delitos más frecuentes en los que se implican son los delitos de lesiones contra la integridad sexual y contra la propiedad, los que tienden a provocar alarma social, más aún cuando los estudios indican que sus homicidios son actos instrumentales, es decir, sin desencadenante concreto.

El trastorno límite de la personalidad cada vez se diagnostica con mayor frecuencia en muestras forenses con delitos violentos. Actualmente ocupa en estas muestras el segundo lugar en varones tras el trastorno paranoide y el primer lugar en mujeres. Predomina la autoagresividad sobre la heteroagresividad. Lo que les lleva a desarrollar conductas violentas es la impulsividad, la crisis emocional o el consumo de drogas. La emoción que le dirige es la ira, y su motivación principal suele ser el alivio de la tensión. Dutton, en el ámbito de la violencia contra la pareja, ha analizado en detalle un estilo de personalidad abusiva cuyo eje central es el trastorno límite. Entran a formar parte de dicho estilo, la inestabilidad emocional y el abuso psicológico, en el marco de un apego inseguro (ansioso y evitativo), de rechazo real o imaginario, acompañado de celos; todo esto sumado a la tendencia al locus de control externo, que lleva a culpabilizar de todos los males a la pareja. Junto al trastorno antisocial, y el evitativo, suele ser frecuente en muestras de agresores sexuales. Se caracterizan por miedo al abandono, relaciones intensas e inestables, trastornos de identidad, inestabilidad emocional e impulsividad. Las conductas violentas en trastorno límite se potencian cuando existe comorbilidad con el abuso de drogas y alcohol, y con el trastorno por déficit de atención.

El trastorno narcisista de la personalidad junto a los rasgos paranoides incrementa el riesgo de conductas violentas. Sienten una necesidad enfermiza de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, aunque son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Facetas del narcisismo como el autoritarismo y la explotación de otros están fuertemente relacionados con la agresión. Suelen agredir a personas conocidas. Las reacciones violentas dan respuesta a la herida en su ego, respuesta que también puede verse en personalidades psicopáticas. Como rasgo, el narcisismo es el más frecuente en sujetos violentos en general, en especial en antisociales y psicópatas, los cuales anteponen sus deseos a las necesidades y deseos de los demás.

Los trastornos de personalidad del grupo C son los menos violentos. Sin embargo, tras una fachada de aceptación y docilidad puede esconderse cólera o furia ante el temor al abandono o rechazo. Es relativamente frecuente la relación con actos de violencia grave contra la pareja, y con

agresiones sexuales. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es poco frecuente que se relacione con actos de violencia, aunque puede aparecer si se descontrola la ira acumulada, normalmente combinado con el consumo abusivo de alcohol. Se trata de un trastorno comórbido con los trastornos del estado de ánimo. Según el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa, se encuentra con frecuencia en varones que han cometido actos graves de violencia contra la pareja.

El trastorno dependiente de la personalidad cursa con sumisión, necesidad constante de aprobación y afecto. Pueden sentir angustia intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede llevarle a cometer actos violentos auto o heteroagresivos. También los celos o la inseguridad los pueden promover.

El trastorno ansioso-evitativo de la personalidad, junto al trastorno antisocial y el trastorno límite, se ve con frecuencia en delincuentes sexuales. Se caracterizan por presentar falta de confianza en sí mismos, inseguridad, sentimientos de inferioridad, miedo a sufrir humillación y temor a mostrarse como son. Carecen de habilidades sociales, presentan inhibición social y se muestran hipersensibles frente a cualquier crítica. Cuando se da un patrón negativista, aparece retraimiento y hostilidad impulsiva, presentando reacciones más agresivas, atacando a otras personas al sentir que sus necesidades afectivas no son reconocidas.

El trastorno no especificado de la personalidad, y en concreto el trastorno sádico de la personalidad, añade un factor de peligrosidad a la violencia. Es lo que ocurre cuando la psicopatía se asocia a parafilia. El agresor logra la excitación sexual a través del sufrimiento de la víctima. Los psicópatas sádicos presentan rasgos antisociales, impulsividad, aislamiento social, fantasías sexuales violentas repetitivas, fascinación por la literatura violenta y pornográfica, consumo de drogas, interés por temas como genocidio y nazismo, coleccionismo de cuchillos o armas,...

CONCLUSIONES

Solamente una pequeña parte de la violencia es obra de enfermos mentales. Los verdaderos protagonistas de la violencia no son producto de la locura sino consecuencia de la marginación y la maldad. Los estudios sobre la posible relación entre enfermedad mental y conducta violenta son controvertidos. Existen múltiples factores asociados con la conducta violenta en enfermos mentales, tales como la existencia de psicopatía, de trastorno antisocial, de abuso y dependencia a drogas, o de ira, los cuales son predictores significativos de violencia entre sujetos con trastornos mentales. Por tanto, el efecto independiente de la enfermedad mental sobre la violencia no queda claro. Los principales factores predictores de comportamientos violentos entre los enfermos mentales son los siguientes: historia previa de agresiones, negación de su enfermedad, y rechazo del tratamiento; abuso

de alcohol o drogas, comorbilidad con trastornos de personalidad, rasgos psicopáticos, aislamiento familiar y social y estresores ambientales, trastorno del pensamiento (especialmente, ideas delirantes de persecución) o de la percepción (alucinaciones que implican órdenes de actuar de forma violenta), daño cerebral, abuso del alcohol o drogas, así como, aislamiento familiar y social.

Como reflexión final, y citando a P. Zimbardo, respecto a su experimento en la universidad de Stanford en 1971, donde varios estudiantes fueron reclutados para actuar bien como reclusos, bien como presos en un experimento ficticio, el cual tuvo que ser interrumpido al sexto día (la duración a priori del experimento debía ser de 15), concluyó que la mejor persona en un entorno despótico, autoritario y cruel, podría convertirse en un asesino. Y de aquí, sin duda, surge la pregunta: ¿qué vuelve malas a las personas?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Esbec E., Echeburua E. *Violencia y trastornos de personalidad: implicaciones clínicas y forenses*. Actas Esp Psiquiatr.2010;38(5):249-261
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E., 2004. *Pathological Gambling and Personality disorders: an exploratory study with the IPDE*. Journal of Personality Disorders, 18, 500-505
- Follingstad, DR, Rutledge, I.L., Berg. B.J., Hause, E.S., Polek, D.S, 1990. *The role of emotional abuse in physically abusive relationships*. Journal of Family Violence, 5, 107-120
- González Guerrero, L. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, 2007, pp19-394.
- Orte Socías, C et al. *El abuso verbal*. FMC 2006; 13(10):574-86
- Zimbardo P, *El efecto Lucifer*. Ed. Paidós Ibérica, 2008.

Manuscrito recibido: 18/12/2013

Revisión recibida: 23/12/2013

Manuscrito aceptado: 26/12/2013