



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 3

Septiembre de 2020

RASGOS DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS REINCIDENTES

Tahirí Rojas¹

Universidad de Los Andes

Servicio Nacional De Medicina Y Ciencias Forenses
Colombia.

RESUMEN

Se trata de un trabajo que pertenece a una investigación macro que tiene por finalidad comprender el funcionamiento psíquico de las víctimas reincidentes. Para la fecha ha transitado por diferentes etapas, obteniendo información estadística descriptiva de la población estudiada, así como analizando características de apego y modos de vinculación en una muestra de 92 sujetos que representan el mismo grupo de personas que el presente estudio. En este trabajo, se realiza una investigación aplicando el Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad (Alfa de Crombach 0.847) y la Escala de Trauma de Davinson (Alfa de Crombach 0.847). El 93.5% de la muestra obtuvo puntaje por encima del punto de corte para el Cuestionario de Salamanca y el 75% para la Escala de Trauma de Davinson. Se encontró una correlación altamente significativa entre la presencia de Trastorno de Estrés Post Traumático y trastornos del Grupo B (según Cuestionario de Salamanca). Se concluye que las víctimas reincidentes evaluadas presentan rasgos de personalidad caracterizados por un funcionamiento poco adaptativo a su entorno, presentando altos niveles de ansiedad y dependencia emocional, impulsividad, agresividad, dramatismo y bajo control de impulsos. Se sugiere continuar profundizando la investigación y promover un estudio longitudinal para obtener resultados conclusivos.

Palabras Claves: Víctima reincidente, trastorno de personalidad, trastorno de estrés post traumático.

¹ Universidad de Los Andes. Correo Electrónico: tahirojas@gmail.com

TRAITS OF PERSONALITY AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER IN RECIDIVIST VICTIMS

ABSTRACT

This one is a work that belongs to a macro investigation which mean goal is understand how it is working psychological functioning of recidivist victims. Currently, it has gone through different stages, obtaining descriptive statistical information of the studied population, as well as analyzing attachment characteristics and attachment modes in a sample of 92 subjects that represent the same group of people as the present study. In this work, an investigation is carried out by using the Salamanca Questionnaire for Personality Disorders (Crombach's Alpha 0.847) and the Davinson's Trauma Scale (Crombach's Alpha 0.847). 93.5% of the sample scored above the cut-off point for the Salamanca Questionnaire and 75% for the Trauma Scale. A highly significant correlation was found between the presence of Post-Traumatic Stress Disorder and Group B disorders (according to the Salamanca Questionnaire). It is concluded that recidivist victims evaluated have a mental working that is not very adaptive to their environment, characterized by high levels of anxiety and emotional dependence, impulsivity, aggressiveness, drama and impulse control. It is suggested to continue researching, and also, to promote a longitudinal study to obtain conclusive results.

Keywords: Recidivist victim, personality disorder, post-traumatic stress disorder.

En la práctica forense diaria, la mayoría de las personas atendidas (Rojas, 2019) refieren haber sido víctimas del delito que denuncian en más de una oportunidad, sin embargo, se encuentra muy poca información sobre el término de víctima reincidente, resultando éste un tema complejo y polémico que ha despertado naturalmente el interés del investigador por readaptar y actualizar el término para la cultura latinoamericana, comenzando por investigar a víctimas reincidentes que asisten al Servicio Nacional de Medicina y Ciencias Forenses del Estado Mérida en Venezuela.

Investigar este fenómeno permite construir modelos de tratamiento adaptados a las necesidades de personas que han sido víctimas del mismo hecho punible en repetidas ocasiones. Del mismo modo, abre la puerta a dejar de lado toda la responsabilidad de la vida emocional de la víctima sobre el victimario, y acompañar a la persona sufriendo en su proceso personal de reconstrucción humana.

Para comprender a la víctima reincidente, se hace necesario revisar el concepto de víctima, encontrando que se trata de un concepto especialmente relacionado con el sacrificio, dolor (físico y/o emocional) e injusticias (Arias, 2012). En un estudio del discurso en mujeres maltratadas, Leisenring (2006), refiere que las mismas se representan de cuatro modos: 1 personas que experimentan un daño que no pueden controlar, 2 alguien que merece compasión y que requiere que algún tipo de acción se tome contra el victimario, 3 alguien que tiene la culpa de lo que está viviendo, y 4 alguien vulnerable y débil.

En otra perspectiva, en la comprensión legal del término se tiene que una víctima «es la persona que sufre la acción criminal, esto es, la persona cuyos derechos han sido violentados en actos deliberados» (Arias, 2012, p. 12). Es fundamental tener en cuenta que para que la condición de víctima sea válida, es necesario que sea reconocida por otros, bien sean personas significativas para la víctima en su vida cotidiana y/o aquellas personas sobre las que se busca compasión y apoyo (Arias, 2012; Leisenring, 2006; Holstein y Miller, 1997).

Entendiendo lo anterior, se puede tornar la mirada sobre la más antigua definición encontrada sobre víctima reincidente realizada por Hans Hong Heatin (1948), en Alemania, citado por Giner (2011), en la página 39: "Víctima reincidente, a pesar de que la víctima ya ha sido victimizada, no toma precauciones para no volver a serlo. Se trata de sujetos con impulsos defensivos demasiado débiles."

Actualmente, Rojas (2018a), comienza a realizar una revisión del tema por medio de su investigación doctoral, y en una investigación realizada en Venezuela y publicada en México propone que la víctima reincidente es una persona que ha sido víctima de un delito y reconoce que le ha ocurrido una situación similar anteriormente, bien lo haya o no denunciado. La misma autora, Rojas (2018b), en una conferencia en la Universidad de Antioquia planteó la descripción de la víctima reincidente como fenómeno personal y social, que ocurre tanto en lo interno del individuo como en el conglomerado cultural. Propone de esta manera que ser víctima reincidente se transforma en una condición que le permite a la persona justificar algunas de sus dificultades tornando su estatus en una comodidad insatisfactoria. En la misma presentación propone que no necesariamente es un

fenómeno que podría circunscribirse al ámbito forense, sino que puede afectar el funcionamiento humano en diversos contextos. De igual modo, manifiesta el interés por continuar profundizando en dicho fenómeno y aclara que aún no hay resultados conclusivos, presentando el término como una definición en desarrollo.

Dentro de la bibliografía contemporánea, Rojas (2020), concluye que las víctimas reincidentes presentan alteraciones en la construcción de sus vínculos afectivos, ya que muestran dificultades para la confianza mutua e intimidad, pero aun así, lo desean profundamente. En consecuencia, las relaciones afectivas no resultan satisfactorias para las víctimas reincidentes, abriendo paso a una configuración vincular que fomenta la reincidencia en condición de víctima.

En el interés de comprender el funcionamiento psíquico de la víctima reincidente, se considera valioso la evaluación de los rasgos de personalidad y posibilidad de padecer trastorno de estrés post traumático en las víctimas reincidentes. A continuación, se realiza una integración que dirige la aproximación realizada para las mediciones pertinentes.

Trastornos y Rasgos de Personalidad.

La personalidad ha sido estudiada desde muchas perspectivas y tendencias desde épocas humanas tempranas; en la actualidad, la personalidad se entiende como una pauta constante de funcionamiento que no altera la capacidad de juicio y discernimiento, pero que determina el modo en que el individuo interpreta el mundo y se mueve en él. La tendencia contemporánea es a considerarla como rasgos agrupados por modos de funcionamiento, en el DSM 5 se agrupan los trastornos de personalidad en tres grupos, similares a los utilizados por el Cuestionario de Salamanca para trastornos de la Personalidad. Así se tiene que en el grupo A se trata de personas caracterizadas por tener conductas extravagantes y excéntricas, en el grupo B personas con dificultades para mantener el equilibrio emocional, tendientes a ser dramáticas y agresivas, en el grupo C se clasifican personas cuyas tendencias fundamentales se centran en la ansiedad y dependencia emocional.

Este modo de comprensión de los trastornos de personalidad por grupos permite una visión respecto a que los rasgos de personalidad oscilan en un espectro, cabe

aclarar que se consideran patológicos cuando su funcionamiento es poco adaptativo.

Desde otra perspectiva y buscando una aproximación dinámica a la comprensión del asunto, se podría ofrecer como resumen la postura de diversos autores contemporáneos del psicoanálisis (Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy, Luyten, y Strathearn, 2011; Luyten y Fonagy, 2015), quienes proponen que un elemento fundamental en el desarrollo de un trastorno de personalidad sobre todo del grupo B o C, está vinculado al desarrollo de un apego inseguro. Este modo de apego lleva a la persona a una poca comprensión del mundo y de sí mismo, que desemboca en una interpretación amenazante de él mismo y del otro. Esto a su vez promueve una desintegración interna que al buscar la adaptación genera diferentes modos de conflictos inter e intrapersonales, construyendo así personalidades poco adaptativas, caracterizadas por deterioro en los vínculos, pobre control de emociones e impulsos, incoherencias entre lo que la persona desea y los caminos para lograrlo. Complementariamente, se menciona la postura integracionista de Otto Kernberg (1984, 1989, 1992 y 1996) que propone la existencia de un desengranaje entre las representaciones del self, las representaciones del objeto y las emociones que las unen. De este modo, la unidad básica de integraciones de las relaciones objetales se encuentra afectada y determina un funcionamiento poco adaptativo a su entorno.

Es necesario resaltar que, dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de personalidad, se encuentran las causas genéticas y fisiológicas. De este modo el DSM V propone que antecedentes de familiares con esquizofrenia y trastorno de personalidad esquizotípico aumentan la posibilidad de desarrollar un trastorno de personalidad del grupo A; antecedentes de trastorno de personalidad antisocial, trastornos por consumo de sustancias, trastorno limítrofe de personalidad, trastornos depresivos o bipolar se asocian al desarrollo de un trastorno de personalidad del grupo B; no se reportan factores de riesgo asociados a causas genéticas ni fisiológicas para el desarrollo de trastornos de personalidad del grupo C.

2.1 Sobre el Cuestionario de Salamanca para Trastornos de la Personalidad.

Es un cuestionario autoadministrable, que consta de 22 preguntas, correspondientes a tres grupos de trastornos de personalidad de la siguiente manera:

Grupo A: Trastorno de la personalidad Paranoide, Trastorno de la personalidad Esquizoide y Trastorno de la Personalidad Esquizotípico.

Grupo B: Trastorno de la personalidad Histriónico, Trastorno de la Personalidad Antisocial, Trastorno de la Personalidad Narcisista y Trastornos de inestabilidad emocional de la Personalidad (subtipo impulsivo y subtipo limítrofe)

Grupo C: Trastorno de la Personalidad Anancástico, Trastorno de la personalidad Dependiente y Trastorno de la Personalidad Ansioso.

Tal como proponen Pérez, Santos y Rubio en 2004, el Cuestionario de Salamanca es una prueba autoadministrable que permite evaluar rasgos de personalidad con el fin de determinar si las personas cumplen los criterios para realizar una evaluación más profunda que determine la presencia de un trastorno de personalidad.

Por su parte Giner, Lera, Calatayudb, Vidal, Puchades, Rodenes, Ciscar, Chiclana, Martín, Garulo, Tapia, Díaz y Ferrer en 2015 realizaron un estudio con el Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad en población que asiste a centros de salud ambulatoria, y encontraron que dicha escala presenta muy elevadas tasas de positivos, por lo que se sugiere una evaluación longitudinal y seguimiento antes de realizar un diagnóstico definitivo. Del mismo modo, proponen que quienes según dicha escala califican con un trastorno de personalidad del grupo C podría estar presentando síntomas agudos, de angustia, que producen gran malestar emocional. Por otra parte, postulan que altos puntajes en los indicadores del grupo B, describen personas que muestran inestabilidad emocional, con poco control de impulsos, pero la estabilidad de estos rasgos en el tiempo no es determinante.

A modo de integración, se entiende que la personalidad es una manera relativamente estable de funcionamiento en las personas, que está integrada por diversos factores, y se consideran trastorno cuando son muy poco adaptativos. En ocasiones, personas con estados agudos de conflictiva pueden tener algunos

rasgos de la personalidad exacerbados, por lo que para lograr el diagnóstico de un trastorno de personalidad se requiere una evaluación prolongada y seguimiento del individuo. Es por esto que, para el presente trabajo, se han tomado los datos arrojados como características de los rasgos de personalidad de la muestra, considerando inadecuado generar un diagnóstico definitivo de la misma. Sin embargo, la medición realizada con esta escala ofrece una interpretación amplia sobre el funcionamiento psíquico de la muestra.

Trastorno de Estrés Post Traumático.

El trastorno de estrés post traumático es tal vez, uno de los diagnósticos asociados a la salud mental más comúnmente conocido por las personas, debido a que su semiología hace accesible a la población una comprensión general y superficial del mismo. Sin embargo, es mucho más que estar tenso después de un evento negativo que afecta la vida. El diagnóstico fue introducido por primera vez en el DSM III en 1980, donde las consecuencias de la guerra de Vietnam marcaron un amplio interés en el asunto. En la actualidad, según Mayo Clinic (2019) se trata de una enfermedad de salud mental que es consecuencia de una experiencia que llena al sujeto de temor profundo, dicho evento puede haber sido vivido en primera persona o presenciado, de igual modo, la posibilidad de desarrollar este trastorno está presente, es importante tener en cuenta que (Paris, 2002) lo anterior es condición necesaria para el desarrollo de este trastorno, pero no suficiente, entendiendo que no todas las personas expuestas a un trauma, desarrollan un TEPT.

Según diferentes fuentes (Mayo Clinic, DSM V, CIE 10), lo que define centralmente al trastorno de estrés postraumático es que los síntomas se mantienen en el tiempo. Es decir, muchas personas pueden vivir un evento traumático, y mostrar síntomas transitorios, pero este trastorno se mantiene en el tiempo e incluso algunos síntomas se pueden hacer presentes mucho tiempo después del evento.

Se encuentran cuatro tipos de síntomas fundamentales; los evasivos: que hacen referencia principalmente a mantener distancia con algunas personas y/o situaciones que recuerden el evento traumático o inviten a hablar sobre el mismo; reacciones emocionales y físicas: sobresalto con facilidad e hiperalerta, alteraciones

de sueño y alimentación, temblores, sudoraciones, taquicardia, baja concentración, irritabilidad e ira que pueden desembocar en actividades autodestructivas; recuerdos intrusivos: el evento traumático es fácilmente evocado en situaciones cotidianas, con muy alta intensidad emocional, tiende a sentirse que se está viviendo nuevamente de modo espontáneo, bien sea por un elemento aislado que evoca el recuerdo, o sin ningún estímulo particular, también pueden haber sueños recurrentes que hagan referencia a dichos eventos; alteraciones de ánimo y pensamiento: sentimientos de culpa y vergüenza, falta de interés en asuntos que antes eran importantes, afectación de vínculos sociales significativos, disminución de memoria, desesperanza, visión de túnel respecto al futuro.

Las referencias antes nombradas tienen diferentes criterios de tiempo para realizar el diagnóstico, pero en todas se encuentra que el mismo implica aparición o mantenimiento de los síntomas por más de un mes después del evento traumático.

Factores de Riesgo.

En vista de que no todo el que experimenta un trauma desarrolla este trastorno, se han realizado estudios diversos para comprender los factores de riesgo que llevan al mismo.

Según Kendler y Eaves (1986), y Kendler, Neale, Kessler y Eaves (1993), la predisposición genética es un factor fundamental para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, Kendler y Eaves (1986) y Thapar y McGuffin (1996), realizaron estudios donde se encontró que no sólo la predisposición genética determina dicho trastorno, también, se ve directamente influenciado por la interacción ambiental, y la falta de contención de un sistema fuerte de apoyo familiar y amistoso.

Por otra parte Paris (2002), al realizar una investigación sobre TEPT encuentra que personas con desempeño cognitivo lento y tendencia a repensar constantemente (a las que clasifica con un funcionamiento mental con altos niveles de neuroticismo) tienden a desarrollar mayoritariamente TEPT, ya que tienen mayores dificultades para sobrepasar el trauma, permitiendo que el mismo se quede fijado en su pensamiento y se convierta en parte de su desempeño cotidiano. Mientras que,

personas con bajos niveles de neuroticismo (utilizando la medición de Eyseken) presentan valores inversamente proporcionales. Adicionalmente, siguiendo al autor, el neuroticismo tiende a desarrollar alteraciones del ánimo asociados a la ansiedad y depresión, los cuales son un “caldo de cultivo” natural para un TEPT. Como factor complementario, Breslau, Davis y Andreski (1995) encontraron que las personas con altos niveles de impulsividad tenían mayor tendencia a desarrollar un TEPT, del mismo modo, asociaron esto a que personas impulsivas suelen exponerse con más facilidad a traumas y aumentar sus factores de riesgo. Dichos autores encontraron una relación importante entre impulsividad y neuroticismo como factores de riesgo para el TEPT.

A modo de integración, y tal como proponen los autores anteriores (Paris 2002, Mayo Clinic 2019, Engel, 1980), el desarrollo de un TEPT está atravesado por múltiples factores y por la manera en la cual el individuo los incorpora en su funcionamiento. Es decir, si bien se entiende que para desarrollar un trastorno de estrés post traumático, es necesario que la persona experimente un trauma, también dependerá de otros elementos, tales como una predisposición genética específica, un entorno primario poco contenedor, un funcionamiento cercano al neuroticismo, rasgos de impulsividad, vivencia de eventos traumáticos a temprana edad, estar expuestos de modo recurrente al evento traumático o variaciones del mismo, así como el consumo de sustancias, entre otros factores que pueden determinar el desarrollo del TEPT.

MÉTODO

El presente trabajo es parte de una investigación macro en la que se intenta comprender el funcionamiento psíquico y responsabilidad de víctimas reincidentes, desde diferentes perspectivas y contextos tanto individuales como sociales.

LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio trasversal, con un muestreo a conveniencia no probabilístico (Hernández, Fernández y Batista, 2010) en la que se evaluó a 92 personas adultas, compuestas por 9 (9.8%) hombres y 83 (90.2%) mujeres. Las características de

inclusión fueron personas adultas (18 años en adelante), que asistieron al departamento de psicología forense en el Servicio Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, Mérida-Venezuela, en el periodo comprendido entre el 10 de enero y el 31 de julio de 2018, en condición de víctimas reincidentes (refieren haber sido víctimas del delito denunciado en más de una oportunidad) y manifestando por escrito (por medio de un consentimiento informado que cumple con las exigencias éticas para un estudio con las presentes características) su intención de participar en la investigación.

MUESTRA

En el periodo de tiempo planteado, se evaluaron para esta investigación, 92 personas adultas, 9 de género masculino y 83 femenino. En cuanto a los rangos de edad se encontró que el 19.6 % (equivale a 18 personas) se encontraron en edades entre 18 y 25 años, el 29.3% (27 personas) entre 26 y 35 años, 39.1% (36 personas) entre 36 y 45 años, 9.8% (9 personas) entre 46 y 60 años, mientras que el 2.2% (2 personas) tuvieron 61 años o más.

Al revisar el grado de instrucción de los participantes, se encuentra que 1.1% (1 persona) cursó la primaria incompleta, 3.3% (3 personas) primaria completa, 9.8% (9 personas) secundaria incompleta, 2.2% (2 personas) eran para la fecha estudiantes de secundaria, 32.6% (30 personas) eran bachilleres, 13% (12 personas) cursaban estudios de 3er nivel para la fecha, 37% (34 personas) tenían estudios de tercer nivel aprobados, y 1.1 (1 persona) había finalizado estudios de 4to nivel. Todos estaban alfabetizados.

Cada una de estas personas, habían denunciado a un agresor, que fue clasificado por parentesco con el denunciante. De este modo, en el 73.9% de los casos (68 personas) se estaba denunciando a una pareja o expareja, 6.5% (6 personas) denunciaron a un hermano o hermana, 4.3% (4 personas) a un tío o tía, al igual que hijo o hijas, 2.2% (2 personas) denunciaron a su jefe, la misma cifra aplicó para personas que denunciaron a su cuñado y vecino. Finalmente 1.1% (1 persona), denunciaron a su padre o madre, primo o prima, sobrino o sobrina, desconocido.

INSTRUMENTOS.

Cuestionario de Salamanca para Trastornos de la Personalidad.

Se realizó una medición de rasgos de personalidad con el Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad (2004), que es una escala autoadministrable de 22 ítems que ubica a las personas en tres grupos de trastornos de personalidad:

Grupo A: Trastorno de la personalidad Paranoide, Trastorno de la personalidad Esquizoide y Trastorno de la Personalidad Esquizotípico.

Grupo B: Trastorno de la personalidad Histriónico, Trastorno de la Personalidad Antisocial, Trastorno de la Personalidad Narcisista y Trastornos de inestabilidad emocional de la Personalidad (subtipo impulsivo y subtipo límite)

Grupo C: Trastorno de la Personalidad Anancástico, Trastorno de la personalidad Dependiente y Trastorno de la Personalidad Ansioso.

Está diseñado para el cribado de estos once trastornos de personalidad y establece como punto de corte 2/3. Sin embargo, se han tomado datos más recientes como los de Lera, Calatayud, Vidal, Puchades, Rodenes, Ciscar, Chiclana, Martín, Garulo, Tapia, Díaz y Ferrer en 2015 quienes realizaron un estudio con el Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad en población que asiste a salud ambulatoria, y encontraron que dicha escala presenta muy elevadas tasas de positivos, por lo que se sugiere una evaluación longitudinal y seguimiento antes de realizar un diagnóstico definitivo. De este modo, se ha decidido no clasificar a las personas con un trastorno de personalidad utilizando únicamente dicha evaluación, sino tomar los datos arrojados como información pertinente de rasgos de personalidad marcados dentro de la muestra.

Para esta muestra se calculó el Alfa de Cronbach, encontrando un valor de 0.847. Posteriormente, utilizando el programa estadístico SPSS24 se realizó un análisis descriptivo por ítems, y se evaluó si existían vinculaciones entre los mismos utilizando Chi cuadrado en menos de 0.009.

Escala de Trauma de Davidson. Versión validada al español por Bobes, y cols (2000).

Es una escala diseñada para evaluar frecuencia y gravedad de los síntomas asociados a un Trastorno de Estrés Post Traumático de modo subjetivo. Consta con 17 ítems que miden los criterios B y C para el diagnóstico de esta patología según el DSM IV. Cada ítem mide frecuencia y gravedad por medio de una escala tipo Likert de 5 puntos. El marco de referencia personal es de una semana. La escala es autoaplicable. Se obtienen valores entre 0 y 136, estableciendo como punto de corte 40.

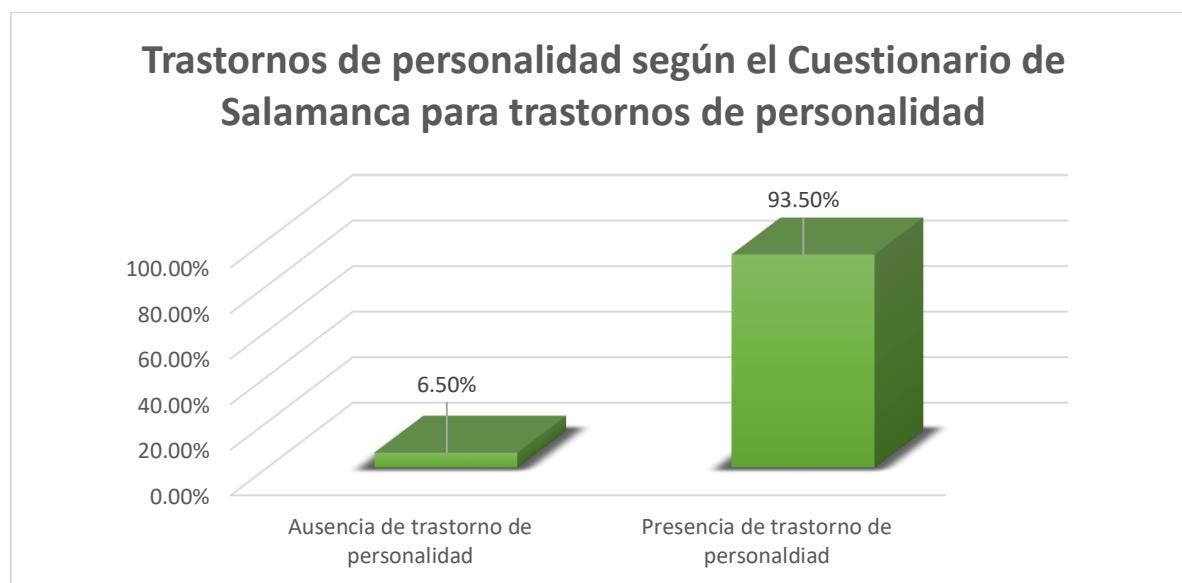
Para esta muestra se calculó el Alfa de Crombach, encontrando un valor de 0.847. Posteriormente se realizó una evaluación de puntajes utilizando el programa estadístico SPSS 24, tomando el punto de corte establecido por la escala para asumir la presencia de un TEPT y se evaluó si existían vinculaciones entre los resultados de esta escala y cada uno de los valores del Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad utilizando Chi cuadrado en menos de 0.009.

RESULTADOS

5.1 Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad.

Luego de analizar los resultados de la escala (ver Gráfico 1) se encuentra que el 6.5% (6 personas) de la muestra no mostraron indicadores significativos de funcionamiento asociados a un trastorno de personalidad de ningún tipo. Es decir, de las 92 personas evaluadas, 86 de ellas (que equivalen al 93.5% de la muestra) presentan criterios para inferir un funcionamiento psíquico asociado a algún trastorno de personalidad.

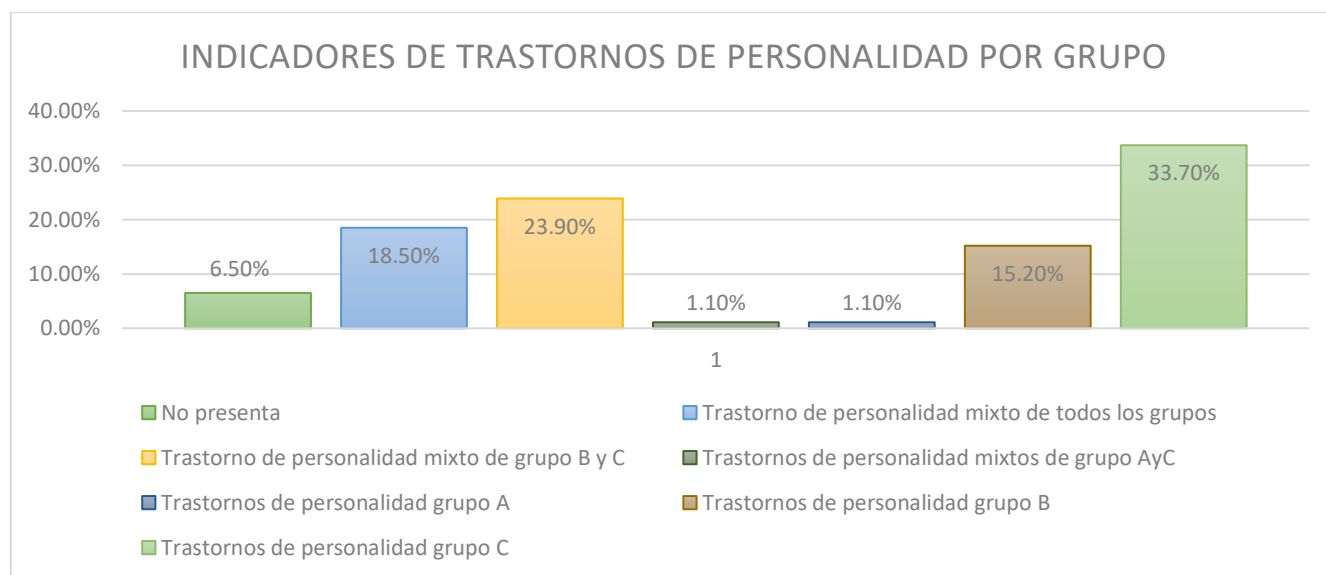
Gráfico 1



Fuente: propia elaboración.

En dicha muestra (ver Gráfico 2) el 18.5% (17 personas) mostraron indicadores significativos de trastornos de personalidad mixto con elementos de los tres grupos evaluados. Un 23.9% (22 personas) mostraron indicadores significativos de trastornos de personalidad mixto de grupo B y C. Una persona (1.1% de la muestra) mostró indicadores significativos de trastorno de personalidad mixto de grupo A y B. El 33.7% (31 personas) de la muestra evidencia indicadores significativos de trastornos de personalidad del grupo C. En el 15.2% (14 personas) de la muestra se encontraron indicadores significativos de trastornos de personalidad enmarcados en el grupo B. Una persona (1.1% de la muestra) mostró indicadores significativos de trastorno de personalidad del grupo A.

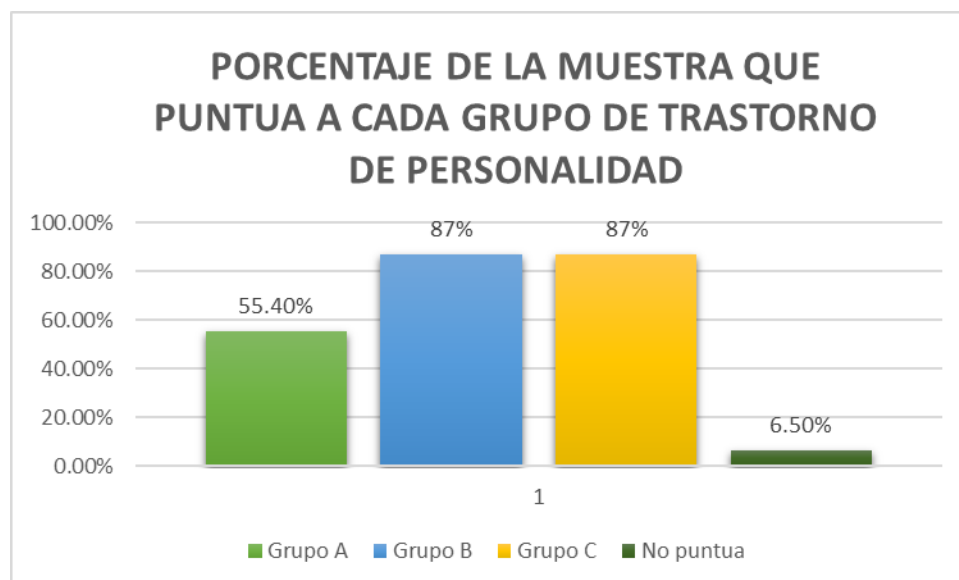
Gráfico 2



Fuente: propia elaboración.

De modo separado, es decir, sin tomar en cuenta los trastornos de personalidad mixto (ver Gráfico 3), se encontró 51 caso de TP en el grupo A (55.4%), 80 casos de TP en el grupo B (87%), 80 casos de TP en el grupo C (87%).

Gráfico 3



Fuente: propia elaboración.

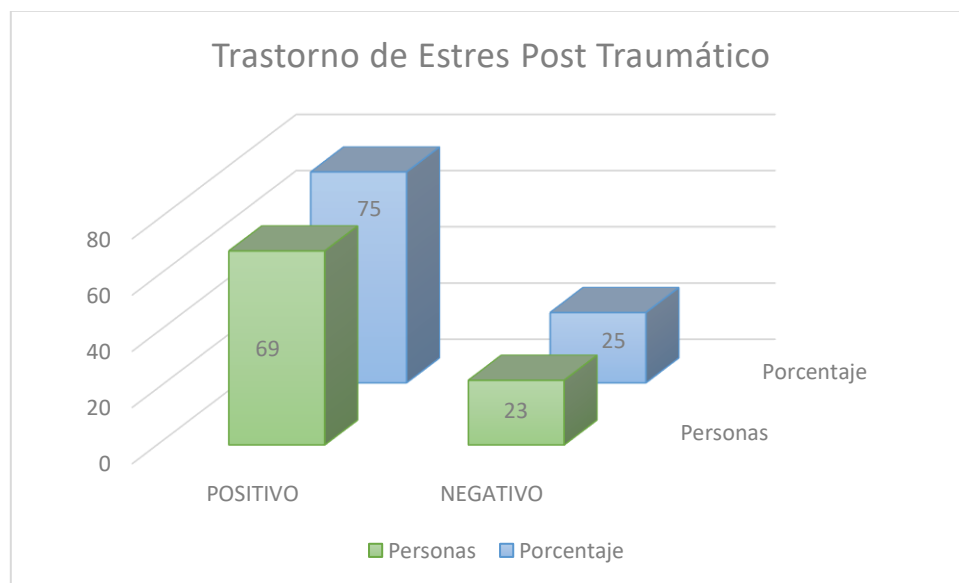
Para esta muestra, los síntomas menos comunes fueron Esquizotípico (que pertenece al grupo A) y Antisocial (pertenece al grupo B), encontrándose que entre 26 y 12 personas mostraron síntomas de este tipo en cualquier intensidad.

Al otro extremo, los ítems que mostraron mayor presencia en esta muestra (entre 70 y 93 por ciento de la muestra), se encuentran los indicadores de funcionamiento histriónico, limítrofe (inestabilidad emocional), anancástico y ansioso.

5.2 Escala de Trauma de Davinson.

Se realiza análisis general tanto de los ítems que miden frecuencia como gravedad, estableciendo el punto de corte en 40 como sugiere la escala, se encontró que el 75% de la muestra (que equivale a 69 personas) presentaron un Trastorno de Estrés Post Traumático, mientras que el 25% (que equivale a 23 personas) no presentó criterios suficientes para el mismo (ver gráfico 4).

Gráfico 4



Fuente: propia elaboración.

Relación entre las escalas.

Utilizando la medición de Chi cuadrado, se encontró una relación altamente significativa entre la presencia de un Trastorno de Estrés Post Traumático y el Grupo

de B del Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad. Se hace necesario destacar, que en cuando a los rasgos particulares que acompañan cada grupo, se encontró igualmente, una relación altamente significativa entre TEPT y los ítems (ambos) que miden inestabilidad emocional de subtipo Límite.

No se encontró relación altamente significativa entre el TEPT y ningún otro grupo ni ítem del Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Para el momento de la evaluación, el 93.5% de las víctimas reincidentes mostró un funcionamiento psíquico con acentuación de rasgos poco adaptativos, únicamente el 6.5% de las personas estudiadas no dejan sospecha de alteraciones de personalidad.

Tal como se ha dicho previamente, no se considera suficiente la aplicación del Cuestionario de Salamanca para Trastornos de Personalidad como medio de diagnóstico para un trastorno tan profundo. Sin embargo, la evaluación de rasgos de personalidad que ofrece la escala permite comprender el funcionamiento de los rasgos de la personalidad de la muestra para el momento de la evaluación.

Los datos arrojados por la misma son altamente contundentes. El 87% de la muestra mostró puntajes positivos para trastornos de personalidad el grupo B y del grupo C, mientras que solamente el 1% presentó valores acordes a un trastorno de personalidad el grupo A. Con lo anterior se pone en evidencia principalmente que los rasgos más notorios en la muestra evaluada están asociados a la impulsividad, bajo control emocional, conductas dramáticas y agresivas, así como, con altos niveles de dependencia emocional y síntomas ansiosos.

El 18.5% de la muestra presento puntajes significativos para clasificar en los tres grupos de trastornos de la personalidad evaluados. En estos casos, se trata de personas que muestran un funcionamiento altamente errático, con patrones de conducta impredecibles, probablemente atravesados por otros síntomas. Este grupo de personas evidencia un funcionamiento psíquico muy poco adaptativo del que podría preverse baja efectividad en la adaptación al medio y mantenimiento de vínculos sociales, familiares y laborales.

Por otra parte, el 23.9% de las personas evaluadas, presentaron predominancia de rasgos de la personalidad el grupo B y C, permitiendo comprender un funcionamiento poco adaptativo, altamente ansioso, dependiente, impulsivo, dramático y agresivo.

El 33.7% de la muestra mostró un funcionamiento focalizado únicamente en el grupo C, es decir, con altos niveles de síntomas ansiosos y dependencia emocional. Mientras que el 15.20% de la muestra focalizó su funcionamiento en el grupo B, tornándose impulsivos, emocionalmente descontrolados, dramáticos y agresivos.

Es importante tener en cuenta que los elementos más notorios y comunes en personas con trastornos de personalidad (DSM V, CIE 10, Kenrbeng 1984, 1989, 1992, 1996, Bateman y Fonagy 2009) se centran en un funcionamiento poco adaptativo a su entorno y en deterioros significativos en los vínculos interpersonales. Dicho esto, y sin clasificar a la muestra de modo definitivo con trastornos de personalidad, ante resultados tan ampliamente contundentes en puntuaciones elevadas dentro de la escala utilizada, se evidencia que las víctimas reincidentes evaluadas presentan una importante desadaptación social y sus vínculos se encuentran altamente afectados de modo negativo.

En vista de tratarse de un estudio trasversal, no es posible inferir si estos datos han sido siempre de esta manera, pero se puede concluir que una víctima reincidente que asiste al servicio del psicología forense posterior a colocar la denuncia de un evento de violencia repetido, es una persona que muestra un funcionamiento psíquico poco adaptado a las demandas sociales, y sus vínculos están afectados negativamente, presentando un funcionamiento altamente ansioso, dependiente, impulsivo, agresivo, dramático y emocionalmente descontrolado.

Nada de esto, puede interpretarse como que sean personas sin capacidad de juicio y discernimiento, por el contrario, se habla de personas con un funcionamiento poco adaptativo con comprensión de la realidad.

En otro orden de ideas, se tiene que, el 75% de las personas evaluadas presentaron criterios suficientes para el diagnóstico de un Trastorno de Estrés Post Traumático. Se trata entonces de una muestra que en su totalidad refiere haber sido víctima de un hecho violento en más de una oportunidad. De las 92 personas evaluadas, 69

han desarrollado un trastorno caracterizado por, recuerdos intrusivos que llevan a las personas a revivir el evento traumático con o sin presencia de algún estímulo que lo evoque, mantener distancia con algunas personas y/o situaciones que recuerden el evento traumático o inviten a hablar sobre el mismo, sobresalto con facilidad e hiperalerta, alteraciones de sueño y alimentación, temblores, sudoraciones, taquicardia, baja concentración, irritabilidad e ira que pueden desembocar en actividades autodestructivas, recuerdos intrusivos en los que el evento traumático es fácilmente evocado en situaciones cotidianas, con muy alta intensidad emocional, también pueden haber sueños recurrentes que hagan referencia a dichos eventos, así como, alteraciones de ánimo y pensamiento, caracterizados por sentimientos de culpa y vergüenza, falta de interés en asuntos que antes eran importantes, afectación de vínculos sociales significativos, disminución de memoria, desesperanza y visión de túnel respecto al futuro.

A pesar de todo lo planteado previamente, sólo se encontró una correlación alta y significativa entre trastorno de estrés post traumático y la categoría global de trastornos de personalidad del grupo B. Siendo especialmente significativo que con los únicos ítems que el TEPT mostró una correlación importante en el Cuestionario de Salamanca, es con los asociados a inestabilidad emocional de tipo límite. El trastorno limítrofe de la personalidad ha sido ampliamente estudiado, y (DSM V, CIE 10, Kenrbeng 1984, 1989, 1992, 1996, Bateman y Fonagy 2009, Luyten, y Fonagy, 2015) se hace constante en la bibliografía, que estas personas muestran un funcionamiento general que algunas veces pareciera adaptativo y de pronto es altamente inestable, agrediendo vínculos, con conductas de apego desesperadas y poso asertivas, conductas de riesgo exacerbadas, irritabilidad, labilidad afectiva y ataques de ira.

De este modo, se pueden desarrollar dos hipótesis:

Hipótesis A: las personas con tendencia a un funcionamiento basado en la impulsividad, bajo control emocional, vínculos personales deteriorados, dramatismo y agresividad, podrían mostrar este modo de interacción personal como consecuencia de presentar un trastorno de estrés post traumático. De modo que,

tal vez sin la presencia del TEPT los rasgos de personalidad asociados al grupo B podrían ser más adaptativos.

Hipotesis B: personas con un funcionamiento personalidad clasificable dentro del grupo B, tienden a exponerse mayormente a situaciones de riesgo (en concordancia con Breslau, Davis y Andreski 1995), aumentando la posibilidad de vivir experiencias traumáticas, y de este modo desarrollar TEPT.

En vista de tratarse de un estudio trasversal, no se puede determinar la causalidad de su funcionamiento. Pero, encontrar correlación abre el abanico para futuras investigaciones.

También es importante, destacar, que sin la presencia de correlación entre TEPT y las personas que mostraron indicadores positivos en los grupos A y C del Cuestionario de Salamanca para trastornos de personalidad, las mismas presentan rasgos de personalidad poco adaptativos que podrías ser determinantes en su funcionamiento psíquico y por tanto condicionar la reincidencia en situación de víctima. De este modo, se hace necesario recalcar, que la muestra mostró de modo contundente criterios para sugerir rasgos de personalidad que deterioran los vínculos sociales (como consecuencia de las características previamente descritas), lo que hace posible plantear como hipótesis, que este funcionamiento podría condicionar la interacción violenta de modo repetida hasta llegar a la necesidad de la intervención institucional (incluida al momento de la denuncia).

En conclusión, los datos ofrecidos presentan que las víctimas reincidentes mostraron mayoritariamente rasgos de personalidad poco adaptativos, caracterizados principalmente por altos niveles de ansiedad y dependencia emocional, deterioro de los vínculos y conductas violentas, dramáticas e impulsivas con bajo control emocional. Del mismo modo, el 75% de la muestra presenta un trastorno de estrés post traumático en consecuencia a los hechos de violencia repetidos que denuncia. No es posible determinar el funcionamiento psíquico de las víctimas reincidentes previo al evento traumático debido a que este es un estudio trasversal, por lo que no se conoce si su modo de presentarse ante el mundo condicionó el trauma o si el TEPT determina su funcionamiento actual. Sin embargo, se puede notar como la víctima reincidente se encuentra atrapada en un interjuego

psíquico entre rasgos de personalidad poco adaptativos y TEPT que retroalimentan los mismos.

En consecuencia, se propone la presente investigación como una apertura a la comprensión del fenómeno que ofrece orientación para continuar la investigación del fenómeno para promover resultados conclusivos.

Referencias Bibliográficas.

- Arias, A. (2012). Teoría crítica y derechos humanos: Hacia un concepto crítico de víctima. *Nómaditas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 36(4), doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2012.v36.n4.42298
- Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de Personalidad. En: *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, S.A; 2014, p 645-684.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de Personalidad. En: *DSM-3 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, S.A; 1980.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009), "Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry*, núm. 166, pp. 1355–1364.
- Bobes, J., Calcedo-Barbara, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M., Bascarán, M., Bousoño, M. y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*. 20:207-218.
- Breslau, N., Davis, G. y Andreski, P., (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry*; 152:529-35.
- Engel, G. (1980) The clinical Application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*; 137:535-44.
- Fonagy, P., Luyten, P. y Strathearn, L. (2011), "Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment". *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.
- Giner, C. (2011). Aproximación psicológica de la victimología. *Revista Derecho y Criminología*, 1, 25-56.

- Giner, F., Lera, G., Vidal, M., Puchades, M., Rodenes, A., Císcar, S., Chiclana, C., Martín, M., Garulo, T. Tapia, J., Díaz E. y Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 35 (128) Madrid oct./dic. 2015. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>
- Holstein, J. A. y Miller, G. (1997). Rethinking Victimization: An Interactional Approach to Victimology. En J. A. Holstein, y G. Miller (Ed.), *Social Problems in Everyday Life: Studies of Social Problem Work* (pp. 25–47). Greenwich, CT: JAI.
- Kendler, K., Eaves, L., (1986). Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry*; 143:279-89.
- Kendler, K., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, L. (1993). A twin study of recent life events and difficulties. *Arch Gen Psychiatry*, 50:789-96.
- Kernberg, O. (1984), *Trastornos graves de personalidad*. Ed. El Manual Moderno. México, 1987.
- Kernberg, O. (1989), "The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior", en O. F. Kernberg (Ed.), *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America*, págs. 553-570. Philadelphia: Saunders.
- Kernberg, O. (1992), *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de personalidad*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1994.
- Kernberg, O. (1996), "Apsychoanalytic theory of personality disorders", en J. F. Clarkin y M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*, págs. 106-137. Nueva York: Guilford Press.
- Leisenring, A. (2006). Confronting "Victim" Discourses: The identity work of battered women. *Symbolic interaction*, 29(3), 307-330. doi: <https://doi.org/10.1525/si.2006.29.3.307>
- Luyten, P. y Fonagy, P. (2015). Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. en *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy*, New York, Springer, pp. 223-251.
- Mayo Clinic (2019). Atención al Paciente e información sobre salud. *Trastorno de Estrés Post Traumático*. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación Internacionales de Enfermedades (CIE-10). Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Medica Panamericana S.A.

- Paris, J. (2002). Predisposiciones, Rasgos de Personalidad y Trastorno por Estrés Postraumático. RET, *Revista de Toxicomanías*. Nº. 31 – 2002. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5514054>
- Pérez Urdániz A, Santos Garcia JM, Rubio Garcia I. *Epidemiología*. En Roca Bennasar M, editor. *Trastornos de personalidad*. 1ed Barcelona: Psiquiatria editores, S.L.; 2004. P187-202.
- Rojas, T. (2018a). Aproximaciones al funcionamiento psíquico y responsabilidad de la víctima reincidente. Análisis de contenido. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 21(1),334-354. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art18.pdf>
- Rojas, T. (Marzo de 2018b). Reconocimiento de la Víctima Reincidente para la búsqueda de la Reconciliación, Perdón y Paz. En M. Plested (Comité Científico), *V conferencia Internacional sobre Contenido Multilingüe y Comunicación Especializada para la Industria y el Comercio. Pedagogías en la armonización conceptual para la comunicación especializada en la generación de reconciliación perdón y Paz. X Seminario Nacional de Terminología. Participación virtual*. Congreso llevado a cabo en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Rojas, T. (2019). La víctima reincidente: un fenómeno forense y social. FERMENTUM *Revista Venezolana de Antropología y Sociología*. 29(84),55-71. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/46270>
- Rojas, T. (2020). El apego como uno de los elementos fundamentales en el funcionamiento psíquico de víctimas reincidentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 23(1),418-438. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art18.pdf>
- Thapar, A. y McGuffin, P. (1996). Genetic influences on life events in childhood. *Psychol Med*; 26:813-30.