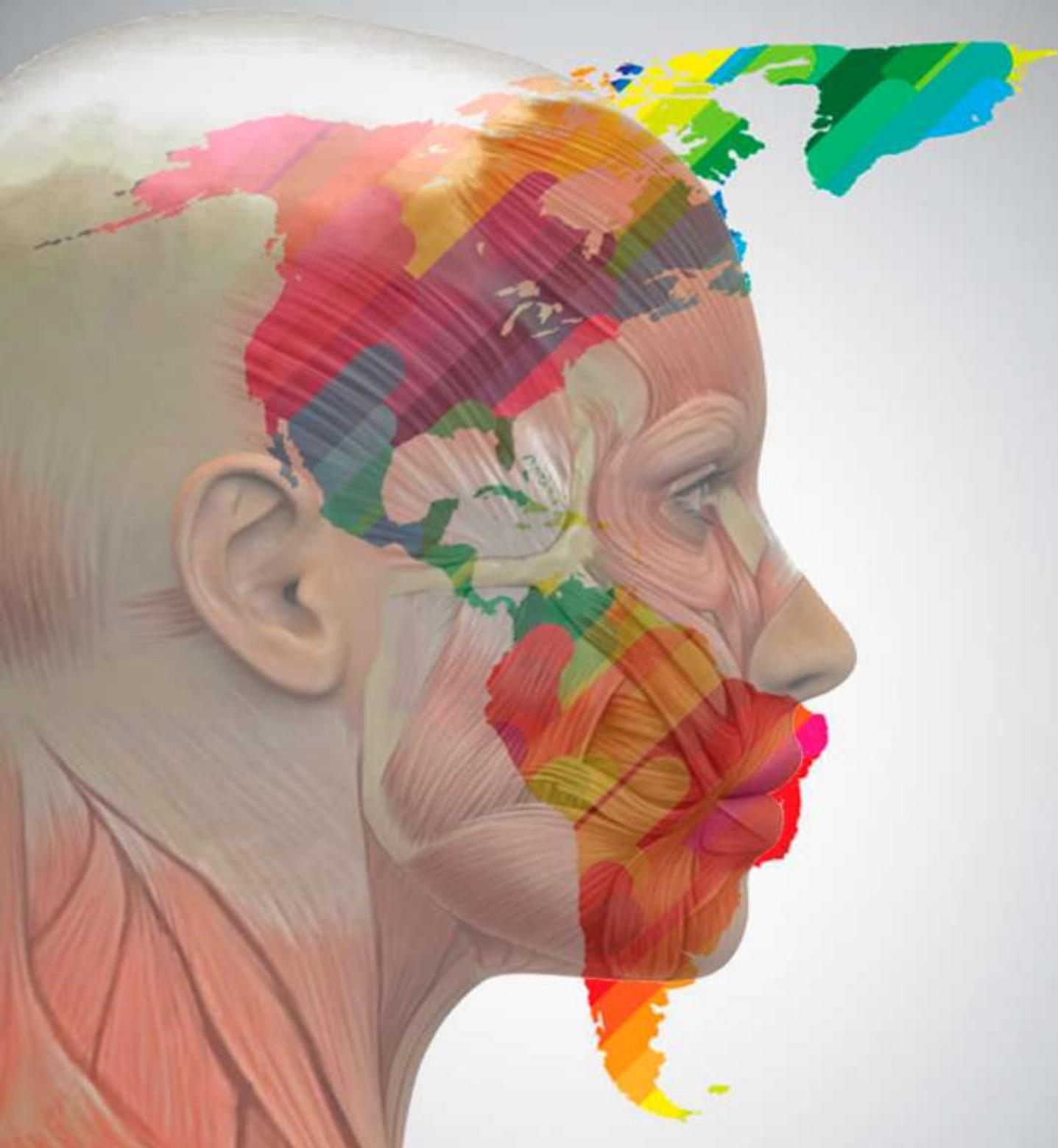


# PRINCIPIOS TEORICOS Y REPRESENTACIONES SOCIALES LATINOAMERICANAS





## **AGENTES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL**

### **AGENTS THAT INTERVENE IN THE DEVELOPMENT OF THE ANTISOCIAL PERSONALITY**

**Evelin Alejandra Galicia Gómez  
J. Jesús Becerra Ramírez  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México**

#### **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo descubrir que agentes intervinieron en el Desarrollo de la Personalidad Antisocial, en cinco pacientes con diferentes diagnósticos clínicos, que cometieron delitos graves y que se encuentran en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CE. VA. RE. PSI., se realizaron entrevistas no estructuradas a cada paciente de forma individual, con el fin de obtener información que abarcara las tres etapas de desarrollo: infancia, adolescencia y edad adulta. Los resultados obtenidos muestran que de los agentes encontrados el entorno social tiene una influencia muy importante para que se desarrolle el trastorno en la edad adulta, lesiones del lóbulo prefrontal, violencia vivida desde la infancia, falta de empatía, el que no muestren remordimientos, la manipulación y rasgos de personalidad narcisista, son características del Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA), otros trastornos que se encontraron y que pueden presentarse como agentes con presencia desde

la infancia son el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y en la adolescencia el Trastorno Disocial (TD). Estos pacientes ya no saldrán en libertad por los delitos cometidos y por estado mental, lo cual puede ser una limitante para su tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Agentes, trastorno de la personalidad antisocial, desarrollo, pacientes

### **ABSTRACT**

The present investigation had as objective to discover that agents intervened in the Development of the Antisocial Personality, in five patients with different clinical diagnoses, who committed serious crimes and that are in the Center of Male Psychosocial Rehabilitation CE. GOES. RE. PSI, non-structured interviews were performed on each patient individually, in order to obtain information that covered the three stages of development: childhood, adolescence and adulthood. The results obtained show that the social environment has a very important influence for the development of the disorder in adulthood, lesions of the prefrontal lobe, violence experienced since infancy, lack of empathy, lack of remorse, Manipulation and narcissistic personality traits are characteristic of Antisocial Personality Disorder (TPA), other disorders that have been found and may present as agents with presence since childhood are the Negative Disorder Disorder (TND) and in adolescence the Dissocial Disorder (TD). These patients will no longer be released for crimes committed and mental status, which can be a limitation for their treatment.

**KEYWORDS:** Agents, antisocial personality disorder, development, patients

## INTRODUCCIÓN

### TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

La conducta social humana está influenciada por situaciones culturales que se originan dentro de las sociedades, todas estas influencias son propias del ambiente en el que se desarrollan los individuos. Cuando estos ambientes no son del todo sanos, se desarrollan conductas en los individuos que los llevan a cometer faltas a las reglas sociales (Lykken, 2000).

La característica esencial de la personalidad antisocial es un comportamiento general de desprecio y violación a los derechos de los demás, comúnmente comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta, la personalidad antisocial también ha sido denominada: “psicopatía, sociopatía o Trastorno de la Personalidad Antisocial”, esto es: todo comportamiento que va en contra del orden social y que destruye (Hikal, 2005).

Los comportamientos o conductas antisociales han sido objeto de varios estudios, todos ellos han tratado de establecer sus causas y los factores de riesgo que ayudan a su mantenimiento a lo largo del desarrollo vital del individuo, se han podido distinguir comportamientos que se pueden clasificar como antisociales, teniendo en cuenta la continuidad evolutiva desde la infancia hasta la adolescencia y posteriormente, en la edad adulta (Cifuentes, Lodoño, 2011).

La última encuesta registrada en México en el año de 1994, es la encuesta nacional en zonas urbanas, en esta encuesta se detectó la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y 18% de la población en general, los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países, e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada, esto significa que, en nuestro país, para una población aproximada de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población (Sandoval y Richard, 2005).

El comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia presenta: trastornos de conducta, impulsividad, robo, vandalismo, resistencia a la autoridad, agresiones físicas y/o psicológicas, maltrato entre iguales, huida de casa, ausentismo escolar y crueldad hacia los animales.

Mientras que, en la edad adulta, los principales indicadores son: comportamientos delictivos y/o criminales, abuso de alcohol y/o drogas, rupturas maritales, violencia de género, negligencia en el cuidado de los hijos, conducción temeraria y la agresividad en general. El trastorno antisocial suele ser el trastorno de personalidad más presente en personas sin hogar y en su relación con la edad, siendo de mayor prevalencia a menor edad.

Siguiendo los criterios del DSM-V (2014), los individuos con un Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), manifiestan un patrón general de desprecio y

violación de los derechos de los demás que se presentan desde la edad de los 15 años, también presentan:

- 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.
- Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- El sujeto tiene al menos 18 años.
- Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años.

Los individuos con trastorno de la personalidad Antisocial con frecuencia carecen de empatía y pueden ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. La falta de empatía, la

concepción elevada de sí mismos y el encanto superficial son características que han sido incluidas en la definición de psicopatía y pueden ser particularmente distintivas del trastorno y predictivas de la reincidencia criminal en prisión o en el ámbito forense, en donde los actos delictivos o agresivos tienden a ser inespecíficos. El término sociópata, se refiere a las personas cuya falta de socialización es atribuible sobre todo a la actividad parental incompetente o negligente, reservando el término de psicópata a las personas cuya conducta antisocial se debe principalmente a características innatas que a veces dominan su socialización o que la dificultan aun cuando gozan de una estructura familiar tradicional, con un padre o una madre (Lykken, 2000)

Es muy importante destacar que este trastorno inicia con comportamientos sutiles en la niñez y se exhiben de modo intenso después de la adolescencia y durante la etapa de adulto joven, que luego disminuye cuando se llega a la edad de 40 años, el TAP presenta rasgos de personalidad compartidos o parecidos con otros trastornos de la personalidad como (DSM-V, 2014):

- Antisocial (solo): presentar historia de trastorno disocial (menor quince años), impulsividad, agresividad, comportamiento delictivo y mentiras.
- Narcisista (solo): donde la persona busca despertar admiración y envidia en los demás.
- Antisocial-Narcisista; al igual que el antisocial, presenta historia de y trastorno disocial (menor quince años), impulsividad,

agresividad, comportamiento delictivo, mentiras, más características como ser explotadores con poca sinceridad y empatía.

- Antisocial-Histriónico: se observan conductas como la impulsividad, la superficialidad, imprudencia, manipulación y búsqueda de sensaciones (DSM-V, 2014).
- Estos sujetos se caracterizan por ser personas ambiciosas, con aparente necesidad de controlar el ambiente en el que se mueven, su tipo de personalidad es agresivo, y en sus formas más leves, puede encajar en la sociedad e incluso ser alimentado por ella, cuando la personalidad antisocial es muy acusada, suele entrar en conflicto con las normas sociales y los derechos de los demás y es probable que en un momento u otro tenga problemas con la ley, presentan incapacidad para planear sus conductas, actuando de forma precipitada y espontánea, sin analizar las consecuencias negativas y sin tener en cuenta los deseos de los demás (Caballo, 2004).

Han sido diversas las teorías que han intentado hacer un señalamiento de los factores que provocan la aparición del trastorno antisocial y su posterior desarrollo algunas están centradas en un análisis de las diferencias individuales como lo son: los problemas de aprendizaje, conciencia, impulsividad e inteligencia, mientras otras enfatizan en variables externas al individuo como contexto social, contexto familiar, exposición a la violencia y oportunidades para delinquir (Cifuentes, Lodoño, 2011).

Para Caballo (2004), las características emocionales de este tipo de individuos son:

- Impulsividad, intranquilidad, irritabilidad, ira, hostilidad
- Ausencia de sentimientos de cordialidad e intimidad
- Emocionalmente vacíos, fríos
- Frustrados ante la pérdida de control del ambiente
- Humor irascible
- Hostilidad y agresividad fácilmente activadas

El contexto sociocultural en el que vive el individuo influye en su comportamiento violento, las personas con comportamientos delictivos pertenecen a contextos sociales y culturales deprimidos, caracterizados por déficits en servicios públicos, altos niveles de desempleo, baja presencia policial, falta de instalaciones lúdicas, existencia de bandas o grupos organizados para la distribución y consumo de droga, prostitución, pobreza, víctimas de algún acto delictivo (Cifuentes, Lodoño, 2011).

En algunos estudios clínicos penitenciarios hechos en México y Argentina, se señalan características de la personalidad antisocial como (Hikal 2005):

- El individuo con personalidad antisocial, es una persona con una marcada inestabilidad en todas sus conductas que proyecta una

personalidad con una grave conflictiva que se traduce especialmente en la relación interpersonal agresiva y autodestructiva.

- El antisocial presenta dificultades en el pensamiento, en especial en relación a un pensamiento lógico, debido a que se mueve en un plano bastante inmaduro e infantil.
- El juicio está en desconexión con la realidad y esto posibilita las fantasías y ansiedades persecutorias. Las características están dadas por la permanente hostilidad y los juicios que hace, están en función de esa hostilidad.
- La comunicación es inestable y predomina un contenido verbal sádico e infantil, tiende a una manipulación y burla de las personas. El lenguaje por lo general es autoritario.
- En la afectividad, el sentimiento de culpa está muy disminuido, con escasa capacidad para experimentar emociones. Frente a los demás, el antisocial parece frío, rígido, pero es una protección a sus sentimientos infantiles. Existen fuertes sentimientos internos de inferioridad, de ahí la necesidad del comportamiento agresivo.

Se ven a sí mismos como, solitarios, autónomos, fuertes e independientes, a los demás los ven como seres hostiles, desafiantes, vulnerables y con facilidad para ser explotados, sus estrategias principales son las mentiras, agreden, roban, engañan, manipulan, seducen y son exigentes (Caballo, 2004).

Las personas con personalidades antisociales son una población difícil de estudiar, ya que no buscan tratamiento por su voluntad y solo algunas veces

discutirán sus problemas con algún médico, psiquiatra o psicólogo (Sue, Wing Sue, & Sue, 2010). Motivo por el cual es necesario identificar cuáles son los agentes que intervienen en el desarrollo de la conducta antisocial, a continuación, se presentarán estos agentes y algunas de sus definiciones, así como también los efectos que tienen en los individuos que desarrollan este tipo de Trastorno de la Personalidad.

El presente trabajo es una investigación cualitativa, se realizó un procedimiento no aleatorio, donde se utilizó un muestreo por conveniencia (Morales, 2012), dado que los pacientes/internos estaban disponibles en el Centro Varonil De Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los agentes que intervienen en el desarrollo de las personalidades antisociales?

### **OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:**

Descubrir que agentes intervinieron en el desarrollo de la Personalidad Antisocial, en pacientes internos del CEVAREPSI (Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial), que han cometido delitos graves.

## MÉTODO

### CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial tiene su domicilio en Javier Piña y Palacios esquina con Martínez de Castro sin número, Colonia San Mateo de Xalpa, Delegación Xochimilco el cual se ubica dentro del perímetro del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, con una superficie construida de 3,698 metros cuadrados de una total de 14,992 metros cuadrados, considerado dentro de la zona urbana; inició su funcionamiento el 20 de junio de 1997, como respuesta a la necesidad de disponer de un espacio específico para brindar atención y tratamiento especializado a los internos con enfermedad mental.

### GRUPO DE INTERÉS

Pacientes/internos diagnosticados con Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA), que se encuentran en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI.

### DECISIONES MUESTRALES

Después de haber realizado un análisis de los pacientes que se encuentran en el CEVAREPSI. Se decidió trabajar con pacientes con Trastorno de la Personalidad Antisocial, en cinco casos con diferentes tipos de delitos cometidos. Con ayuda y asesoría del Psicólogo encargado de dar atención a la población del centro, se eligieron los cinco casos presentados en este trabajo, con el fin de identificar en los diferentes casos los agentes que intervienen en el desarrollo de este trastorno.

### **PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se realizó un procedimiento no aleatorio, donde se utilizó un muestreo por conveniencia (Morales, 2012), dado que los pacientes/internos estaban disponibles en el Centro Varonil De Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI.

### **PARTICIPANTES**

5 pacientes/internos que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado.

— PACIENTE 1: masculino de 51 años, soltero, sin hijos, estudió hasta el tercer grado de secundaria, originario de CDMX.

PACIENTE 2: masculino 43 años, soltero, sin hijos, estudió hasta el segundo año de secundaria, originario de CDMX.

PACIENTE 3: masculino de 47 años, soltero, tres hijos de dos matrimonios, estudió hasta cuarto año de primaria, originario de Hidalgo.

PACIENTE 4: masculino 42 años, casado, estudió hasta la primaria, originario de CDMX.

PACIENTE 5: masculino de 31 años, vivía en unión libre, con tres hijas, estudió una carrera técnica en sistemas computacionales, originario de CDMX.

### **ESCENARIO**

Consultorio de Psicología dentro del Centro Varonil De Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI.

### **MARCO INTERPRETATIVO**

Fenomenológico, ya que este se centra en la experiencia personal, el mundo y la experiencia vividos (Álvarez-Gayou, 2003).

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptiva, que ayudó a identificar agentes y variables que intervienen en el desarrollo de la Personalidad Antisocial, desde el modelo bio-psico-social

(Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Transversal, que se centró en el nivel o estado de un conjunto de agentes en un punto de tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

## **CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y SUBCATEGORÍAS**

### **DESARROLLO**

- Infancia (periodo comprendido desde los 5 a los 11 años de edad)
- Adolescencia (periodo comprendido desde los 12 a los 18 años de edad)
- Edad adulta (periodo comprendido de los 19 años a la edad actual del paciente/interno)

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES O TRASTORNOS**

- Epilepsias (verificar si el paciente ha sido diagnosticado con esta enfermedad)
- TDAH (verificar si el paciente ha sido diagnosticado con esta enfermedad)

## SITUACIONES SOCIALES

-Situación económica (hacer una revisión de si los pacientes tuvieron problemas económicos durante su vida y si este resulta ser agente para el desarrollo del TPA)

-Violencia (verificar actos violentos a lo largo de su vida y si estos influyen en el desarrollo del TPA)

-Socialización (indagar en sus relaciones y si tiene problemas para establecerlas)

## ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevistas semiestructuradas: ya que estas se pudieron ajustar a los entrevistados. Su ventaja fue, la de adaptarse a los sujetos, con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

## PROCEDIMIENTO

1. Se realizó el permiso para poder ingresar a las instalaciones del Centro de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI, en la subsecretaría del

Sistema Penitenciario, los días martes y jueves de los meses de octubre, noviembre y diciembre, en un horario de 10 a.m. a 4 p.m.

2. Ya autorizada la entrada al centro, se solicitó al encargado del área de psicología Lic. Gumaro Salmerón Nájera, nos permita entrevistar a cinco internos/pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Antisocial.

3. Se hizo la presentación de la alumna que realizó el trabajo de investigación a los internos/pacientes elegidos.

4. Se les explicó en entrevistas individuales de que se trataba la investigación y se les invitó a participar en ella.

5. Se les entregó un formato de consentimiento informado, que se anexa al final del documento, para que tuvieran en cuenta las condiciones de su participación dentro del estudio.

6. Ya firmados los consentimientos se dio inicio a las entrevistas.

7. Se les preguntó a los internos/pacientes acerca de sus antecedentes familiares, esto con el fin de recabar información acerca de enfermedades mentales dentro de la familia, creencias, valores y educación, integrantes de la familia directa y la relación de los pacientes con ellos.

8. Se hizo la siguiente entrevista, donde se abordaron temas del desarrollo del paciente/interno durante la infancia, abarcando de los cinco hasta los 11 años, con el fin de conocer como era su comportamiento en estos primeros años de vida, relaciones con otros niños, con autoridades, si fueron diagnosticados con alguna enfermedad o padecimiento que les impidiera seguir sus estudios o afectará su desarrollo psicológico o social.

9. La siguiente sesión, abordó el tema del desarrollo durante la adolescencia del paciente/interno, abarcando de los 12 a los 18 años, con el fin de conocer como era su comportamiento, relaciones con otros jóvenes, con autoridades, si fueron diagnosticados con alguna enfermedad o padecimiento que les impidiera seguir sus estudios o afectará su desarrollo psicológico o social, si probaron alcohol o drogas y de ser así, desde que edad empezaron el consumo y que drogas utilizaron en el caso de ser una respuesta positiva.

10. En la siguiente sesión, se preguntó al paciente/interno acerca de su etapa adulta, partiendo de los 18 a la actualidad, donde se abordarán temas como relaciones personales, familiares, trabajo, sociedad, padecimientos médicos, o problemas psicológicos, etc.

11. Por último, se llevó a cabo una sesión con los pacientes/internos donde se habló acerca de la causa por la que están en el CEVAREPSI

12. Al terminar se reunió toda la información de los pacientes internos y se hizo el comparativo, de los agentes que se encontraron en cada uno de los pacientes.

## APLICACIÓN

### Caso 1

Datos del interno/paciente

Edad: 51 años

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Secundaria trunca.

Delito: 8 violaciones, 2 homicidios, violación de las leyes de inhumación y exhumación.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Padre: de ascendencia francesa, nace en la ciudad de Puebla, pero se viene a vivir al D.F. trabaja en varios negocios familiares, fallece de insuficiencia renal, antecedentes de enfermedad mental negados.

Madre: originaria de Texcoco, se dedica al hogar exclusivamente, actualmente tiene 90 años de edad y padece artrosis, antecedentes de enfermedad mental negados.

Hermanos: de los 8 hijos del matrimonio el paciente ocupa el octavo lugar.

### **ENFERMEDADES O TRASTORNOS**

Epilepsia: interno/paciente manifiesta que le fue diagnosticada a los 4 años de edad. A raíz de una caída de pequeño. Las crisis comenzaban con

adormecimiento en mandíbula y lengua, continuando con el movimiento descontrolado de articulaciones, sin presentarse pérdida del conocimiento.

Manifiesta que en su adolescencia a raíz de 15 crisis de epilepsia lo dejan con la parte derecha del cuerpo adormecida (hemiplejía), con secuelas en la parte lingüística. Actualmente desde que se encuentra en el centro no ha tenido ninguna crisis epiléptica reportada por el servicio médico.

DX: En el expediente médico, el diagnóstico no es claro, ya que se encuentra como: “Trastorno del Comportamiento por TCE (Traumatismo Cráneo-encefálico) VS. Esquizofrenia Paranoide”

## **DESARROLLO**

### **EMBARAZO NO PLANEADO, CON PARTO COMPLICADO.**

Infancia (5 a los 11 años): el paciente refiere que desde los cuatro años de edad padece de epilepsia, sus primeros recuerdos más marcados son las visitas a los hospitales y de los encefalogramas que se le realizaban, refiere no tener sensaciones de niño, pero visitar los hospitales le causaba molestia, en la etapa de preescolar no le gustaba estar en la escuela porque se aburría, razón por la cual sus padres deciden sacarlo, durante su tiempo en la primaria reprueba un año, en una visita al museo realiza travesuras con sus compañeros, también se llegó a ir de pinta, se burlaba de compañeros siguiendo los juegos de los otros niños, pero como no lo hacía con intención no se sentía mal por hacerlo, refiere

que siempre ha sido autosuficiente desde niño y que no necesitaba de los demás, ya que manifiesta haber estado mucho tiempo solo porque su mamá se encargaba de las cosas del hogar y sus hermanos todos mayores siempre estaban en la escuela. Durante este periodo recibió una agresión por parte de un profesor que le jalaba las patillas y eso le generó sentimientos de molestia hacia él.

Adolescencia (12 a los 18): ingresa a los 13 años a la secundaria, por haber reprobado un año en la primaria, lo asignan al turno vespertino, lo cual no le agrada y les dice a sus papás que lo pasen a la mañana y el cambio se realiza, dentro del grupo en el que se encuentra comienza a tener dificultades con un compañero que era el jefe de grupo, no le agradaba que él fuera el jefe de grupo y que le tuviera que mandar. Durante su estancia en la secundaria recibe reprimenda por “jugar violento con un compañero” (sic. pac), refiere dejar la escuela, porque reprueba 5 materias lo cual provoca el enojo de sus padres. A los 16 años comienza a trabajar con un tío, pero al año se aburre y lo deja, tiene su debut sexual a los 17 años, posteriormente su papá se lo lleva a trabajar con él, donde se queda hasta que su papá muere de insuficiencia renal debido a complicaciones diabéticas. Desde ese entonces tuvo muchos trabajos en los cuales no duraba porque no le agradaban. Refiere comenzar consumo de alcohol desde los 18 años, de forma esporádica. Niega consumo de drogas.

Edad adulta (19 años, edad actual): desde su debut sexual, mantiene diversas relaciones, pero solo para tener encuentros sexuales, tuvo una relación sentimental que duró 8 meses la cual termina porque mantiene relaciones de índole sexual con varias mujeres, posteriormente tiene otra relación, pero como su

pareja quería formalizar decide terminar la relación. Durante este periodo se involucra en movimientos de guerrilla y a los 20 años se va al Salvador a seguir el movimiento que se está gestando en ese entonces, ahí aprende del manejo de armas, una de sus tareas era recuperar los cuerpos de los compañeros caídos, a lo cual no muestra sensibilidad, manifiesta que no sentía nada, y que mató a mucha gente en ese período, a la vez tenía sueños de los que vivía dentro de la guerrilla y se soñaba en una torre de cuerpos, lo que lo hacía despertar con sobresaltos. Después de 7 meses vuelve a su casa con cambios en carácter y comportamiento, “mi hermano me dijo que regresé como ausente, me volví irónico e insensible, ya si veo que a alguien le hacen daño ya no siento nada” (sic. pac). Pone dos negocios en Zacatecas con su hermano, una farmacia y una tienda de regalos.

En una visita a México, se va a una casa de la familia, la cual estaba en obra negra y es ahí donde comete sus delitos, refiere que esperaba a que las jóvenes pasaran por el frente de la casa y las metía a base de amenazas, después de violarlas y torturarlas, las mataba asfixiándolas y enterraba los cuerpos dentro del predio familiar, esto paso con dos jóvenes, en diferentes tiempos, manifiesta que después del primer delito regresa a Zacatecas y se espera un tiempo y luego vuelve y comete el segundo asesinato, la tercer víctima al momento de ser violentada refirió que tenía SIDA y esto distrae al paciente, lo cual hace que la menor pueda escapar y dar aviso a las autoridades.

NOTA: En la antepenúltima entrevista se le preguntó, si de verdad no le provocaba ninguna sensación cuando sufría alguien, el paciente respondió que él

no siente nada con respecto al sufrimiento humano y añadió: “a mí no me importa si alguien se muere, puedo ver morir a alguien y no sentir nada, es más, si tú te mueres en este momento solo te veré morir, si entra alguien y te acuchilla no haré nada, no iré por nadie para que te ayude, solo veré como te mueres” (sic. pac.).

#### Situaciones sociales

Situación económica: el paciente manifiesta que nunca le hizo falta nada de niño ni en su periodo de adolescencia, ya que sus padres le proporcionaban todo lo que requería y por ser el menor, sus hermanos mayores lo procuraban de igual forma. Trabajando desde los 16 años en varios empleos, no sufrió en la parte económica, junta dinero suficiente para poner una tienda de regalos y una farmacia en Zacatecas junto con su hermano.

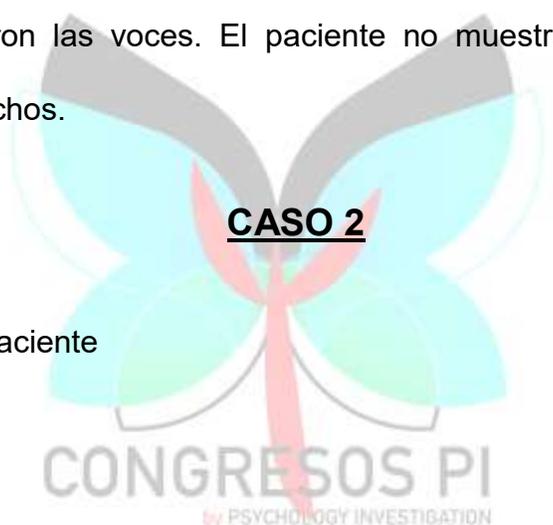
Violencia: El paciente refiere haber llevado una buena relación con su padre, aunque manifiesta no haber sufrido violencia por parte de él, sí menciona haber sido disciplinado fuertemente, y que no podía beber o fumar frente a su padre, lo que pone en duda que no haya recibido violencia, durante las entrevistas manifestó ser respetuoso por la vida de los animales. Ya en la edad adulta el paciente vivió violencia extrema ya que estuvo siete meses en el Salvador en la guerrilla.

Socialización: el paciente desde temprana edad manifiesta ser poco sociable, ya que tenía muy pocas amistades y las que llegaba a tener eran seleccionadas, a pesar de tener varias parejas sexuales, el paciente no fue capaz de tener una relación estable con ninguna de las mujeres con las que estuvo involucrado

sentimentalmente, el paciente presenta un patrón desde niño de no agrado por las personas que ejercían algún tipo de autoridad hacía a él, a los cuales siempre descalifica. Este mismo patrón se sigue en la adolescencia y edad adulta, muestra molestia al referirse a cualquier tipo de autoridad.

Situación mental del paciente a la hora de cometer el ilícito: el interno/paciente refiere que todo se detonó a partir de una crisis epiléptica, a partir de esta se le receta un medicamento distinto, el cual le produce un cambio que no puede explicar, en el transcurso del tiempo en el que regreso de la guerrilla hasta que se dieron los hechos, tenía recuerdos de lo que había vivido y refiere que se perdía mentalmente por lapsos de tiempo largos, a la fecha dice seguir teniendo sueños que lo hacen despertar alterado y con sensación de que alguien le quiere dañar, cuando sucedieron los hechos escuchaba la voz de hombre que le decía: “ten cuidado que ahí vienen” (sic. pac.). A partir de estos hechos el paciente empieza a sentir mucha ira sin razón aparente, y la idea de exterminar a las personas que cometían delitos, empieza a ser más latente, fue en ese momento cuando se da el primer ilícito, el paciente narra que estaba en la entrada de su casa cuando ve pasar a la primer chica y la lleva dentro de una casa propiedad de la familia que estaba en obra negra, no muestra ningún tipo de emoción al momento de narrar el hecho y explica con detalles como amarro a la joven, como la tenía y como la mata dándole un golpe en la cabeza, de igual forma narra cómo asesinó a la segunda joven y comenta: “lo único que sentía en ese momento es que yo era como un depredador y esa sensación me gustaba” (sic. pac.) refiere que no recuerda detalles del momento de los asesinatos, solo que por su mente pasaba

que ambas jóvenes eran delincuentes, cuando es aprehendido le hacen pruebas proyectivas, de polígrafo, uno de los custodios le comenta a su hermano: “su hermano está re-loco”, lo llevan a reclusorio donde se da un episodio de extrema violencia ya que tiene un problema con un compañero, este compañero era uno de los que mandaban a otros internos dentro del reclusorio, lo cual no le agradaba al paciente, este manifiesta que el interno se quiso meter con él y el paciente le rompió el brazo, manifestó que esto no le hizo sentir culpa alguna, por el contrario dijo que el interno se lo merecía, es trasladado al CEVAREPSI y desde ahí manifiesta que cesaron las voces. El paciente no muestra signos de haberse arrepentido de los hechos.



## CASO 2

Datos del interno/paciente

Edad: 43 años

Estado civil: soltero

Escolaridad: segundo año de secundaria

Delito: Pornografía, corrupción de menores (diversos dos), abuso sexual agravado (diversos dos) y delincuencia organizada.

Antecedentes familiares

Abuela materna: presenta problemas severos de ira, de comportamientos muy agresivos.

Padre: Originario de la CDMX, fue Policía del Servicio Secreto, estuvo al cuidado de varios altos mandos mientras trabajo en la corporación, al día de hoy vive, padece Diabetes Mellitus e Hipertensión y es jubilado como Comandante de la Policía Judicial. Niega padecimientos mentales en la familia paterna.

Madre: Originaria de la CDMX, se dedicó al cuidado de los hijos por órdenes del esposo. Niega antecedentes de enfermedades mentales en la familia materna.

Hermanos: 2 hermanos y el paciente quien ocupa el tercer lugar de los tres.

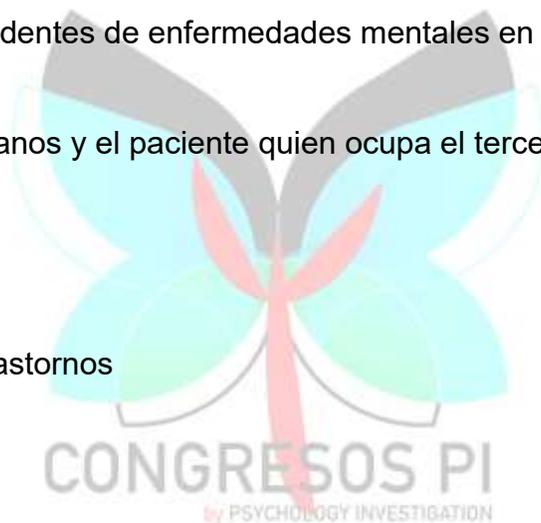
Enfermedades o trastornos

Epilepsia: Negada

TDAH: Negado

A la edad de 12 años sufre una caída desde un primer piso, de la cual tiene una lesión craneal. A partir de ese momento sufre fuertes dolores de cabeza.

DX: Trastorno Mental y del Comportamiento Asociado a TCE (Traumatismo Cráneo-encefálico) y CC TCG



Desarrollo

Embarazo a término, sin complicaciones.

Infancia (5 a los 11 años): el paciente refiere tener pocos recuerdos de su infancia, ya que argumenta que por la lesión que tuvo se borró mucho de su memoria, de lo poco que dice recordar, manifiesta haber tenido una niñez buena, ya que su padre los llevaba a pasear a muchos lados, cuando estaba de descanso, pero recuerda que no era muy expresivo y menos en cuanto se trataba de hablar de su familia o su vida personal. Nunca le hizo falta nada, ya que su papá les daba todo lo que necesitaba. Durante su estancia en la escuela primaria, si llegaba a tener problemas con sus compañeros se defendía, en este periodo llegó a tener varias peleas; en cuestión a la parte académica menciona que no fue buen estudiante “pero con eso me alcanzaba para pasar” (sic. pac), aunque sus papás le exigían buenas notas, no podía concentrarse, era muy distraído, pero no le preocupaba sacar bajas calificaciones. El paciente menciona que el papá nunca los dejaba quedarse en casa de otros familiares y que no tenían permitido ayudar en casa, recuerda que en una ocasión estaba de visita en la casa de un tío y este le pidió que ayudara a lavar unos trastes, al negarse, el tío le golpea la cabeza, cuando el papá del paciente se enteró “el pobre tío no se la acabó” (sic. pac.) El Interno menciona que a la edad de 8 años uno de sus tíos se metió con él cuando se estaba bañando, este refiere que hubo una situación de abuso y que nunca quiso platicarlo con nadie porque nunca tuvo la confianza de hacerlo.

Adolescencia (12 a los 18 años): en este periodo es cuando el paciente se accidenta, sufriendo una caída desde un primer piso, lo que lo lleva al hospital, tanto la familia como el paciente refieren que la atención médica que se le dio fue en un hospital de salubridad y no en el servicio con el que contaban el papá, al salir del hospital, se trata de reincorporar a la escuela pero no puede porque empieza a padecer fuertes dolores de cabeza, en este tiempo, sale con familiares por primera vez a Valle de Bravo y le ocurre un accidente en el cuál es golpeado por un primo tratando de parar una pelea y de este le lesionan el ojo, manifiesta que toda la familia tenía miedo a la reacción del padre, ya que siempre fue intimidante para toda la familia, niega haber consumido alcohol o drogas, la madre del paciente menciona que el papá al ser policía los revisaba para ver si ellos consumían alcohol o drogas, estas revisiones consistían en formar a los hijos en fila y empezar a revisarlos de pies a cabeza, casi los desvestía, les revisaba cabello y uñas, para verificar que efectivamente no consumían sustancias.

Edad adulta (19 años, edad actual): como no tuvo oportunidad de terminar la escuela, se dedicó a vender cuadros y posteriormente tuvo un taxi. Durante su estancia en el centro, se detectaron comportamientos anormales al estar frente a niños que se encontraban de visita con sus familiares en días de vacaciones, el primer evento sucedió en el área de visita donde el paciente tuvo cambios notables en su comportamiento al ver que había una niña de al menos unos seis años de edad, en ese momento el paciente no quitaba la mirada de la niña y su rostro tomó un semblante como sombrío, su mirada estaba fija en la pequeña y empezó a salivar, al distraerle y hacerle preguntas mostraba enojo porque se quitó

su atención de la niña. En otra ocasión, con la visita de unas niñas de aproximadamente 10 y 11 años de edad, mirando a las niñas, el paciente se rozaba su área genital con sus manos, cubriéndose con un periódico para que no se notará lo que hacía. El paciente ha tenido también incidentes con sus compañeros, en una ocasión fue llamado a consejo (reunión que se celebra cuando algún paciente ha cometido alguna falta), porque fue acusado por uno de sus compañeros de haberlo tocado indebidamente.

NOTA: actualmente el paciente manifiesta que tiene un amigo que siempre lo acompaña y le dice con quien hablar y con quien no, el paciente se niega a hablar con personal del centro “porque no son de fiar y su amigo le ha dicho que no debe contarles nada”. Acepta que últimamente tiene mucho enojo e ira, pero prefiere retirarse de sus compañeros para no golpearlos o agredirlos, el paciente prefiere estar alejado de sus compañeros y no entablar amistades, aunque no se lleva mal con nadie.

#### Situaciones sociales

Situación económica: el paciente y sus familiares refieren que nunca tuvieron problemas económicos ya que el padre del interno trabajaba en el Servicio Secreto y su trabajo le proporcionaba el medio para estar inscritos en un club deportivo, salidas a restaurantes, paseos fuera del D. F., es padre manifiesta que le pagó clases de comida internacional a su esposa con el fin de que aprendiera a cocinar cosas diferentes y “no frijoles y huevo”, el paciente en los años antes de

ingresar al centro no padecía de pobreza, pero a partir de los 12 años entra a trabajar con un tío, siempre ha trabajado.

Violencia: a pesar de que el paciente manifiesta haber tenido una niñez en donde tenía todo lo que necesitaba, manifiesta que fue disciplinado de forma muy severa, ya que por cualquier error que cometían él y sus hermanos su madre terminaba lanzándoles sus zapatos de tacón alto, sin importar si lastimaba o no. También refiere que el padre era muy estricto y muy agresivo, ordenó a la madre no trabajar y quedarse al cuidado de los hijos, no tenían permitido salir entre semana a ningún lugar, hasta que le padre iba el fin de semana y los llevaba a paseos, comidas, etc. El paciente manifiesta haber sido abusado por un tío hermano de su mamá, nunca habló del hecho, pero en edad adulta tuvo un altercado con él y lo golpeo, refiere que se encontraban en un quinto piso y que estuvo pensando en tirarlo por la ventana.

Socialización: el paciente manifiesta haber tenido amistades a lo largo de su vida, pero prefería estar solo, muchas veces se aislaba de compañeros porque si lo “provocaban” (sic. pac.) habría problemas, dentro del centro no tiene amistades, pero trata de ser cordial con los demás internos, refiere que últimamente se siente molesto y con mucha ira y que por esa razón ha decidido aislarse un poco más ya que siente que en cualquier momento puede herir o golpear a un compañero.

Situación mental del paciente a la hora de cometer el ilícito: el paciente manifiesta ser inocente de los hechos que se le imputan, y que fue torturado para que se declarara culpable, después de varias evaluaciones psicológicas y

psiquiátricas se ha determinado que el paciente no presenta daños psicológicos basados en el protocolo de Estambul, el paciente ha presentado dentro del centro conductas que se ajustan al comportamiento de un pedófilo.

### CASO 3

Datos del interno/paciente

Edad: 47 años

Estado civil: soltero

Escolaridad: secundaria

Delito: 19 violaciones

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Padre: Originario de Hidalgo, toda su vida fue campesino, con estudios de primaria, presentó alcoholismo, fallece cuando el paciente tenía 14 años a consecuencia de un paro cardíaco, de carácter violento, golpeaba a su familia, mala relación con el paciente, se desconocen antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

Madre: Originaria de Veracruz, sin estudios, se dedicaba al hogar y al cuidado de los hijos, no tenía estudios, se desconoce la historia familiar, sufre de violencia

intrafamiliar hasta el día de la muerte de su esposo, se desconocen antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

Hermanos: Son cuatro hermanos en total, el paciente ocupa el tercer lugar en la línea de hermanos. Todos viven. Buena relación con los hermanos.

Enfermedades o trastornos

Epilepsia: Negado

TDAH: Negado

DX: Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario a Consumo de Múltiples Sustancias, con Episodio Depresivo Remitido.

## DESARROLLO

Infancia (5 a los 11 años): en entrevista el paciente manifiesta no haber cursado el preescolar, pero que comienza la escuela a la edad de seis años cuando entra a la primaria, al principio le gustaba la escuela, pero conforme pasaba el tiempo se da cuenta de que no es bueno para ello y que prefería ganar dinero para dárselo a su mamá, reprueba dos veces el primer y segundo grado de primaria, estaba en la escuela de las 8 de la mañana a las 2 aproximadamente y de 2 a 6 trabajaba en casa de varios vecinos haciendo diferentes actividades, como cuidar ganado, cosechar, etc. Presentó actitud rebelde, no le gustaba que lo mandaran en la escuela y no tenía amigos, no le gustaba interactuar con otros niños, solo con sus hermanos cuando los veía. A los siete años se sale de su casa

y se va a vivir con su abuelo, porque era golpeado por su padre. El abuelo lo recibe con la condición de que ayude en la milpa y siga en la escuela. El paciente aparte de vivir con el abuelo, vivió por temporadas en casa de algunos vecinos, donde refiere se sentía feliz, porque ahí no le pegaban. Dado que su papá siempre lo golpeaba decide solo ir a su casa en los momentos en que el señor no esté para ver a sus hermanos y llevarle dinero a su mamá, ya que a partir de que él sale de casa, su papá solo lo espera para golpearlo.

Adolescencia (12 a los 18 años): A los 12 años abandona la escuela y la gente que lo ayudo por mucho tiempo se enojan con él por haber abandonado los estudios, en ese momento se traslada a la CDMX. Ya en la ciudad trabajó con su hermana vendiendo frutas y como cobrador en los "chimecos", comienza a consumir alcohol a partir de los 17 años. A los 16 años comienza una relación sentimental de la cual tiene dos hijos, la cual termina por sus problemas con el alcohol.

Edad adulta (19 años, edad actual): tiene una segunda relación, de la cual tiene un hijo, esta relación es la más duradera que ha tenido que fue de 13 años. En 1992 es acusado de cuatro violaciones por lo cual es llevado al Reclusorio Norte, ahí pasa 11 años, dentro del reclusorio es violado por sus compañeros, aunque al cuestionarle esta parte al principio lo negó, y se mostró a la defensiva. Vuelve a cometer el mismo delito, pero en esta ocasión son más las víctimas, lo envían de nuevo al reclusorio norte, donde se le diagnostica con episodio Depresivo, el paciente dice que por esta situación intenta suicidarse y por eso es trasladado al CE. VA. RE. PSI.

## SITUACIONES SOCIALES

**SITUACIÓN ECONÓMICA:** el paciente vivió en extrema pobreza cuando niño, vivía en el campo y no tenían para comer, lo púnico para lo que les alcanzaba era para frijoles, tortillas y nopales, refiriendo que, si no le alcanzaba la comida a su mamá para alimentarlos a todos, él se tenía que aguantar y no comía. Por la violencia sufrida en casa, decide salirse de esta a los 7 años y vivir con un abuelo, pero deja la casa de este para ir a vivir y a trabajar con los vecinos que le pagaban por cuidar ganado, ayudar con las cosechas y otras actividades, manifiesta que el dinero que ganaba se lo daba a su madre para que le diera de comer a sus hermanos,

Violencia: el paciente vivió situaciones de violencia a manos de su padre, el cual lo golpeaba cada vez que se encontraba en estado de ebriedad, primero golpeaba a su mamá y él se metía para defenderla, lo cual le era reprendido con golpes “con el cinturón”. Durante sus años en la escuela el paciente dice que retaba a los profesores porque no le gustaba como le hablaban y refiere haber agredido verbal y físicamente a algunos de ellos.

Socialización: manifiesta que llevaba buena relación con sus hermanos, solo con uno de ellos no se lleva bien ya que no le agrada, porque siempre se vio favorecido por su mamá y eso le disgustaba porque a pesar de que él le llevaba dinero para la comida, su hermano siempre “estuvo de consentido” (sic. pac.). en la escuela no tenía muchos amigos porque no le gustaba relacionarse con sus demás compañeros, siempre le costó trabajo hacer amistades, dejó de tener

relación con su papá por la violencia ejercida hacia él, ya que si regresaba a su casa su padre solo lo esperaba para golpearlo.

Situación mental del paciente a la hora de cometer el ilícito: el paciente se resiste a hablar del hecho y manifiesta que lo que hay que saber es lo que se difundió en los medios.

### **CASO 4**

Datos del interno/paciente

Edad: 42 años

Estado civil: casado

Escolaridad: primaria

Delito: Robo Agravado Calificado



### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Padre: con estudios de primaria terminada, de oficio albañil, actualmente vive, padece gastritis severa por tabaquismo y alcoholismo. “Siempre ha sido muy callado, seco, grosero, de carácter violento e injusto” (sic. pac.).

Madre: Muere hace 14 años, por infarto fulminante a consecuencia de la diabetes con la que estuvo lidiando 13 años, sufre de violencia intrafamiliar por

parte de su marido durante todo el matrimonio hasta la muerte de esta, la madre sufrió demencia por la diabetes.

Hermanos: dos hermanos y el paciente, este ocupa el tercer lugar de los hermanos, solo se lleva bien con una de sus hermanas, porque la otra tiene el mismo carácter del padre

Enfermedades o trastornos

Epilepsias: Negadas

TDAH: Negado

DX: Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario a Consumo de Múltiples Sustancias

## **DESARROLLO**

Infancia (5 a los 11 años): desde los 5 años el paciente ya tiene conciencia de que su padre es alcohólico, desde esa edad refiere que ya se sentía impotente por los malos tratos que recibían todos por parte de su padre, durante su niñez manifiesta que era hiperactivo, rezongón y muy desobediente, esto es desde que, cursada el jardín de niños, si algún compañero en el kínder le llegaba a hacer una maldad los agarraba a golpes. Recuerda que siempre le gustó observar a las personas y como se portaban. Durante su etapa en la escuela primaria fue un mal estudiante, donde reprobó un año porque no le gustaba estudiar, en esta etapa siguieron las peleas con los demás compañeros, esto le provocó que en el

transcurso de la primaria lo cambiaran de escuela en tres ocasiones, los únicos amigos que tenía eran sus “cuates de la colonia” (sic. pac.). La madre del paciente siempre estuvo pendiente de ellos, pero no lo podía controlar, hablaba con él de su comportamiento y de que no era buen estudiante, refiere que ella nunca lo golpeó pero su papá cada que se enteraba de que hacía algo malo se enojaba con él y lo golpeaba, sobre todo si estaba borracho, en el tiempo de la primaria tuvo una maestra que lo molestaba mucho, así que la agredió poniendo aventándole una paloma explosiva, cuando lo cambian de escuela, tiene un problema con un compañero al cuál agrede picándolo con un lápiz, esto le cuesta la expulsión y por esta razón es por la que pierde un año.

Adolescencia (12 a los 18 años): entra a la secundaria con mucho trabajo ya que no lo querían admitir en ninguna escuela por sus problemas de conducta y su mal aprovechamiento, refiere que no le gustaba ir a la escuela, no ponía atención, y empezó a tener muchos problemas porque en tenía “muchas novias” y eso le traía severos conflictos, se escapa de las escuela y en este periodo tuvo una riña muy fuerte, cuando su padre se entera de esta lo golpea con el cinturón y con unos alambres, el paciente refiere que en esos momentos sentía mucha rabias y coraje hacía su padre y en sus pensamientos pasó la idea de quererle ver muerto, como no siguió estudiando su papá lo mete a trabajar con él, y refiere que cuándo no trabajaba se la pasaba con sus “cuates”, se cansa de trabajar con su padre y se va a trabajar con una tía en un puesto de discos en Tepito y es cuando tiene su primer acercamiento a las drogas a la edad de 15 años, comenzó consumiendo cocaína, a partir de ese momento se siguió drogando y vendía aparatos “fayuca”,

a su vez comenzó a manejar y a vender drogas al menudeo, pasados los 16 años conoce a una chica que le vendía drogas y que le gustaba mucho, pero el ambiente de ella no le agradaba porque su familia era muy influyente en el barrio de Tepito, se casa con ella y pasa a formar parte de la familia de esta y de participar del negocio de la familia, manejo y venta de todo tipo de drogas, armas y mercancía robada, el padre de la chica era secuestrador y manejaba casi todo el contrabando del área de Tepito.

Edad adulta (19 años, edad actual): se maneja en el ambiente del manejo de drogas, armas y mercancía robada, refiere que

### **SITUACIONES SOCIALES**

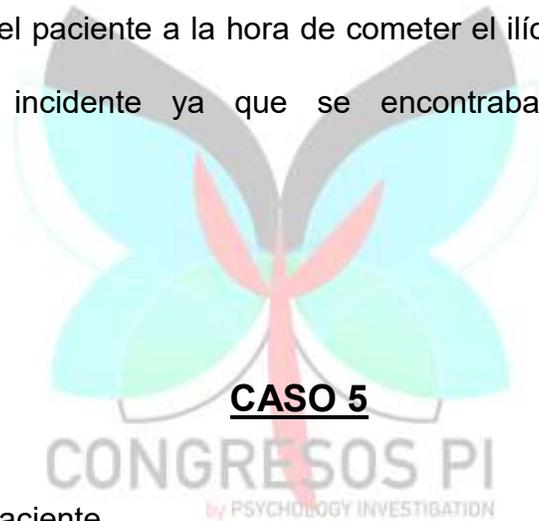
**SITUACIÓN ECONÓMICA:** aunque el paciente manifiesta que en su casa le daban lo que necesitaba, al no estudiar su padre lo pone a trabajar y posteriormente trabaja con una tía en un puesto de discos, ahí conoce las drogas y comienza a venderlas también, a los 16 años conoce a su actual pareja quien se dedica de igual forma a la venta de drogas con su papá y lo inician en el negocio familiar, de donde comienza a ganar mucho dinero,

Violencia: siempre que su padre consumía alcohol los golpeaba a todos, pero en especial a la madre del paciente, esto le hacía sentir mucha impotencia y mucho enojo hacia su papá, el paciente desde temprana edad muestra ser desafiante hacia las figuras de autoridad, manifiesta que tenía una maestra que lo molestaba y decidió agredirla con una paloma explosiva, posteriormente pica con

un lápiz a un compañero cuando lo cambian de escuela lo cual provoca que lo expulsen.

Socialización: el paciente refiere solo tener “cuates” y estos eran los que vivían cerca de su casa, dentro de la escuela no hizo amigos, porque no le caían bien por estudiosos, desde muy joven se interesa en las niñas, y manifiesta que siempre se sintió atraídos por ellas, también menciona que él no podía ver que le lastimaran o agredieran a una niña porque eso le enojaba mucho y las defendía,

Situación mental del paciente a la hora de cometer el ilícito: paciente refiere no recordar nada del incidente ya que se encontraba bajo el efecto de estupefacientes



Datos del interno/paciente

Edad: 31 años

Estado civil: unión libre

Escolaridad: Carrera Técnica en Sistemas Computacionales

Delito: Robo agravado

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Padre: Agente de ventas, actualmente pensionado, originario de Michoacán, es padece Diabetes y es insulodependiente, con 6 hijas de un primer matrimonio.

Madre: Originaria de Colombia, es hija única, actualmente se dedica al comercio, padece problemas de cadera, en articulaciones y columna.

Hermanos: 6 medias hermanas con las que ya no tiene relación y una hermana con la que no ha perdido el contacto.

Diagnóstico de enfermedades o trastornos

Epilepsias: Negado

TDAH: Diagnosticado a los 8 años de edad

DX: Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario a Consumo de Múltiples Sustancias

## DESARROLLO

Infancia (5 a los 11 años): desde niño el paciente refiere que era muy agresivo, siempre peleaba a la menor provocación, no le gustaba que los maestros le dieran órdenes, no estudiaba y se iba de pinta constantemente.

Adolescencia (12 a los 18 años): durante su etapa en la escuela secundaria sobornaba a los maestros para pasar sus materias, pero cuando un profesor no le quiso aceptar el soborno, este le dijo que era un “asalariado” (sic. pac.) y lo expulsaron de la escuela, su mamá lo metió a terminar la secundaria en un

sistema abierto, pero confiesa haberla terminado por medio de sobornos nuevamente. A los 14 comienza a tener relaciones sexuales, y refiere desde ese momento tuvo muchas parejas sexuales, ocasionales en su mayoría, “fui muy noviero y mujeriego” (sic. pac.) A los 16 años comienza consumo de alcohol y drogas, fumando marihuana, después prueba la cocaína fumada e inhalada, esto lo empieza a conocer y a consumir cuando trabajaba en una carnicería

Edad adulta (19 años, edad actual): mantiene un trabajo estable en Televisa, pero sigue drogándose, en ese periodo de la empresa lo mandan un año a Oceánica a rehabilitación, se va a vivir en Unión Libre con una novia con la cual tiene tres hijas, manifiesta que también tiene un hijo que está con su mamá en Costa Rica, desconoce si tiene más hijos “regados” (sic. pac.) sale de Oceánica y sigue trabajando en Televisa, pero después de un año de abstinencia, sigue drogándose, lo cual hace que pierda su trabajo, se dedica a la venta de audífonos para celular, y buscaba tener dinero para surtirse de mercancía o para seguirse drogando. Refiere tener 5 ingresos preventivos a Reclusorio, todos por robo.

## **SITUACIONES SOCIALES**

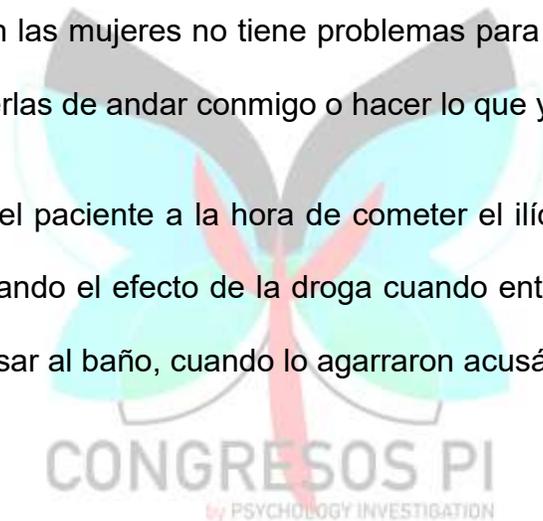
**SITUACIÓN ECONÓMICA:** de niño no le faltó nada ya que su papá vivía con ellos y le proporcionaba todo lo que necesitaba, posteriormente cuando se divorcian sus padres las cosas cambian y empezaron a vivir más justos, porque ya no tenían el apoyo del padre. En un tiempo cuando estaba ya viviendo con la madre de sus hijas y no tenía trabajo fijo, se metió a robar a un Chedraui para

llevarle de comer a sus hijas, ya que no tenía dinero para surtir su negocio y tampoco para darles de comer. Los otros robos fueron para comprarse drogas.

**Violencia:** el paciente menciona que cada vez que se metía en problemas serios era golpeado por su mamá con el cinturón, fue de carácter muy violento y agresivo desde niño, golpeaba y pelaba constantemente con quien lo molestara.

**Socialización:** el paciente refiere que no tenía amigos de niño y que las amistades que llegaba a hacer eran solo con quienes le podían proporcionar drogas o alcohol. Con las mujeres no tiene problemas para relacionarse, “siempre me fue fácil convencerlas de andar conmigo o hacer lo que yo quería” (sic. pac.).

**Situación mental del paciente a la hora de cometer el ilícito:** el paciente refiere que se le estaba pasando el efecto de la droga cuando entró al Palacio de Hierro para refrescarse y pasar al baño, cuando lo agarraron acusándolo de robo de unos anillos.



## **RESULTADOS**

El objetivo del presente trabajo fue descubrir que Agentes Intervienen en el Desarrollo de las Personalidades Antisociales, después de realizar entrevistas a 5 internos/pacientes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CE. VA. RE. PSI. con diferentes diagnósticos clínicos, se encontraron agentes latentes, en los cinco casos revisados, a pesar de los diferentes diagnósticos, existen muchas similitudes, este Trastorno no se da a partir de la edad adulta, o por alguna

enfermedad o daño orgánico, a continuación, se describen los agentes que detonaron el trastorno:

## **BIOLÓGICOS**

### **POR LESIONES EN EL LÓBULO PREFRONTAL**

En cuestión Biológica se pudo observar que dos de los pacientes sufrieron TCE (Traumatismo cráneo encefálico) con consecuencias posteriores, aunque para llegar a la conclusión de que estas lesiones puedan ser un agente latente del desarrollo de la personalidad Antisocial y haber causado un cambio en su comportamiento desde niños, se tendrían que hacer estudios de neuro imagen, concentrando la atención en las conexiones entre la cabeza prefrontal ventromedial (CPFVM), que es la parte responsable de sentimientos como la culpa y la empatía y la amígdala relacionada con la ansiedad y el miedo. También se ha llegado a pensar que una psicopatía surge por un defecto del hipotálamo, comprometiendo la corteza cerebral y el centro encéfalo o en el cerebro interno de Kleist, donde mora la vida instintiva, las pulsiones, los sentimientos básicos y las tendencias a la conservación y reproducción del individuo. Se puede considerar así que el trastorno puede ser producto de lesiones traumáticas del lóbulo prefrontal.

## **PSICOLÓGICOS**

### **VIOLENCIA**

Cuando hablamos de la parte psicológica se encontró que los pacientes se desarrollaron desde edad temprana en ambientes violentos, todos víctimas de actos de diferente intensidad de violencia, estos actos fueron hechos por sus padres, familiares, compañeros de clase y/o maestros, esto nos lleva a considerar a la VIOLENCIA como otro Agente que Interviene en el Desarrollo de la Personalidad Antisocial; por ejemplo: en el Caso 1, encontramos que el padre era sumamente dominante a tal grado de que los hijos no tenían permitido fumar o beber alcohol frente a él, en el Caso 2, nos encontramos con una madre que a la provocación de los hijos les lanzaba un zapato con el fin de golpearlos y corregirlos, a su vez en este mismo caso podemos observar a un padre extremadamente dominante, violento, agresivo y con comportamientos machistas; en el Caso 3 y 4 tenemos a un padres violentos, agresivos, golpeadores y posibles tendencias machistas, en el Caso 5 la madre era quien golpeaba cada vez que tenía una queja de su hijo.

#### AUSENCIA DE EMPATÍA

Los cinco pacientes muestran poca empatía a los sentimientos o emociones de las demás personas, todos los pacientes en su momento han expresado su desagrado a lo que puedan sentir las demás personas, desde niños también mostraron poca empatía con compañeros y sobre todo a las personas que les representaban una autoridad, como padres, jefes o maestros. No tienen miedo.

NO MUESTRAN REMORDIMIENTO Y MUESTRAN DESHUMANIZACIÓN DE LAS VÍCTIMAS

Ninguno de los pacientes a lo largo de las entrevistas mostró remordimiento alguno, cuando se les llegó a cuestionar acerca de si se arrepentían de haber dañado o lastimado a las personas que fueron víctimas de sus delitos, los cinco pacientes dijeron que no sentían remordimientos, en el Caso 1 el paciente manifestó de forma muy puntual que no siente ninguna clase de emoción si lastiman a alguna persona.

### MANIPULACIÓN

Los pacientes con TPA son manipuladores y utilizan a los demás para poder lograr sus fines, tiene la característica de ser seductores, estos pacientes lograron manipular sus ambientes para poder cometer los delitos que les son imputados, se puede llegar a pensar que han manipulado su mismo padecimiento para poder estar en el centro, desde niños pudieron lograr sus cometidos como cambios de escuela, perpetrar robos, cometer homicidios, violaciones, se encontró que en los cinco casos los pacientes muestran este agente, ya que manipularon muchas veces su entorno y las situaciones que los llevaron a perpetrar los ilícitos, en el caso 2, al momento de la captura se dio una declaración que después fue cambiada por el paciente con el fin de declarar que había sido torturado.

### NARCISITAS

Estos pacientes tienen una idea de sí mismos que han construido, como que son buenos o mejores que los demás, les cuesta trabajo identificarse con otras personas, por lo cual se aíslan, los pacientes entrevistados han manifestado no tener amistades dentro del centro, solo tienen conocidos, y prefieren estar solos,

son poco tolerantes sobre todo cuando no se tratan temas que ellos están dispuestos a discutir, cuando se trata de lo que necesitan, utilizan a las demás personas, presentan dificultad para sentir emociones como tristeza o necesidad afectiva, en los casos 1, 2, 4 y 5 se presentan rasgos narcisistas, mencionan siempre hacer mejores cosas que los demás, no se identifican con otras personas, en el caso 1 es muy latente el no sentir emoción alguna, mencionó durante la entrevista que no siente nada respecto al sufrimiento humano.



### SOCIALES

Referente a los agentes sociales tienen una fuerte predisposición a la disfrutar de las relaciones afectivas.

#### HOGARES CAÓTICOS

Los pacientes entrevistados provienen de hogares con dinámicas distintas, en los casos 1 y 2 los pacientes refieren tener una buena dinámica familiar ya que vivieron con ambos padres y tuvieron una buena vida, aunque los padres de ambos pacientes tuvieron formas enérgicas de disciplinar a los hijos, los casos 3 y 4 vivieron en hogares con violencia intrafamiliar, ambos pacientes refirieron odiar al padre por la violencia y las agresiones vividas a lo largo del tiempo que vivieron con los padres, ambos padres presentaron problemas con el alcohol, por otro lado el caso 5 manifiesta ser violentado por la madre, pero justifica su comportamiento porque él siempre se portaba mal y ella tenía que hacerlo.

## POBREZA

En el Caso 3 el paciente vivió pobreza extrema desde niño lo cual lo hizo crecer con resentimiento por la situación vivida, mostraba problemas de socialización por estar en esa condición y abandona la casa para comenzar a trabajar desde los 7 años. En el Caso 5, aunque al principio no tenía problemas económicos por vivir con ambos padres, al momento del divorcio se vieron justos, pero no llegaron a situación de pobreza, la necesidad de tener dinero le vino cuando no tenía para consumir drogas, lo cual, lo orilla a robar, por esta razón hubo ocasiones en las que no tenía dinero para darle de comer a sus hijas, esto lo lleva a cometer otro robo. En los otros tres casos la situación económica no se considera agente ya que los tres pacientes provienen de familias con ingresos que les permitían cubrir las necesidades de estos, hasta que comenzaron a trabajar por haber dejado la escuela.

## CONDUCTUALES

En los cinco casos los pacientes presentan características conductuales similares como, desafío ante las figuras de autoridad, poca socialización, dificultad para mantener relaciones sentimentales, son agresivos y violentos sin razón aparente, los pacientes entrevistados, muestran este tipo de conductas desde temprana edad, peleas con compañeros de clase, altercados con profesores, agresiones hacia familiares, ruptura de reglas, poca estabilidad para mantener un empleo.

## DISCUSIÓN

Se decidió hacer una investigación cualitativa, esto con el fin de detectar los agentes del desarrollo del TPA en un punto de tiempo, situando tres etapas del desarrollo de los pacientes, la niñez, la adolescencia y la edad adulta.

Los resultados obtenidos en este trabajo dan una muestra de que los Agentes que Intervienen en el Desarrollo de las Personalidades Antisociales, se presentan desde temprana edad, algunos de los agentes que encontramos en esta investigación, no son considerados por los autores revisados para la composición de esta investigación, esto puede ser a razón de que en la adolescencia se dan cambios trascendentales tanto físicos, como del ánimo y sociales, que en muchos casos marcan de forma permanente la personalidad de los jóvenes por estos cambios tan radicales, para muchos, la edad en la que empiezan a hacerse más notables estos agentes es hasta que el individuo tiene 15 años (DSM-V, 2014).

Encontramos que en todos los casos se presentan comportamientos negativistas desde la niñez, estos comportamientos son los que están asociados al Trastorno Negativista Desafiante (TND), este trastorno puede aparecer desde los 3 años de edad, aunque en la mayoría de los casos llega a iniciarse a los 8, este trastorno no suele presentarse después de la adolescencia, es más común en hombres. Su característica principal es un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles dirigidas hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad, este tipo de niños discute

todo el tiempo, son desafiantes y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad, comportamientos que se presentaron en los cinco casos. De acuerdo al DSM-IV-TR, este trastorno provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral (Vásquez, Feria, Palacios, De la Peña, 2010).

Se pudo observar que los pacientes entrevistados cumplieron con los criterios diagnósticos del TND que se encuentran en el DSM-V, este patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante dura por lo menos seis meses, estando presentes cuatro o más de las siguientes conductas:

- A menudo discute con adultos (se presentó en los cinco casos)
- A menudo desafía activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir sus demandas (se presentó en los cinco casos)
- A menudo molesta deliberadamente a otras personas (se presentó en los cinco casos)
- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento (se presentó en tres casos)
- A menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros (se presentó en los cinco casos)
- A menudo es colérico y resentido (se presentó en los cinco casos)
- A menudo es rencoroso o vengativo (se presentó en los cinco casos)

Estos síntomas negativistas afloran en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes, su inicio es gradual y suelen mantenerse a lo largo de meses o años, en una proporción significativa de casos, el TND constituye un antecedente evolutivo del Trastorno Disocial (Vásquez, Fera, Palacios, De la Peña, 2010).

Como pudimos observar en los cinco casos, aunque los pacientes tenían un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico fue bajo, ya que se negaban a participar e insistían en solucionar sus problemas sin ayuda de los demás, la secuencia más probable sería un inicio con diagnóstico de TDAH (lo cual se presenta en el caso 5), luego TND estos pueden ser comórbidos con trastornos de la ansiedad; trastorno disocial en la adolescencia comórbidos con cualquier trastorno internalizado (ansiedad y/o depresión) con una posible evolución al consumo de sustancias adictivas, como también alta probabilidad de desarrollar el trastorno de la Personalidad Antisocial en edad adulta (Vásquez, Fera, Palacios, De la Peña, 2010), por lo cual se le puede considerar también como un Agente en el Desarrollo de la Personalidad Antisocial en casos específicos.

En cuestión a la adolescencia de los pacientes se encontraron rasgos que coinciden con Trastorno Disocial, este trastorno se caracteriza por comportamientos en contra de la sociedad (antisociales) que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad, todos estos comportamientos van ligados a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares, aunque como lo mencionábamos antes, estos aparecen en etapas

infantiles, pueden continuar en la adolescencia y extenderse hasta la edad adulta, donde se ya el problema es denominado TPA (Vásquez, Fera, Palacios, De la Peña, 2010) (Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante)

En el DSM-V, se encuentran los criterios que se presentan para el diagnóstico del TD, tomando en cuenta que deben presentarse de tres o más en 12 meses o menos y por lo menos un criterio en los últimos seis meses.

#### Agresión a personas o animales

- Constantemente fanfarronean, amenazan o intimidan a otros (se presentó en tres casos)
- A menudo inician peleas físicas (se presentó en todos los casos)
- Han llegado a utilizar armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola, palo) (se presentó en uno de los casos)
- Manifiestan crueldad física con las personas (se presentó en todos los casos)
- Manifiestan crueldad física con los animales (ningún paciente refirió esto)
- Roban enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsa) (se presentó en dos casos)
- Han forzado a alguien a una actividad sexual (se presentó en un caso)

- Destrucción de la propiedad
- Provocan deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves (no se presentó en ningún caso)
- Destruyen deliberadamente propiedad de otras personas (útiles escolares, juguetes, ropa, etc.) (se presentó en un caso)
- Fraudulencia o robo
- Se meten sin permiso a la casa o el automóvil de otra persona (se presentó en dos casos)
- Mienten para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (se presentó en todos los casos)
- Roban objetos de valor sin enfrentamientos con la víctima (robo en tiendas, dinero de los padres o familiares etc.) (se presentó en dos casos)
- Violaciones graves de normas
- Permanecen fuera de su casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años de edad (se presentó en tres casos)
- Se escapan de su casa durante la noche por lo menos dos veces; o sólo una vez si tardan en regresar un largo periodo (se presentó en un caso)
- Realizan novillos (irse de pinta) antes de los trece años de edad (se presentó en tres de los casos)
- Durante la investigación encontramos factores del modelo bio-pscio-social en los cinco casos, como:

- Sociales
- Educación rígida caracterizada por agresión física o verbal
- Patrones de disciplina e incorrectos, que van desde severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia como la falta de supervisión y control.

- Condiciones caóticas en el hogar
- Divorcio de los padres
- Alcoholismo o abuso de sustancias
- Sufrir privaciones económicas
- Vivir en zonas urbanas marginadas y además de que exista consumo de drogas

- Desempleo de los padres
- Falta de red de apoyo social
- Psicológicos
- Los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración, necesaria para las relaciones maduras.

- Biológicos
- Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.

Conforme a los agentes encontrados, se puede concluir que en tres de los casos hay agentes que cumplen con la condición de haber desarrollado desde la niñez, Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno Disocial (TD) y posteriormente el Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA), en los otros dos casos la condición coincide en que los agentes que intervinieron desde la adolescencia pasaron con Trastorno Disocial (TD) y Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA),

También se puede observar que el entorno social en el que se desarrolla el individuo tiene mucha influencia para que estos agentes se hagan presentes y adquieran fuerza, esta investigación se realizó basándose en el modelo Biopsicosocial, en donde podemos establecer que el desarrollo de este tipo de personalidades engloba los tres aspectos del modelo, donde los factores sociales juegan un papel muy importante en el desarrollo de los mismos, la característica principal de la personalidad antisocial es un comportamiento general de desprecio y violación a los derechos de los demás, comenzando en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

El tratamiento propuesto por Aaron Beck que se puede dar a los pacientes con TPA consiste en:

- Aumentar la colaboración con el paciente
- Trabajar centrándose en los problemas
- Identificación de los pensamientos distorsionados asociados a las conductas desadaptativas

- Enseñar habilidades de resolución de problemas
- Disminuir la ira y la impulsividad
- Aumentar la introspección y la conciencia acerca de las diferentes funciones de sus pautas de conducta
- Ampliar la base para las atribuciones y valoraciones
- Toma de construcciones positivas

En el caso de los pacientes que se encuentran en el CE. VA. RE. PSI. se trabajan todas estas técnicas, aunque hay que tomar en cuenta que estos individuos ya no saldrán en libertad por el tipo de delitos que han cometido, está puede representar una de las limitantes más importantes ya que aunque son parte de una población que está concentrada, la demanda del servicio de psicología no se puede brindar de forma continua porque hay que darle atención a otros pacientes, una propuesta para futuras investigación sería el crear programas en los que se involucren actividades que ayuden al paciente a tener un estado psicológico más estable, algunas de alternativas que se ofrecen para esta población mientras están en el CE. VA. RE. PSI. son: desarrollo de aptitudes artísticas como, las manualidades, la jardinería, la pintura y la escritura. Que hacer con la población sana

## REFERENCIAS

Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología*. Editorial Paidós Educador. Primera Edición. p-90

Díaz-Bravo, L. et. al. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México. Elsevier México.

Caballo, V. E. (2004) Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción, Evaluación y Tratamiento. Ed. Síntesis. Madrid, España.

Cabello, J. O., Bruno, A. H. (S.f.). Personalidad Psicopática o Trastorno de la Antisocial de la Personalidad. Cuadernos de Medicina Forense. Año 3. N° 2 (83-92), Consultado el: 6 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.medicinaforenseperu.org/media/documentos/20100212164515.pdf>

Cifuentes, G. J. J., Lodoño, A. N. H. (2011) Perfil Cognitivo y Psicopatológico Asociados a la Conducta Antisocial. International Journal of Psychological Research, 4 (1), 58-69. Consultado el 19 de septiembre de 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/huech/Desktop/Dialnet-PerfilCognitivoYPsicopatologicoAsociadosALaConduct-5134651.pdf>

DSM-V. (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Garzón, Á. M., & Sánchez, J. A. (2007). Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial. Revista Psicología Científica.com, 9(12). Consultado el 30 de agosto de 2016. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/personalidad-antisocial-factores-neurobiologicos>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). Metodología de la investigación. Colombia: Panamericana Formas e Impresos, S.A.

Hikal, W. (2005). Criminología Psicoanalítica, Conductual y del Desarrollo. La Necesidad de Sistematizar el Conocimiento Criminológico: las Criminologías Específicas. Primera Edición. ISBN. México.

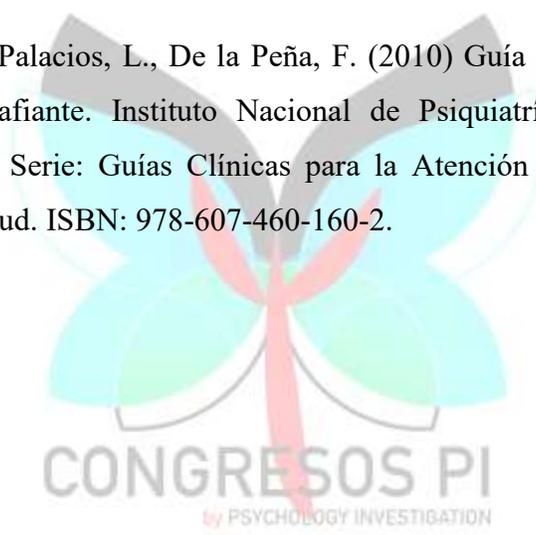
- Holguín, M. T., & Palacios, C. J. (2014). La Genética del Trastorno Antisocial de la Personalidad: Una revisión de la bibliografía. *Revista Salud Mental*. Vol. 37 No. 1. Enero-febrero. 37:83-91. Consultado el 7 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a10.pdf>
- López, A. F., Rodón, J. M., Alfano, S. M., Cellerino, C. (2013). *Psicoterapia para los Trastornos y Alteraciones de la Personalidad: Guías Esquemáticas para Profesionales*. 1ª ed. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial. P-20.
- López, M. M.J., & Núñez, G., M.C. (2009). Psicopatía versus Trastorno Antisocial de la Personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*. Artículo 1, Número 7 ISSN: 1696-9219. Consultado el 6 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano7-2009/a72009art1.pdf>
- Lykken, D. T. (2000). *Las Personalidades Antisociales*. Editorial: Herder
- Morales, P. (2012). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales (Universidad Pontificia Comillas)*. Recuperado de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1omuestra.pdf>
- Murueta, M. E., Guzmán, M. O. (2015). *Psicología de la Violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. Tomo II. 2ª. Edición. Editorial: El Manual Moderno.
- Rodríguez, T. A. (2008). La Personalidad Antisocial. *CULTURA*. Lima (Perú) 22; 463-472, ISSN: 1817-0285. Consultado el 6 de septiembre de 2016. Disponible en: [http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU\\_22\\_1\\_la-personalidad-antisocial.pdf](http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_22_1_la-personalidad-antisocial.pdf)
- Sandoval, de E. J. M., Richard, M. M. P. (2005) *La Salud Mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Dirección General de Bibliotecas SIID. Consultado el 17 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Sue, D., Wing Sue, D., Sue, S. (2010). Psicopatología, Comprendiendo la Conducta Anormal. Novena Edición. Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.

Tapias, A., Medina, E., Ruiz, S. (S.f.) Factores Psicológicos Asociados al Trastorno de la Personalidad Antisocial. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 3 No. 2, 27-40.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010) Guía Clínica para el Trastorno Disocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales. Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-158-9.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010) Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales. Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-160-2.



ARTISTS

