

TÍTULO: AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO EN ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNO DISOCIAL. UN ESTUDIO EN EL CENTRO DE INTEGRACIÓN PARA ADOLESCENTES DEL ESTADO DE MICHOACÁN

TITLE: POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT IN ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT CONDUCT DISORDER. A STUDY IN THE CENTER OF INTEGRATION FOR TEENS OF THE STATE OF MICHOACAN

Autores:

Fátima Paulina Rosiles Leyva.

Elizabeth Hernández Lujan.

Ferran Padrós Blázquez.

Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Morelia Michoacán, México.

Dirección: Francisco Villa No. 450, Colonia: Doctor Miguel Silva. CP.58120 Morelia Michoacán, México. fatypau_rl@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de conducta se caracterizan por un comportamiento persistente y repetitivo que viola los derechos de otras personas o importantes normas sociales que se inicia en la infancia o en la adolescencia. El objetivo es analizar si los niveles de afecto positivo y afecto negativo de los adolescentes diagnosticados de trastorno disocial de la conducta (TDC), son distintos de los niveles reportados por otros adolescentes sin dicho trastorno.

Método: Se confeccionaron tres grupos, el primero constituido por 12 jóvenes internos (en reclusión) del Centro de Integración para Adolescentes (CIA) diagnosticados de TDC, el segundo formado por 18 jóvenes también internos en el mismo centro pero sin TDC y el tercero integrado por 14 jóvenes sin TDC estudiantes de preparatoria. Se realizó un estudio transversal en el cual se aplicó a los participantes el cuestionario breve para el diagnóstico del TDC y la escala de afecto positivo y negativo (PANAS) adaptada a la población mexicana. **Resultados:** Respecto al nivel de afecto negativo no se observan diferencias entre los 3 grupos. Por otro lado, se observó que el grupo de jóvenes sin TDC internos en el CIA reportó menor nivel de afecto positivo que el grupo de jóvenes de la preparatoria. Sin embargo no se observaron diferencias entre el grupo de jóvenes con TDC internos y la muestra compuesta por los estudiantes.

Discusión: Respecto al afecto negativo se sugiere como posible explicación de los datos obtenidos en el presente y otros estudios, un posible efecto compensatorio. De modo que los adolescentes con TDC experimentarían mayor nivel de afecto negativo derivado de déficit como los de autorregulación afectiva y menor proveniente de sentimiento de culpa y lástima por los demás. En cuanto al afecto positivo se ofrece como explicación que el TDC puede actuar como factor de "protección" frente a situaciones adversas como lo es estar en reclusión.

Palabras clave: adolescentes, trastorno de conducta, trastorno disocial, afecto positivo, afecto negativo.

ABSTRACT

Background: Conduct disorder is characterized by persistent and repetitive behavior that violates the rights of others or major societal norms that begins in childhood or adolescence. The objective is to analyze whether the levels of positive affect and negative affect among adolescents diagnosed of conduct disorder (CD) are different from the levels reported by other adolescents without the disorder.

Method: Three groups were prepared, the first consisting of 12 young inmates at the Integration Center for Adolescents (CIA) diagnosed with CD, a second group with 18 young inmates also in the center but without CD and the third consisting of 14 high school students without CD. We conducted a cross-sectional study in which participants applied the short questionnaire for the diagnosis of conduct disorder and the scale of positive and negative affect (PANAS) adapted to the Mexican population.

Results: Regarding the level of negative affect, there were no differences between the 3 groups. On the other hand, it was observed that the group with young inmates in the center but without CD reported lower levels of positive affect than the group of students of high school. However, no differences were observed between the group of young people with CD and the sample of students.

Discussion: In regards to negative affect, a possible compensatory effect is suggested as a possible explanation of the data obtained in this and other studies. So that adolescents with conduct disorder would experience higher levels of negative affect resulting from a deficit as an emotional self-regulation and less from guilt and shame for others. With regard to positive affect, the explanation offered is that the disorder may act as a "protection" against adverse situations such as being in detention.

Key words: adolescents, conduct disorder, conduct disorder, positive affect, negative affect.

INTRODUCCIÓN

La delincuencia en México y el mundo ha sido uno de los problemas más difíciles de combatir. En el año 2000 el presupuesto que se tenía destinado para Seguridad Pública en México era de 187.2 millones de pesos, y en el 2009 aumentó a 2820.1 millones de pesos del cual se destina el 7.5% que equivale a 463.6 millones de pesos para la sustentabilidad (alimentación de los adolescentes, sueldo de los trabajadores, mantenimiento, etc.) y construcción de nuevos centros de integración para jóvenes (infraestructura, compra de terrenos) dentro de diversas regiones de la república mexicana. De acuerdo a las estadísticas, cada año se recluyen 100,000 adolescentes debido a adicciones y trastorno disocial de la conducta (TDC) según datos oficiales (Avelino y Peña, 2004).

El término “trastorno de conducta” se emplea para hacer referencia a los casos en que niños y adolescentes manifiestan un patrón de conducta antisocial (comportamiento persistente y repetitivo que viola los derechos de otras personas o importantes normas sociales), cuando existe un deterioro significativo en el funcionamiento diario en casa o en la escuela, o bien cuando las conductas son consideradas incontrolables por familiares y amigos. De esta forma, el diagnóstico de trastorno de conducta queda reservado para aquellos casos donde aparece la conducta antisocial clínicamente significativa y que sobrepasa claramente el ámbito del normal funcionamiento (Kazdin y Buela-Casal, 2006).

La teoría del apego formulada por Bowlby (1985) señala que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la percepción de accesibilidad y capacidad de respuesta que éste tiene de su principal cuidador. Se considera que los apegos seguros promueven la experiencia de ser competente y una independencia apropiada. Un niño que está bien apegado manifiesta, generalmente, más habilidades sociales, mejor adaptación al medio, y una buena regulación afectiva, lo cual se ha propuesto como factor de protección frente a distintos trastornos mentales entre ellos podría considerarse el TDC (Delgado, 2004).

Una persona con estilo de apego seguro, se caracteriza por acercarse emocionalmente a los otros de manera sencilla y mostrar la capacidad de establecer una experiencia de dependencia mutua segura y comfortable (Dutra y cols., 2002). Sus relaciones con el otro son más estables, íntimas y satisfactorias y su perspectiva de sí mismo es más integrada y coherente. Estas personas son capaces de hablar de las experiencias adversas negativas o penosas de su infancia de manera reflexiva y relativamente desprovista de mecanismos de defensa (Bowlby, 1988; Marrone, 2001). En cambio, las personas con un estilo de apego inseguro se sienten incómodas con las relaciones que involucran cercanía emocional por lo que se mantienen alejados, argumentando muchas veces la importancia de la independencia y la autosuficiencia. Es característica en estos sujetos la inhibición de sentimientos negativos o agresivos, con la finalidad de mantener la aprobación social (Stoudemire, 1995).

Baumann, Kaschel y Kuhl (2004) encontraron que los déficit en la autorregulación juegan un papel fundamental en el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad (trastorno que una parte sustancial de los pacientes con TDC acaban padeciendo, A.P.A., 2002). La autorregulación emocional se relaciona con estrategias de afrontamiento de problemas y el autocontrol (Kuhl, 1994).

McBurnett y cols. (2005) hallaron en una muestra de adolescentes una relación positiva entre problemas de conducta y afecto negativo e inversa con el afecto positivo. Sin embargo, Desrichard y Denarie (2005) utilizando la escala de Afecto positivo y negativo conocida como PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) reportaron ausencia de relación entre los niveles de afecto positivo y negativo con las conductas de riesgo (uso y abuso de sustancias, relaciones sexuales, y conducta desafiante) que son características del TDC.

Por otro lado, Ali y cols. (2009) investigaron las relaciones entre la psicopatía (primaria y secundaria) y la inteligencia emocional. En el estudio se concibe la psicopatía como la acción de actos delictivos de forma repetitiva y distingue la psicopatía primaria porque se caracteriza por la ausencia de sentimientos de culpabilidad, empatía o sensibilidad cuando el individuo comete los actos delictivos (es decir concepción cercana al TDC). En el estudio se medía la respuesta emocional ante estímulos que promovían estados de ánimo distintos (feliz, triste y neutro). Se observó que los individuos con niveles elevados de psicopatía primaria, frente a imágenes de tristeza, mostraron menor nivel de afectación es decir bajo nivel de afecto negativo. Ello concuerda con lo observado en sujetos que padecen trastorno antisocial los cuales tienden a inhibir el afecto negativo (Cordero, 2007), por ello podría inferirse que experimentan menor nivel de afecto negativo.

En la presente investigación se tiene como objetivo saber si los niveles de afecto positivo y afecto negativo de los adolescentes diagnosticados de TDC, son distintos de los mostrados por adolescentes sin dicho trastorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

El estudio se realizó con 44 participantes varones de 15 a 17 años de edad del estado de Michoacán, distribuidos en tres muestras.

- La **muestra A**, estuvo conformada por 12 adolescentes con TDC, internos en el Centro de Integración para Adolescentes de Morelia, Michoacán, los cuales cumplen con los siguientes criterios de inclusión:
- Ser menores de 18 y mayores de 14 años de edad.
- Ser varón.
- Estar diagnosticados de TDC según criterios DSM-IV-TR (A.P.A., 2002) evaluados por una psicóloga del centro.
- Obtener una calificación de 4 o más puntos en el Cuestionario breve para el diagnóstico del TDC.
- Tener una sentencia ya establecida por el Juez de mínimo seis meses.

La **muestra B**, se constituyó por 18 adolescentes sin TDC, los cuales cumplen con los mismos criterios de inclusión con la excepción de que no recibieron el diagnóstico de TDC al ser evaluados por la psicóloga del centro y obtuvieron una puntuación menor o igual a 3 puntos en el Cuestionario breve para el diagnóstico de TDC.

La **muestra C** estuvo conformada por 14 adolescentes sin TDC, alumnos de la preparatoria ICA de la ciudad de Morelia, Michoacán, los cuales obtuvieron una puntuación menor a 4 en el cuestionario breve para el diagnóstico de TDC.

La muestra A cuenta con una media de 16.92 años de edad (DE= 0.29), la muestra B con una media de 16.20 (DE= 0.79) y la muestra C cuenta con una media de 16.10 (DE= 0.27) las cuales resultaron ser significativamente diferentes ($F= 9.777$ $p < 0.001$).

Tabla - 1

Tabla 1. Datos descriptivos de la Edad en las tres muestras comparadas.

Muestra	Nº de Participantes	Media	Desviación Estándar	Mínimo de Edad	Máximo de Edad
A	12	16.92	0.29	16	17
B	18	16.22	0.73	15	17
C	14	16.07	0.27	16	17
Total	44	16.36	0.61	15	17

Instrumentos

- Cuestionario breve para el diagnóstico del TDC de acuerdo al DSM-IV estandarizado y validado en la Ciudad de Medellín, Colombia (Pineda y cols., 2000). Es un cuestionario auto-aplicado de 14 ítems que se derivan directamente de los criterios del DSM-IV; que además proporciona información indirecta de la duración y frecuencia de los síntomas. Puntuaciones iguales o mayores a 4 sugieren la presencia de TDC. Manifiesta aceptable validez discriminante y elevada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0.86).
- La escala de afecto positivo y negativo conocida como PANAS de Watson & Clarck, (1988), mide el nivel de afecto positivo y negativo. La versión corta en castellano adaptada a la población mexicana del PANAS (Robles & Paez, 2003) es un instrumento auto aplicable que consta de dos apartados de 20 reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos “en la última semana” (afecto como estado), y en el segundo apartado se les evalúa “generalmente” (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en rango de 1 al 5, en donde 1 significa “muy poco o nada” y 5 “extremadamente”. En la adaptación a población mexicana se observó una media de afecto positivo en la última semana de 33.5 (DE= 7.4) y de 20.1 (DE= 7.1) de afecto negativo con unos valores de alfa de Cronbach de 0.85 y de 0.81 respectivamente.

Procedimiento

Se les solicitó a los 46 jóvenes internos del Centro de Integración para Adolescentes (CIA), que respondieran individualmente las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) adaptadas a la población mexicana (Robles & Paez, 2003) y posteriormente, el cuestionario breve para el diagnóstico del TDC (Pineda y cols., 2000). La duración aproximada de la aplicación fue de 30 minutos. Cada uno de los jóvenes ya contaba previamente con un diagnóstico realizado por la psicóloga del CIA.

Se generaron dos muestras, la muestra A fue compuesta por todos aquellos internos que habían recibido el diagnóstico de TDC según los criterios del DSM IV-TR (A.P.A., 2002) establecido por la Psicóloga del Centro de Integración para Adolescentes (CIA), así mismo debían cumplir con los otros

criterios de inclusión de la muestra A. Se excluyó 1 joven, debido a que obtuvo una puntuación inferior a 4 en el cuestionario breve. La muestra B fue conformada por todos los adolescentes restantes internos que no recibieron dicho diagnóstico después de ser evaluados por la Psicóloga del CIA, cumpliendo así mismo con los otros criterios de inclusión. Se excluyó 1 joven debido a que obtuvo una puntuación superior a 4 en el cuestionario breve para el diagnóstico del TDC.

La muestra C fue seleccionada de la preparatoria ICA de la ciudad de Morelia, en donde a dos grupos de estudiantes adolescentes que cumplían con el criterio de la edad, se le aplicaron los mismos instrumentos. En esta muestra se excluyeron 3 jóvenes, debido a que obtuvieron una puntuación igual o superior a 4 de acuerdo en el cuestionario breve para el diagnóstico del TDC.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 17.0. Se realizó un ANOVA y se aplicó el test de Tukey para determinar las diferencias entre los grupos.

RESULTADOS

Respecto a la Escala de Afecto Negativo manifestado en la última semana (ANUSE) se obtuvieron valores de medias entre 17.93 y 18.83 las cuales no resultaron diferentes ($F= 0.07$ $P= 0.93$). Tampoco se observaron diferencias significativas ($F= 0.38$ $P= 0.69$) en la escala de afecto negativo generalmente (ANG) entre los tres grupos (Ver tablas 2, 3 y 4).

Tabla 2. Datos descriptivos de Afecto negativo en la Última semana (ANUSE) y Generalmente (ANG).

	N	Media DS
ANUSE A	12	18.83 (7.58)
B	18	18.17 (6.17)
C	14	17.93 (5.14)
Total	44	18.28 (6.16)
ANG A	12	18.00 (7.12)
B	18	19.00 (6.42)
C	14	17.14(4.13)
Total	44	18.14(5.92)

Tabla 3. Datos descriptivos de la ANOVA de los niveles de ANUSE y ANG.

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	Sig.
ANUSE Entre grupos	5.63	2	2.82	0.07	0.93
Intra grupos	1621.10	41	39.54		
Total	1626.73	43			
ANG Entre grupos	27.47	2	13.73	0.38	0.69
Intra grupos	1479.71	41	36.09		
Total	1507.19	43			

Tabla 4. Datos descriptivos de Afecto positivo en la Última semana (ANUSE) y Generalmente (ANG).

	N	Media DS
APUS A	12	25.84 (10.84)
B	18	23.72 (6.90)
C	14	31.93 (8.48)
Total	44	26.91(9.13)
APG A	12	26.83 (10.44)
B	18	23.89 (7.64)
C	14	32.36 (8.55)
Total	44	27.39 (9.29)

Sobre el Afecto Positivo reportado en la Última Semana (APUS) se observaron diferencias entre los tres grupos ($F = 3.71$, $p = 0.03$) así como sobre el afecto positivo experimentado generalmente ($F = 3.71$, $p = 0.03$) véase tabla 5. Se observó que tanto en la última semana (APUS) como generalmente (APG) las medias ($= 23.72$ y $= 23.83$) del afecto positivo reportado por los participantes de la muestra B (Jóvenes internos en el CIA pero sin TDC) fue significativamente menor a las medias ($= 31.93$ y $= 32.36$) reportadas por los sujetos del grupo C (Jóvenes sin TDC, pertenecientes a la preparatoria ICA) véase tablas 4 y 6.

Tabla 5. Datos descriptivos de la ANOVA de los niveles de APUS y APG.

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	Sig.
APUS Entre grupos	549.43	2	274.71	3.71	0.03
Intra grupos	3036.21	41	74.05		
Total	3585.63	43			
APG Entre grupos	569.78	2	284.89	3.71	0.03
Intra grupos	3142.66	41	76.65		
Total	3712.43	43			

Tabla 6. Datos descriptivos de significación entre los tres grupos de APUS y APG.

Variable Dependiente	Grupo	Grupo de comparación	Diferencia media entre grupos	Error Estándar	Significación
APUS	A	B	2.11	3.21	0.79
		C	-6.10	3.39	0.18
	B	C	-8.21*	3.07	0.03
APG	A	B	2.94	3.26	0.64
		C	-5.53	3.44	0.26
	B	C	-8.47*	3.12	0.03

* La diferencia media es significativa al $p < .05$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se planteó como objetivo saber si los niveles de afecto positivo y afecto negativo de los adolescentes diagnosticados de TDC, son distintos de los mostrados por otros adolescentes sin dicho trastorno.

Respecto al afecto negativo no se observaron diferencias entre los 3 grupos de adolescentes. En cuanto al afecto positivo, las diferencias halladas no se dan entre los adolescentes con TDC y las otras dos muestras. Por lo tanto, los resultados no coinciden con los obtenidos por McBurnett y cols. (2005), aunque debe mencionarse que éstos hallaron relación directa entre los problemas de conducta y el afecto negativo e inversa con el positivo, pero sólo medían los problemas de conducta, no la presencia del TDC (entidad nosológica más compleja). Nuestros hallazgos coinciden con los de Desrichard y Denarie (2005) los cuales aplicaron la misma escala PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) aunque tomaron en cuenta las conductas de riesgo que es sólo otro aspecto del cuadro clínico y por ello tampoco abarca la complejidad del trastorno.

En principio los resultados obtenidos no apoyan a la teoría referente a un posible déficit de autorregulación afectiva como posible factor causal del trastorno antisocial (Baumann, Kashel y Khul, 2004), ni respaldan la presencia de otros déficits que puedan derivarse de un apego no seguro (Bowlby, 1988; Marrone, 2001). Por otro lado, en la presente investigación tampoco se observaron niveles inferiores de afecto negativo como los presentados en el trabajo de Ali y cols. (2009), aunque en su investigación sólo evaluaron los niveles de afecto frente una situación estimular muy concreta y que no afectaba directamente a los participantes, si no a terceras personas.

La ausencia de diferencias en el nivel de afecto negativo podría explicarse porque quizá exista un efecto compensatorio. De modo que los adolescentes que cumplen con los criterios de TDC, como se ha reportado (Stoudemire, 1995), tienden a inhibir los sentimientos negativos o agresivos, con la finalidad de mantener la aprobación social. Además experimentarían por un lado, menor afecto negativo frente el malestar de terceras personas, y también del proveniente del sentimiento de culpa que otros adolescentes sin dicho trastorno experimentan. Pero por otro lado, puede verse aumentado el afecto negativo (frustraciones, enojos, decepciones, etc.) derivado de los déficits de planeación e impulsividad que les lleva a un peor funcionamiento y también el producido por una mala autorregulación afectiva.

En cuanto al afecto positivo lo que podría interpretarse es que las condiciones de internamiento (reclusión) interfieren en el afecto positivo experimentado por aquellos adolescentes no diagnosticados de TDC. En cambio la presencia del trastorno, actuaría como un factor “protector”, de modo que un adolescente con TDC en circunstancias adversas no reduce de forma significativa el afecto positivo experimentado. Es posible que en situaciones de no reclusión los adolescentes con TDC experimenten menor nivel de afecto positivo, sobre todo porque éstos se caracterizan por mostrar poco interés por los sentimientos y deseos de terceros, lo cual reduce la posibilidad en gran medida la aparición de relaciones interpersonales íntimas (amistades) una de las principales fuentes de afecto positivo de los adolescentes. Nótese que el presente estudio se ha realizado con muestras pequeñas, circunstancia que dificulta mucho la posibilidad de hallar diferencias significativas en los diferentes contrastes realizados. En muestras mayores podrían observarse diferencias entre las muestras (por ejemplo entre el afecto positivo manifestado por la muestra de adolescentes con TDC y el obtenido de los adolescentes sin trastorno pero sin reclusión).

Debe destacarse también otras limitaciones importantes del presente trabajo, como el hecho de que los instrumentos utilizados son autoadministrados y subjetivos. Tómese en cuenta algunos aspectos del trastorno como la tendencia a mentir, o la deseabilidad social que pueda manifestar cualquier persona,

ambos factores pueden afectar a las respuestas aportadas por los participantes. Así pues sería deseable que en futuras investigaciones se utilizaran de forma paralela otras mediciones (correlatos fisiológicos). Por otro lado, tampoco se controló el tiempo de ingreso de los adolescentes, de modo que algunos de ellos acababan de entrar al centro de integración, otros estaban en proceso y algunos otros estaban a poco tiempo de salir, ello podría influir en los niveles de afecto reportados por el tiempo de adaptación de los adolescentes. Se sugiere para futuras investigaciones realizadas en centros penitenciarios, llevar a cabo la aplicación de los instrumentos controlando dichos factores.

Sería importante para tratar de dilucidar el posible efecto compensatorio que se sugiere como posible explicación de los datos obtenidos en el presente y otros estudios sobre el afecto negativo, evaluar los afectos de forma más concreta y diferenciada. De modo que se midiera la cantidad de sentimientos de lástima por terceras personas y culpa experimentados, de forma separada a la cantidad de afecto negativo derivado de frustraciones, enojos, decepciones, etc.

Finalmente, respecto el afecto positivo sería deseable observar si hay diferencias en participantes con y sin diagnóstico de TDC en condiciones de normalidad (en libertad). Así como también hacer estudios de seguimiento y observar si los niveles de afecto positivo varían en ambas muestras de sujetos al estar en reclusión y/o al salir.

BIBLIOGRAFIA.

American Psychiatric Association. DSM IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta ed. España: Masson; 2002.

Ali, F., Sousa, I.A. y Chamorro-Premuzic, T. Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences Journal* 2009, 47: 758–762. Londres.

Avelino, O. y Peña, M. Diagnóstico Jurídico y Presupuestario del Ramo 33: Una Etapa del Federalismo en México. México, D.F. 1ra. Edición; 2004.

Baumann, N., Kaschel, R., y K. Kuhl, J. From Personality Styles to Symptom Formation: The Moderating Role of Self-Regulation 2004. Manuscrito enviado. Universität Osnabrück. Citado en; Cordero, S. El rol de la personalidad en la relación frustración – estrés y diversas reacciones afectivas: resultados de una investigación. *Cienc. psicol.*, 2007, vol.1, no.1, p.47-69.

Bowlby, J. La separación afectiva. Ediciones Paidós: Barcelona; 1985.

Bowlby, J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York, USA: Basic Books; 1988.

Cordero, S. El rol de la personalidad en la relación entre frustración - estrés y diversas reacciones afectivas: resultados de una investigación *Ciencias Psicológicas* 2007, 1 (1): 47-69.

Delgado, O. Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2004, 4 (1); 65-81.

Desrichar, O. y Denarie, V. Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors Journal* 2005, 30: 1449–1453.

Dutra, L., Naksh-Eiskovits, O. y Westen, D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Child adolescents psychiatric* 2002, 41 (9), 1111-1123.

Kazdin, A.E. y Buela-Casal, G. *Conducta Antisocial*. Madrid: Piramide; 2006.

Kuhl, J. Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-Contol- Scale (ACS-90), 1994. En J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (pp. 47-59). Göttingen, Germany: Hogrefe. Citado en: Cordero, S. El rol de la personalidad en la relación frustración – estrés y diversas reacciones afectivas: resultados de una investigación. *Cienc. psicol.* 2007, vol.1, no.1, p.47-69.

Marrone, M. *La teoría de apego un enfoque actual*. Madrid, España: Primática; 2001.

McBurntt, K., Raine, A., Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Kumar, A., Kumar, M., y Lahey, B. Mood and Hormone Responses to Psychological Challenge in Adolescent Males with Conduct Problems. *Biological Psychiatry* 2005, 10:1109-1116.

Pineda, D.A., Puerta, I.C., Arango, C.P., Calad, O.M. y Villa, M.T. Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Revista Neurológica* 2000, 12: 1145-1150.

Robles, R. y Paez, F. Estudio sobre la traducción al Español y sus propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental* 2003, 26: 69-75. Stoudemire, A. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*. Washington, USA: American Psychiatric Press; 1995.

Watson, D., Clarck L. A. y Tellegen A. Cross-Cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal Personality Social Psychology* 1988, 47:127-144.