



Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística

Año 6, vol. XI agosto-diciembre 2018

ISSN: 2007-2023

www.acspyc.es.tl

Sociedad Mexicana de Criminología capítulo
Nuevo León, A.C.

Rasgo antisocial y afecto positivo y negativo en población penitenciaria de México

Antisocial trait and positive and negative affect in the penitentiary population of Mexico

Fecha de recepción: 13/04/2018

Fecha de aceptación: 16/06/2018

Dr. Ferrán Padrós Blázquez

Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo
fpadros@uoc.edu
México

Lic. Víctor Edgar Soria Benítez

Centro Integral de Servicios Psicológicos
psic.victorsoria@gmail.com
México

Lic. Laura Patricia Rafael Hernández

BBVA Bancomer
lp.rafael@hotmail.com
México

Lic. Sandra María Villegas Castillo

Centro de Atención Primaria en Adicciones
smavic@hotmail.com
México

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo estudiar la relación entre la sintomatología de Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP) y los niveles de afecto positivo y negativo en reclusos mexicanos. Se utilizó una muestra de 65 reclusos varones, posteriormente se dividió en 2 submuestras, una compuesta por 28 participantes con probable TAP y la otra de 37, compuesta por reos con elevadas probabilidades de no cumplir con los criterios de TAP. La estimación del diagnóstico de TAP se realizó a partir de la escala ETAPA de Aluja, que evalúa la presencia de sintomatología de TAP, el afecto positivo y negativo fue evaluado mediante las escalas PANAS. Se observó correlaciones significativas entre la puntuación de la escala ETAPA y el afecto positivo (baja y negativa) y con el afecto negativo (moderada y positiva). Además, los reclusos con probable TAP mostraron mayor nivel de afecto negativo y menor afecto positivo que el grupo con probable

Abstract

The objective of this article is to study the relationship between the symptomatology of Antisocial Personality Disorder (ASPD) and the levels of positive and negative affect in Mexican inmates. A sample of 65 male inmates was used, subsequently divided into 2 subsamples, one composed of 28 participants with probable ASPD and the other of 37, composed of inmates with high probabilities of not meeting the ASPD criteria. The diagnosis of ASPD was estimated based on the Aluja ETAPA scale, which assesses the presence of ASPD symptomatology, positive and negative affect was evaluated using the PANAS scales. Significant correlations were found between the ETAPA score and positive affect (low and negative) and negative affect (moderate and positive). In addition, inmates with probable ASPD showed a higher level of negative affect and less positive affect than the group with probable non-ASPD. The results



no TAP. Los resultados obtenidos coinciden parcialmente con lo hallado en estudios previos donde se evaluó la psicopatía. El presente estudio supone una primera aproximación sobre la relación entre los afectos positivo y negativo y el TAP en México.

obtained coincide partially with what was found in previous studies where psychopathy was evaluated. The present study supposes a first approximation on the relation between the positive and negative affects and the ASPD in Mexico.

Palabras clave: Afecto negativo, Afecto positivo, Trastorno antisocial de la personalidad, Psicopatía.

Keywords: Antisocial personality disorder, Negative affect, Psychopathy, Positive affect.

Introducción

La delincuencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública a combatir tanto en México como en el resto del mundo. La Encuesta Nacional de Victimización sobre la Seguridad Pública (ENVIPE) 2017 del INEGI, estima que, durante el 2016, 24.2 millones de personas adultas (mayores de 18 años) fueron víctimas de algún tipo de delito en México. Ello implica una tasa delictiva de 28,788 víctimas por cada cien mil habitantes durante dicho periodo, lo cual no resulta estadísticamente diferente de las reportadas en el período de 2013 a 2015. Sin embargo, la cifra negra, que se refiere a los delitos cometidos, pero no denunciados, o que no fueron objeto de ningún tipo de averiguación, fue del 93.6% en el 2016 y de 93.7% en 2015 (INEGI, 2017). Muchos de los individuos que cometen comportamientos delictivos cumplen con los criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) (Ortuño, 2010).

Según el DSM-5 (APA, 2013) la tasa de prevalencia del TAP se estima entre el 0.2% y el 3.3%. La mayor prevalencia de TAP (superior al 70%) se encuentra en muestras de varones que provienen de clínicas de abuso de sustancias y cárceles. De acuerdo con Morrison (2008), alrededor del 3% de hombres y el 1% de mujeres tienen el trastorno en población general y constituyen casi tres cuartas partes de la población penitenciaria. Recientemente, se ha estimado que un 4.3% de la población general cumplen con los criterios de TAP (Goldstein et al., 2017).

En el DSM-5 (APA, 2013) se define al trastorno antisocial de la personalidad como un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás en donde las características típicas son: la falta de conformidad a la legalidad y comportamiento ético, egocentrismo y falta de preocupación por los demás; este patrón va acompañado de engaño, irresponsabilidad, y/o toma de riesgos. Presenta dificultades propias evidentes en la identidad, autodirección, empatía y la intimidad. El individuo debe cumplir como mínimo tres criterios y tener al menos 18 años.

Debe distinguirse el TAP de la psicopatía que alude a una alteración crónica y antisocial no reconocida por los sistemas clasificatorios internacionales más utilizados (DSM y CIE) y que como señalan López-Miguel y Núñez-Gaitán (2009), no existe un acuerdo unánime respecto a la definición del término. Aunque atendiendo a las descripciones de los autores más representativos del área (Cleckley, 1941; Hare, 1984; Karpman, 1961), las características del psicopata son: ausencia de sentido de la responsabilidad, incapacidad para establecer



relaciones significativas, afecto superficial, falta de remordimiento, insensibilidad e inmadurez emocional, entre otros componentes. Como puede observarse, el TAP y la psicopatía comparten bastantes características, por ello muchas de las personas que pueden considerarse psicópatas cumplen con los criterios de TAP, no así, al contrario. También puede observarse que la alteración afectiva es de una de las características más destacables de la psicopatía (Millon y Davis, 2001; Hicks, Markon, Patrick, Krueger y Newman, 2004).

De acuerdo con Millon (1998), se ha propuesto que algunos aspectos de la personalidad antisocial se deben a deficiencias del funcionamiento del lóbulo frontal, que se asociaría a la regulación atencional, la respuesta emocional y la persistencia comportamental.

Por otro lado, se ha descrito un patrón de desinhibición comportamental y disfunción prefrontal en la psicopatía, así como una disfunción del hemisferio izquierdo, o alternativamente, una lateralización reducida para las funciones lingüísticas (Mata, 1999). Puede verse una revisión en Valencia (2007), donde aparece evidencia de un patrón emocional anormal en la psicopatía.

Según Millon (1998), la falla fundamental del psicópata es que carece de inhibición en situaciones en donde tanto la recompensa como el castigo son posibles y, cuando esto ocurre, los psicópatas parecen enfocarse sobre las posibilidades de recompensa e ignorar las de castigo.

Desde que Watson, Clark y Carey, (1988) describieron la relación del afecto positivo y negativo con los trastornos de ansiedad y depresivos, se han realizado diferentes investigaciones con la finalidad de estudiar la relación de ambos tipos de afecto principalmente con dichos trastornos (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Joiner, Catanzaro y Laurent, 1996), pero también con la esquizofrenia (Padrós-Blázquez, Treviño-Montoya y Martínez-Medina, 2014), y el trastorno disocial (Rosiles-Leyva, Hernández-Lujan y Padrós-Blázquez, 2011). Watson, Clark y Tellegen (1988) conciben al afecto positivo y al afecto negativo como dos factores diferentes e independientes, sin embargo, todavía persiste cierto debate sobre la unidimensionalidad o bidimensionalidad del afecto positivo y negativo, puede consultarse una revisión en Padrós-Blázquez, Navarro-Contreras y Soriano-Más (2012). Las personas con alto afecto positivo experimentan con frecuencia y elevada intensidad estados afectivos de orgullo, firmeza, decisión, entusiasmo y motivación entre otros. La presencia de un alto índice de afecto negativo implica la presencia de estados afectivos frecuentes y de alta intensidad de irritabilidad, inseguridad, temor, culpa, nerviosismo, inquietud, etc. Si el puntaje es bajo en cualquiera de ambos tipos de afecto, indica poca frecuencia o baja intensidad de los mismos estados (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

Miller, Lamkin, Maples-Keller, Sleep, y Lynam (2017), en una muestra de estudiantes universitarios reportaron una correlación baja y negativa entre la puntuación de una escala de psicopatía autoinformada y el afecto positivo, y una correlación negativa y moderada con el afecto negativo. Por otro lado, Hall, Benning y Patrick, (2004) haciendo uso de una muestra de reclusos voluntarios y de la entrevista estructurada PCL-R de Hare (1991; 2003) uno de los instrumentos de evaluación más utilizados para detectar la presencia de psicopatía, no hallaron relación entre la puntuación total de la escala y ambos tipos de afecto. Aunque respecto al estilo conductual, impulsividad/irresponsabilidad (uno de los tres factores y subescala de la PCL-R) se observó una correlación baja y negativa con el afecto positivo y baja



y positiva con el afecto negativo. Pero con el estilo interpersonal arrogante/mentiroso se observó una relación baja y positiva con el afecto positivo.

Hasta el momento, los estudios hallados se han realizado evaluando la presencia de psicopatía, pero no se han realizado estudios sobre los niveles de afecto positivo y negativo en pacientes con TAP. Por ello, el objetivo del presente estudio es estudiar la relación entre la sintomatología del TAP con el nivel de afecto positivo y negativo. Asimismo, comparar los niveles de afecto positivo y negativo entre pacientes con probable TAP y personas en condiciones similares (en reclusión) pero con altas probabilidades de no cumplir con los criterios de TAP.

Método

Participantes

Se contó con 65 hombres internos mayores de edad, distribuidos en dos grupos: A) 28 con probable TAP (obtuvieron una puntuación igual o superior a 14 en la escala ETAPA de Aluja) B) 37 sin diagnóstico probable de TAP (se observó una puntuación inferior a 14 en la escala ETAPA). Se trató de extraer muestras pareadas en función de las variables sociodemográficas controladas en el estudio, las cuales fueron; edad, años de escolaridad y estado civil (ver tabla 1). Se excluyeron 13 participantes por errores en las respuestas o en el proceso de pareado. Se utilizó como criterio de inclusión que aceptaran participar de forma voluntaria y anónima, y como criterio de exclusión que no supieran leer y escribir.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las muestras de probable TAP, probable no TAP y del total de la muestra.

	TAP n (28)	No TAP (37)	Total (65)
Edad			
M	2	3	30.7
DE	8.79	2.16	1
Rango	6	9	8.48
	.53	.53	19-
	2	1	53
	0-47	9-53	
Años de escolaridad			
M	8	9	8.97
DE	.36	.43	2.58
Rango	2	2	4-16
	.09	.83	
	6	4	
	-13	-16	



Estado civil

Soltero	8	(	8	(2	16	(
Casado	6	28.6)	1	1.6)	19	24.6)
Unión Libre	1	(	3	(3	28	(
Viudo	3	21.4)	1	5.1)	1	29.2)
Divorciado	1	(	5	(5.	1	(
	0	46.4)	0	9)		43.5)
		(	1	(0.		(
		3.6)		0)		1.5)
		(		(2.		(
		0.0)		7)		1.5)

Nota: Entre paréntesis aparece el porcentaje. TAP: Trastorno Antisocial de Personalidad. M: Media aritmética. DE: Desviación estándar.

Instrumentos

La escala ETAPA (Aluja, 1991) evalúa el Trastorno Antisocial de la Personalidad, es auto-aplicable, consta de 47 ítems con un sistema de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Presenta una consistencia interna muy elevada (0.92). Es un instrumento que ha sido aplicado en estudios para la medición del TAP en poblaciones penitenciarias. Se ha descrito que el punto de corte de 14 manifiesta una elevada sensibilidad (88.23%), especificidad (89.06%) y ofrece un valor predictivo global del 88.88% en población española, sin embargo, no se disponen de datos sobre la escala en población mexicana.

Las escalas PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) miden el nivel de afecto positivo y negativo. Es un instrumento auto-aplicable, consta de dos apartados de 20 reactivos cada uno. Se utilizó solo la versión que evalúa la presencia del afecto “generalmente” (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en un 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 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 (Robles y Páez, 2003).

Procedimientos

Se realizó la recolección de datos en el Centro de Reclusión C.E.R.E.S.O “Lic. David Franco Rodríguez”. Se solicitó permiso a la institución, posteriormente, se invitó a todos los reclusos a participar de forma voluntaria y anónima a la investigación (no se les ofreció ningún privilegio ni descarga de obligaciones por su participación) y se les solicitó que firmaran un consentimiento informado. Se aplicaron las escalas ETAPA y PANAS en una sola sesión a todos los que aceptaron participar, el tiempo en que se realizó la aplicación osciló entre 30 a 45 minutos. Posteriormente, se conformaron los 2 grupos en función de la puntuación en la escala ETAPA; el grupo con probable TAP (puntuación superior a 14 en la escala ETAPA) y el grupo con probable ausencia de TAP (puntuación inferior a 14 en la escala ETAPA). Se realizó



el vaciado de datos en el software estadístico “Statistical Package of the Social Sciences SPSS” 17.0 para el análisis de Resultados.

Resultados

En primer lugar, se observó una correlación negativa y significativa entre el afecto positivo y la escala ETAPA que resultó de -0.386 ($p = .001$) y una correlación positiva y significativa con el afecto negativo que resultó de 0.474 ($p < .001$) con el total de la muestra.

Por otro lado, se realizaron análisis para corroborar si ambas submuestras eran pareadas respecto a las variables sociodemográficas. No se observaron diferencias significativas respecto a la edad ($t(62.46) = -1.693$; $p = .095$), en dicho análisis la F de Levene resultó significativa, por ello no se asumió que las varianzas eran iguales, y se utilizó el índice corregido de los grados de libertad (gl). En cuanto a los años de escolaridad, tampoco resultó significativa la diferencia entre ambas muestras ($t(63) = -1.688$; $p = .096$). Respecto al estado civil, se agruparon las categorías resultando solo dos (con pareja y sin pareja) y los resultados no mostraron diferencias significativas ($\chi^2(1) = 0.487$; $p = .485$). Los datos descriptivos sociodemográficos pueden observarse en la Tabla 1.

Respecto a las posibles diferencias entre los grupos sobre el nivel de ambos tipos de afecto, se observó una media significativamente ($t_{(63)} = -3.481$, $p = .001$) inferior en la puntuación del Afecto positivo en el grupo con TAP en comparación con la obtenida en la muestra sin TAP. También resultó significativa respecto al afecto negativo ($t_{(63)} = 3.544$, $p = .001$), donde el grupo con TAP manifestó mayor nivel de Afecto negativo que el grupo sin TAP, ambas diferencias mostraron un tamaño del efecto grande como puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Comparación de medias en las escalas PANAS de afecto positivo y negativo entre la muestra de individuos con TAP y sin TAP.

	Muestr a TAP	Muestr a No TAP	t test (gl)	p	D de Cohen
A Positivo	Media 28.39 (DE) (6.70)	Media 34.68 (DE) (7.57)	-3.482 (63)	< .001	0.880
A Negativo	Media 21.43 (DE) (5.64)	Media 16.95 (DE) (4.56)	3.544 (63)	< .001	0.873

Discusión

En esta investigación se planteó como objetivo conocer la relación entre la sintomatología del TAP y el afecto positivo y negativo, asimismo saber si los niveles de ambos tipos de afecto



referidos por reclusos con probable diagnóstico de TAP, son distintos de los mostrados por otros reclusos con elevadas probabilidades de no cumplir con los criterios del trastorno.

Respecto a la relación entre la sintomatología del TAP con el afecto positivo, la correlación observada resultó baja y positiva, lo cual es congruente con lo hallado por Miller et al., (2017), aunque en su investigación hicieron uso de muestras de estudiantes, y no se evaluó la sintomatología del TAP si no la psicopatía. Por otro lado, no coincide con lo reportado en el estudio de Hall, Benning y Patrick, (2004), los cuales, si hicieron uso de población penitenciaria, y no encontraron relación significativa. Pero debe recordarse que se evaluó la presencia de Psicopatía, y sí describieron una correlación baja y negativa entre el afecto positivo y el factor denominado estilo conductual, impulsividad/irresponsabilidad de la PCL-R (Hare, 1991; 2003). Por otro lado, el menor nivel de afecto positivo mostrado por la submuestra con probable TAP respecto a la submuestra con probable no TAP, mostró un tamaño del efecto grande. Lo cual sugiere que el TAP puede ser una alteración que se caracterice genuinamente por un bajo nivel de afecto positivo, pero debe considerarse que dicho fenómeno puede ser debido a la elevada comorbilidad con los trastornos de tipo depresivo (APA, 2013; Robitaille, 2017), los cuales se caracterizan por bajo nivel de afecto positivo (Joiner, Catanzaro, y Laurent, 1996; Watson, Clark, y Carey, 1988) o con los trastornos por uso de sustancias (Robitaille, 2017) los cuales presentan frecuentemente dishedonia (Manna, 2006).

La correlación entre la sintomatología del TAP y el afecto negativo resultó moderada y negativa. Por otro lado, el nivel de afecto negativo fue mayor en el grupo con probable TAP que el observado en los otros reclusos (con baja probabilidad de cumplir con los criterios de TAP). Resultados que también coinciden con lo hallado por Miller et al., (2017), y parcialmente con lo de Hall, Benning y Patrick, (2004). Del mismo modo podría atribuirse a la elevada comorbilidad con la depresión (APA, 2013; Robitaille, 2017) que se caracteriza por un elevado nivel de afecto negativo (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Joiner, Catanzaro, y Laurent, 1996; Watson, Clark, y Carey, 1988).

Por ello, se sugiere ser muy cautos en la interpretación de los resultados. Primero debido a que no se controló la comorbilidad de otros trastornos como los afectivos, uso de sustancias, ansiedad, etc. frecuentes en este tipo de población. Por otro lado, por cómo se realizó la estimación diagnóstica, que se infirió a partir de la puntuación de una escala, lo cual supone una importante limitación, además de que no se disponen de datos psicométricos sobre la escala ETAPA en población mexicana. Sería conveniente en futuras investigaciones hacer uso de un diagnóstico clínico del TAP realizado por profesionales capacitados, controlar la presencia de otros trastornos comórbidos a través por ejemplo de una entrevista estructurada y disponer de un instrumento para evaluar la sintomatología del TAP que haya mostrado propiedades psicométricas adecuadas en población mexicana.

Sin embargo, debe destacarse la robustez de los resultados obtenidos en la presente investigación debido a las condiciones de paridad que se corroboraron en las submuestras. De modo que las diferencias halladas en el nivel de afecto positivo y negativo entre ambos grupos no se pueden atribuir a las variables sociodemográficas de los participantes, como la edad, escolaridad o el estado civil. También cabe señalar que el estudio se llevó a cabo con



participantes masculinos, sería interesante en futuras investigaciones observar cómo son las relaciones entre la sintomatología del TAP y el afecto positivo y negativo en mujeres.

Finalmente, quisiéramos comentar que los hallazgos de este estudio pueden ser de utilidad clínica para la elaboración de programas de intervención con el fin de trabajar sobre procesos de regulación afectiva del TAP, tanto los referidos al afecto negativo como al positivo (frecuentemente olvidado).

Referencias

- Aluja Fabregat, A. (1991). Evaluación clínica y psicométrica del trastorno antisocial de la personalidad. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(2), 59-70.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing. Washintong, DC; London, England.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. doi:10.1037/0021-843x.107.2.179
- Cleckley, H.M. (1941). *The Mask of Sanity: an attempt to reinterpret the so-called Psychopathic Personality*. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby. doi: 10.1001/jama.1941.02820320085028
- Goldstein, R. B., Chou, S. P., Saha, T. D., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, J., Huang, B. & Grant, B. F. (2017). The epidemiology of antisocial behavioral syndromes in adulthood: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), 90-98. doi:10.4088/jcp.15m10358
- Hall, J. R., Benning, S. D., & Patrick, C. J. (2004). Criterion-related validity of the three-factor model of psychopathy: Personality, behavior, and adaptive functioning. *Assessment*, 11(1), 4-16. doi:10.1177/1073191103261466
- Hare, R.D. (1984). *La psicopatía: teoría e investigación*. Barcelona: Herder.
- Hare, R.D. (1991). The hare psychopathy checklist-revised (PCL-R). Toronto: Multi-health systems. doi: 10.1037/t01167-000
- Hare, R. D. (2003). *Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R). Technical manual*. NorthTonawanda, NY: Multi-health systems. doi:10.1177/009318530403200111
- Hicks, B.M., Markon, K.E., Patrick, C.J., Krueger, R.F. y Newman, J.P. (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological assessment*, 16(3), 276-288. doi: 10.1037/1040-3590.16.3.276
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública (ENVIPE)*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/envi-pe/default.aspx> (consultado el 1 de febrero de 2018).
- Joiner, Jr. T.E., Catanzaro, S.J., y Laurent, J.L (1996). The tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of abnormal psychology*, 105, 401-409. doi: 10.1037/0021-843X.105.3.401
- Karpman, B. (1961). The structure of neurosis: with special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy, and criminality. *Archives of Criminal Psychodynamic*, 4, 599-646.



- López Miguel, M. J. y Núñez Gaitán, M. D. C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, 7, 1-17.
- Manna, V. (2006). Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali: disedonia e comorbidità psichiatrica (searching common pathogenetic factors between addictions and mental disorders: dysnhedonia and psychiatric comorbidity). *Giornale italiano di psicopatologia*, 12, 72-84.
- Mata, E. (1999). Neurobiología del psicópata. Alcmeon. *Revista de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8, (3), 233-294.
- Miller, J. D., Lamkin, J., Maples-Keller, J. L., Sleep, C. E., & Lynam, D. R. (2017). A Test of the Empirical Profile and Coherence of the dsm-5 Psychopathy Specifier. *Psychological assessment*. doi: 10.1037/pas0000536
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno. México.
- Ortuño F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Padrós Blázquez, F., Soriano, C., Navarro, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*. 29(1), 151-164. doi: 10.16888/interd.2012.29.1.9
- Padrós-Blázquez, F., Treviño-Montoya, R.I, y Martínez-Medina, M.P. (2014). Afecto positivo y negativo en esquizofrenia y sus subtipos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(1), 4-8.
- Robitaille, M. P., Checknita, D., Vitaro, F., Tremblay, R. E., Paris, J., y Hodgins, S. (2017). A prospective, longitudinal, study of men with borderline personality disorder with and without comorbid antisocial personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 1-13. doi:10.1186/s40479-017-0076-2
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.
- Rosiles-Leyva, F. P., Hernández-Lujan, E., y Padrós-Blázquez, F. (2011). Afecto positivo y negativo en adolescentes con y sin trastorno disocial. un estudio en el centro de integración para adolescentes del estado de Michoacán. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y adolescente* 9(2), 28-38.
- Valencia, O.L. (2007). Asimetrías cerebrales en la psicopatía. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3(2), 275-286. doi:10.15332/s1794-9998.2007.0002.08
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., Clark, L.A., y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353. doi: 10.1037/0021-843X.97.3.346