



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**RASGOS ANTISOCIALES DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE
APEGO EN PERSONAS CON ADICCIONES**

TESIS

Que Para Obtener El Grado De Maestría En Psicología

PRESENTA:

Lic. Itzel Lucero Hernández Miranda

Directora de Tesis

Dra. Adriana Cienfuegos Montoya

Codirectora

Mtra. Alma Liliana Ortiz Navarro

Comité Tutorial

Dra. Erika Egleontina Barrios González

Mtro. Rodolfo de Jesús Trujillo Flores

Mtra. Daniela Alejandra Popoca Morales

Cuernavaca, Morelos, México. Junio 2026

Dedicatorias

Al universo, por su infinita calidez en el destino y por su sabiduría para recordarme que el tiempo es un amigo el cual con lealtad me brinda el espacio necesario para poder crear juntos una mejor versión de todo lo que me rodea; donde nunca dejó de escuchar mi corazón, me arropó con infinitas causalidades y conspiró de una manera poco predecible a mi favor. Gracias por recordarme que cada proceso tiene su propio norte y que la luz siempre sobresale; que no hay retrasos sino tiempos exactos para poder florecer en mis múltiples facetas y actividades. En medio de la fatiga, la irritabilidad y el modo supervivencia, el universo se alió con Dios, para así poder recordarme que esto se inició por puro amor y se sostuvo con fortaleza y resiliencia. Gracias a los cambios que, con la ayuda de Dios, abren mejores puertas.

A mi gran amigo desde el 93', el cual nunca ha soltado mi mano y ahora me acompaña con sus infinitas alas: mi guía eterno. Papá, tu siempre has creído en mí y no he olvidado que durante la carrera me repetías que era una gran psicóloga y que debía creerlo. Gracias por tu herencia, esas palabras fueron siempre un compromiso a mejorar día a día conmigo misma y mi labor. Tu fe en mí es un motor constante y hoy me trajo hasta aquí incluso cuando yo misma olvidaba como avanzar, porque la verdadera psicología no nace del papel, sino de la inmensa capacidad de sostener el dolor ajeno mientras se aprende a remendar el propio. A mi otro angelito, mi primor hermoso, Mila, mi chiquita gran fierecilla que permanece cerca de mi corazón y estuvo siempre en mis desveladas, clases y pandemia, por mencionar solo algunos escenarios, era mi bombón regulador ante el estrés, cansancio e incertidumbre. Este logro lo comparto con ellos por ver y vivir conmigo mi proceso de expansión. Los quiero mucho, gracias por permanecer de una manera tan viva y bonita en mi día a día.

A mi familia, por su orgullo y admiración constantes, y por brindarme siempre ese espacio de comprensión para poder enfocarme; gracias ma y hermanas por nunca soltarme, a las almas que permanecen con quienes compartí la alegría cuando fui aceptada y con quienes hoy comparto la felicidad de cerrar este ciclo y también a aquellas que fueron hermosamente pasajeras. Todos ustedes me ofrecieron su tiempo y sus desvelos, compartieron conmigo el cansancio, me regalaron palabras de aliento y demás lenguajes del amor; fueron un gran soporte cuando el ánimo escaseaba. Este logro es el testimonio de que el amor incondicional sostiene y trasciende hacia los más grandes anhelos.

Gracias por regalarme la certeza de mi vocación.

A mi bello Polo quien comparte el paralelismo hermoso entre este trabajo y su llegada, apareciendo ambos en el tiempo perfecto, recordándome que los procesos del alma no llevan prisa, sino una maravillosa y divina sincronía. Mi anclaje perfecto a tierra.

Para cerrar este ciclo y muy importante, quiero agradecerme y dedicarme este logro a mí misma. Le agradezco a mi cuerpo por resistir el desgaste, a mi mente por mantenerse

cuerda y a mi bendita terquedad por mantener el foco de crecimiento constante desde el 2012 cuando inicié la licenciatura. Abrazo a la autoexigencia que me acompañó en este proceso, que aún con todas sus manifestaciones físicas me muestra que de ahí nace mi compromiso para ser la profesionalista que mis pacientes merecen, acompañando desde lo humano, la armonía y la congruencia.

Gracias a mi disciplina por aprender a negociar con el cansancio o el deseo, por cumplirme la promesa de mi propio anhelo

Dios, lo logramos todos, ¡gracias!

Agradecimientos

Expreso mi más sincera gratitud a quienes, con su conocimiento, tiempo y calidad humana, contribuyeron a la realización de esta tesis.

A mi segunda casa, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), por abrirme sus puertas y brindarme las herramientas metodológicas y clínicas para consolidar mi formación como profesionista de la salud mental, y al programa de becas Conacyt, por su apoyo fundamental durante mi crecimiento académico y profesional.

A mi directora de tesis, la Dra. Adriana Cienfuegos Montoya, por su paciencia infinita, su rigor científico y por creer en mí y en la relevancia de este proyecto desde el primer momento en que llegó a sus oídos. Gracias por su apoyo y compañía en este proceso no solo profesional o académico, sino de vida también. Sus observaciones no solo pulieron este manuscrito, sino que moldearon mi perspectiva como investigadora. Mi gran admiración hacia ella como académica y como persona.

A la Mtra. Alma Ortiz, quien fue sumamente minuciosa para poder obtener un trabajo de rigurosa calidad académica, y por su constante atención a todo el proceso de esta investigación.

A los miembros de mi sínodo formativo, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y por enriquecerlo con sus valiosos cuestionamientos y aportaciones.

A la directora y a la coordinadora de la maestría, por su valioso apoyo administrativo y de gestión vigente. Agradezco de manera especial su calidad humana, su apertura y el voto de confianza brindado en aquel encuentro virtual; sus palabras y respaldo institucional fueron el impulso decisivo para trazar con claridad el camino hacia esta titulación.

Un agradecimiento especial a los pacientes que participaron en mi investigación por su tiempo, confianza y apertura; su voz es la esencia de este trabajo. Acompañarlos en su proceso terapéutico fue sumamente enriquecedor para mí. Asimismo, agradezco a la clínica por brindarme las facilidades y el espacio para llevar a cabo el trabajo de campo.

A mis cómplices de aula que, en plena pandemia y a distancia, nos recordamos que la sensibilidad va más allá de la tecnología porque nos une una misma pasión.

Gracias al Psicólogo Raúl Alejandro Mendoza, quien, desde su compromiso, serenidad y habilidades, me acompañó a darle forma y entendimiento a esta investigación para su comprensión clínica.

Gracias a mi gran colega y amigo, el Dr. Guillermo Delahanty Matuk, por acompañarme siempre en mi formación profesional, académica y personal. Un pilar importante en mi ímpetu por ampliar mis conocimientos y valor académico. Debido a que me

compartió la convocatoria en mi área de interés para la maestría, es que este anhelo se convierte hoy en un logro más; él fue quien provocó el inicio de este crecimiento.

Mi admiración y cariño total hacia usted, Dr.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el impacto de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual sobre los estilos de apego y los niveles de impulsividad en adultos jóvenes con rasgos de Trastorno de la Personalidad Antisocial (TAP). El estudio se llevó a cabo en una clínica de rehabilitación privada en Cuernavaca, Morelos, empleando un diseño mixto de tipo secuencial explicativo (DEXPLIS) con un muestreo de criterios. Para la recolección de datos, se utilizaron el MMPI-2 como criterio de inclusión, el Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y una guía de entrevista semiestructurada a profundidad. Los resultados de la fase diagnóstica basal revelaron una marcada prevalencia del apego evitativo severo, seguido por la predominancia de impulsividad motora e impulsividad no planeada. Tras la ejecución de un protocolo de intervención de ocho sesiones residenciales, los resultados del post-test indicaron una transición hacia el apego seguro y una disminución de la impulsividad motora en los participantes que concluyeron el proceso. Se concluyó que la terapia cognitivo-conductual es una herramienta eficaz para la modulación del impulso y la flexibilización de las corazas relacionales. Asimismo, se destaca que la estabilidad de estos cambios y el éxito de la reinserción social comunitaria dependen fuertemente del fortalecimiento de las redes familiares y del acompañamiento institucional bajo modalidades transicionales de medio camino.

Palabras clave: rasgos antisociales de personalidad, estilos de apego, impulsividad, terapia cognitivo-conductual, adicciones, medio camino.

Abstract

The objective of the present research was to evaluate the impact of a cognitive-behavioral psychotherapeutic intervention on attachment styles and impulsivity levels in young adults with traits of Antisocial Personality Disorder (ASPD). The study was conducted at a private rehabilitation clinic in Cuernavaca, Morelos, employing a sequential explanatory mixed-methods design (DEXPLIS) with typical case sampling. For data collection, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) was utilized as an inclusion criterion, alongside the Attachment Style Questionnaire (ASQ), the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), and an in-depth semi-structured interview guide. The results of the baseline diagnostic phase revealed a marked prevalence of severe avoidant attachment, followed by a predominance of motor impulsivity and non-planning impulsivity. Following the execution of an eight-session residential intervention protocol, post-test results indicated a transition toward secure attachment and a decrease in motor impulsivity among the participants who completed the process. It was concluded that cognitive-behavioral therapy is an effective tool for impulse modulation and the flexibilization of relational armor. Furthermore, it is highlighted that the stability of these changes and the success of community social reintegration heavily depend on the strengthening of family support networks and institutional guidance under transitional halfway house modalities.

Keywords: antisocial personality traits, attachment styles, impulsivity, cognitive-behavioral therapy, addictions, halfway house.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo I. Planteamiento del problema	5
1.1 Pregunta de investigación.....	10
1.2 Objetivos de la investigación.....	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 Hipótesis	11
1.4 Justificación	12
Capítulo II. Marco teórico	18
2.1 La teoría del apego	18
2.2 El Trastorno de la Personalidad Antisocial (TAP) y sus Rasgos	22
2.3 Rasgos antisociales de la personalidad.....	27
2.4 El Desarrollo de la personalidad en personas con Personalidad Antisocial	30
2.5 El apego en las personas con rasgos de personalidad antisocial	34
2.6 La impulsividad como características predominantes en personas con rasgos de personalidad.....	37
2.7 Las adicciones en personas con rasgos antisociales de la personalidad	40
2.8 Modelos de intervención de TCC para el trastorno antisocial de la personalidad...	42
Capítulo III. Diseño metodológico	46
3.1 Diseño de investigación.....	46
3.2 Tipo de muestra	48
3.3 Escenario	55
3.4 Técnicas de investigación.....	56

3.4.1 Observación participante	56
3.4.2 Expediente clínico psicológico	57
3.5 Limitaciones de la investigación	59
3.5.1 Limitaciones institucionales y apoyo farmacológico	59
3.5.2 Frecuencia de las sesiones y abordaje del trauma relacional.....	60
3.5.3 Implicaciones operativas desde la perspectiva de la salud pública	60
3.5.4 Entrevista semiestructurada	61
3.6 Instrumentos para la Recolección de Datos.....	63
3.6.1 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)	64
3.6.2. Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ)	65
3.6.3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).....	66
3.7 Procedimiento	67
3.7.1 Fase I: Detección de participantes	67
3.7.2 Fase II: Evaluación Inicial y Diagnóstico	69
3.7.3 Fase III: Intervención Psicoterapéutica	71
3.7.4 Fase IV: Evaluación Final y Análisis.....	71
3.8 Técnicas de análisis	71
3.8.1 Triangulación de Datos	72
3.8.2 Análisis Pre-test / Post-test	73
3.8.3 Análisis del discurso	74
3.9 Aspectos éticos	76
Capítulo IV. Resultados de la Fase I: Detección de los participantes.....	79
4.1 Descripción de los participantes	79
4.2 Análisis del MMPI-2	79

4.2.1 Caso FCB.....	79
4.2.2 Caso AMC	81
4.2.3 Caso EVO	84
4.2.4 Caso EHN	87
Capítulo V. Resultados de la Fase II: Evaluación Inicial y Diagnóstico	97
5.1 Expedientes psicológicos clínicos: historia clínica de los participantes	97
5.1.1 Historia Clínica: Caso FCB	97
5.1.2 Historia Clínica: Caso AMC.....	101
5.1.3 Historia Clínica: Caso EVO	104
5.1.4 Historia Clínica: Caso EHN	108
5.1.5 Historia Clínica: Caso GMS	111
5.2 Análisis clínico global de los participantes	115
5.3 Análisis del ASQ.....	117
5.3.1 Caso FCB.....	118
5.3.2 Caso AMC	119
5.3.3 Caso EVO	120
5.3.4 Caso EHN	120
5.3.5 Caso GMS	121
5.4 Análisis de la BIS-11	122
5.4.1 Caso FCB.....	124
5.4.2 Caso AMC	124
5.4.3 Caso EVO	125
5.4.4 Caso EHN	125
5.4.5 Caso GMS	126

5.5 Análisis Cualitativo de las entrevistas	127
5.5.1 Dimensión I. Estilos de Apego y Génesis Vincular	128
5.5.2 Dimensión II: Impulsividad y Regulación Conductual	132
5.5.3 Dimensión III: Rasgos antisociales y vida relacional.....	136
5.5.4 Dimensión IV: La sustancia como función psíquica	140
Capítulo VI. Resultados de la Fase III: Intervención Psicoterapéutica	142
6.1 Diseño de las sesiones de TCC: Plan de Intervención psicoterapéutica.....	142
6.1.1 Aplicación de las sesiones de TCC: Descripción detallada del proceso.	144
6.2 Análisis de las sesiones de la intervención psicoterapéutica	153
6.2.1 Sesión 1: Evaluación y Diagnóstico (MMPI-2)	154
6.2.2 Sesión 2: Entrevista Inicial y Rapport	154
6.2.3 Sesión 3: Autorregulación Conductual (Autoinstrucciones)	155
6.2.4 Sesión 4: Reestructuración Cognitiva (Narcisismo e Imagen Propia) ...	156
6.2.5 Sesión 5: Imagen de Figuras Primarias (Rabia y Envidia).....	157
6.2.6 Sesión 6: Flexibilidad Cognitiva (Creatividad y Solución de Problemas)	
.....	157
6.2.7 Sesión 7: Relaciones Interpersonales (Objetivos Familiares)	158
6.2.8 Sesión 8: Interacción con el Medio (Habilidades Sociales)	158
6.2.9 Sesión 9: Evaluación Post-test y Cierre.....	159
Capítulo VII. Fase IV: Evaluación final y análisis	160
7.1 Análisis Post-test del ASQ.....	160
7.1.1 Caso FCB.....	162
7.1.2 Caso AMC	163
7.1.3 Caso EVO	163

7.1.4 Caso EHN	164
7.2 Análisis Post-test de la BIS-11	169
7.2.1 Caso FCB.....	171
7.2.2 Caso AMC	171
7.2.3 Caso EVO.....	172
7.2.4 Caso EHN	172
7.2.5 Caso GMS	173
7.3 Análisis de la Evolución Individual de los Participantes.....	177
7.4 Evolución de los Estilos de Apego	180
7.5 Síntesis comparativa (Eficacia de la intervención).....	180
Capítulo VIII. Discusión de resultados.....	183
8.1 Factores Determinantes en la Adherencia y el Entorno Familiar	183
8.2 La Dialéctica entre la Regulación Conductual Aguda y la Rigidez Estructural del <i>Self</i>	187
Capítulo IX. Conclusiones.....	192
Referencias	194
Anexos	202
Anexo A: Cronograma de Actividades	203
Anexo B: Guía de Entrevista Semiestructurada a Profundidad.....	205
I. Ficha de Identificación	205
II. Dimensión Clínica y Sintomatología Actual.....	205
III. Dimensión de Conducta Social y Legal	206
IV. Dimensión de Desarrollo y Apego (Historia de Vida)	206
V. Dimensión Social y Prospectiva.....	206

Anexo C: Consentimiento Informado.....	208
Anexo D: Entrevista semiestructurada	210
Anexo E: Guía de Observación Clínica.....	217
Tablas.....	
Tabla 1 Descripción de los participantes	52
Tabla 2 Análisis del MMPI-2 de los participantes.....	95
Tabla 3 Matriz de correspondencia entre estilos de apego, perfiles de impulsividad, rasgos de riesgo y mecanismos de defensa de los participantes	116
Tabla 4 Cronograma general, objetivos específicos y dosificación del programa de intervención TCC	143
Tabla 5 Carta descriptiva de la sesión 1	145
Tabla 6 Carta descriptiva de la sesión 2	146
Tabla 7 Carta descriptiva de la sesión 3	147
Tabla 8 Carta descriptiva de la sesión 4	148
Tabla 9 Carta descriptiva de la sesión 5	149
Tabla 10 Carta descriptiva de la sesión 6	150
Tabla 11 Carta descriptiva de la sesión 7.....	151
Tabla 12 Carta descriptiva de la sesión 8	152
Tabla 13 Carta descriptiva de la sesión 9	153
Tabla 14 Matriz Comparativa y Evolución de los Estilos de Apego (ASQ)	165
Tabla 15 Matriz Comparativa y Evolución de los Niveles de Impulsividad (BIS-11)	174
Figuras	
Figura 1 Diseño mixto explicativo secuencial (DEXPLIS)	47

Figura 2 Perfiles dimensionales individuales e integrados del estilo de apego (ASQ) en la línea base de los participantes.....	118
Figura 3 Resultados basales de las subescalas de la BIS-11 en la fase de pre-test.....	123
Figura 4 Perfiles dimensionales individuales e integrados del estilo de apego (ASQ) en la fase de post-test.....	161
Figura 5 Resultados comparativos factoriales (Pre-test vs. Post-test) de las subescalas de la BIS-11	170

Introducción

Los rasgos de personalidad y su estrecha relación con las conductas adictivas se han consolidado como un área de estudio fundamental para la psicología clínica contemporánea. El consumo problemático de sustancias no se presenta como un fenómeno aislado, sino que suele emerger entrelazado a estructuras de personalidad específicas; en el caso de la presente investigación, se vincula a rasgos que arrastran historias de desarrollo afectivo marcadas por la negligencia, el trauma o la inestabilidad relacional. Diversas investigaciones en el ámbito de la patología de la personalidad sustentan que estas configuraciones rígidas de comportamiento actúan habitualmente como factores predisponentes para el inicio y mantenimiento del abuso de drogas (Matusiewicz et al., 2010). Bajo este tenor, la presencia de rasgos antisociales de la personalidad se configura como un factor crítico que influye tanto en la cronicidad de la adicción como en la marcada resistencia ante los tratamientos institucionales convencionales.

Para comprender la génesis de esta complejidad, la Teoría del Apego de John Bowlby proporciona el marco evolutivo y clínico idóneo. El establecimiento de los primeros vínculos afectivos durante la infancia actúa como el prototipo universal para la regulación emocional y la interacción social en la vida adulta. En las personas que atraviesan por un trastorno por consumo de sustancias, se observa con notable frecuencia un patrón de apego inseguro o desorganizado; en estos escenarios, la sustancia se convierte en un intento desesperado por gestionar el vacío relacional, silenciar el dolor psíquico o tramitar la hostilidad derivada de aquellos vínculos primarios conflictivos. Desde una mirada clínica y más cercana, la evidencia nos recuerda que la dependencia a las drogas es, en el fondo, un trastorno profundo del apego (Flores, 2004). Cuando una persona no encuentra un puerto seguro en sus relaciones humanas, la sustancia aparece como un refugio artificial; un objeto que nunca falla ni abandona, asumiendo la tarea defensiva de llenar ese vacío y de sustituir la dolorosa dificultad del Yo

para construir lazos afectivos estables y verdaderos con los demás (Flores, 2004). Por otra parte, la manifestación de los rasgos antisociales caracterizados clínicamente por la labilidad afectiva, la transgresión de normas y una severa baja tolerancia a la frustración complejiza significativamente el pronóstico de recuperación en contextos de internamiento.

Particularmente, la impulsividad motora y la falta de planeación no solo actúan como facilitadores para el inicio del consumo de drogas, sino que perpetúan el ciclo de las recaídas al dificultar la previsión temporal y la omisión de consecuencias conductuales. Los estudios nos muestran que cuando una persona no logra activar esos filtros reflexivos que viven en la parte frontal de su cerebro, le resulta increíblemente difícil frenar sus impulsos, lo que se traduce en una vida relacional llena de choques y en una urgencia casi insoportable por obtener gratificación inmediata (Patton, Stanford & Barratt, 1995). Esta incapacidad de esperar no es un capricho, sino la manifestación de una estructura interna que, ante la falta de una pausa reflexiva, prefiere la acción rápida sobre la calma y el vínculo profundo. Por lo tanto, resulta imperativo investigar cómo interactúan estos rasgos específicos con los estilos de apego, transitando de la mera descripción de los síntomas hacia la comprensión de la estructura subyacente.

Frente a esta problemática, la presente investigación se centró en implementar y evaluar un protocolo de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC), diseñado rigurosamente para abordar de manera profunda e integral las variables descritas. A través de un enfoque terapéutico que entrelaza la reestructuración de esquemas desadaptativos y el entrenamiento en habilidades sociales avanzadas, se buscó que los participantes en rehabilitación residencial no solo disminuyeran sus niveles de impulsividad y *acting out*, sino que también logran flexibilizar sus corazas defensivas para abrirse a experimentar estilos de apego más seguros, funcionales y humanos. La práctica clínica nos enseña que es posible

sanar los patrones de pensamiento más rígidos; cuando aprendemos a cuestionar esas formas de ver el mundo que se formaron en nuestra infancia, logramos soltar ese ego que, a modo de defensa, nos aislaba de los demás, permitiéndonos así encontrar una manera más humana y equilibrada de convivir (Beck , 2015). A través de este trabajo de reestructuración, el paciente no solo logra frenar sus conductas transgresoras, sino que comienza a construir una nueva forma de relacionarse, moviéndose desde la defensiva hacia un encuentro mucho más empático y cercano con quienes le rodean. Este estudio se justifica plenamente por la necesidad apremiante de aportar evidencia científica y contextualizada sobre la eficacia de la psicoterapia en poblaciones mexicanas con adicciones, donde el soporte sistémico y la reinserción social comunitaria bajo modalidades residenciales de transición como el medio camino resultan indispensables para el éxito terapéutico. Al comprender la raíz vincular de los rasgos antisociales, es posible transformar el abordaje clínico actual, transitando de un modelo puramente sintomático y punitivo hacia una práctica terapéutica respetuosa que dignifique la integridad emocional y promueva el desarrollo humano del individuo.

Finalmente, para ofrecer una lectura clara, ordenada y sistemática, la presente tesis se estructura en nueve capítulos. El Capítulo I delimita el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, las hipótesis y la justificación del estudio; el Capítulo II desarrolla el marco teórico que sustenta la comprensión de los estilos de apego, los rasgos antisociales de la personalidad, la impulsividad y las adicciones; el Capítulo III expone el diseño metodológico mixto de tipo secuencial explicativo (DEXPLIS), así como el escenario, los instrumentos, el procedimiento, las técnicas de análisis y los aspectos éticos; el Capítulo IV presenta los resultados de la Fase I, correspondientes a la detección y caracterización de los participantes; el Capítulo V reúne los hallazgos de la Fase II, centrados en la evaluación inicial y el diagnóstico clínico; el Capítulo VI desarrolla los resultados de la Fase III, enfocados en la

intervención psicoterapéutica; el Capítulo VII expone los resultados de la Fase IV, relativos a la evaluación final y al análisis de los cambios observados; el Capítulo VIII articula la discusión de los resultados a la luz del marco teórico; y, finalmente, el Capítulo IX integra las conclusiones de la investigación.

Capítulo I. Planteamiento del problema

Este primer capítulo tiene como propósito fundamental delimitar, contextualizar y problematizar el fenómeno clínico que guía la presente investigación: la compleja intersección entre las fallas en la regulación afectiva, el desarrollo de rasgos antisociales de la personalidad y el policonsumo comórbido en adultos jóvenes. En el ámbito de la salud mental contemporánea, el planteamiento de este problema no se reduce a una fría enumeración de síntomas conductuales o estadísticas delictivas; por el contrario, exige un análisis integral y profundamente humano que explore cómo las heridas relacionales tempranas vulneran la estabilidad del Yo. A través de las siguientes secciones, se traza la ruta que conecta el desamparo infantil primario con la urgencia del impulso y el uso de sustancias como un intento desesperado por silenciar el sufrimiento psíquico. De este modo, se justifica la necesidad apremiante de estructurar un protocolo psicoterapéutico residencial capaz de transitar del control conductual a la reparación vincular, iniciando el recorrido con el examen de la génesis del aparato emocional.

Desde el nacimiento, el ser humano carece de la capacidad para regular sus propias emociones. En esta etapa, el contacto con la figura primaria es fundamental, ya que permite la comprensión de la afectividad y el desarrollo del apego. Dicha figura asume el rol de interpretar las señales y reacciones emocionales del infante, lo que constituye un hito determinante en su desarrollo evolutivo.

De acuerdo con la teoría del apego, dependiendo de la calidad y dinámica con el cuidador primario basado en la comunicación, el acercamiento, la seguridad y la confianza, se fomentarán vínculos afectivos saludables. Por el contrario, Bowlby (1969,1988) sostiene que las carencias en este vínculo pueden derivar en sentimientos de abandono, inseguridad y

miedo, subrayando que la formación de vínculos afectivos y la reciprocidad en las relaciones durante los primeros años de vida son factores críticos para el desarrollo humano.

En este sentido, las características de personalidad se encuentran relacionadas con la calidad de las primeras interacciones afectivas respecto al desarrollo del individuo, en tanto el comportamiento antisocial no surge de manera aislada, se encuentra profundamente enraizado con el nivel de apego desarrollado con las figuras primarias, por lo que un vínculo afectivo caracterizado por un tenue apoyo emocional evoca un factor de riesgo e impulsa la expresión de rasgos individuales disruptivos en el sujeto (Sobral et al., 2000). Asimismo, investigaciones sobre los estilos de apego en jóvenes con rasgos antisociales han demostrado una correlación entre el tipo de cuidado recibido y la presencia de dichos rasgos (García, 2016). De esta manera el estilo de apego expone el trato recibido por el infante; un vínculo afectivo escaso puede desarrollar carencias emocionales que, en casos graves, derivan en rasgos antisociales. Esta visión es respaldada por estudios que vinculan la negligencia temprana con la incapacidad de mentalizar estados afectivos, factor central en la génesis de la personalidad antisocial (Fonagy & Bateman, 2016).

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas en las últimas décadas, específicamente en México, se ha consolidado como uno de los desafíos de salud pública más críticos, no solo por sus implicaciones orgánicas, sino por la profunda desorganización psíquica y social que conlleva. La magnitud de esta crisis se refleja en el incremento sostenido del consumo: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017), el consumo de drogas ilegales en la población de 12 a 65 años aumentó significativamente, situando a la marihuana y los estimulantes como las sustancias de mayor impacto en nuestra población. Más aún, datos recientes de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA, 2023) subrayan que el policonsumo, especialmente en

adultos jóvenes, ha dejado de ser una conducta recreativa para transformarse en una respuesta persistente ante la falta de redes de apoyo y las crecientes condiciones de vulnerabilidad social. Dentro de las instituciones de rehabilitación, se observa con recurrencia un perfil de usuario que presenta una alta resistencia al tratamiento, caracterizado por una marcada impulsividad, baja tolerancia a la frustración y una constante transgresión de las normas institucionales. Estos indicadores clínicos sugieren la presencia de rasgos antisociales de personalidad que complican el pronóstico de recuperación.

La condición de los modelos tradicionales de intervención en adicciones anida en su enfoque reduccionista, el cual suele enfatizar en la eliminación del síntoma (la adicción) por encima de la estructura de personalidad que ahonda. Autores como Khantzian (2017) han debatido esta visión a través de la Hipótesis de la Automedicación, sugiriendo que el uso de sustancias no es el problema primario, sino un intento desesperado del sujeto por regular estados afectivos dolorosos que no puede gestionar de otra manera.

Khantzian (2017) también sostiene que el tratamiento debe ir a la estructura del *Self*, es decir, a los recuerdos y las historias, al yo que se basa en las decisiones y a ello que se relaciona con las necesidades primitivas, además debe estar centrado en las dificultades para manejar los afectos. Esto explicaría la frustración del sistema de salud al no encontrar resultados positivos en sus programas pues como Gabor Maté (2010) lo menciona, la adicción suele tratarse como un problema de conducta y desde la moralidad, ignorando que también puede ser una respuesta al trauma y a un apego seguro.

Para la estructura de personalidad antisocial, Otto Kernberg (2005), argumenta que el síntoma es solo la punta del iceberg de una organización de la personalidad que no logra integrar el afecto. Mientras que Theodore Millon (2006), explica que los rasgos antisociales son un estilo de supervivencia rígido. Si solo quitas la sustancia, pero no cambias el patrón de

comportamiento, el sujeto buscará otra forma de actuar desde sus impulsos. Desde la adicción y el apego, Flores (2004) refiere, que la adicción es, en esencia, un trastorno del apego y la sustancia sustituye la incapacidad de formar vínculos humanos seguros. Con lo anterior es importante reconocer que el apego puede estar ligado a la autorregulación, en este sentido, las personas consumidoras no son sujetos viciosos, más bien, se encuentran carentes de recursos internos por lo que sus rasgos de personalidad tenderán a acentuarse, si el tratamiento no aborda los vínculos relacionales con las figuras paternas, el resultado será un aumento en la probabilidad del riesgo de recaída.

La desconexión afectiva que puede existir en las personas consumidoras con sus vínculos relacionales primarios genera un círculo vicioso en donde el sujeto, al no poseer un modelo interno de confianza, recurre a conductas transgresoras e impulsivas para interactuar con su medio, las cuales operan como potenciadores de los resultados del medio que son perjudicables (Bowlby, 1988; Sobral et al., 2000). Esta dinámica refuerza el aislamiento y el mal implicamiento social, orillando al individuo a favorecer la dependencia química como una estrategia de afrontamiento al vacío afectivo (Khantzian, 2017). Estudios contemporáneos ratifican que este comportamiento impulsivo y de búsqueda de riesgos se ve exacerbado por una desregulación prefrontal que impide la correcta evaluación de las consecuencias sociales (Patton, Stanford & Barratt, 1995; Stanford et al., 2009).

En el contexto de las clínicas de rehabilitación en México, este fenómeno se traduce en elevadas tasas de abandono terapéutico, ya que al no existir un apego seguro se entorpece la formación de una alianza terapéutica sólida, elemento indispensable para la retención en el tratamiento (Flores, 2004). Por consiguiente, si la intervención no aborda la base de los vínculos y las carencias en la racionalización que se enlazan a la impulsividad, el riesgo de

reincidencia permanece latente, comprometiendo la reinserción social eficaz (Fonagy & Bateman, 2016).

El propósito de la presente investigación busca analizar la relación entre los rasgos del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y el apego con la figura primaria durante la infancia. Se busca identificar si los rasgos de la estructura antisocial son consecuencia de la ausencia o deficiencia en el rol de dicha figura, quien es la responsable de introducir al niño en el mundo social y proveer las herramientas necesarias para su desarrollo psíquico.

La decisión metodológica de explorar los rasgos responde a que los participantes, si bien presentan conductas transgresoras e impulsivas vinculadas al consumo de sustancias, no necesariamente cuentan con un diagnóstico clínico previo de Trastorno de la Personalidad Antisocial (TAP). Centrar el estudio en los rasgos permite analizar cómo la impulsividad y los fallos en el apego se manifiestan en la conducta antisocial, sin incurrir en la patologización diagnóstica que exige el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.; DSM-5; Asociación Americana De Psiquiatría [APA], 2013)*.

El TAP se caracteriza por un conflicto persistente con el orden social. Esta investigación propone explorar métodos de contención e integración social basados en la reparación desde la perspectiva psicoanalítica y en técnicas de la TCC para el control de impulsos. El objetivo es determinar la posibilidad de integrar a estos sujetos en un marco social normativo y funcional.

En México, se estima que el 5% de la población padece TAP, y el 1% de este grupo desarrolla psicopatía. Según datos de la Fundación UNAM (s.f.), el trastorno es más recurrente en hombres que en mujeres. El país enfrenta retos significativos, como la falta de recursos para la detección clínica y la alta tasa de reincidencia, dado que los tratamientos actuales no garantizan una remisión total, aunque permiten la modificación de ciertas conductas. Cabe

destacar que el 50% de la población reclusa en centros penitenciarios presenta este diagnóstico. Las conductas del TAP suelen evidenciarse desde la infancia a través de la mentira, la manipulación, la impulsividad y la transgresión de normas, donde la modificación de la conducta suele ocurrir por evitación del castigo y no por un aprendizaje moral o responsabilidad social.

Por lo tanto, surge la necesidad de evaluar si una intervención estructurada de corte cognitivo-conductual, centrada en la resignificación de los estilos de apego y el control de impulsos, puede generar cambios significativos en estos sujetos. La falta de evidencia empírica sobre programas que integren estas variables específicas en población mexicana con adicciones representa un vacío en el conocimiento clínico que este estudio pretende cubrir.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual, orientada a los estilos de apego y a la reducción de los niveles de impulsividad, en adultos jóvenes con rasgos antisociales de la personalidad y policonsumo en contexto residencial?

1.2 Objetivos de la investigación

A continuación, se delimitan los objetivos que dirigen y estructuran el curso metodológico, operativo y empírico de la presente investigación

1.2.1 Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual, orientada a los estilos de apego y a la reducción de los niveles de impulsividad, en adultos jóvenes con rasgos antisociales de la personalidad y policonsumo en contexto residencial.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar el tipo de apego que presentan personas con rasgos antisociales de la personalidad.

- Analizar el tipo de impulsividad que presentan personas con rasgos antisociales de la personalidad.
- Evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo conductual para personas con rasgos antisociales de la personalidad enfocada en la mejora de la impulsividad y su tipo de apego.

1.3 Hipótesis

Estas afirmaciones plantean la viabilidad clínica de promover transformaciones significativas en la capacidad de autorregulación y en la estructura relacional de los adultos jóvenes participantes.

H1: La implementación de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual produce una reducción en los niveles de impulsividad motora en adultos jóvenes con policonsumo en contexto residencial.

H1: (Nula): La implementación de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual no produce una reducción en los niveles de impulsividad motora en adultos jóvenes con policonsumo en contexto residencial.

H2: La implementación de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual favorece la movilización y el fortalecimiento de la dimensión de apego seguro en adultos jóvenes con policonsumo en contexto residencial..

H2: (Nula): La implementación de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual no produce cambios significativos en la dimensión de apego seguro de los participantes.

1.4 Justificación

La importancia del estudio de la personalidad radica en la comprensión de las causas subyacentes al comportamiento y la subjetividad humana. Este campo de estudio permite predecir con mayor precisión la conducta de un individuo al analizar la interrelación de los factores que integran su estructura psíquica. En este sentido, un entorno social saludable es posible gracias al establecimiento de vínculos primarios estables; por el contrario, los conflictos emocionales y las alteraciones de la conducta suelen configurarse como una consecuencia directa de fallas tempranas en el apego, fomentadas de forma involuntaria o negligente por sus cuidadores primarios. Evidencia clínica actual reafirma que los modelos internos de apego no son estáticos, sino estructuras dinámicas que, de no ser abordadas terapéuticamente, perpetúan el malestar vincular durante toda la vida adulta (Lorenzini & Fonagy, 2013).

Aunque actualmente no existen técnicas que erradiquen definitivamente los rasgos antisociales debido a la consistencia y fijeza de la conducta dentro de la estructura de la personalidad (Hare, 2003), la intervención temprana y la contención terapéutica son fundamentales. Estas acciones auxilian de manera directa a favorecer una transición hacia la edad adulta donde la impulsividad tiende a disminuir de forma natural. Este fenómeno, documentado clínicamente como el efecto de maduración, evidencia que las manifestaciones conductuales trasgresoras decrecen significativamente con el avance del ciclo vital, notándose una estabilización periférica a partir de los 30 o 40 años de edad (Moffitt, 1993; Paris, 2003). No obstante, la investigación reciente enfatiza que esta maduración es significativamente más lenta y compleja en individuos con historias de abuso y trauma crónico, donde la desregulación emocional requiere intervenciones especializadas y prolongadas (Bateman & Fonagy, 2016).

Según las clasificaciones diagnósticas internacionales vigentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), el trastorno de la personalidad antisocial se define mediante un enfoque marcadamente dimensional que evalúa tanto la gravedad de la disfunción global del Yo como las manifestaciones específicas de hostilidad, desprecio por los derechos ajenos y desinhibición conductual (CIE-11). Esta actualización conceptual de los últimos años abandona la rigidez punitiva de las etiquetas tradicionales de la CIE-10 para centrarse en cómo el patrón desadaptativo daña las relaciones del sujeto con su entorno, asumiendo que el desprecio hacia las obligaciones sociales y la aparente falta de empatía adaptativa son el reflejo de una estructura defensiva inflexible que no ha logrado consolidar recursos internos de pacificación. Dado que el castigo punitivo tradicional resulta insuficiente para modificar estas pautas conductuales, se vuelve imperativo comprender la génesis relacional de la estructura para diseñar ambientes genuinamente reparadores que impacten de manera positiva tanto en el orden social como en el desarrollo y bienestar personal del sujeto.

El desarrollo de la psicopatología depende tanto de la disposición genética como de las condiciones ambientales de crianza. A pesar de la vasta bibliografía existente sobre el TAP, persisten contradicciones conceptuales en la salud pública que dificultan el establecimiento de protocolos de tratamiento uniformes. Entre estas se encuentra una falta de delimitación teórica para el TAP que atienda con flexibilidad a la práctica clínica real. Otra contradicción se basa en la compleja tríada: diagnóstico, enfoque conductual y rasgo afectivo. Los criterios diagnósticos internacionales por lo general se enfocan de manera exclusiva en la transgresión de normas y en las conductas externas observables, dejando de lado la estructura de la personalidad subyacente, lo cual suele crear una confusión clínica entre el diagnóstico de TAP y el constructo puro de psicopatía (Hare, 2003). Poder diferenciar estos conceptos no responde únicamente a un interés intelectual o académico; en la realidad del tratamiento, esta distinción

es la que marca la pauta sobre el porvenir del paciente e indica si las herramientas terapéuticas disponibles serán efectivas o se reducirán a un mero objeto hipotético (Hare, 2003).

Para situarse en una categoría clínica de manera estricta, el DSM-5 se remite en sus clasificaciones clásicas a una evaluación basada en el funcionamiento de la personalidad y en rasgos contundentes como la falta de empatía o la tendencia a la manipulación (APA, 2013). Este enfoque moderno dota a la práctica clínica de mayor libertad, asumiendo que las experiencias tempranas moldean los rasgos de manipulación o impulsividad, abriendo la posibilidad de tratar el sufrimiento sin necesidad de recurrir a etiquetas estigmatizantes y rígidas (Bateman & Fonagy, 2016). Debido a ello, los protocolos de tratamiento institucional suelen carecer de direccionalidad, ya que no siempre queda claro si la intervención debería centrarse únicamente en modificar la conducta externa observable o en reparar las carencias del proceso emocional profundo (Skodol, 2012).

Sin embargo, al hablar de rasgos desde una perspectiva profunda e integral, se comprende al paciente como un conjunto de procesos dinámicos que se manifiestan a partir de distintas vivencias dentro de su historia y su experiencia con el apego. Incluso, en el camino que está tomando la psicopatología moderna a través del Modelo Alternativo del DSM-5 (Sección III), el foco de interés se desplaza hacia la gravedad de la disfunción del *Self* y las relaciones interpersonales, así como hacia los rasgos específicos del individuo (APA, 2013). Lo anterior dota a la práctica clínica de mayor libertad y empatía, puesto que asume que las experiencias tempranas de un individuo son las que moldean sus rasgos de manipulación o impulsividad, abriendo la posibilidad de tratar el sufrimiento del paciente de una forma flexible sin necesidad de encasillarlo en una etiqueta rígida y estigmatizante.

Finalmente, desde la psicología clínica y la etiología del TAP, se postula que el apego desorganizado genera una falla sistémica en el procesamiento de la información social. Esto

impide que el sujeto logre descodificar adecuadamente qué piensan o sienten los demás, resultando en una incapacidad para representar estados mentales internos y externos, un proceso ligado a la falla en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2008). Esta investigación se cimienta justamente en explorar la separación entre aquello que poseemos de forma innata y lo que posteriormente desarrollamos a través de nuestras experiencias sociales y afectivas, buscando ofrecer un entendimiento global y humano de la vinculación.

Este estudio se aleja conscientemente de la visión determinista que considera al TAP como un diagnóstico frío y sin solución; por el contrario, propone trabajar sobre la interacción genuina del sujeto con su entorno y la mejora de su calidad de vida psíquica. La relevancia de esta investigación radica en comprender la etiología de los rasgos antisociales desde las etapas tempranas del desarrollo. Al intervenir mediante técnicas cognitivo-conductuales integradas, se busca mejorar la relación del sujeto con su medio, modulando la urgencia de la impulsividad y flexibilizando sus patrones de apego inseguro. Esto representa un beneficio directo tanto para la población afectada caracterizada por el policonsumo de sustancias y conductas de alto riesgo como estrategias desesperadas para silenciar su malestar como para la sociedad en general, al favorecer la prevención de actos delictivos y promover a futuro condiciones de crianza más saludables que fortalezcan el vínculo amoroso entre el cuidador primario y el infante.

Bajo este panorama, la presente investigación busca aportar activamente a la necesidad apremiante de transformar los paradigmas actuales de tratamiento para las adicciones en el contexto nacional, justificándose a través de las siguientes dimensiones esenciales:

- La relevancia social y de salud pública que representa una de las principales problemáticas de desintegración social y delictiva en el país. Los altos índices de reincidencia en los centros de rehabilitación tradicionales evidencian las limitaciones

de los modelos que se centran únicamente en vigilar la abstinencia química, omitiendo que los internos presentan rasgos antisociales de la personalidad que requieren una mirada clínica especializada y contenedora. Directrices internacionales vigentes para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias enfatizan que el abordaje de las adicciones en poblaciones con alta vulnerabilidad psicosocial exige abandonar los esquemas punitivos o puramente sintomáticos para transitar de forma urgente hacia intervenciones integrales y sensibles al trauma relacional, asumiendo que el éxito de la recuperación depende de la creación de espacios institucionales seguros que devuelvan al Yo la capacidad de autorregulación y vinculación prosocial (UNODC, 2021).

- El aporte científico de esta investigación contribuye a subsanar los vacíos existentes en la literatura nacional respecto a intervenciones basadas en la teoría del apego para el manejo de rasgos antisociales en poblaciones con trastornos por consumo de sustancias. Al utilizar la TCC como la herramienta clave para guiar el trabajo interno, se facilita una ruta terapéutica profunda e integral, que transita con fluidez desde el control de la conducta externa hacia la reparación de los vínculos afectivos. profunda, asumiendo que el consumo recurrente opera habitualmente como el síntoma de un vínculo afectivo carente.
- Con el valor práctico para este programa dentro de una clínica de rehabilitación privada, el programa demuestra la viabilidad operativa de los modelos de tratamiento intensivos (dos sesiones semanales) y el uso de estrategias de reinserción social bajo la modalidad residencial de medio camino. La evidencia generada servirá como una guía metodológica para que otras instituciones adopten enfoques integrales donde la

farmacoterapia psiquiátrica y la psicoterapia clínica trabajen en sinergia para estabilizar tanto el sistema neurobiológico como el equilibrio emocional del sujeto.

- La justificación última de este trabajo reside en la firme convicción clínica de que presentar rasgos del TAP no debe ser considerado bajo ninguna circunstancia como una sentencia de exclusión social o moral. Como profesionales responsables de la investigación de la salud mental, es nuestro deber proveer herramientas humanas y científicas que permitan al individuo reencontrarse con su propia capacidad de vinculación, reparación afectiva y adaptación social responsable.

Capítulo II. Marco teórico

Este capítulo presenta el sustento conceptual, teórico y epistemológico que fundamenta y otorga rigor científico a la presente investigación. Lejos de constituir una revisión mecánica o una acumulación de definiciones aisladas, este marco se configura como un mapa conceptual de sentido humano, indispensable para explorar el origen del sufrimiento psíquico y las complejas estrategias de supervivencia que los adultos jóvenes despliegan ante entornos tempranos negligentes o traumáticos. La literatura actual enfatiza que estas configuraciones tempranas no solo son eventos del pasado, sino modelos operativos internos que dictan la forma en que el individuo se vincula, se autorregula y afronta el estrés en su vida adulta (Mikulincer & Shaver, 2007). Con el propósito de ofrecer una mirada integral, este apartado entrelaza de forma directa los rasgos de la personalidad antisocial, las manifestaciones de la impulsividad y la complejidad del policonsumo, conectándolos con la Teoría del Apego. De este modo, construimos las bases para comprender cómo las fallas en el cuidado primario vulneran la estabilidad del *Self*. Diversos estudios han demostrado que la desorganización de estas estructuras tempranas compromete la capacidad de mentalización, dejando al sujeto en un estado de vulnerabilidad donde el uso de sustancias se convierte en un intento desesperado por restaurar un equilibrio emocional interno que carece de cimientos seguros (Fonagy & Bateman, 2016). A continuación, iniciamos este recorrido teórico explorando el paradigma fundamental que explica cómo se construyen nuestros mapas afectivos básicos desde la infancia y cómo su desajuste influye directamente en las dificultades de regulación emocional que observamos en la práctica clínica actual.

2.1 La teoría del apego

La base de nuestra investigación se centra en la teoría del Apego, en ella, el desarrollo de la personalidad no es un evento aislado, sino el resultado de un sistema conductual orientado a la búsqueda de la supervivencia y cuidado. Para John Bowlby (1969), el apego es una necesidad

biológica primaria donde la sensibilidad y respuesta de la figura cuidadora permiten al niño construir alusiones mentales, las cuales sirven como guía para interpretar el mundo y regular las propias emociones en la adultez. Específicamente, los estudios clínicos de seguimiento y el análisis del comportamiento actual nos muestran que estos mapas afectivos de la infancia terminan entrenando de forma invisible la atención de la persona. En perfiles marcadamente evitativos, el Yo aprende a filtrar y bloquear de forma automática cualquier señal de vulnerabilidad o necesidad de afecto para protegerse del entorno; una defensa tan arraigada que altera la capacidad interna del cuerpo para calmarse a sí mismo, sobrepasando los filtros reflexivos de la mente y dejando al individuo en un estado de alerta constante que impacta su bienestar a lo largo de toda su vida (Cassidy et al., 2020).

El apego se define como el lazo afectivo primordial que se establece entre el infante y su figura materna o cuidador principal (Ainsworth et al., 1978). John Bowlby (1958), pionero en la integración de conceptos psicoanalíticos y etológicos, postuló que este vínculo responde a una necesidad biológica de protección y seguridad. La calidad de la respuesta del cuidador determina cómo el infante integrará la información en su psique, consolidando cuatro estilos de apego fundamentales (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990). La psicopatología moderna aborda estos estilos bajo un enfoque puramente dimensional, asumiendo que el grado de ansiedad o evitación relacional no constituye una etiqueta fija, sino una pauta dinámica de adaptación psíquica frente al entorno (Wallin, 2021). Bajo esta mirada comprensiva, entendemos que situar al paciente en un punto del espectro relacional no busca encasillarlo en un diagnóstico frío, sino descifrar la forma singular en que su mente aprendió a protegerse del desamparo. Al asumir el apego como un continuo maleable y no como una estructura inamovible, la práctica clínica se dota de esperanza y empatía, validando que aquellas corazas defensivas que se construyeron para sobrevivir a la frialdad o a la inconsistencia temprana pueden ablandarse en la adultez, abriendo

paso a la reconstrucción de la confianza básica a través de la experiencia reparadora del espacio terapéutico (Wallin, 2021).

El desarrollo humano radica en la comprensión de que los vínculos afectivos a temprana edad no solo sustentan su base biológica de seguridad y protección, sino también son la base sobre la cual se construye la personalidad. John Bowlby (1969), padre de la teoría del apego, menciona que este es una forma desde donde la conducta rige la interacción con otro individuo, el cual tiene una mejor capacidad para enfrentar al mundo. Siguiendo esta idea, nuestro autor recalca que el apego tiene una función supervivencia y que la respuesta que reciba del mundo externo (su cuidador primario), determinará su interacción con la sociedad y con la forma interna de integrar información en su mente.

Este autor define cuatro tipos de apego:

- Apego seguro: Se caracteriza por una capacidad sólida de confianza en sí mismo y en los demás, lo cual facilita un desenvolvimiento social adaptativo. En la etapa adulta, este estilo permite una regulación emocional efectiva frente al estrés, promoviendo la autonomía y una autoestima saludable (Bowlby, 1988). Durante la infancia, este vínculo surge cuando la figura de cuidado responde con sensibilidad y consistencia a las necesidades del niño (Ainsworth et al., 1978), priorizando el contacto afectivo y la comunicación sobre las tareas meramente instrumentales de higiene o alimentación.
- Apego Evitativo: En este estilo, el individuo suele proyectar una imagen positiva de sí mismo frente a una percepción negativa o desconfiada de los demás (Bartholomew & Horowitz, 1991). Existe una marcada tendencia a reprimir la expresión emocional y a mantener un distanciamiento afectivo como estrategia de desactivación del sistema de apego (Ainsworth et al., 1978). Desde la dinámica familiar, se observa un historial de

rechazo o frialdad por parte de la figura primaria. Como consecuencia, en la vida adulta, el sujeto suele manifestar un aislamiento emocional, refugiándose frecuentemente en el éxito profesional y la autosuficiencia extrema como mecanismos de defensa.

- **Apego ansioso (Ambivalente):** Se define por la inseguridad persistente en las relaciones. Surge a partir de un cuidado inconsistente, donde la figura de apego se muestra presente y afectuosa de manera intermitente, generando incertidumbre en el infante (Ainsworth et al., 1978). Esta ambivalencia se traduce en una búsqueda de proximidad constante por temor al abandono. En la adultez, se manifiesta a través de la dependencia emocional, una necesidad excesiva de aprobación y una preocupación constante por la estabilidad del entorno afectivo (Mikulincer & Shaver, 2007).
- **Apego desorganizado:** En este estilo, la violencia y la inconsistencia parental son factores predominantes. El infante experimenta una paradoja psicológica: la figura que debería proveer protección es, simultáneamente, la fuente de amenaza (Main & Solomon, 1990). Durante la niñez, estos sujetos suelen presentar conductas explosivas, impulsividad y dificultades severas en la relación con sus pares. En la edad adulta, la incapacidad para establecer relaciones asertivas y el manejo crónico de la ira suelen derivar en relaciones interpersonales conflictivas y una baja capacidad de vinculación íntima, producto de una fragmentación en las estrategias de resolución de estrés (Hesse & Main, 2000).

Desde el encuadre de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), los estilos de apego descritos se comprenden como Esquemas Tempranos Desadaptativos. Si bien estos modelos de relación se formaron en la infancia, la intervención cognitivo-conductual permite al paciente adulto identificar estos patrones, evaluar su funcionalidad actual y, mediante técnicas de reestructuración cognitiva, desarrollar nuevas formas de vinculación que favorezcan un

funcionamiento social más seguro y adaptativo (Young, 2003). Los modelos clínicos contemporáneos basados en la evidencia enfatizan que el cuestionamiento de las creencias nucleares sobre el *Self* y los otros abre la posibilidad de flexibilizar estos esquemas rígidos de inadaptación, consolidando un espacio de autoconocimiento y regulación emocional indispensable para el éxito del tratamiento residencial (Beck, 2021). Esta aproximación asume que los pensamientos automáticos y las conductas transgresoras que observamos en el día a día de la clínica son, en realidad, el reflejo de asunciones arraigadas del tipo nadie me va a cuidar o tengo que controlar al otro para sobrevivir. Al guiar al individuo a través de un diálogo empático y estructurado, la intervención no busca invalidar su dolor, sino ayudarlo a poner en duda la vigencia de esos escudos arcaicos. De este modo, la reestructuración cognitiva deja de ser un ejercicio puramente intelectual y se transforma en una experiencia emocional reparadora; una pausa reflexiva donde el adulto joven puede mirarse a sí mismo fuera del rol delictivo o de la etiqueta de la adicción, facilitando que el Yo deconstruya los sesgos de desconfianza y aprenda a tolerar la cercanía, la vulnerabilidad y el apoyo prosocial que el entorno residencial le ofrece (Beck, 2021).

2.2 El Trastorno de la Personalidad Antisocial (TAP) y sus Rasgos

Los trastornos de la personalidad se definen como alteraciones graves de la constitución afectiva y de las tendencias conductuales del individuo. Estas no proceden directamente de enfermedades, daños cerebrales ni otros trastornos psiquiátricos, sino que afectan múltiples áreas de la personalidad y suelen asociarse con una aflicción personal considerable y desorganización en la vida social. Por lo general, estas manifestaciones surgen en la niñez o adolescencia y persisten en la edad adulta y su estudio, requiere mirar enfocándose en la estructura emocional y cognitiva del sujeto (OMS, 2003).

Mientras que los manuales diagnósticos como el DSM-5 describen síntomas, Theodore Millon (2006) define la personalidad como un estilo de funcionamiento adaptativo integrado por patrones psicológicos profundamente enraizados. Un trastorno de la personalidad no es algo que el sujeto "tiene", sino una rigidez en su capacidad para adaptarse al estrés ambiental, lo que perpetúa patrones autodestructivos. En esta misma línea, Otto Kernberg (1984) propone que estas estructuras reflejan una falla en la organización interna del Self, donde la dificultad para integrar las percepciones de sí mismo y de los demás genera confusión de identidad y el uso de mecanismos de defensa primitivos. La investigación clínica contemporánea sugiere que esta rigidez no es inmutable, sino que puede flexibilizarse mediante intervenciones que promuevan la mentalización y el fortalecimiento de la estructura yoica (Bateman & Fonagy, 2016)..

De acuerdo con sus características fenomenológicas, los trastornos de la personalidad se organizan en tres grupos (APA, 2013):

- Grupo A: Incluye las personalidades paranoide, esquizoide y esquizotípica. Se caracterizan por presentar rasgos de excentricidad o extrañeza.
- Grupo B: Es el grupo de interés para la presente investigación e incluye las personalidades antisocial, límite, histriónica y narcisista. Estos sujetos suelen ser percibidos como dramáticos, emotivos o erráticos.
- Grupo C: Comprende las personalidades evitativas, dependiente y obsesivo-compulsiva, distinguidas por rasgos de ansiedad o temor.

De acuerdo a la clasificación general de los trastornos de personalidad (Huesmann, 1988), el perfil antisocial se integra en el Grupo B, donde la transgresión emerge de una interacción compleja entre factores biológicos y ambientales. No podemos explicar este comportamiento a través de un solo proceso cognitivo; es, más bien, una danza entre la vulnerabilidad biológica y un entorno que no proveyó el sostén necesario (Huesmann, 1988). Estudios actuales sobre

neurobiología del comportamiento sugieren que el déficit en la regulación de impulsos antisociales está íntimamente relacionado con una maduración atípica de las conexiones entre la corteza prefrontal y el sistema límbico, limitando la capacidad de autorregulación (Booth, 2013).

En la personalidad patológica, el diagnóstico puede entenderse como la manifestación de puntuaciones extremas en las dimensiones básicas de la personalidad que, al perder su flexibilidad, se vuelven desadaptativas. Bajo esta perspectiva, el perfil antisocial se caracteriza por situarse en el polo opuesto a una elevada amabilidad; es decir, presenta niveles críticos de hostilidad, antagonismo y falta de empatía. De acuerdo con Costa y McCrae (2008), estos trastornos representan variaciones cuantitativas de los rasgos normales, donde la ausencia de amabilidad y la presencia de hostilidad persistente consolidan un patrón de funcionamiento rígido que compromete la capacidad del individuo para establecer vínculos prosociales y funcionales. Desde la evaluación computada y clínica actual, este desajuste dimensional se interpreta como una incapacidad del sujeto para procesar los esquemas de reciprocidad, donde las distorsiones cognitivas de control y ventaja interpersonal impiden que los rasgos normales sirvan para la convivencia adaptativa (Widiger, 2022). Esto significa que, en el plano relacional diario, el adulto con estos rasgos marcados procesa las interacciones humanas bajo una regla sesgada: cree firmemente que en toda relación hay alguien que domina y alguien que es dominado. Al carecer de una noción interna de equilibrio y beneficio mutuo, el individuo asume de forma automática que cooperar es un signo de debilidad y que la única forma de mantenerse a salvo es tomando la delantera mediante el engaño o la manipulación. Así, las distorsiones cognitivas actúan como un filtro que deforma la realidad social, transformando lo que podría ser un intercambio humano asertivo y colaborativo en una constante estrategia de poder y competencia, lo cual termina por romper sus redes de apoyo y perpetuar el círculo del policonsumo como un refugio ante su propio aislamiento (Widiger, 2022).

Aunado a lo que hemos mencionado, al TAP lo podemos definir como un patrón dominante de desprecio y vulneración de los derechos de los demás (APA, 2013). Es crucial reconocer que el sujeto no actúa por malicia deliberada, sino por una incapacidad estructural para procesar la experiencia de manera prosocial, lo cual, bajo el código F60.2 de la CIE-10, evidencia una marcada disparidad entre las normas sociales y su propia conducta (OMS, 2019).

Para establecer el diagnóstico de TAP (código 301.7), el individuo debe presentar un patrón de inatención y vulneración de los derechos de los demás que comienza en la infancia o la adolescencia temprana que es antes de los 15 años, continuando en la edad adulta y se requiere el cumplimiento de al menos tres de los siguientes criterios enlistados y considerando que para la formalización del diagnóstico, el sujeto debe tener una edad mínima de 18 años, dado que es en esta etapa cuando las estructuras cerebrales y la personalidad presentan una mayor consolidación y complejidad:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, manifestado por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, expresado mediante mentiras repetidas, uso de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, manifestada por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, reflejada en la incapacidad de mantener un comportamiento laboral coherente o de cumplir con obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, manifestada con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

Bajo la arquitectura teórica de Theodore Millon (2006), el TAP se comprende como una constelación de características psicológicas intrínsecas como rasgos cognitivos, afectivos y biológicos, los cuales operan de manera persistente, dificultando la adaptación del individuo en las diversas esferas de su vida (interpersonal, intrapsíquica y social). Sin embargo, el factor determinante para la transgresión conductual radica en la manera en que el sujeto construye su propia identidad. De acuerdo con Millon y Davis (1998), el individuo antisocial desarrolla una representación del Sí mismo (*Self*), caracterizada por una autonomía extrema e independiente. Al percibirse como un ente autosuficiente y desvinculado de las normas de reciprocidad social, el sujeto desvaloriza al otro y las leyes que lo protegen. En esta estructura, la transgresión no es vista por el individuo como un acto desviado, sino como una herramienta legítima para afirmar su poder, proteger su autonomía y asegurar su supervivencia en un entorno que percibe como hostil o restrictivo.

En síntesis, el TAP no se considera un trastorno mental transitorio, sino una estructura de personalidad que conlleva una perspectiva ética y social divergente, orientada a la transgresión de la norma y el reto de la salud mental radica en el desarrollo de mecanismos de autocontrol que favorezcan la contención y, eventualmente, el bienestar social general. La TCC contemporánea aborda este desafío asumiendo que esta fachada de invulnerabilidad y reto a la norma es la punta del iceberg de un procesamiento cognitivo sesgado. Al integrar intervenciones basadas en la evidencia en contextos residenciales, el foco clínico se desplaza de la mera vigilancia del síntoma hacia la flexibilización de estas asunciones rígidas sobre la autoridad y el entorno, permitiendo que el paciente experimente de forma paulatina que es posible habitar un encuadre normativo sin perder su sentido de identidad y valía personal (Beck et al., 2021).

2.3 Rasgos antisociales de la personalidad

Para dar respuesta a la observación, es fundamental precisar que la investigación se centra en los rasgos antisociales y no en el diagnóstico clínico del trastorno per se. A continuación, se presenta la delimitación conceptual para hacer la diferencia entre trastorno y rasgo:

El TAP es una categoría clínica diagnóstica definida por manuales como el DSM-5, que requiere que el individuo cumpla con un número específico de criterios rígidos, incluyendo una evidencia clara de Trastorno de la Conducta antes de los 15 años, un patrón crónico y persistente que afecta todas las áreas de la vida. Sin una evaluación clínica multiaxial previa, es arriesgado e impreciso etiquetar a un participante con el trastorno. Mientras que los rasgos de Personalidad Antisocial, se refieren a características o dimensiones del comportamiento y la personalidad como la impulsividad, baja empatía, transgresión de normas o la búsqueda de sensaciones, que una persona puede presentar en diferentes grados. Esta perspectiva dimensional permite comprender que la psicopatología no es un fenómeno de todo o nada, sino un continuo donde los rasgos se intensifican según el contexto y el entorno (APA, 2013). Los modelos contemporáneos de espectro psicopatológico corroboran que evaluar las dimensiones de desadaptación permite capturar la transición del comportamiento normal al patológico con mayor fidelidad clínica que los sistemas categoriales rígidos, validando el estudio del rasgo como el núcleo central del malestar y de la interacción del sujeto con su medio (Krueger & Markon, 2020). Esto implica que, en lugar de encasillar al adulto joven en una categoría clínica estigmatizante, el enfoque dimensional nos permite valorar con cuánta intensidad se presentan rasgos como la hostilidad o la labilidad afectiva en su vida cotidiana. Al asumir la psicopatología como un continuo, el clínico deja de buscar el cumplimiento de un listado frío de síntomas y se vuelve capaz de sintonizar con el grado de sufrimiento del participante. En las personas con problemas de adicciones, esta mirada dota al espacio psicoterapéutico de mayor sensibilidad, puesto que asume que un rasgo

intensificado por el consumo o el desamparo relacional es una respuesta adaptativa defensiva y no una condición inmutable de su identidad (Krueger & Markon, 2020). Estos rasgos pueden manifestarse de forma intensa en personas con adicciones sin que necesariamente cumplan con el umbral clínico para ser diagnosticados con un trastorno de personalidad y los rasgos son disposiciones persistentes que nos hacen únicos, mientras que el trastorno es la versión inflexible de esos rasgos, es decir, lo rígido de la personalidad de un individuo, Gordon Allport (1961), define que los rasgos son sistemas neuro psíquicos que guían a la conducta. Desde lo académico entendemos al trastorno como que la personalidad se vuelve tan rígida que la capacidad de adaptación social es nula.

En el análisis de la personalidad antisocial, es imperativo partir de la perspectiva de Vicente Garrido Genovés (2005) la cual hace distinción entre la conducta delictiva y la estructura de la psicopatía. Sostiene que la médula del rasgo antisocial es la insensibilidad emocional y la búsqueda de satisfacción inmediata sin considerar las consecuencias al prójimo. Este autor, enfatiza que estos sujetos presentan una incapacidad para aprender de la sanción debido a un sistema débil de la conducta. Esta insuficiencia en el sistema conductual y la insensibilidad señalada encuentran un eco crítico en la postura de Robert Hare (2003), quien, argumenta que el diagnóstico de TAP del DSM suele ser demasiado conductual. Propone que los rasgos afectivos como la falta de empatía, encanto superficial y egocentrismo son los que realmente definen la peligrosidad y la reincidencia del individuo antisocial. De hecho, investigaciones recientes han validado que estos marcadores afectivos son mejores predictores de la inadaptación social que la simple comisión de actos delictivos (Hare, 2003). Bajo esta misma línea, donde el foco se desplaza de la conducta externa hacia los rasgos internos y su interacción con el entorno, en este sentido, cobra especial relevancia el planteamiento de Sobral, Romero, Luengo y Marzoa (2000), quienes proponen que rasgos temperamentales como la búsqueda de sensaciones no funcionan

como causas directas de la patología, sino que actúan como amplificadores o catalizadores biopsicológicos.

Bajo esta perspectiva, la búsqueda de sensaciones opera como un mecanismo que incrementa la intensidad y la frecuencia de las conductas transgresoras. Para el individuo con rasgos antisociales, este rasgo funciona como un motor que busca elevar los niveles de activación cortical (arousal), los cuales suelen estar crónicamente bajos en estos perfiles. Así, la búsqueda de sensaciones amplifica las predisposiciones desadaptativas preexistentes como la falta de empatía o la baja tolerancia a la frustración, transformando un impulso interno en una acción externa manifiesta. En consecuencia, el sujeto no solo infringe la norma por el beneficio obtenido, sino por el refuerzo intrínseco que le proporciona la descarga de adrenalina y la intensidad de la experiencia transgresora, lo cual consolida un patrón de conducta difícil de extinguir debido a su alto componente gratificante.

En contextos de apego deficiente estos rasgos se disparan, ayudando a que el individuo adopte un estilo de vida antisocial consecuente a su carente estimulación interna. Para efectos de esta tesis, es vital reiterar que la investigación se enfoca en los rasgos antisociales y no exclusivamente en el diagnóstico clínico. Como bien apuntan Sobral et al. (2000) y Garrido (2005), el análisis de dimensiones como la impulsividad y la falta de empatía permite una intervención más temprana y eficaz, evitando que estos rasgos se cristalicen en una estructura de personalidad inamovible. Esta flexibilidad diagnóstica es respaldada por los enfoques más recientes que abogan por una psicología clínica preventiva, donde el trabajo temprano sobre la regulación del *Self* y la capacidad de vincularse reduce drásticamente la probabilidad de desarrollar estructuras antisociales severas (Bateman & Fonagy, 2016). Esta transición conceptual hacia los modelos, como el Modelo Alternativo para los Trastornos de la Personalidad de la Sección III del DSM-5, confirma que la gravedad del funcionamiento de la identidad y de las

relaciones interpersonales, sumada a los rasgos de antagonismo y desinhibición, constituye la vía más humana y certera para planificar tratamientos centrados en las necesidades específicas del paciente y no en la rigidez de un diagnóstico clásico (Widiger & Mullins-Sweatt, 2021). Al trasladar esta visión al contexto de internamiento residencial, se evidencia la pertinencia de evaluar dimensiones y no etiquetas absolutas. El trabajo enfocado en los rasgos de antagonismo y en los fallos de la autorregulación permite diseñar un encuadre donde el terapeuta no se posiciona como una figura punitiva que vigila la transgresión legal, sino como un guía asertivo que acompaña al sujeto a reconstruir las funciones de su identidad. De este modo, al desmontar la creencia de que el entorno es puramente explotador, se abre la posibilidad de que el paciente flexibilice la desinhibición de su conducta y comience a experimentar que el lenguaje y la palabra son herramientas válidas para sostener su propia valía, reduciendo la necesidad del consumo anestésico y sentando las bases para una reinserción comunitaria responsable (Widiger & Mullins-Sweatt, 2021).

2.4 El Desarrollo de la personalidad en personas con Personalidad Antisocial

La relevancia de los estilos de apego trasciende la infancia, determinando la interacción social futura y las estrategias de afrontamiento ante la inseguridad. Un entorno marcado por la violencia intrafamiliar actúa como un precursor de la repetición de patrones transgeneracionales de agresión (Amar & Berdugo, 2006). La carencia de una figura estable en los primeros años de vida impide el desarrollo adecuado de la moral y del deber ser, ante la ausencia de una representación interna del mundo normativo. Desde la perspectiva de René Spitz (1935), la madre funciona como la representante del medio externo; es a través de ella que el niño comienza a constituir la objetividad de su realidad. Por su parte, Melero (2008) sugiere que los modelos de apego se inscriben en la memoria procedimental, dictando las circunstancias relacionales del individuo de manera automatizada y, a menudo, fuera del umbral de la conciencia. No obstante,

es posible la reestructuración del estilo de apego en la adultez, dependiendo de la calidad de las redes de apoyo y la estabilidad de las relaciones sociales actuales. Desde los modelos socio-cognitivos del desarrollo, se corrobora que la persistencia de estos patrones relacionales no es un destino inmutable, sino el resultado de pautas de aprendizaje continuo donde los factores de vulnerabilidad individuales interactúan con ambientes estresantes, moldeando la forma en que el Yo procesa la validez de las normas y las intenciones del entorno y al trasladar esta mirada al plano evolutivo del sujeto, comprendemos que el desarrollo de la personalidad antisocial no responde a un patrón de conducta aislado o caótico, sino a un proceso acumulativo de interacción entre las predisposiciones del individuo y las demandas de su entorno. Las investigaciones de seguimiento actuales nos devela que cuando el Yo en formación es expuesto de forma crónica a modelos relacionales violentos o inestables, automatiza pautas de respuesta basadas en la sospecha y la defensa. La conducta transgresora se consolida entonces como un estilo de supervivencia aprendido, donde las funciones de anticipación y evaluación de consecuencias se ven adormecidas por la urgencia de asegurar la preservación psíquica en un medio que el sujeto decodifica como constitutivamente amenazante (Caspi & Moffitt, 2020).

Finalmente, el psicoanálisis, desde las contribuciones de Melanie Klein (1948), subraya la importancia de la presencia materna en las fases tempranas del desarrollo. Motivaciones y emociones dirigidas hacia los objetos como el amor, el odio y el impulso de reparación constituyen el núcleo de los conflictos vitales de la psique. En este proceso, la transferencia permite desplegar la realidad psicológica del paciente, facilitando el análisis de sus reacciones ante la realidad actual (Meltzer, 1984). Esta comprensión de la realidad interna permite advertir que, en la estructuración del aparato psíquico, las figuras parentales no solo representan el entorno primario, sino que constituyen los cimientos sobre los cuales el infante desarrolla su capacidad de vincularse y regularse emocionalmente. Dentro de la psicopatología dinámica, el

desarrollo de rasgos antisociales o personalidades psicopáticas se entiende, precisamente, como una respuesta defensiva ante fallas profundas en la sintonía afectiva de estos cuidadores primarios.

Coderch (1991) sugiere que el origen de la personalidad psicopática se encuentra intrínsecamente ligado a una atmósfera de frialdad emocional. Sostiene que estos sujetos suelen proceder de núcleos donde ha existido una carencia de amor auténtico; no se trata necesariamente de una ausencia física, sino de una desatención sistemática a las necesidades psicológicas del niño. En este escenario, los padres suelen presentarse como figuras distantes, inconsistentes o incapaces de funcionar como un espejo afectivo que valide la existencia emocional del infante. Esta falta de contención genera que el niño perciba al mundo externo como un lugar hostil y carente de seguridad. Ante la imposibilidad de internalizar una figura protectora y cálida, el sujeto renuncia a la búsqueda de satisfacción a través del vínculo genuino y opta por la manipulación o el control de los demás como única vía para asegurar su supervivencia psíquica. La norma social es despreciada porque, en su historia primaria, nunca existió una autoridad que lo amara lo suficiente como para que el respeto a la ley tuviera un sentido afectivo.

Desde otra perspectiva estructural, Kernberg (1987) refiere que estas fallas vinculares alteran la organización de la personalidad. Según este autor, la personalidad antisocial es una de las manifestaciones más severas de la organización fronteriza, donde existe una incapacidad para integrar las representaciones de bueno y malo de manera coherente y donde las figuras parentales suelen ser internalizadas como objetos persecutorios o gélidos. Ante este vacío o amenaza, el niño desarrolla un *Self* Grandioso patológico como una coraza protectora que le permite sentirse omnipotente y superior, evitando así el contacto con la vulnerabilidad y el dolor del abandono original. Para Kernberg, la agresión antisocial no es un impulso gratuito, sino una defensa preedípica contra un entorno que fue vivido como invasivo, rechazante o profundamente

negligente. En consecuencia, el superyó no logra consolidarse, pues no hubo figuras parentales con las cuales el niño quisiera identificarse de manera positiva. La convergencia de estos autores permite concluir que la figura parental en la personalidad antisocial falla en su función de revestimiento libidinal; al no ser investido con amor, el sujeto crece con un vacío que intenta llenar mediante el poder o la transgresión. Detrás de la máscara de frialdad antisocial, subyace una historia de desamparo vincular que impidió la formación de un sentido social íntegro y de empatía. Esta atmósfera de desatención e inconsistencia es conceptualizada por las aproximaciones contemporáneas basadas en la evidencia como un entorno crónicamente invalidante. Cuando las figuras de cuidado castigan, ignoran o simplifican las respuestas emocionales del niño, este no logra adquirir las habilidades básicas para identificar sus propios estados internos, lo que le impide desarrollar estrategias de tolerancia al malestar y lo empuja a utilizar la agresión reactiva o la descarga impulsiva como las únicas vías eficaces para comunicar su sufrimiento o ejercer control sobre un medio social que percibe hostil (Linehan, 2020).

Complementariamente, el abordaje cognitivo-conductual no se limita a la reconstrucción de la historia de vida, sino que integra el entrenamiento en habilidades ejecutivas y la modificación de las respuestas automáticas. A través de la TCC, el paciente aprende a observar sus mecanismos de defensa como conductas aprendidas, permitiendo que la reestructuración cognitiva actúe como un modulador de la rigidez estructural, facilitando al individuo la adopción de nuevas estrategias de afrontamiento que reemplacen a los mecanismos primitivos, con esta conceptualización del entorno invalidante resulta de gran valor para la práctica clínica, ya que permite desmitificar la aparente frialdad del paciente con rasgos del TAP. Detrás de la máscara de omnipotencia o del *acting out* masivo, subyace un Yo que fue sistemáticamente descalificado en sus primeras expresiones de vulnerabilidad. Al no haber contado con un cuidador que sintonizara de forma amorosa y tradujera sus afectos en palabras, el infante aprende que mostrar fragilidad es

peligroso y que las emociones lógicas deben ser sepultadas mediante la acción directa. En la adultez, este déficit en la regulación emocional convierte al policonsumo en un anestésico artificial necesario: el sujeto recurre a la sustancia no por una simple búsqueda hedonista de placer, sino para silenciar el ruido insoportable de una alerta interna que su núcleo familiar originario nunca le enseñó a modular de forma asertiva, humana y prosocial (Linehan, 2020).

2.5 El apego en las personas con rasgos de personalidad antisocial

Una investigación, realizada en la Universidad de Oviedo por Sobral et al. (2000) analizó las fragilidades, específicamente la búsqueda de sensaciones como son los estímulos peligrosos o trasgresores, por ejemplo, la incapacidad para generar satisfacción propia y el nivel de impulsividad indican que las manifestaciones de la conducta antisocial dependen del nivel de apego con los padres, explica que un apego caracterizado por bajo apoyo o carencia de soporte afectivo y supervisión parental, será material de expansión para rasgos individuales, como la búsqueda de placeres inmediatos desde la impulsividad, que orientan a conductas trasgresoras en la juventud. En este sentido, autores como Sobral et al. (2000) y Bowlby (1988) coinciden en que la calidad de la relación con las figuras primarias no solo es un determinante ambiental, sino una pauta en la regulación emocional. Bowlby indica que un apego seguro es la base fundamental desde donde el ser explora el mundo; su ausencia provocará mecanismos defensivos como el apego evitativo. Cuando el apego es deficiente o las redes de apoyo familiares no funcionan como una base orientadora, los rasgos antisociales se estrechan a través de la impulsividad y la falta de empatía.

Complementando esta idea, Mary Ainsworth (1978) señaló que el desarrollo del apego inseguro-evitativo surge cuando los cuidadores rechazan o no atienden las necesidades del niño, quien aprende a no ser dependiente y a no necesitar afectividad. Al llegar a la adultez, estos individuos se muestran como seres autosuficientes en demasía y con poca conexión emocional;

así, para evitar situaciones vulnerables, el sujeto con rasgos antisociales se relaciona desde la frialdad o la dominancia. Desde las intervenciones clínicas enfocadas en la compasión y los esquemas cognitivos, se explica que esta búsqueda de dominancia no es una muestra de maldad innata, sino una estrategia desesperada del Yo para organizar su entorno bajo una mentalidad de rango social. El adulto con rasgos antisociales concibe que las interacciones humanas se basan en la sumisión o el control defensivo; por lo tanto, prefiere colocarse en una posición amenazante u omnipotente antes que revelar su fragilidad y arriesgarse a revivir la dolorosa experiencia del rechazo arcaico de sus figuras de cuidado (Gilbert, 2020).

Para aclarar los rasgos que subyacen a esta falta de empatía, Peter Fonagy (2013) sugiere que los estados mentales propios y ajenos surgen únicamente dentro de un apego seguro. Por lo tanto, en la personalidad antisocial existe un fallo en la mentalización afectiva: los individuos pueden ser expertos en la mentalización cognitiva (leer la mente de los demás para utilizarlos a su favor), pero carecen de la capacidad para interactuar emocionalmente. En consecuencia, el remordimiento nulo es producto de lo que Fonagy denomina yo-ajeno, creado ante la incapacidad del cuidador para reflejar adecuadamente las emociones del niño. Bajo este fallo, el infante internaliza al otro como una parte de su identidad hostil que se representa, posteriormente, mediante la agresión y el control, inhibiendo cualquier sentimiento de culpa. Estudios contemporáneos sobre la mentalización en la práctica clínica reafirman que este fallo frena el desarrollo de la confianza epistémica; es decir, al haber vivido dinámicas de engaño o negligencia en su matriz familiar, el joven pierde la capacidad de asumir que el discurso de los demás contiene información válida o segura. Como el Yo no puede confiar en lo que el otro siente o expresa, utiliza el pensamiento manipulador e instrumental como una coraza cognitiva necesaria para anticipar las supuestas intenciones hostiles del entorno relacional (Luyten & Fonagy, 2022).

Desde la psicología clínica, entendemos entonces que el rasgo antisocial sugiere ser la armadura final de un sistema de apego que falló en su función básica de protección. Por ello, la génesis de estos rasgos no puede comprenderse sin profundizar en la calidad de ese vínculo primario. Retomando la perspectiva de Bowlby (1988), si la base segura es inexistente o profundamente hostil, no se genera simplemente un vacío, sino que se obliga al niño a desarrollar una autosuficiencia compulsiva como mecanismo de supervivencia. Como señala Millon (2006), si el cuidador es percibido como una amenaza, el individuo aprende que los demás son objetos a ser manipulados o vencidos antes de ser herido nuevamente.

Una pieza clave en este tejido es el apego desorganizado. Cuando el cuidador es simultáneamente la fuente de temor y la única fuente de protección, el sistema cognitivo del infante colapsa. Como señalan Fonagy y Bateman (2008), la capacidad de entender que el otro siente y sufre se adquiere a través del reflejo afectivo de los padres. En la trayectoria antisocial, esta función se ve truncada, lo que explica la frialdad afectiva: el otro deja de ser un sujeto con sentimientos para convertirse en un obstáculo o una herramienta.

Esta fragilidad temprana se traduce, en la vida adulta, en una marcada dificultad para establecer vínculos duraderos. Autores como Lyons-Ruth (1996) sugieren que los patrones de apego hostil-impotente son precursores directos de la agresión. Al no haber internalizado una figura de autoridad que valide sus emociones, el individuo crece percibiendo la norma social como una imposición ajena e ilegítima. Así, la transgresión es una manifestación de su incapacidad para confiar en los sistemas de reciprocidad social.

En conclusión, Bowlby señala la importancia del vínculo y Ainsworth identifica el patrón evitativo como precursor del aislamiento, mientras que Fonagy explica que es la falla en la mentalización lo que impide reconocer el dolor ajeno. Dicha tríada nos permite aseverar que la intervención cognitivo-conductual debe enfocarse no solo en modificar la conducta, sino en

fortalecer la capacidad del individuo para sentir y pensar el estado mental propio y el de quienes le rodean. Los hallazgos de Sobral nos permiten, junto con Bowlby, entender que los rasgos antisociales son el resultado de una interacción compleja donde, ante un apego insuficiente, el individuo se encuentra vulnerable frente a sus propios rasgos de temperamento e impulsividad.

2.6 La impulsividad como características predominantes en personas con rasgos de personalidad

La impulsividad no debe considerarse necesariamente como una psicopatología, ya que posee una dimensión adaptativa denominada impulsividad funcional, que facilita la reacción rápida ante amenazas del entorno o la toma de decisiones en contextos que requieren agilidad mental (Dickman, 1990). No obstante, en el ámbito clínico, la impulsividad disfuncional se encuentra estrechamente vinculada a diversos cuadros clínicos, como las adicciones, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), conductas suicidas y, de manera prominente, los trastornos de la personalidad (Moeller et al., 2001).

Se define la impulsividad como una deficiencia en el autocontrol conductual, caracterizada por la tendencia a tomar decisiones rápidas sin una valoración previa de las consecuencias y una baja tolerancia a la demora de la gratificación (Evenden, 1999). Para efectos de esta investigación, y siguiendo el modelo multidimensional de Barratt (Patton et al., 1995), la impulsividad se clasifica en tres tipologías funcionales evaluadas mediante la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11):

- La Impulsividad motora en la que el sujeto actúa respondiendo a los estímulos de su entorno.

- Impulsividad cognitiva que toma decisiones apresuradas y no considera las metas a largo plazo.
- La impulsividad no planeada la cual toma en cuenta únicamente el presente y el futuro no tiene un peso emocional o predictivo (Barratt, 1994).

En sujetos con rasgos de TAP, la impulsividad se correlaciona con niveles elevados de hostilidad, actuando como un precursor de la conducta transgresora y la dificultad para aprender de las consecuencias negativas del pasado (Stanford et al., 2009). Modelos contemporáneos del procesamiento de la información aplicados a las adicciones confirman que este entrelazamiento clínico no es un simple desajuste aislado, sino una alteración en los sistemas de ponderación de la recompensa que se explica a través de la interacción de tres marcos teóricos esenciales: el Modelo de Sistemas Duales, el Descuento por Demora y la actualización del sistema de Inhibición y Activación Conductual (Verdejo-García et al., 2021). Bajo este conjunto de enfoques, se devela que el individuo con rasgos antisociales presenta sesgos atencionales rígidos debidos a una hiperreactividad en su búsqueda de gratificación combinada con una ceguera cognitiva ante las señales de castigo o pérdida social a largo plazo; su mente procesa la realidad bajo una trampa de inmediatez donde un estímulo perjudicial presente devalúa por completo el peso de sus metas futuras, forzando al Yo a operar bajo un sistema impulsivo desbordado que prioriza la urgencia del alivio o la anestesia química que le provee el objeto o la sustancia por encima de cualquier estructura normativa o meta prosocial del entorno comunitario (Verdejo-García et al., 2021).

La impulsividad funge como el motor que traduce el rasgo de la personalidad. Esta característica podríamos resumirla como una falla entre la regulación del deseo y la conducta, siendo también una falta de regulación emocional desde el apego.

Dentro de los rasgos antisociales, la impulsividad no es solo la falta de planeación o reflexión, sino también lo es la falta de capacidad del individuo para esperar la gratificación y poder evaluar las consecuencias de sus actos. La impulsividad representa una falla en la función ejecutiva de inhibición, en donde la urgencia interna accede a los mecanismos persistentes de control cortical (Moeller et al., 2001). Bajo un enfoque clínico integrado, esta desconexión se entiende como un fallo de comunicación entre las estructuras emocionales profundas y la capacidad reflexiva del Yo. Ante estímulos afectivos de alta intensidad, los filtros superiores del pensamiento se ven desbordados masivamente, inhabilitando la capacidad del adulto joven para frenar la acción perjudicial y forzando una respuesta de descarga externa que perpetúa el ciclo del policonsumo y la fricción social (Stahl, 2021).

Desde el ojo de esta investigación, la impulsividad es el resultado de un sistema de apego que no colaboró con un sentido de contención, y es cuando el cuidador primario no sostuvo las emociones del infante, ni al nombrarlas ni al ayudarlo a validarlas, por consiguiente, el niño no cumple con su capacidad para mentalizar sus impulsos. Cuando una acción sustituye al pensamiento, ese pensamiento debe ser demasiado doloroso o desorganizado para ser sostenido (Fonagy & Bateman, 2008). Es entonces que la impulsividad actúa como un mecanismo de defensa, pues opera rápido en medida para evitar sentir un vacío o cualquier tipo de sensación incómoda, como puede ser la angustia de un vínculo primario inestable.

Bajo este marco, el abordaje cognitivo-conductual de la impulsividad se fundamenta en la teoría del procesamiento de la información. La técnica de entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum, por ejemplo, permite que el individuo construya una pausa reflexiva artificial entre el estímulo y la respuesta motora, convirtiendo la acción impulsiva en un proceso mediado por el lenguaje y el análisis de consecuencias, lo cual es vital para el control de la conducta en contextos de internamiento (Meichenbaum, 1977).

2.7 Las adicciones en personas con rasgos antisociales de la personalidad

Consideremos que dentro de un espacio terapéutico en donde las adicciones están de por medio, no las enmascararemos como un simple vicio, sino como un intento para poder llegar a la autorregulación. Siendo que si el apego falló, para calmar asuntos de la vida cotidiana como las adversidades, la sustancia aparece como un objeto de apego que siempre estará disponible para el sujeto que la demanda y nunca defraudará. La evidencia clínica contemporánea respalda que el consumo perjudicial de drogas opera en estos perfiles como un intento artificial de restaurar el equilibrio homeostático de un Yo que se encuentra crónicamente inundado por el malestar; la adicción es, en esencia, una respuesta adaptativa desesperada orientada a modular químicamente el sufrimiento subjetivo que el aparato psíquico no puede metabolizar a través de recursos internos o lazos relacionales prosociales (Volkow & Boyle, 2018).

Para entender la dominancia o perseverancia de las adicciones en individuos con rasgos antisociales, debemos observar por encima del comportamiento impulsivo y también enfocarnos en los estragos que dejó un apego deficiente. En esta polémica, la sustancia no solo es un objeto recreativo sino en el comodín emocional perfecto para la incapacidad del individuo al gestionar estados internos de vacío, rabia o ansiedad (Khantzian, 2003). Cuando el vínculo primario no funcionó como una base segura que enseñara al sujeto a calmarse a sí mismo, el sistema nervioso queda en un estado de hiper alerta constante, encontrando en las adicciones la mejor vía para el equilibrio que el entorno afectivo no proporcionó. Bajo la mirada del desarrollo integrativo, esta hiperalerta persistente devela que, ante la ausencia de una correulación amorosa y predecible por parte de los cuidadores arcaicos, el Yo en formación automatiza un estado defensivo de supervivencia biológica y relacional; al no saber cómo habitar un espacio de seguridad afectiva con el prójimo, el adulto joven utiliza el compuesto farmacológico como un escudo químico

indispensable para apagar de forma inmediata la amenaza interna que le produce la cercanía social y la propia vulnerabilidad (Porges, 2021).

La relación entre la figura primaria y el infante se puede volver aún más compleja al considerar que los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones actúan como catalizadores. Si el apego inseguro impidió el desarrollo de una sólida capacidad de mentalización, el individuo tiene serias dificultades para poner en palabras lo que siente y en su lugar actúa su malestar (Fonagy & Bateman, 2008). El consumo de sustancias es, en esencia, un *acting out* masivo: ante la incapacidad de procesar el trauma vincular de forma simbólica, el sujeto recurre a la acción directa sobre su fisiología para silenciar el ruido interno. En este sentido, la adicción no es un problema paralelo al rasgo antisocial, sino la consecuencia lógica de una arquitectura psíquica que carece de mecanismos internos de contención y que busca en el exterior lo que el apego temprano dejó inconcluso. Las adicciones desde la impulsividad son el puente hacia el consumo y con una persona que tiene rasgos antisociales, la sustancia no solo forma parte de una acción inherente al sujeto, sino un paso para aliviar la tensión interna de forma inmediata. Ahora, al conjugar lo antes mencionado con la poca o nula tolerancia a la frustración, como resultado del sistema de apego frágil, permite al sujeto la búsqueda de la sustancia como anestésico para su psique, ya que por sí solo, no la puede generar. Así, esta premura por el consumo es la manifestación física de la impulsividad que no espera y refuerza un círculo vicioso, en donde el individuo se encuentra repitiendo la trasgresión de las normas y la dependencia al consumo (Matusiewicz et al, 2010).

Concluyendo la idea anterior, podemos indicar que la impulsividad en los rasgos de la personalidad es la consecuencia directa clínica de un yo (la parte consciente del individuo entre la mente y la identidad para poder reconocerse a sí mismo y así mediar sus pensamientos e impulsos internos (ello) y las exigencias sociales (superyó), recordando esto, el yo que no ha aprendido a

tener equilibrio entre las necesidades y la realidad social, prefiere una deliberada acción impulsiva antes que procesar sus emociones.

Teniendo esto en consideración y evocando una comparativa, la droga muestra una competencia a su favor sobre las personas, totalmente favorable, a como comentamos anteriormente, no exige una reciprocidad emocional. Como alude Flores (2004), la adicción se puede entender como un trastorno del apego, ya que el individuo desplaza su necesidad de vincularse a un objeto que responde a sus necesidades y evita el dolor del rechazo o la traición, como sucedió en su primera etapa del desarrollo. Entonces, el consumo, el consumo sería el vínculo perfecto en donde el sujeto protagonista de nuestra investigación asume el control total y refuerza los rasgos de omnipotencia y autosuficiencia, características de rasgos antisociales.

2.8 Modelos de intervención de TCC para el trastorno antisocial de la personalidad

La propuesta terapéutica de esta investigación se fundamenta en la TCC. Derivado de este enfoque, se abordarán de manera estructurada los esquemas disfuncionales relacionados de la impulsividad y los patrones de apego en los participantes. El cronograma detallado de las sesiones y los objetivos específicos de cada intervención se presentan en los apartados subsecuentes.

La intervención propuesta se sustenta en el modelo de la TCC, el cual postula que las distorsiones cognitivas y las conductas desadaptativas son aprendidas y, por lo tanto, pueden ser modificadas mediante procesos de resignificación y modelos de orden conductual. En el contexto de los rasgos antisociales y las adicciones, la TCC ofrece una estructura orientada y enfatizada hacia pacientes con carente manejo de acciones racionalizadas. Los modelos contemporáneos basados en la evidencia señalan que la efectividad de la TCC en centros de internamiento no depende de la aplicación mecánica de técnicas, sino de la focalización en procesos centrales de cambio, donde el entrenamiento ejecutivo y la modificación de las asunciones relacionales

permiten que el Yo asimile nuevas estrategias adaptativas frente al estrés y mitigue la vulnerabilidad hacia las recaídas (Hofmann, 2020).

Para abordar los estilos de apego inseguros, se utiliza el concepto de esquemas iniciales desadaptativos (Young, 1999). Estos esquemas son patrones emocionales y cognitivos que se formaron durante la infancia producto de la relación con las figuras primarias.

Las sesiones se enfocaron en la Imagen de figuras primarias Las cuales buscan identificar estos esquemas (ej. Abandono, desconfianza) para cuestionar su validez actual y sustituirlos por interpretaciones más adaptativas que fomenten un apego seguro. Desde su efectividad ponderamos la identificación de la raíz traumática del rasgo, permitiendo que el paciente comprenda su hostilidad como una defensa ante el abandono. No obstante, lo que no funciona es el abordaje puramente introspectivo sin un límite conductual claro; en pacientes con rasgos antisociales marcados, el análisis de esquemas puede ser utilizado para intelectualizar la conducta o justificar la transgresión bajo el rol de víctima del pasado (Beck., 2015).

Se realizó entrenamiento en auto instrucciones y control de impulsos: Para el manejo de la impulsividad (específicamente la motora y la cognitiva), el bosquejo se basa en el entrenamiento de auto instrucciones de Meichenbaum y la técnica que utilizamos enseña al participante a verbalizar internamente una serie de pasos antes de actuar: 1) Definir el problema, 2) Aproximarse al problema, 3) Focalizar la atención y 4) Refuerzo o corrección. Esto busca fortalecer la función ejecutiva de la corteza prefrontal, reduciendo la respuesta automática característica del TAP. Para operatividad de este modelo nos basamos en dotar al individuo de un freno cognitivo concreto en situaciones de baja carga emocional. Sin embargo, lo que no funciona es su aplicación en contextos de alta activación fisiológica o bajo los efectos de sustancias, donde el rasgo de impulsividad desborda la capacidad de mediación verbal interna, haciendo que las

auto-instrucciones sean ignoradas en favor de la gratificación inmediata (Matusiewicz et al., 2010).

En la terapia de Solución de Problemas y Flexibilidad Cognitiva inducimos que dado que la personalidad antisocial suele presentar una rigidez cognitiva y un enfoque hedonista inmediato, se integran elementos de la Terapia de Solución de Problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971). La cual busca como objetivo fomentar la flexibilidad cognitiva a través de actividades creativas (como el uso de materiales proyectivos o juegos de roles). Esto permite al sujeto visualizar múltiples consecuencias para una misma acción, combatiendo la impulsividad no planeada. Lo que resulta exitoso aquí es la expansión del repertorio de soluciones del paciente, ayudándole a ver que existen caminos no delictivos para obtener lo que desea. Lo que habitualmente no funciona es cuando el paciente utiliza esta flexibilidad para perfeccionar sus habilidades de manipulación, eligiendo la solución más inteligente para transgredir la norma sin ser detectado, si no se trabaja paralelamente la empatía (Salekin, 2002).

De acuerdo al entrenamiento en habilidades sociales (EHS) nos enfocamos en la reinserción social y la mejora de los vínculos afectivos que requieren de un repertorio conductual asertivo. Desde el modelado y el ensayo conductual (role-playing), se trabajan las habilidades necesarias para establecer contacto con otros, expresar necesidades de forma no violenta y fortalecer la empatía. Esto es vital para el éxito del modelo de medio camino. El EHS funciona al reducir la fricción social y mejorar la adaptación funcional del sujeto en entornos laborales. Por el contrario, no funciona como una herramienta aislada, ya que en sujetos con rasgos antisociales severos, el aprendizaje de habilidades sociales puede derivar en un mimetismo social o encanto superficial, donde el paciente aprende a decir lo que se espera de él sin que exista una auténtica resonancia afectiva (Hare, 2003)

Por último, desde la alianza terapéutica en población con adicciones, creemos que un pilar del bosquejo es el manejo de la transferencia. En pacientes con rasgos antisociales, el terapeuta debe mantener un equilibrio entre la calidez (para reparar el apego) y el establecimiento de límites firmes (para contener la impulsividad). La TCC permite este encuadre al ser transparente, colaborativa y centrada en objetivos mutuos y la validación del individuo fuera de su rol delictivo, creando un espacio de seguridad que el apego primario no otorgó. Lo que no funciona es una postura terapéutica excesivamente permisiva o salvadora; el paciente con rasgos antisociales detecta rápidamente la falta de límites y puede intentar cooptar el espacio terapéutico, convirtiendo la alianza en una dinámica de poder (Bateman & Fonagy, 2016). Para sortear este obstáculo, los desarrollos de la TCC contemporánea proponen un encuadre de colaboración empática donde el terapeuta confronta las conductas manipuladoras en el aquí y el ahora de la sesión, no desde el juicio moral o punitivo, sino evidenciando cómo el engaño sabotea sus propios objetivos de autonomía y reinserción social. De este modo, la alianza se convierte en un laboratorio relacional seguro donde el joven experimenta que es valorado por su autenticidad y no por su capacidad de control omnipotente sobre el terapeuta (Beck, 2021).

Dentro de las estrategias para ejecutar nuestra investigación utilizamos de manera integrativa ejes como: la psicoeducación que explica al paciente la relación entre sus emociones, sus antecedentes vinculares y su consumo. También la prevención de recaídas que ayuda a identificar situaciones de alto riesgo donde la impulsividad pueda detonar el consumo y el reforzamiento positivo que ayuda a validar los pequeños cambios prosociales para modificar el autoconcepto del yo antisocial.

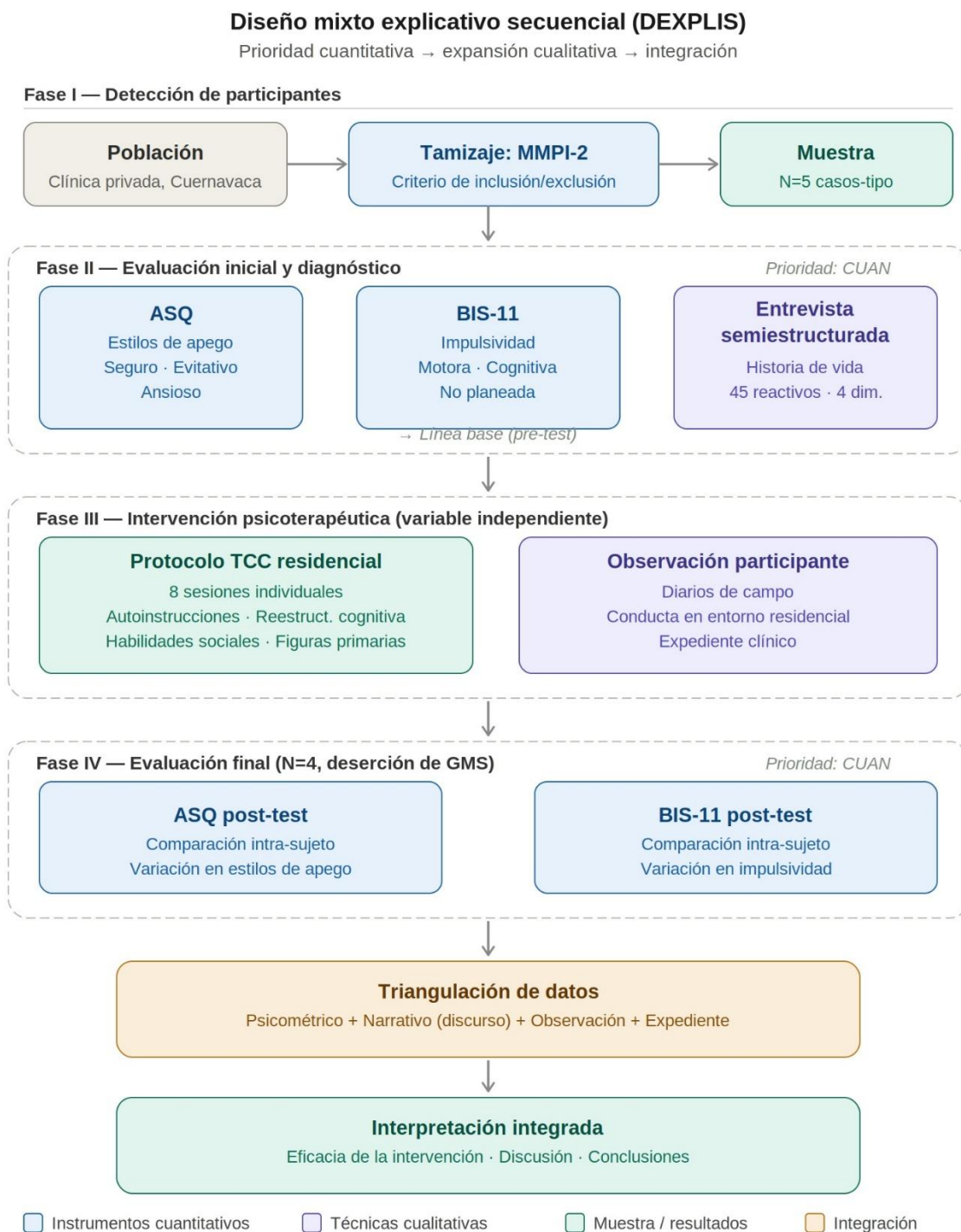
Capítulo III. Diseño metodológico

. Al adentrarnos en un análisis profundo de fenómenos tan complejos como los rasgos antisociales de la personalidad y el policonsumo comórbido en adultos jóvenes, definir una ruta clara no es un simple formalismo técnico o administrativo, sino, lo asumimos como una responsabilidad ética y clínica fundamental. El objetivo es construir un puente sólido y transparente entre el proceso de tamizaje psicométrico inicial a través del MMPI-2 y la evaluación posterior de la escala BIS-11 y el cuestionario ASQ cuyos resultados se analizaron e interpretaron más adelante para enriquecer el trabajo cualitativo que nos brindan las historias de vida de los participantes al consolidar sus perfiles. A través del desglose del enfoque, las variables, los criterios para elegir la muestra, los instrumentos y los pasos que seguimos en el trabajo de campo dentro del centro residencial, este apartado muestra la validez del estudio y el alineo hacia el propio ritmo de los jóvenes. De este modo, abrimos paso a la descripción del marco operativo del proyecto:

3.1 Diseño de investigación

Para una mejor comprensión lectora, dividimos el procedimiento de esta investigación en cuatro fases como lo son la Fase I, que se dedicó a la Detección de los Participantes, la Fase II encargada de la Evaluación Inicial y Diagnóstico, consecutivamente la Fase III, a disposición de la Intervención Psicoterapéutica y por último la Fase IV, que abordó la Evaluación final y Análisis de los resultados obtenidos.

Se utilizó una entrevista semiestructurada y escalas psicométricas para obtener una comprensión integral del fenómeno.

Figura 1*Diseño mixto explicativo secuencial (DEXPLIS)*

3.2 Tipo de muestra

El estudio se clasifica como un diseño fundamentado en un muestreo de criterios clínicos y dimensionales por conveniencia, centrado en la profundidad, la representatividad conceptual y la calidad de la información recopilada (Flick, 2018; Serrano-Pedroza, 2020).

De manera específica, se empleó un Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS). De acuerdo con Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014), este diseño se caracteriza por un proceso que se desarrolla en dos etapas claramente diferenciadas, donde la secuencia y la prioridad dictan la estructura del análisis:

1. Fase Cuantitativa (Prioritaria): En la primera etapa, se recolectaron y analizaron datos numéricos mediante la aplicación de instrumentos estandarizados (MMPI-2, ASQ y BIS-11). El objetivo de esta fase, según el autor, es establecer una base objetiva y generalizable sobre los niveles de impulsividad, los estilos de apego predominantes y la intensidad de los rasgos antisociales en la muestra. En este diseño, la fase cuantitativa suele tener mayor peso (prioridad) para definir las tendencias del fenómeno.
2. Fase Cualitativa: En la segunda etapa, se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas a profundidad. Siguiendo el planteamiento de Hernández-Sampieri et al. (2014), la finalidad de esta fase es explicar, comprender y expandir cualitativamente los hallazgos obtenidos en los test. Los datos cualitativos se recaban a partir de los resultados de la primera etapa; es decir, la guía de entrevista se diseña específicamente para profundizar en aquellas puntuaciones psicométricas que resultaron clínicamente significativas, críticas o inesperadas, permitiendo explorar las experiencias de vida, el trauma relacional y la dinámica vincular de los participantes.

La utilidad de este diseño radica en que los datos cualitativos sirven para refinar, interpretar y dotar de significado clínico a los resultados cuantitativos iniciales. De este modo, la

investigación no solo reporta puntuaciones, sino que las contextualiza mediante la triangulación de datos, lo que fortalece la validez interna de las conclusiones al integrar la objetividad de la medida con la subjetividad de la historia de vida del sujeto en rehabilitación.

De acuerdo con Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2014), el muestreo por conveniencia es un procedimiento de selección no probabilístico donde los elementos se eligen porque están disponibles para la investigadora y cumplen con los requisitos específicos del estudio en un momento y lugar determinados. En la presente investigación, los participantes elegidos bajo el criterio y validación de la institución residencial se justifican técnicamente por las siguientes razones operativas:

En la presente investigación, la elección de este tipo de muestreo se justifica por las siguientes razones técnicas:

1. Accesibilidad al Escenario Clínico: El estudio requiere de una población con características muy específicas que son personas con adicciones y rasgos antisociales. La investigadora tuvo acceso directo y autorización institucional en una clínica de rehabilitación privada en Cuernavaca, Morelos, lo que garantizó la viabilidad del estudio y el seguimiento de las ocho sesiones de intervención individual.
2. Naturaleza de la Población: Al tratarse de una población en situación de vulnerabilidad y bajo un régimen de internamiento, el acceso a una muestra aleatoria o probabilística resulta inviable por razones éticas y logísticas. El muestreo por conveniencia permitió trabajar con sujetos que ya se encontraban en un proceso de tratamiento y que manifestaron su voluntad de participar mediante el consentimiento informado.
3. Profundidad sobre Generalización: Dado que el objetivo primordial es evaluar el impacto adaptativo de una intervención psicoterapéutica y analizar las dinámicas subjetivas subyacentes, se priorizó la facilidad de seguimiento y la permanencia de los participantes

en la institución. En la investigación clínica de corte mixto, la relevancia del estudio no reside en la cantidad de sujetos para la generalización poblacional, sino en la calidad, densidad y riqueza de los datos obtenidos en un escenario controlado (Flick, 2018).

Para documentar la complejidad de la personalidad antisocial, se recurre a una muestra homogénea de sujetos que presentan características clínicas específicas, como lo son el descuido de obligaciones sociales, endurecimiento afectivo, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y racionalización de conductas que entran en conflicto con las normas sociales. Según Hernández-Sampieri et al. (2014), esta combinación permite conformar muestras de orientación intensiva, las cuales seleccionan perfiles que representan de forma nítida las dimensiones de un segmento poblacional bajo condiciones controladas.

En este sentido, se configuró una muestra basada en un **muestreo de criterios clínicos**, integrada inicialmente por cinco adultos jóvenes (tres hombres y dos mujeres; sin embargo, es importante mencionar la deserción del integrante GMS, justo antes de la evaluación post-test), residentes en una clínica de rehabilitación privada en Cuernavaca, Morelos. La elección de una muestra pequeña responde estrictamente a la naturaleza del diseño DEXPLIS y a las exigencias del muestreo de criterios, los cuales priorizan la profundidad del análisis clínico, la delimitación de las estructuras dinámicas del *Self* y la recolección de configuraciones de vida detalladas sobre la generalización estadística (Serrano-Pedroza, 2020).

Respecto a la muestra, esta se conformó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (o por conveniencia), integrada por cinco adultos jóvenes (tres hombres y dos mujeres) con un rango de edad de entre los 22 y 33 años. Todos los participantes se encontraban, al momento del estudio, bajo un régimen de tratamiento residencial en una clínica privada

especializada en la rehabilitación de adicciones y trastornos de la conducta en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

En cuanto a las características de la población, los sujetos compartían un historial de policonsumo y conductas transgresoras previas. Respecto al tiempo de internamiento, la muestra presentó una distribución heterogénea que permitió una visión integral del proceso de rehabilitación: parte de los participantes se encontraban en la fase de internamiento intensivo (enfocada en la estabilización y contención), mientras que otros estaban en la etapa de medio camino o reinserción social, orientada a la autonomía y la reintegración familiar.

El criterio de inclusión fundamental para elegir a los participantes se centró en identificar perfiles que presentaran desregulación emocional, impulsividad y una tendencia a saltarse las normas sociales, todo esto evaluado a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Es muy importante señalar que no nos limitamos a buscar únicamente una puntuación alta en la Escala 4 (Desviación Psicopática - Pd). Si bien esta escala fue la más importante y salió con puntuaciones clínicamente significativas ($T > 65$) en los casos que presentaban rasgos antisociales muy marcados y agudos, para el resto de los participantes la inclusión se decidió viendo el perfil completo y la combinación de todas sus escalas. Por ello, revisamos a detalle las elevaciones en la Escala 6 (Paranoia - Pa), que mostraba qué tan susceptibles o desconfiados estaban con su entorno, y la Escala 9 (Hipomanía - Ma), que nos indicaba su nivel de activación e impulsividad. También tomamos en cuenta la Escala 8 (Esquizofrenia - Sc) para ver el aislamiento social, y escalas de contenido muy específicas como el Enojo acumulado (ENJ) y la Hostilidad Reprimida (OHR). Este análisis caso por caso nos permitió tener un grupo de estudio ideal para los objetivos de la intervención cognitivo-conductual, incluyendo tanto a quienes expresaban sus rasgos impulsivos de forma abierta como a quienes los contenían debido a situaciones traumáticas.

A continuación (ver Tabla 1), se presenta de manera formalizada la matriz de caracterización general de los participantes, salvaguardando estrictamente el anonimato y la confidencialidad deontológica mediante el uso de códigos de identificación alfanuméricos:

Tabla 1

Descripción de los participantes

Código	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado Civil	Sustancia de Consumo	Tiempo de consumo
FCB	22	Femenino	Licenciatura en curso; formación técnica en Asistencia Educativa y Estilismo (uñas).	En una relación de noviazgo (4 años de duración).	Marihuana, alcohol, DMT, LSD y mezcalina.	consumo crónico de marihuana desde hace 7 años
AMC	25	Masculino	Educación Superior (Licenciatura en curso en el área de Artes)	Soltero	Policonsumo con dependencia química grave que incluye marihuana, opiáceos, sustancias sintéticas (LSD, DMT, metadona, ketamina), sustancias químicas y alucinógenos.	7 años iniciando con la marihuana y escalando posteriormente hacia las sustancias sintéticas y el resto del policonsumo mencionado.
EVO	33	Femenino	Preparatoria terminada (estudiante universitaria actual).	Separada	Alcohol y benzodiacepinas (Clonazepam)	12 años, 5 años de consumo excesivo de alcohol
EHN	24	Masculino	Comerciante	En una relación de pareja significativa	Marihuana y alcohol	4 años
GMS	23	Masculino	Preparatoria terminada	Soltero	cristal, cocaína y piedra (crack), alcohol y marihuana	5 años

3.4.1 Criterios de inclusión.

Con el propósito de conformar una muestra que garantice la coherencia interna, el rigor científico y la viabilidad del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), a continuación se

presentan los criterios de inclusión estipulados para la selección de los participantes. Lejos de entenderse como una clasificación rígida o un filtro impersonal para etiquetar a los sujetos, la delimitación de estos lineamientos responde a una responsabilidad ética y clínica fundamental: identificar de manera oportuna a aquellos adultos jóvenes cuya estructura de personalidad y vivencia en torno al policonsumo comórbido se alineen directamente con los alcances terapéuticos del programa residencial. De este modo, se busca asegurar que la intervención individual represente un espacio seguro, útil y verdaderamente significativo para el abordaje de su sufrimiento subjetivo y sus necesidades de autorregulación, estableciendo las siguientes condiciones psicométricas y conductuales de ingreso:

- **Perfil Psicométrico Antisocial:** El criterio de inclusión fundamental fue de perfiles que presentaran desregulación emocional, impulsividad y una tendencia a saltarse las normas sociales, todo esto evaluado a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Considerando las escalas 4 (Desviación Psicopática - Pd), la Escala 6 (Paranoia - Pa), la Escala 9 (Hipomanía - Ma), la Escala 8 (Esquizofrenia - Sc) para ver el aislamiento social, y escalas de contenido muy específicas como el Enojo acumulado (ENJ) y la Hostilidad Reprimida (OHR)
- **Configuración de Rasgos Clínicos:** Manifestar indicadores de baja empatía, egocentrismo y mecanismos de seguridad aparente, validados de forma integral mediante la fase de tamizaje psicométrico y el desarrollo de la entrevista inicial a profundidad.
- **Condición de Contexto:** Ser adulto joven (de ambos sexos) que se encuentre actualmente bajo tratamiento residencial por consumo de sustancias, asegurando un periodo de abstinencia básica que permita una evaluación psicométrica fiable, estable y libre de los sesgos agudos provocados por la intoxicación o el síndrome de abstinencia severo.

- Compromiso Ético y Participativo: Aceptación voluntaria mediante la lectura, comprensión y firma del consentimiento informado, mostrando plena disposición para completar tanto la evaluación diagnóstica basal como el protocolo de intervención de ocho sesiones individuales residenciales.

3.4.2 Criterios de exclusión

Con el objetivo de delimitar con precisión la población de estudio y asegurar el rigor científico, así como la validez interna de la investigación, a continuación se detallan los criterios de exclusión establecidos para el proceso de selección de la muestra. En el marco de un diseño explicativo secuencial, la definición de estos límites no responde a un procedimiento de descarte frío o arbitrario, sino a una necesidad metodológica y clínica fundamental para evitar el cruce de condiciones psicopatológicas que pudieran sesgar o confundir los resultados de las escalas aplicadas del MMPI-2 para la selección de la muestra. Al clarificar estas fronteras diagnósticas, se protege la especificidad de los hallazgos en torno a los rasgos antisociales y el policonsumo comórbido, garantizando un análisis más nítido, ético y respetuoso de la realidad clínica de los participantes. De este modo, se delimitan las variables conductuales y diagnósticas que inhabilitaron la incorporación de sujetos al protocolo psicoterapéutico residencial:

- Comorbilidad con Trastorno de la Personalidad Límite (TPL/Borderline): Se excluyeron individuos con un diagnóstico primario o rasgos predominantes de TPL. Esto se justifica para evitar sesgos en los resultados de impulsividad y apego, dado que la desregulación emocional del TPL difiere cualitativamente de la estructura antisocial objeto de estudio, la cual se caracteriza por una mayor frialdad afectiva y búsqueda de dominio.
- Presencia de Trastornos del Neurodesarrollo (Espectro Autista): Quedaron excluidos pacientes con indicios clínicos de trastornos del espectro autista, ya que las dificultades en la interacción social y la comunicación propias de esta condición no responden a una

transgresión normativa o falla en el vínculo de apego antisocial, lo que comprometería la homogeneidad de la muestra.

- Cuadros de Desorganización Psíquica o Psicosis: Se descartaron participantes con cuadros activos de psicosis, esquizofrenia o elevaciones extremas en la Escala 8 (Esquizofrenia) y Escala F del MMPI-2 que sugirieran pérdida del contacto con la realidad. Esta medida asegura que los sujetos posean la capacidad de simbolización y el juicio crítico necesarios para los procesos de reestructuración cognitiva durante las ocho sesiones.
- Minoría de Edad: Individuos menores de 18 años, para cumplir con el marco legal y ético del estudio enfocado en población adulta joven, y para asegurar que la personalidad del participante se encuentre en una etapa de mayor consolidación según los criterios diagnósticos internacionales.

3.3 Escenario

El estudio se llevó a cabo en una clínica privada de rehabilitación de adicciones en Cuernavaca, Morelos. En donde se integran pacientes al programa terapéutico para las adicciones como ludopatía, cocaína, marihuana, opioides, farmacodependencia, entre otros, y trastornos de la personalidad, alimenticios, depresión, ansiedad, entre otros. La estancia de los integrantes es mínima de 30 a días a 90 días, sin limitar lo anterior a lo que el tratamiento del paciente requiera. Durante su internamiento los pacientes tienen actividades a desempeñar por sus terapeutas individuales, actividades temáticas según las fechas o temporadas especiales, en ocasiones convivencia con su familia y siempre y cuando estas sean autorizadas, llamadas telefónicas con las mismas en caso de autorización, así como tiempo libre de recreación, a su vez en contextos terapéuticos, los pacientes tenían terapias grupales como arte terapia, programa de Alcohólicos anónimos, terapias de psicología grupales en donde se abordaban temas que la comunidad

necesitase trabajar o los terapeutas planificaban como la reinserción social, heridas de la infancia, responsabilidad de los actos, pérdidas y consciencia de enfermedad entre algunos otros.

3.4 Técnicas de investigación

En el marco de esta investigación de corte cualitativo y clínico, se seleccionaron diversas técnicas de recolección de datos con el fin de que se complementaran entre sí y nos permitieran lograr una visión profunda de cada caso. De este modo, garantizamos que el análisis de los rasgos identificados no dependa de una sola herramienta o medición aislada, sino que tenga un respaldo sólido basado en la coherencia entre la conducta observada en el entorno, lo registrado en su trayectoria de vida y lo expresado por el propio participante en su discurso subjetivo. A continuación, se detallan los procedimientos empleados.

3.4.1 Observación participante

Una de las técnicas empleadas fue la observación Participante, la cual implica el involucramiento directo del investigador en el entorno y dinámica social de los sujetos de estudio, permitiendo captar las dinámicas interpersonales en su contexto natural (Taylor & Bogdan, 1987). Otra de las técnicas utilizadas es la descripción del estudio de la observación participante, en donde nos involucramos en el escenario, es decir, la clínica de rehabilitación, para registrar las conductas naturales de los participantes en su día a día, desde las actividades que realizan hasta como se desenvuelven en su ambiente social dentro de la clínica. Para la aplicación de esta técnica, se realizó la integración de la investigadora en las rutinas cotidianas de la clínica de rehabilitación y se realizaron registros en diarios de campo sobre las interacciones entre pares, la respuesta ante la autoridad y el cumplimiento de normas internas, con el fin de identificar rasgos de impulsividad o transgresión que no siempre afloran en el encuadre formal de una consulta.

3.4.2 Expediente clínico psicológico

Es importante destacar que se realizó una revisión de expediente clínico, al cual formalmente se le atribuye como revisión documental, en la cual se extrae información con documentos preexistentes para poder sustraer datos relevantes sobre la trayectoria del individuo, permitiendo una comprensión longitudinal del caso (Valles, 1999).

El expediente clínico-psicológico es un instrumento técnico-legal y clínico que compendia la información generada durante el proceso de atención, evaluación e intervención de un paciente. En el contexto de esta investigación realizada, este documento se rige bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 (Secretaría de Salud, 2012), la cual establece los criterios científicos, tecnológicos y éticos para su manejo, integración, uso y resguardo.

Se realizó la revisión del expediente psicológico de cada participante, este estaba integrado por las historias clínicas previas, diagnósticos psiquiátricos, así como por antecedentes médicos de los sujetos. Se consolidó una revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de cada participante, enfocándose en la detección de antecedentes, patrones de consumo de sustancias y reportes previos de salud mental. Este análisis documental sirvió para corroborar la persistencia de los rasgos antisociales a lo largo del tiempo y descartar comorbilidades orgánicas que pudieran mimetizar la sintomatología del Grupo B.

Para fines de esta tesis, el expediente funciona como el corpus de datos cualitativos, permitiendo la triangulación entre la historia de vida del participante y sus rasgos de personalidad.

Para asegurar un análisis profundo de los cinco casos de estudio (FCB, AMC, EVO, EHN y GMS), se diseñó una estructura de expediente que abarca los siguientes rubros:

- Los datos de identificación y motivo de ingreso, lo cual tiene como finalidad establecer el perfil demográfico (edad, sexo, escolaridad) y la causa inmediata que llevó al paciente al internamiento o a la búsqueda de ayuda.
- Se analizó si el ingreso fue voluntario o involuntario, así como la conciencia de enfermedad inicial.
- Se indagó acerca de la historia de vida y anamnesis con la finalidad de reconstruir la trayectoria de vida del sujeto en donde se profundizó en eventos traumáticos (abusos, pérdidas, negligencia), historial de consumo de sustancias y antecedentes de conductas transgresoras o delictivas.
- Desde los antecedentes heredo-familiares y la dinámica temprana nos basamos en la identificación de patrones de conducta y predisposiciones dentro del núcleo familiar y así mismo, analizar los estilos de apego con las figuras primarias, la presencia de consumo de sustancias en los padres y el clima emocional de la infancia (desde la sobreprotección vs. negligencia).
- Para evaluar el funcionamiento psíquico actual nos remitimos desde la orientación, el lenguaje, la capacidad de introspección y la presencia de rasgos patológicos como la mitomanía, la impulsividad o la falta de remordimiento durante la evaluación, información que ubicamos en la historia de desarrollo y examen del estado mental Finalizando con la formulación clínica y las consideraciones éticas en donde nos aseguramos de dar un cumplimiento a una síntesis diagnóstica y buscando explicar los rasgos antisociales desde la estructura de personalidad de cada caso y garantizar el resguardo de la identidad mediante el consentimiento informado.

3.5 Limitaciones de la investigación

La delimitación de las limitaciones de una investigación no constituye un mero ejercicio formal para señalar las dificultades técnicas del camino, sino un acto de honestidad científica y responsabilidad ética indispensable para contextualizar los alcances reales de los hallazgos. En el ámbito del abordaje psicoterapéutico residencial con jóvenes que presentan rasgos antisociales y policonsumo comórbido, la práctica clínica no ocurre en un laboratorio aislado, sino en un escenario institucional vivo y complejo. Las demandas operativas del centro, los tiempos acotados de internamiento residencial y la necesidad de un soporte médico complementario son variables reales que interactúan de forma directa con el proceso de los participantes. Reconocer estas fronteras permite comprender de manera más humana, justa y realista las vicisitudes de su tratamiento, asumiendo que sus avances están íntimamente ligados a las condiciones del entorno que los cobija. De este modo, se describen los factores contextuales y operacionales que enmarcaron y delimitaron el desarrollo de este estudio como son:

3.5.1 Limitaciones institucionales y apoyo farmacológico

La temporalidad dentro de los escenarios de rehabilitación impone limitaciones estrictas para el diseño y ejecución de planes de trabajo psicoterapéuticos. Los periodos de internamiento suelen ser breves, lo que exige una estructuración de objetivos focalizados y pragmáticos.

Un factor presente en el éxito de la presente intervención fue el manejo farmacológico provisto por el área de psiquiatría. El uso de medicamentos controlados favoreció una mejor disponibilidad psíquica en los participantes, facilitando la escucha activa, la capacidad de introspección y una interacción más asertiva dentro del encuadre terapéutico. Sin el apoyo de la farmacoterapia, la severidad de los rasgos antisociales e impulsivos dificultaría significativamente la implementación de técnicas cognitivo-conductuales.

3.5.2 Frecuencia de las sesiones y abordaje del trauma relacional

Aunque la dosificación de dos sesiones semanales facilitó un acompañamiento clínico cercano y un monitoreo puntual del estado emocional de los participantes, la rigidez temporal impuesta por el régimen de internamiento de la institución el cual contempla una estancia residencial mínima de entre 30 y 90 días acotó estrictamente el alcance cronológico del plan de trabajo. Por consiguiente, la decisión metodológica de constreñir la intervención a un formato breve de ocho sesiones respondió a una necesidad pragmática y situacional para garantizar la retención, adherencia y permanencia total de la muestra seleccionada mediante el muestreo de criterios antes de su egreso definitivo.

No obstante, la severidad de las configuraciones psicopatológicas detectadas en la línea base y la profunda complejidad de las historias de vida analizadas constituyeron una limitación estructural para el alcance profundo del tratamiento en un formato de tiempo limitado. Dado que la totalidad de los participantes arrastraba antecedentes de adversidad crónica en la infancia tales como abuso físico y sexual, negligencia parental severa, dinámicas de invalidación afectiva crónicas y abandono temprano por parte de sus cuidadores primarios, el marco condensado de ocho sesiones resultó insuficiente para procesar la totalidad de estos componentes traumáticos. De este modo, la brevedad del formato operó como una frontera metodológica que, si bien logró la estabilización conductual y la contención analítica externa, dejó los núcleos estructurales de la personalidad antisocial y los déficits más profundos del *Self* delimitados por los márgenes cronológicos de la estancia institucional.

3.5.3 Implicaciones operativas desde la perspectiva de la salud pública

Aunado a la restricción temporal individual, otra limitación intrínseca de este diseño radicó en la imposibilidad de intervenir de forma directa sobre el ecosistema macro relacional del entorno de los participantes. La evidencia cualitativa recolectada respecto a las dinámicas

familiares de origen de los jóvenes devela que las pautas de vinculación patológica no solo condicionaron el desarrollo de sus rasgos antisociales en etapas tempranas, sino que continúan perpetuando el ciclo transgeneracional de la adicción y la hostilidad.

Por lo tanto, centrar el protocolo exclusivamente en un abordaje clínico individualizado dentro del confinamiento de una institución privada limita la modificación de las variables ambientales externas que sostienen el problema. Desde una visión de salud pública, esto evidencia que el control sintomático individual es solo un eslabón parcial, confirmando que una limitación real del alcance del estudio fue la exclusión operativa de estrategias preventivas y sistémicas de mayor envergadura como políticas de crianza positiva, talleres de acompañamiento terapéutico y grupos de intervención familiar temprana, elementos indispensables para desactivar los factores de riesgo delictivo y de policonsumo desde su matriz comunitaria.

3.5.4 Entrevista semiestructurada

Se empleó la entrevista semiestructurada como la principal técnica de recolección de datos cualitativos. Esta herramienta se define por el uso de un guion temático preestablecido que, a su vez, otorga al investigador la flexibilidad necesaria para explorar temas emergentes y profundizar en las narrativas subjetivas de los participantes (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Para la presente investigación, se utilizó la entrevista semiestructurada como herramienta principal de recolección de datos. Esta técnica se caracteriza por su flexibilidad, ya que, partiendo de un guion preestablecido basado en las variables de estudio (apego, impulsividad y rasgos antisociales), nos permite profundizar en áreas emergentes y matices emocionales que surgen durante el encuentro clínico. Según Kvale (2011), la entrevista semiestructurada funciona como un espacio de construcción de conocimiento donde el discurso del paciente se convierte en el material fundamental para el análisis, el cual se presenta a continuación y no se limita a una

descripción aislada de casos, sino que se ha estructurado mediante una síntesis narrativa. Para así entretelar los discursos de los participantes, contrastando sus citas textuales con los marcos teóricos de referencia. El objetivo es ofrecer una visión integral de los rasgos antisociales, analizando cómo las fallas en los vínculos primarios y los déficits en la regulación emocional que se manifiestan de manera singular en cada historia, proporcionando así evidencia cualitativa que complementa y da sentido a los resultados psicométricos obtenidos.

Específicamente para este estudio, se aplicó una entrevista clínica semiestructurada previamente diseñada con el objetivo de su característica flexibilidad que, partiendo de un guion temático, permite profundizar en las vivencias del sujeto a través de preguntas abiertas, facilitando la emergencia de contenidos significativos (Morrison, 2015). Esta técnica cualitativa nos permitió explorar la historia de vida, la dinámica familiar y los antecedentes de conducta antisocial de manera flexible pero dirigida. Las cuales se llevaron a cabo en sesiones individuales, utilizando un guion enfocado en tres ejes como, la historia de apego temprano, la evolución de las conductas antisociales y la percepción de las consecuencias de sus actos. La flexibilidad de esta técnica permitió que, manteniendo el vínculo clínico, se exploraran a fondo los mecanismos de defensa y la capacidad de mentalización de los participantes respecto a sus vínculos afectivos.

La elección de esta técnica responde a la necesidad de obtener información detallada sobre la historia vincular y las manifestaciones de los rasgos antisociales de personalidad que los instrumentos psicométricos por sí solos no logran capturar. El guion de la entrevista se estructuró en cinco dimensiones fundamentales:

- Ficha de Identificación y Contexto Actual: Datos sociodemográficos y motivo de ingreso a la institución.

- Dimensión Clínica y Sintomatología: Percepción subjetiva del malestar emocional y recursos de afrontamiento.
- Conducta Social y Legal: Exploración de antecedentes de transgresión de normas, historial de conductas antisociales y sentido de justicia propio.
- Desarrollo y Apego, aspectos de su vida: Análisis de la dinámica familiar temprana y la calidad del vínculo con las figuras primarias.
- Dimensión Social y Prospectiva: Percepción del individuo respecto a su papel en la sociedad y sus objetivos de reinserción.

La aplicación se llevó a cabo de forma individual en un entorno privado dentro de la clínica de rehabilitación, garantizando condiciones de seguridad y confidencialidad. El proceso inició con el establecimiento del rapport para disminuir la resistencia defensiva propia de los sujetos con rasgos antisociales, permitiendo así una comunicación más fluida. La información obtenida fue registrada y sistematizada posteriormente para su análisis de contenido.

3.6 Instrumentos para la Recolección de Datos

Para cumplir con el diseño mixto de la investigación, se seleccionaron tres instrumentos psicométricos estandarizados y validados en población mexicana, los cuales permiten la cuantificación de las variables de estudio, seguidos de una guía de entrevista para la fase cualitativa. Así mismo, la elección de esta batería de pruebas responde a un criterio de complementariedad. Mientras que el MMPI-2 ofrece un perfil general de la personalidad, el ASQ y la BIS-11 profundizan en las dos variables dependientes de la investigación. Al contrastar estos resultados con la entrevista semiestructurada, se logra una triangulación de datos que permite validar si los cambios observados en los puntajes psicométricos que tienen un correlato real en la narrativa y la vida cotidiana del participante. A continuación se presentan los tres instrumentos:

3.6.1 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)

El MMPI-2, está desarrollado originalmente por Hathaway y McKinley (1943), es reconocido globalmente como uno de los instrumentos más robustos para la evaluación de la psicopatología y la estructura de la personalidad en población adulta. Para los fines de esta investigación, se utilizó la versión adaptada y estandarizada para la población mexicana por Lucio, Reyes-Lagunes y Scott (1994), la cual garantiza que los reactivos y las normas de puntuación posean validez cultural y lingüística para el contexto nacional.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el MMPI-2 reporta una alta consistencia interna; en la estandarización mexicana, los coeficientes alfa de Cronbach para las escalas clínicas oscilan entre .70 y .90, lo que demuestra una confiabilidad sólida para la detección de rasgos de personalidad y síndromes clínicos (Lucio et al., 1994).

El instrumento está compuesto por 567 reactivos de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) y su estructura se organiza en cuatro grupos fundamentales de escalas, las cuales se definen a continuación:

1. Escalas de Validez: Tienen como objetivo identificar la actitud del evaluado durante la prueba. Permiten detectar si el sujeto intentó distorsionar su imagen (ya sea minimizando problemas o exagerando síntomas), si respondió de forma inconsistente o si hubo falta de comprensión de los reactivos (Butcher et al., 1989).
2. Escalas Clínicas: Evalúan los principales constructos psicopatológicos. Constan de 10 escalas básicas que miden dimensiones como la depresión, la hipocondría y la paranoia. En este estudio, se otorgó especial relevancia a la Escala Clínica 4 (Desviación Psicopática - Pd), la cual identifica dificultades en el control de impulsos, respuestas emocionales superficiales y conflictos con figuras de autoridad, permitiendo detectar rasgos antisociales y tendencias a la transgresión de normas sociales.

3. Escalas de Contenido: Proporcionan información sobre temas específicos que el paciente comunica de manera directa. Exploran áreas como la ansiedad, miedos, baja autoestima, problemas familiares y conductas antisociales manifiestas, dotando de profundidad al perfil clínico (Butcher, Graham, Williams y Kendall, 1990).
4. Escalas Suplementarias: Funcionan como indicadores adicionales que ayudan a clarificar el diagnóstico. Estas escalas evalúan constructos como la fuerza del yo, la responsabilidad social, el malestar psíquico y la propensión a las adicciones (Lucio et al., 1994).

El uso de este instrumento permitió identificar de manera objetiva los rasgos antisociales de personalidad en la muestra, facilitando la detección de la falta de empatía y la predisposición a la transgresión sin la necesidad de emitir un diagnóstico psiquiátrico formal, centrándose en la estructura del rasgo desde una perspectiva clínica y funcional.

3.6.2. Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ)

El ASQ, desarrollado originalmente por Feeney, Noller y Hanrahan (1994), es el instrumento utilizado por el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) de la UAEM para clasificar el modelo interno de relación en adultos. Este instrumento consta de 40 reactivos bajo un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos, que oscila desde "Totalmente en desacuerdo" (1) hasta "Totalmente de acuerdo" (6). Para su validación en población mexicana, se reporta una consistencia interna global satisfactoria con un alfa de Cronbach de .80, de acuerdo con los hallazgos de Ahumada-Cortez, Arango de Montis y González-Celis (2011).

Para su correcta calificación, el manual técnico del CITPsi establece la necesidad de invertir el valor de ciertos reactivos según el rubro correspondiente. Las tres dimensiones se definen y estructuran de la siguiente manera:

- Apego Seguro: Evalúa la autovaloración y la confianza en la disponibilidad de los demás para establecer vínculos íntimos. Esta dimensión se compone de 11 ítems, donde los

reactivos 1, 2, 6, 7, 12, 26, 28, 35, 36, 39 y 40 deben puntuarse de manera invertida. La sumatoria máxima posible para este factor es de 66 puntos.

- **Apego Evitativo:** Identifica la preferencia por la autosuficiencia y el mantenimiento de una distancia emocional como una estrategia defensiva ante la intimidad. Está integrado por 16 ítems, requiriendo la inversión de los valores en los reactivos 3, 4, 5, 8, 9, 10, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 34 y 37. La puntuación máxima permitida en esta escala es de 96 puntos.
- **Apego Ansioso:** Refleja la preocupación persistente por el rechazo, una necesidad elevada de aprobación externa y el temor ante la pérdida del vínculo. Consta de 13 ítems, con valores invertidos en los reactivos 11, 13, 15, 18, 22, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 38, alcanzando una sumatoria máxima de 78 puntos.

3.6.3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

La BIS-11, está diseñada originalmente por Patton, Stanford y Barratt (1995) y validada en población mexicana por Oquendo et al. (2001), es un instrumento autoadministrado de 30 ítems cuyo objetivo es medir el constructo de la impulsividad de manera multidimensional. El cuestionario emplea una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos con valores de 0, 1, 3 y 4 correspondientes a las categorías "Raramente o Nunca", "Ocasionalmente", "A menudo" y "Siempre o casi siempre". Respecto a su fiabilidad, el instrumento reporta una consistencia interna elevada con un coeficiente alfa de Cronbach cercano a .80, asegurando su validez en contextos clínicos.

Para la obtención de la puntuación total, que oscila entre 0 y 120 puntos, el manual técnico establece que los reactivos 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 23 poseen una puntuación inversa (donde 4 puntos equivalen a "Raramente o Nunca"). El constructo se desglosa en tres

subescalas fundamentales que permiten un análisis diferenciado de la conducta en sujetos con rasgos antisociales:

- **Impulsividad Cognitiva:** Evalúa la rapidez del pensamiento y la propensión a tomar decisiones precipitadas ante la urgencia de responder a estímulos. Se conforma de 8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27.
- **Impulsividad Motora:** Mide la tendencia a actuar de forma inmediata sin una mediación racional previa, así como la presencia de inquietud motora. Se integra por 10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29.
- **Impulsividad No Planeada:** Se caracteriza por una orientación exclusiva hacia el presente y la falta de planificación o prevención respecto al futuro. Esta dimensión se compone de 12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30.

Esta escala se seleccionó por su capacidad para identificar qué dimensión específica de la impulsividad considerada un rasgo nuclear tanto en las adicciones como en la personalidad antisocial se ve más afectada o beneficiada durante el proceso de intervención psicoterapéutica.

3.7 Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en cuatro fases secuenciales, diseñadas para identificar, intervenir y evaluar los rasgos de personalidad antisocial, los estilos de apego y los niveles de impulsividad en la muestra seleccionada.

3.7.1 Fase I: Detección de participantes

En esta etapa se realizó el acercamiento a una clínica de rehabilitación privada, contando con el respaldo institucional de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Se seleccionó una muestra intencional de cinco participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y cuya permanencia en la institución garantizara la conclusión del tratamiento (periodos superiores a 35 días).

Este proceso se constituyó por la aplicación del MMPI-2 mediante soporte informático bajo supervisión, el cual fue empleado exclusivamente como instrumento de tamizaje y criterio de inclusión para identificar y seleccionar a los participantes que presentaran el perfil de rasgos de personalidad antisocial necesarios para el estudio. Al funcionar como un filtro diagnóstico inicial para la conformación de la muestra, no se contempló una aplicación de post-test para este inventario.

La selección de los participantes que conformaron la muestra final obedeció a un muestreo de criterios clínicos y dimensionales por conveniencia, fundamentado rigurosamente en las configuraciones obtenidas a través del MMPI-2. Este proceso de selección fue crucial para garantizar que el estudio contara con perfiles que representaran de manera fidedigna el espectro de las dimensiones y rasgos de la personalidad antisocial en comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias.

La justificación de esta selección se sustenta en tres pilares fundamentales:

1. Criterio de Homogeneidad Clínica: De una población inicial de usuarios en tratamiento, se seleccionaron aquellos que presentaron no únicamente una puntuación alta en la Escala 4 (Desviación Psicopática - Pd), ya que si bien esta escala es importante para los rasgos antisociales, también se consideró la Escala 6 (Paranoia - Pa), la Escala 9 (Hipomanía - Ma), la Escala 8 (Esquizofrenia - Sc). Permitiendo así un grupo de estudio ideal para los objetivos de la intervención cognitivo-conductual, incluyendo tanto a quienes expresaban sus rasgos impulsivos de forma abierta como a quienes los contenían debido a situaciones traumáticas. Este tamizaje permitió descartar perfiles que, aun presentando adicciones, no contaban con la estructura de personalidad objeto de esta investigación, asegurando así que la muestra fuera representativa de la psicopatología estudiada.

2. Representatividad del Espectro Antisocial: Los cinco casos seleccionados permitieron observar la heterogeneidad del rasgo antisocial. Mientras que participantes como AMC y EHN mostraron una organización antisocial estructurada y severa, casos como FCB y EVO permitieron analizar cómo estos rasgos se entrelazan con la desregulación emocional y el trauma. Incluso el caso de GMS, con un perfil más defensivo, funcionó como un punto de comparación necesario para entender la resistencia al tratamiento y la negación del conflicto en esta población.
3. Viabilidad y Profundidad Analítica (Diseño de Casos): Dado que la investigación emplea un diseño mixto con un enfoque explicativo secuencial, la selección de una muestra pequeña (N=5) se justifica por la necesidad de realizar un análisis a profundidad que los grupos grandes no permiten. La reducción de la muestra tras el MMPI-2 facilitó la aplicación exhaustiva de la entrevista semiestructurada y el seguimiento detallado de las ocho sesiones de intervención individual, permitiendo una triangulación de datos entre la psicometría y la narrativa clínica de cada participante.

En conclusión, el uso del MMPI-2 como filtro de inclusión garantizó que la muestra final fuera clínicamente pertinente, cumpliendo con el rigor metodológico necesario para validar el impacto de la intervención psicoterapéutica realizada de forma individual a cada participante sobre las variables de apego e impulsividad.

3.7.2 Fase II: Evaluación Inicial y Diagnóstico

El proceso de evaluación incluyó:

1. Revisión de expedientes clínicos del internamiento los cuales contenían datos extras en caso de enfermedades médicas o psiquiátricas, así como detalles de internamiento o algún dato extra de utilidad para esta investigación, lo cual nos ayudó a saber si eran sujetos de inclusión.

2. Consentimiento Informado: Se notificó a los participantes sobre el propósito del estudio, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento.
3. Evaluación Psicométrica: Una vez seleccionada la muestra mediante el tamizaje inicial, se administraron de manera subsecuente el ASQ y la BIS-11. Estos instrumentos se constituyeron como las herramientas fundamentales para medir y contrastar los cambios en los estilos de apego y los niveles de impulsividad de los participantes, permitiendo una comparación objetiva de los resultados obtenidos antes y después de la intervención psicoterapéutica.
4. Entrevista Semiestructurada: Se diseñó y aplicó una guía de entrevista integrada por 45 reactivos, autorizada por un grupo de expertos y profesores de la Maestría en Neuropsicología - Psicología Clínica (generación 2020 - 2022), instrumento dirigido principalmente por el Dr. Guillermo Delahanty Matuk; orientada a profundizar en el desarrollo social y emocional de los participantes desde una perspectiva biográfica y relacional. Este instrumento se estructuró para explorar cinco dimensiones críticas: el motivo de consulta actual, el espectro de conductas antisociales y transgresoras, la historia de desarrollo y dinámica familiar, la interacción social/percepción del entorno y, fundamentalmente, la representación interna del apego (basada en reactivos de la Adult Attachment Interview). El objetivo de esta fase fue obtener una narrativa densa sobre la historia de vida de los sujetos, permitiendo identificar patrones vinculares, hitos traumáticos y fallas en la simbolización que subyacen a la conducta antisocial y al consumo de sustancias. La información recabada sirvió como base para un análisis de contenido cualitativo, facilitando la triangulación de datos entre los puntajes obtenidos en las pruebas psicométricas y la experiencia subjetiva reportada por el participante. De este

modo, la entrevista permitió dotar de significado clínico a los rasgos de personalidad identificados, convirtiéndose en el eje articulador del análisis de casos.

5. Sistematización: Los resultados se tabularon y graficaron para establecer la línea base de la intervención.

3.7.3 Fase III: Intervención Psicoterapéutica

Se implementó un programa de TCC estructurado en ocho sesiones terapéuticas individuales y una de evaluación inicial. El enfoque se centró en la reestructuración de la imagen de las figuras primarias, la regulación de la impulsividad y el fortalecimiento de las habilidades sociales.

3.7.4 Fase IV: Evaluación Final y Análisis

Para dar cumplimiento al objetivo de la investigación, se evaluó el efecto de la intervención psicoterapéutica mediante la reaplicación de las escalas de estilos de apego (ASQ) e impulsividad (BIS-11). Finalmente, se realizó un análisis cualitativo del discurso obtenido en las entrevistas post-intervención para contrastar las transformaciones en la percepción de los vínculos afectivos y en la autorregulación conductual de los participantes, permitiendo una valoración integral del cambio clínico.

3.8 Técnicas de análisis

Con la finalidad de procesar de manera rigurosa y sistemática la información recabada durante el trabajo de campo, en este apartado se describen las técnicas de análisis implementadas en la investigación. En el marco de un diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), el tratamiento de los datos exige una articulación precisa entre los métodos estadísticos descriptivos empleados para evaluar los cambios numéricos en las escalas psicométricas (MMPI-2, BIS-11 y ASQ) y las estrategias de codificación cualitativa aplicadas a las entrevistas a profundidad. Más allá de un procedimiento matemático aislado o una revisión mecánica de textos, estas herramientas

analíticas se seleccionaron con el propósito de enlazar las regularidades clínicas con la riqueza singular de las narrativas biográficas de los participantes, permitiendo comprender sus pautas defensivas y su sufrimiento subjetivo desde una mirada integradora y profundamente humana. De este modo, se detalla la estrategia adoptada para dar sentido analítico al cuerpo empírico de este estudio, iniciando con el eje metodológico que sostiene la validez de la investigación.

3.8.1 Triangulación de Datos

Desde una perspectiva metodológica, la triangulación se define como el uso de múltiples fuentes de datos, métodos o teorías para estudiar un mismo fenómeno, con el objetivo de mitigar los sesgos inherentes al uso de un único abordaje (Denzin, 1970). En la investigación clínica y cualitativa, la triangulación de datos permite que la validez del estudio no dependa de una medición aislada, sino de la convergencia y corroboración de la información obtenida a través de distintos instrumentos. Según Okuda Benavides y Gómez-Restrepo (2005), este procedimiento permite que el investigador obtenga una comprensión más profunda y completa de la realidad del sujeto, logrando una interpretación que supera la suma de sus partes.

En la presente tesis, la triangulación se operacionalizó mediante la integración de datos cuantitativos y cualitativos bajo un diseño mixto de tipo explicativo. El procedimiento consistió en los siguientes pasos:

1. **Contraste Psicométrico-Narrativo:** Se contrastaron los perfiles obtenidos en el MMPI-2 (tamizaje), el ASQ (apego) y la BIS-11 (impulsividad) con el discurso recolectado en la entrevista semiestructurada de profundidad. Por ejemplo, las elevaciones cuantitativas en la escala de impulsividad motora se analizaron a la luz de los relatos de *acting out* y fallas en la simbolización narrados por los participantes.
2. **Validación mediante Observación y Expediente:** La información declarada por los sujetos en la entrevista fue triangulada con los registros de la observación participante (diarios de

campo) y los antecedentes documentados en sus expedientes clínicos. Esto permitió verificar la cronicidad de los rasgos antisociales identificados y la consistencia entre lo que el participante proyectaba y su conducta real en el entorno residencial.

3. Análisis Integral del Caso: La conclusión de cada caso no se basó en un solo puntaje, sino en la convergencia de estas fuentes. Esta técnica permitió identificar si una puntuación baja en impulsividad (como en el caso EVO) correspondía a una ausencia real del rasgo o a una estrategia defensiva de inhibición y sobreadaptación evidenciada en su historia clínica y discurso.

Este enfoque permitió transformar los datos aislados en una síntesis clínica robusta, facilitando una interpretación de la personalidad antisocial que integra la estructura psicométrica con la experiencia subjetiva y el comportamiento observado.

3.8.2 Análisis Pre-test / Post-test

El diseño de pre-test-post-test con un solo grupo se define como un procedimiento de investigación en el cual se aplica una evaluación previa a la introducción de la variable independiente (intervención), seguida de una evaluación posterior utilizando los mismos instrumentos (Hernández-Sampieri et al., 2014). El propósito fundamental de este análisis es observar el grado de cambio o evolución en las variables dependientes tras la exposición al tratamiento. En el ámbito de la psicología clínica, este análisis permite determinar la magnitud del cambio intra-sujeto, facilitando la identificación de áreas de mejora, persistencia de rasgos o resistencias al proceso terapéutico (Cook y Campbell, 1979).

En la presente investigación, el análisis pre-test / post-test se ejecutó de manera sistemática para evaluar el impacto de la intervención cognitivo-conductual sobre los estilos de apego y los niveles de impulsividad. El procedimiento se desarrolló bajo los siguientes criterios:

1. Establecimiento de la línea base (Pre-test): Se utilizaron los puntajes iniciales obtenidos en el ASQ y la BIS-11. Estos datos permitieron configurar el perfil diagnóstico de entrada de cada participante, identificando la predominancia de rasgos evitativos y niveles de impulsividad motora o no planeada antes de iniciar las ocho sesiones de terapia.
2. Ejecución de la intervención: Se implementó el programa de ocho sesiones diseñado para la reestructuración de esquemas vinculares y el fortalecimiento de la autorregulación conductual, actuando como la variable independiente del estudio.
3. Evaluación de resultados (Post-test): Al finalizar la intervención, se aplicaron nuevamente los instrumentos ASQ y BIS-11. Los puntajes resultantes se tabularon y compararon con la línea base para identificar variaciones significativas en las dimensiones evaluadas.
4. Análisis descriptivo y clínico de cambio: Debido al tamaño de la muestra (N=5; inicialmente, y recordando que nos quedamos con solo 4 participantes para analizar resultados obtenidos), el análisis no se centró en la inferencia estadística poblacional, sino en la comparación descriptiva y cualitativa de la evolución clínica. Se analizó el porcentaje de cambio en cada escala y subescala, permitiendo concluir si hubo una transición hacia el apego seguro o una disminución en la urgencia de actuar (*acting out*), triangulando estos números con la narrativa final del participante.

Este análisis permitió validar la efectividad de las técnicas empleadas y proporcionó la evidencia necesaria para discutir cómo la intervención influyó en la estructura de personalidad de los participantes que completaron el proceso.

3.8.3 Análisis del discurso

El análisis del discurso se define como una técnica de investigación cualitativa que se ocupa del estudio del lenguaje en su contexto de uso, orientada a descubrir los sentidos, las intenciones y las estructuras psicológicas que subyacen a la comunicación verbal (Potter y

Wetherell, 1987). En el ámbito de la psicología clínica, este enfoque trasciende el contenido literal del habla para identificar mecanismos de defensa, representaciones del *Self* y la calidad de los vínculos internalizados que se manifiestan a través de la narrativa del sujeto (Sayago, 2014). El análisis del discurso permite, por tanto, decodificar la subjetividad y los procesos de simbolización del individuo.

En esta investigación, el análisis del discurso se aplicó de manera sistemática sobre las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas de profundidad (integradas por 45 reactivos). El procedimiento se llevó a cabo bajo los siguientes niveles de análisis:

- **Categorización de Núcleos Temáticos:** El discurso de los participantes se organizó en categorías analíticas relacionadas con los objetivos del estudio: modelos internos de apego (seguro, evitativo, ambivalente), percepción de las figuras parentales y manifestaciones de la impulsividad.
- **Identificación de Justificaciones Cognitivas y Evitación:** Se observaron las explicaciones, reacciones y las formas en que los participantes abordaban o evitaban los temas sensibles relacionados con la transgresión de normas o sus antecedentes traumáticos durante las sesiones. A través de este análisis de su discurso subjetivo, se detectó una tendencia constante a utilizar estrategias como la racionalización, la negación y la minimización de sus conductas de riesgo. Estos indicadores clínicos resultan esenciales en la práctica para comprender cómo cada participante intenta proteger su autoimagen, justificar la falta de remordimiento o evitar conectar con el malestar emocional derivado de sus acciones, siendo piezas clave para valorar su nivel de empatía y su capacidad de regulación actual.
- **Evaluación de la Identificación Afectiva y Regulación Conductual:** Se analizó la habilidad de los participantes para expresar y describir verbalmente sus estados emocionales en contraste con su historial de impulsividad. A través del registro de sus sesiones y de las

entrevistas, se evaluó si los participantes lograban utilizar el lenguaje como una herramienta de autorreflexión y autocontrol, o si presentaban dificultades para identificar sus emociones, lo que metodológicamente explica su propensión a recurrir a la conducta de riesgo ante el malestar.

- Evaluación de la Capacidad de Simbolización: Se contrastó la capacidad de los sujetos para elaborar verbalmente sus estados afectivos frente a la tendencia a la descarga motora (*acting out*). A través del discurso, se pudo determinar si el lenguaje funcionaba como un espacio de reflexión o si existía una pobreza narrativa que obligaba al sujeto a recurrir a la acción impulsiva.
- Triangulación Interpretativa: Finalmente, los hallazgos del discurso se cruzaron con los puntajes de las escalas BIS-11 y ASQ, permitiendo que la interpretación final de cada caso no fuera solo una cifra estadística, sino una síntesis clínica que otorga significado a la conducta del participante.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación se rige bajo los principios fundamentales de integridad, respeto y beneficencia, con el objetivo primordial de salvaguardar la dignidad y el bienestar de los participantes. Para garantizar el cumplimiento de los estándares profesionales en el ejercicio de la psicología en México, este estudio se fundamenta en las disposiciones establecidas por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2018).

Antes de iniciar la fase de recolección de datos, se llevó a cabo un proceso de invitación formal a los candidatos. A cada participante se le entregó un consentimiento informado (ver Anexo), mediante el cual se explicaron detalladamente los objetivos de la intervención, la metodología a seguir y el manejo de la información. Asimismo, se resolvieron dudas de manera individual, enfatizando el carácter voluntario de su participación y el derecho inalienable a

retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto represente repercusión alguna en su tratamiento institucional.

Para asegurar la protección de la identidad, se estableció un protocolo de confidencialidad en el cual la información recabada es tratada de forma anónima, utilizando códigos de identificación para el procesamiento de los resultados.

Para garantizar la integridad y el rigor moral de este trabajo, el diseño y la ejecución del mismo se fundamentan estrictamente en las directrices del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). En este sentido, la investigación se rige primordialmente por el respeto y el compromiso absoluto hacia la dignidad de los participantes, tal como lo estipula el Artículo 94, asegurando en todo momento que ninguna acción dentro del proceso investigativo cause perjuicio o daño físico ni psicológico a las personas involucradas (Art. 107).

Bajo este marco de protección al ser humano, el estudio se apegue rigurosamente a las leyes federales e internacionales que regulan la experimentación e investigación clínica (Art. 95). Para ello, la metodología se ha estructurado de forma que se minimice la posibilidad de obtener resultados falaces o sesgados que pudieran comprometer la validez científica del trabajo (Art. 96), manteniendo siempre la apertura para recurrir a la consulta con comités institucionales o expertos ante cualquier ambigüedad ética que pudiera presentarse en el diseño (Art. 105).

En cuanto a la interacción directa con los participantes, se ha dado prioridad a la obtención del consentimiento informado por escrito, exponiendo con claridad las implicaciones del estudio para la salud de los involucrados (Art. 98) y garantizando su libertad total para desistir de la investigación en cualquier etapa del proceso sin que esto les acarree consecuencia alguna (Art. 101). Respecto al manejo de la información, se asegura una comunicación honesta de los hallazgos; incluso en situaciones donde la revelación completa de los objetivos pudiera sesgar los

resultados, se vela por que esto no perjudique la integridad de los sujetos y se asume el compromiso de informar los resultados finales con veracidad (Art. 99).

Finalmente, el compromiso ético del presente estudio se extiende a la fase de devolución y reconocimiento. Los resultados serán comunicados a los participantes en un lenguaje comprensible y sencillo como una forma de valorar y agradecer su contribución científica (Art. 103). Asimismo, se otorga el crédito correspondiente a todos los colaboradores y facilitadores que apoyaron el desarrollo de esta investigación, reconociendo su papel fundamental en la consecución de los objetivos establecidos (Art. 104).

Capítulo IV. Resultados de la Fase I: Detección de los participantes

El objetivo central de este apartado es evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual en los adultos jóvenes con rasgos antisociales de la personalidad y policonsumo que concluyeron el protocolo residencial.

4.1 Descripción de los participantes

La clínica de rehabilitación privada donde se desarrolló el trabajo de campo cuenta con un protocolo de ingreso estandarizado que incluye la aplicación sistemática, digitalizada y procesada por el software oficial MMPI-2 a la totalidad de los pacientes que ingresan a tratamiento de manera residencial. A partir de este tamizaje institucional continuo, el departamento de la administración, psicología y dirección del centro identificó y sugirió formalmente a cinco adultos jóvenes cuyos perfiles psicométricos y conductuales se alineaban con estricta rigidez a los criterios de inclusión y exclusión previamente estipulados para esta investigación, operando de este modo como el filtro de tamizaje fundamental para la consolidación del muestreo por criterios.

4.2 Análisis del MMPI-2

A continuación, se despliega el análisis individual de cada uno de los casos evaluados a través del MMPI-2.

4.2.1 Caso FCB

Validez del protocolo y condiciones de interpretación. El perfil de validez del MMPI-2 en el caso de FCB arroja un protocolo que, si bien es técnicamente interpretable, demanda una lectura clínica minuciosa debido a la tensión observada en sus indicadores de distorsión. La elevación en la escala de Infrecuencia o F (T=65) se traduce como un marcador de malestar emocional agudo y genuino. Esta puntuación sugiere que FCB se encuentra en un momento de

crisis donde la necesidad de comunicar su conflicto interno supera sus intentos de control; es, en esencia, un "pedido de ayuda" que revela una posible desorganización afectiva subyacente.

Esta vulnerabilidad se ve confirmada por una puntuación significativamente baja en la escala de Corrección o K ($T=39$). En términos clínicos, este hallazgo denota una marcada debilidad en los recursos defensivos de la participante y una escasa contención yoica. FCB carece de los "filtros" necesarios para regular su intensidad emocional, lo que la conduce a una exposición afectiva sin la mediación suficiente de procesos de control racional. Esta configuración de validez nos advierte que estamos ante una estructura psíquica con dificultades para amortiguar el impacto del entorno, dejando al descubierto una reactividad que será clave para comprender sus rasgos de personalidad.

Configuración general del perfil clínico. El análisis de las escalas clínicas de FCB revela un funcionamiento psicológico donde predomina una dinámica de hipersensibilidad y vigilancia constante hacia el entorno. Resulta fundamental señalar que la escala 4 (Desviación psicopática) se sitúa en un rango medio ($T=53$), lo cual descarta la existencia de una organización antisocial de carácter estructural; es decir, sus conductas transgresoras no emanan de una falta de conciencia moral intrínseca, sino de una desregulación emocional reactiva. Esta reactividad se manifiesta con claridad en la escala 6 (Paranoia, $T=67$), indicando una marcada susceptibilidad interpersonal y una tendencia a la proyección que la lleva a interpretar las intenciones ajenas con desconfianza. Esta vigilancia se entrelaza con una elevación moderada en la escala 7 (Psicastenia, $T=61$), que sugiere la presencia de una ansiedad persistente y esfuerzos, a menudo agotadores, por ejercer un control rígido sobre sus propios impulsos.

Esta lucha interna entre el control y la acción se ve alimentada por la escala 9 (Hipomanía, $T=61$), la cual aporta un nivel de activación que facilita la impulsividad y reduce la tolerancia a la frustración ante los obstáculos externos. Al mismo tiempo, la elevación moderada

en la escala 8 (Esquizofrenia, T=59) apunta a una tendencia al aislamiento y a una vida interna intensa, lo que dificulta la consolidación de vínculos interpersonales seguros y profundos. Al profundizar en las escalas de contenido, se hace evidente que el motor de sus reacciones es un enojo acumulado (ENJ) que se traduce en irritabilidad y una agresividad potencial. Este estado se ve agravado por una configuración de personalidad tipo A (PTA), caracterizada por la impaciencia y una tensión constante, y por la presencia de una sobrecarga emocional derivada de experiencias postraumáticas (EPS). Finalmente, la baja puntuación en responsabilidad social (Rs) explica cómo, bajo esta presión interna y subjetivamente displacentera, FCB termina vulnerando las normas y compromisos sociales, no por una predisposición psicopática, sino por una falla en la internalización de límites ante un sistema defensivo sobrepasado por el trauma.

Consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Pd). Al profundizar en las consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Desviación psicopática), se observa que esta no presenta una elevación significativa en el perfil de FCB, situándose en un rango que no permite sostener un diagnóstico formal ni una hipótesis de organización antisocial estructural. Es fundamental precisar que, si se analizara esta escala de manera aislada, se podría incurrir en el error clínico de concluir que no existe una problemática relevante; sin embargo, el verdadero perfil significativo emerge de la configuración global del protocolo. El malestar cobra sentido a través del patrón conformado por la interacción de las escalas 6, 7 y 9, las cuales, al conjugarse con los altos niveles de enojo reportados y la marcada debilidad en los recursos defensivos evidenciada por la baja puntuación en la escala K, confirman que la conducta de la paciente responde a una desregulación emocional profunda y no a una predisposición psicopática intrínseca.

4.2.2 Caso AMC

Validez del protocolo y condiciones de interpretación. El análisis del perfil de validez en el caso de AMC permite considerar el protocolo como técnicamente válido e interpretable; sin

embargo, los indicadores revelan una configuración psíquica compleja y con matices de desorganización. La elevación en la escala F (T=66) actúa como un marcador de malestar emocional significativo, sugiriendo una etapa de desorganización afectiva donde la paciente manifiesta una tendencia a comunicar su conflicto interno de manera abierta y directa, casi sin filtros.

Esta transparencia en el reporte se ve acentuada por una puntuación significativamente baja en la escala K (T=34), lo que evidencia una debilidad crítica en los mecanismos defensivos y una escasa contención yoica. AMC presenta una capacidad limitada para modular su expresión emocional, lo cual, vinculado a una escala L también en rangos bajos, apunta a un posible sobrerreporte de sus dificultades como reflejo de un estado de malestar subjetivo acentuado.

Desde una perspectiva psicodinámica, este patrón es fundamental para comprender su conducta: indica que la paciente no cuenta con un sistema defensivo suficientemente estructurado, lo que favorece la emergencia directa del conflicto psíquico sin que medie una simbolización efectiva. Esta condición es consistente con una organización de personalidad caracterizada por una fragilidad yoica sustancial, donde predomina la descarga impulsiva y se observa una limitada capacidad de elaboración intrapsíquica, dejando a la paciente vulnerable ante la intensidad de sus propios impulsos.

Configuración general del perfil clínico. El análisis de las escalas clínicas en el caso de AMC revela un perfil con elevaciones severas y generalizadas, lo que sugiere una organización psicopatológica de alta complejidad donde la desregulación es el eje dominante. El núcleo de este funcionamiento se identifica en la convergencia de la escala 4 (Desviación psicopática, T=76) y la escala 8 (Esquizofrenia, T=76), ambas con puntuaciones muy altas. Esta combinación indica una marcada tendencia a la transgresión de normas sociales y conflictos crónicos con la autoridad, pero también sugiere una profunda alteración en la integración psíquica que se

manifiesta a través del aislamiento social y posibles distorsiones en la percepción del entorno. Esta estructura se ve dinamizada por la escala 9 (Hipomanía, T=82), cuya elevación extrema señala una sobreexcitación y una impulsividad motora que conduce inevitablemente a la desorganización conductual.

A este complejo impulsivo-antisocial se añade un componente de ansiedad intensa e inseguridad (Escala 7 - Psicastenia, T=72), factores que incrementan la tensión interna y dificultan los esfuerzos del sujeto por controlar sus impulsos. Esta ansiedad se entrelaza con la escala 6 (Paranoia, T=69), reflejando una susceptibilidad interpersonal donde la hostilidad y el uso de mecanismos proyectivos se vuelven defensas predominantes ante un mundo percibido como amenazante. Al profundizar en las escalas suplementarias y de contenido, el perfil adquiere una dimensión de fondo vinculada al trauma y la disfunción: las elevaciones en las escalas de estrés postraumático apuntan a experiencias subjetivamente displacenteras que guardan una estrecha relación con los problemas familiares reportados y antecedentes vinculares disfuncionales.

Finalmente, esta arquitectura interna se traduce en una conducta externa caracterizada por niveles significativos de enojo e irritabilidad, lo que evidencia una incapacidad persistente para controlar la agresión. La presencia de prácticas antisociales manifiestas, sumada a una baja responsabilidad social, confirma una falla estructural en la internalización de límites y normas. Este estado de tensión psíquica constante, alimentado por la obsesividad y la ansiedad, favorece la aparición de conductas de riesgo y el posible abuso de sustancias, configurando un círculo de desadaptación donde el rasgo antisocial funciona como una vía de descarga ante una sobrecarga emocional que el sujeto no logra elaborar de manera interna.

Consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Pd). Al profundizar en las consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Desviación psicopática) dentro del perfil de AMC, esta adquiere una

relevancia clínica protagónica debido a su elevación significativa, lo que permite identificar con claridad la presencia de rasgos antisociales estructurados. No obstante, es imperativo señalar que una interpretación aislada de este indicador resultaría insuficiente y potencialmente reductiva para comprender la complejidad del caso. El perfil clínico significativo emana, en realidad, de la configuración global y sistémica del protocolo; específicamente, emerge de la potente combinación de elevaciones en las escalas 4, 6, 7, 8 y 9, un patrón que se ve reforzado por indicadores críticos de enojo, prácticas antisociales manifiestas y una baja responsabilidad social.

Esta constelación de resultados no solo confirma la tendencia a la antisocialidad, sino que revela una desorganización psíquica mucho más amplia y preocupante. Desde un análisis de fondo, lo que observamos en AMC es una estructura caracterizada por una agresión no simbolizada y un conflicto vincular profundo, donde la debilidad estructural del yo impide que el sujeto procese sus tensiones internas de manera saludable. Así, la conducta antisocial no aparece como un hecho aislado, sino como la vía de escape de un sistema psíquico sobrepasado que carece de los recursos necesarios para mediar entre el impulso y la norma.

4.2.3 Caso EVO

Validez del protocolo y condiciones de interpretación. Para el caso de EVO, el análisis de la validez del MMPI-2 nos sitúa ante un protocolo que, si bien es técnicamente interpretable, exige una lectura clínica cautelosa y matizada. Aunque el perfil es formalmente válido debido al bajo rango de respuestas omitidas, la elevación significativa en la escala F (T=71) coloca al protocolo en un terreno cuestionable, sugiriendo que el participante atraviesa un estado de malestar intenso y una crisis subjetiva profunda. Más que una intención de simulación, este puntaje refleja una urgencia por comunicar un conflicto interno desbordante, lo que puede traducirse en confusión o en un sobrerreporte de síntomas como mecanismo de descarga.

Esta vulnerabilidad estructural se confirma con la escala K situada en un rango bajo (T=38), indicador de defensas poco eficaces y una escasa contención yoica. Para EVO, la capacidad de modulación emocional es pobre, lo que permite que sus tensiones internas emerjan hacia el exterior de manera poco filtrada y disruptiva. Complementariamente, la puntuación baja en la escala L revela una presentación poco defensiva, pero teñida de rasgos de cinismo, independencia y una actitud marcadamente crítica frente al entorno. En su conjunto, estos indicadores no deben interpretarse de forma aislada, sino como la expresión de un estado de desorganización afectiva y defensiva; el perfil de EVO es el reflejo de un sistema psíquico cuyos recursos de control han sido sobrepasados por la intensidad de su malestar actual.

Configuración general del perfil clínico. Para el caso de EVO, la configuración del perfil clínico revela una organización de personalidad donde la sobreactivación conductual y la distorsión del pensamiento actúan como los ejes principales del malestar. Al analizar las escalas básicas, destaca de manera protagónica la escala 9 (Hipomanía, T=73), la cual señala una impulsividad extrema, labilidad emocional y una marcada tendencia a la sobreestimulación. Este nivel de activación funciona como el motor que impulsa la escala 4 (Desviación psicopática, T=68), confirmando la presencia de rasgos antisociales significativos, dificultades crónicas con la autoridad y una baja tolerancia al tedio. Sin embargo, tal como advierte la revisión técnica, esta elevación en la escala 4, aunque central para la investigación, no debe interpretarse de forma aislada como un diagnóstico estructural suficiente, sino como parte de un sistema defensivo más complejo.

Esta propensión a la acción transgresora se entrelaza con una arquitectura interna marcada por la escala 6 (Paranoia, T=66) y la escala 7 (Psicastenia, T=64). Esta combinación sugiere que EVO experimenta una susceptibilidad interpersonal punzante, con tendencia a malinterpretar las intenciones ajenas, lo que genera un estado de resentimiento y rigidez que intenta compensar

mediante esfuerzos de control rígido e intelectualización. No obstante, este control es precario, ya que se ve permeado por la escala 8 (Esquizofrenia, T=62), que aporta matices de aislamiento emocional, extrañeza subjetiva y una irritabilidad que dificulta el sostenimiento de vínculos estables.

Al profundizar en las escalas suplementarias, el perfil adquiere una dimensión de fragilidad adaptativa: la baja Fuerza del yo señala una incapacidad percibida para manejar la presión ambiental, lo que, sumado a una baja Responsabilidad social, refleja fallas en la internalización de normas y una dificultad persistente para asumir las consecuencias de sus actos. Es fundamental destacar que las elevaciones en las escalas de estrés postraumático (Keane y Schlenger) indican que este funcionamiento es una respuesta a experiencias subjetivamente displacenteras, mientras que la elevación en la escala INVAR refuerza la necesidad de una interpretación prudente respecto a la consistencia interna del protocolo.

Finalmente, el dato de mayor relevancia clínica en las escalas de contenido es la elevación del Pensamiento delirante (T=74). Este hallazgo es crítico, pues asocia la conducta de EVO a una ideación paranoide intensa, pensamientos extraños y, en ocasiones, sensaciones de persecución que distorsionan su contacto con la realidad. Esta distorsión se traduce conductualmente en Prácticas antisociales (T=66), donde se justifica la elusión de la norma y se presentan antecedentes de conductas problemáticas. Aunque se observan matices secundarios en áreas como el enojo o problemas familiares, estos se mantienen en rangos medios, confirmando que el núcleo del caso EVO es una mezcla explosiva de sobreexcitación motora y un pensamiento paranoide que utiliza la conducta antisocial como una vía de escape ante una realidad percibida como hostil y traumática.

Consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Pd). Al profundizar en las consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Desviación psicopática) en el caso de EVO, se observa que esta

adquiere una relevancia clínica protagónica debido a su elevación y a la evidencia que aporta sobre rasgos antisociales específicos, tales como problemas crónicos con las normas y la autoridad, superficialidad vincular, una marcada baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a conductas transgresoras o adictivas. No obstante, la revisión técnica advierte que no es recomendable considerarla como un criterio de análisis aislado ni como fundamento suficiente para concluir la presencia de una organización antisocial estructural.

La interpretación más sólida y profunda del caso surge, en cambio, de la configuración global del perfil. La escala 4 debe leerse en una trama conjunta con la escala 6, que introduce el componente persecutorio y proyectivo; la escala 9, que aporta la dimensión impulsiva e hipomaníaca; y la escala 8 junto con la de pensamiento delirante, las cuales señalan una desorganización subjetiva e ideativa que distorsiona la realidad del sujeto. Esta arquitectura se sostiene sobre una base de fragilidad interna, evidenciada por la baja puntuación en K y en Fuerza del yo, reflejo de una debilidad defensiva que impide procesar los conflictos de manera adaptativa. Finalmente, la baja Responsabilidad social y las Prácticas antisociales elevadas sostienen la hipótesis de una falla en la internalización normativa. En conjunto, el patrón clínico relevante no se limita a la elevación de la escala Pd, sino a la compleja configuración 4–6–8–9, donde el pensamiento delirante y la escasa contención yoica se entrelazan para explicar la conducta del participante.

4.2.4 Caso EHN

Validez del protocolo y condiciones de interpretación. Para el caso de EHN, el análisis de validez del MMPI-2 presenta desafíos interpretativos significativos que exigen una lectura clínica bajo reservas importantes. El dato más contundente en este perfil es la escala F, la cual se encuentra extremadamente elevada con una puntuación T=111. Este nivel de infrecuencia compromete la estabilidad interpretativa del protocolo y obliga al clínico a considerar un estado

de desorganización psíquica severa o una crisis aguda, donde la necesidad de comunicar un conflicto interno desbordante supera la capacidad del sujeto para responder de manera discriminada al instrumento.

Esta vulnerabilidad estructural se confirma mediante una escala K situada en un rango marcadamente bajo ($T=30$), lo que revela una inadecuación de las defensas y una escasa contención yoica. EHN manifiesta una pobre modulación emocional y una tendencia a exponer su malestar de manera poco filtrada, dejando al descubierto la intensidad de sus tensiones internas. Complementariamente, una escala L también en rangos bajos sugiere una actitud poco defensiva, matizada por rasgos de cinismo e independencia, y una baja necesidad de presentarse bajo un ajuste social convencional.

En su conjunto, el protocolo de EHN no debe utilizarse como una base diagnóstica aislada debido a la inestabilidad que proyecta; sin embargo, adquiere un valor clínico relevante al ser interpretado como la expresión de una condición de crisis profunda y una desorganización afectiva intensa. El perfil es, en esencia, un retrato de la fragilidad yoica del participante ante una carga emocional que ha sobrepasado sus recursos de control.

Configuración general del perfil clínico. El perfil presenta una configuración clínica de alta severidad, con elevaciones muy significativas en escalas asociadas a antisocialidad, suspicacia, desorganización del pensamiento, depresión y vulnerabilidad yoica. La escala 4 (Desviación psicopática) se encuentra muy elevada, con $T=90$, lo que indica problemas importantes con normas sociales y morales, conflictos con la autoridad, posible inestabilidad, irresponsabilidad, inmadurez, centración en sí mismo y presencia de conductas antisociales o explotadoras. Esta elevación constituye uno de los datos centrales del protocolo, aunque debe interpretarse dentro de la configuración global y no como indicador aislado.

La escala 6 (Paranoia) alcanza también una elevación muy alta, con $T=97$, lo que apunta a susceptibilidad interpersonal marcada, tendencia a malinterpretar las intenciones de los otros, ideas de referencia, resentimiento, preocupación y posible actuación basada en fantasías o creencias persecutorias. La escala 8 (Esquizofrenia) se encuentra igualmente muy elevada, con $T=95$, sugiriendo aislamiento social, alienación emocional, experiencias internas extrañas, posible alteración del pensamiento y contacto con la realidad empobrecido. La escala 5 aparece elevada, con $T=75$, asociada en el reporte con intereses de investigación, creatividad, individualismo y cierta capacidad de empatía; sin embargo, en este contexto no constituye un eje explicativo principal. La escala 2 (Depresión) se mantiene en rango moderado, con $T=63$, lo que añade un componente de desaliento, insatisfacción, pesimismo e irritabilidad. La escala 9 (Hipomanía) se encuentra en rango moderado, con $T=64$, por lo que puede aportar elementos de activación, baja tolerancia a la monotonía y tendencia al movimiento, sin constituir el núcleo más alto del perfil.

En las escalas suplementarias destaca la elevación de Ansiedad, con $T=79$, lo que refleja angustia amplia, inseguridad, dificultad para tomar decisiones y perturbación en situaciones sociales. La Fuerza del yo se encuentra baja, indicando dificultades para manejar la presión ambiental, pobre concepto de sí mismo y limitaciones adaptativas. Asimismo, se observan elevaciones importantes en las escalas de estrés postraumático de Keane y Schlenger, con $T=85$ y $T=82$, lo que sugiere índices significativos de estrés o experiencias displacenteras intensas. La escala Fp aparece extremadamente elevada, con $T=108$, lo que refuerza la necesidad de interpretar el perfil con cautela por posible exageración, inconsistencia o psicopatología severa.

En las escalas de contenido, el perfil muestra elevaciones clínicamente relevantes y ampliamente consistentes con una organización severa. La escala de Depresión se encuentra alta, con $T=85$, indicando tristeza significativa, sensación de vacío, desesperanza y posible ideación de

muerte o abandono de la lucha psíquica. La escala Pensamiento delirante alcanza $T=91$, lo que sugiere ideación paranoide, posibles experiencias perceptivas extrañas, pensamiento peculiar o vivencias de misión especial. La escala Obsesividad se encuentra elevada, con $T=71$, asociada a rumiación, dificultad para decidir y pensamientos abrumadores. La escala Cinismo está elevada, con $T=69$, indicando desconfianza generalizada, percepción negativa de los motivos ajenos y expectativas de utilización o traición por parte de los otros. La escala Prácticas antisociales se encuentra alta, con $T=75$, señalando antecedentes o disposición hacia conductas problemáticas, dificultades con la ley, robos o formas de elusión normativa. Además, se observan elevaciones en Baja autoestima, Incomodidad social, Problemas familiares, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento, lo que configura un perfil con grave deterioro vincular, social, ocupacional y terapéutico.

Consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Pd). Al profundizar en las consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Desviación psicopática) en el perfil de EHN, esta se sitúa como un eje clínicamente central debido a su elevación muy alta, aportando evidencia contundente sobre rasgos antisociales, dificultades crónicas con la autoridad, una baja integración de las normas y una tendencia hacia conductas irresponsables o potencialmente explotadoras. No obstante, la revisión técnica subraya que resulta metodológicamente insuficiente utilizar este indicador como único criterio para definir el perfil del participante o para sostener una hipótesis diagnóstica por sí sola, especialmente al encontrarse inmersa en un perfil de validez comprometida y en una configuración clínica mucho más amplia y grave.

La interpretación adecuada de este caso exige un análisis del patrón completo, donde la escala 4 interactúa con elevaciones críticas en las escalas de Paranoia (6) y Esquizofrenia (8), así como con niveles altos en pensamiento delirante, prácticas antisociales, depresión, cinismo y problemas familiares. Este conjunto de datos revela que la antisocialidad en EHN no es un rasgo

aislado, sino que se articula con una desorganización psíquica profunda, una vivencia persecutoria del objeto, fallas severas en la capacidad de simbolización y un sufrimiento afectivo de gran magnitud. En este contexto, la debilidad en la Fuerza del yo y las escalas de estrés postraumático elevadas confirman que la conducta transgresora funciona como una respuesta ante una estructura psíquica vulnerada.

Para efectos de la investigación, el caso de EHN ilustra con claridad que la selección de participantes no puede limitarse únicamente a las elevaciones en Desviación psicopática. El dato clínico más relevante no es simplemente la transgresión de la norma, sino la forma en que esta conducta se inscribe en una organización caracterizada por objetos persecutorios, vínculos inseguros o desorganizados y serias dificultades para tramitar los afectos. Por tanto, la pertinencia de analizar la escala 4 junto con las dimensiones de paranoia, esquizofrenia, pensamiento delirante y rechazo al tratamiento resulta fundamental, ya que permite comprender la función psicodinámica que cumple la conducta antisocial dentro de una estructura de personalidad que carece de contención yoica suficiente importante. Por tanto, la escala 4 debe incluirse como un indicador principal, pero no como una medida autosuficiente.

Para efectos de la investigación, este caso muestra con claridad que no basta con seleccionar participantes por elevaciones en Desviación psicopática. El dato clínico más relevante no es únicamente la transgresión de normas, sino la forma en que esta se inscribe en una organización psíquica caracterizada por objetos persecutorios, vínculos inseguros o desorganizados, fallas de contención yoica y dificultades para tramitar afectos. En este sentido, el perfil confirma la pertinencia de analizar la escala 4 junto con las escalas de Paranoia, Esquizofrenia, Pensamiento delirante, Prácticas antisociales, Problemas familiares y Rechazo al tratamiento, ya que estas permiten comprender la función psicodinámica de la conducta antisocial dentro de la estructura de personalidad

4.2.5 Caso GMS

Validez del protocolo y condiciones de interpretación. El análisis de validez del MMPI-2 en el caso de GMS permite considerar el protocolo como formalmente válido debido al mínimo número de respuestas omitidas; no obstante, su interpretación clínica debe realizarse bajo reservas específicas dada la marcada configuración defensiva observada. A diferencia de otros perfiles donde el malestar es expuesto con urgencia, GMS presenta una escala L elevada ($T=77$), lo que denota una tendencia persistente a negar defectos y una necesidad imperativa de proyectar una imagen de adaptación, control y rectitud moral. Esta fachada se ve reforzada por una escala K moderadamente elevada ($T=67$), la cual actúa como un indicador de defensividad y autoconfianza aparente, sugiriendo una escasa disposición a solicitar ayuda y una marcada inclinación a minimizar cualquier dificultad psicológica.

Al contrastar estos datos con una escala F en rango medio ($T=51$), el perfil se aleja de una posible desorganización aguda o del sobrerreporte sintomático. En su lugar, la configuración global sugiere una presentación psíquica sumamente controlada, donde el sujeto utiliza la inhibición y la negación para encapsular su malestar interno. En conjunto, los indicadores de validez de GMS revelan un sistema defensivo que, aunque funcional en apariencia, opera mediante el ocultamiento de conflictos, lo que exige una lectura cautelosa de las escalas clínicas para identificar aquello que el participante intenta omitir o suavizar en su reporte.

Configuración general del perfil clínico. Para el Caso GMS, el análisis de las escalas clínicas revela un perfil con una apariencia de notable adaptación, caracterizado por la ausencia de elevaciones severas en las escalas básicas. A diferencia de otros perfiles del estudio, la escala 4 (Desviación psicopática) se sitúa en un rango moderado ($T=58$), lo cual se asocia con rasgos de impaciencia, cierto hedonismo y una tendencia aventurera, pero no alcanza una magnitud clínica suficiente para sostener una organización antisocial de carácter estructural. De manera similar, la

escala 6 (Paranoia, T=57) se mantiene en niveles moderados, sugiriendo una sensibilidad a los desaires y una cautela interpersonal que, si bien puede llevar al sujeto a vivirse como víctima de las circunstancias, no llega a configurar un patrón paranoide disruptivo. Esta estabilidad se ve reforzada por las puntuaciones en las escalas 7, 8 y 9, que permanecen en rangos medios, descartando indicadores de ansiedad desbordante, desorganización del pensamiento o hipomanía.

Sin embargo, al profundizar en las escalas suplementarias, emerge un dato de gran relevancia clínica: la elevación en Hostilidad reprimida (T=66). Este hallazgo sugiere que GMS posee una capacidad aparente para responder de manera controlada ante la provocación, pero bajo esta fachada de calma subyace la posibilidad de episodios de agresión desproporcionada que pueden surgir sin una irritación manifiesta previa. Este fenómeno de "encapsulamiento" emocional es consistente con una Responsabilidad social en rango medio-alto (T=62), lo que indica que, a diferencia de los perfiles francamente antisociales, GMS mantiene una internalización normativa funcional. Asimismo, la baja puntuación en la escala de Ansiedad no debe interpretarse necesariamente como bienestar psíquico, sino como una escasa conexión consciente con el malestar afectivo, donde el sujeto privilegia la acción y la competitividad sobre la reflexión profunda.

Finalmente, el análisis de las escalas de contenido refuerza esta imagen de control, con puntuaciones bajas en áreas como prácticas antisociales, cinismo, enojo y depresión. No obstante, la interpretación de estos resultados debe ser sumamente prudente. El hecho de que escalas como PAS (Prácticas antisociales) o CIN (Cinismo) se mantengan bajas puede estar condicionado por el estilo defensivo de negación o minimización que ya se observó en las escalas de validez L y K. En definitiva, el perfil clínico de GMS parece ser el resultado de un esfuerzo por mantener una autoimagen socialmente ajustada, donde el conflicto psíquico no se manifiesta a través de la

transgresión abierta, sino mediante una hostilidad silente y una desconexión de la propia vulnerabilidad.

Consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Pd). Al profundizar en las consideraciones técnicas sobre la escala 4 (Desviación psicopática) en el protocolo de GMS, se observa que esta se encuentra únicamente en un rango moderado, lo que resulta insuficiente para sostener una hipótesis de personalidad antisocial o de una organización antisocial estructural. El valor clínico de este indicador en este caso específico radica en señalar rasgos aislados de impulsividad, impaciencia y hedonismo, así como una dificultad parcial con el acatamiento de normas; sin embargo, estos elementos aparecen significativamente modulados por una configuración defensiva robusta y una responsabilidad social que se mantiene relativamente conservada. En consecuencia, una lectura que se centrara exclusivamente en la escala Pd conduciría a una interpretación sobredimensionada y errónea del perfil del participante.

La interpretación técnicamente más adecuada requiere integrar la escala 4 con las escalas de validez, particularmente L y K, así como con los hallazgos en Hostilidad reprimida, la paranoia moderada y el nivel de responsabilidad social reportado. Esta integración revela que la problemática principal de GMS no se ubica en una transgresión normativa abierta, sino en una modalidad defensiva caracterizada por el control excesivo, la negación y la represión de la agresión. Así, la escala Pd no opera como el eje diagnóstico del perfil, sino como un indicador secundario supeditado a una configuración psíquica mucho más amplia.

Para los efectos de la investigación, el caso de GMS confirma con claridad que no todos los participantes que presentan rasgos relacionados con la impulsividad, la agresión o el conflicto vincular deben ser interpretados bajo la etiqueta de antisociales estructurales. El análisis de la escala 4 debe realizarse siempre en conjunto con el resto de las dimensiones del MMPI-2, ya que solo este enfoque integral permite determinar si la desviación psicopática representa una

organización central, un rasgo reactivo, una defensa frente al vínculo o una manifestación secundaria de otra configuración (ver Tabla 2). En definitiva, la interpretación más consistente para GMS corresponde a un funcionamiento defensivo con una adaptación superficial exitosa, donde subyace una agresión reprimida y una marcada sensibilidad vincular, alejándose de una organización antisocial propiamente dicha.

Tabla 2

Análisis del MMPI-2 de los participantes

Caso	Indicadores de Validez Destacados	Escalas Clínicas Elevadas ($T \geq 65$)	Escalas de Contenido y Suplementarias Relevantes	Configuración Estructural / Mecanismo Defensivo Basal
FCB	• F=65 (Malestar agudo) • K=39 (Bajas defensas)	• Escala 6 (Paranoia, $T=67$) (Escala 4 en rango medio: $T=53$)	• ENJ (Enero acumulado) • PTA (Personalidad Tipo A) • EPS (Estrés postraumático)	Desregulación emocional reactiva. Hipersensibilidad y vigilancia constante hacia el entorno. Utiliza la ira pasiva y la racionalización ante experiencias traumáticas. Sin organización antisocial estructural.
AMC	• F=66 (Crisis afectiva) • K=34 (Debilidad yoica)	• Escala 4 (Desviación Psicopática, $T=76$) • Escala 8 (Esquizofrenia, $T=76$) • Escala 9 (Hipomanía, $T=82$) • Escala 7 (Psicastenia, $T=72$) • Escala 6 (Paranoia, $T=69$)	• Prácticas Antisociales manifiestas • Alto Enojo e Irritabilidad • Baja Responsabilidad Social (Rs) • Estrés Postraumático elevado	Organización antisocial estructurada con severa desorganización psíquica. Configuración psicopatológica compleja (4-6-7-8-9). Fragilidad estructural del Yo con agresión no simbolizada, descarga impulsiva motora y nula contención normativa.
EVO	• F=71 (Crisis subjetiva) • K=38 (Pobre modulación) • L baja (Cinismo/Actitud crítica)	• Escala 9 (Hipomanía, $T=73$) • Escala 4 (Desviación Psicopática, $T=68$) • Escala 6 (Paranoia, $T=66$)	• Pensamiento Delirante ($T=74$) • Prácticas Antisociales ($T=66$) • PK y PS (Estrés Postraumático) • Baja Fuerza del Yo (Fy)	Desregulación psicomotora e ideación persecutoria secundaria a trauma agudo. Patrón adaptativo complejo (4-6-8-9) donde coexisten la sobreactivación conductual y la distorsión del pensamiento delirante. La conducta antisocial opera como huida ante una realidad vivida como hostil.
EHN	• F=111 (Crisis extrema)	• Escala 6 (Paranoia, $T=97$)	• Depresión ($T=85$) • Pensamiento Delirante ($T=91$)	Grave desorganización psíquica y vulnerabilidad yoica profunda. Perfil clínico de alta severidad (4-6-8)

Caso	Indicadores de Validez Destacados	Escalas Clínicas Elevadas (T≥65)	Escalas de Contenido y Suplementarias Relevantes	Configuración Estructural / Mecanismo Defensivo Basal
	• K=30 (Escasa contención) • Fp=108 (Psicopatología severa)	• Escala 8 (Esquizofrenia, T=95) • Escala 4 (Desviación Psicopática, T=90) • Escala 5 (T=75)	• Prácticas Antisociales (T=75) • Obsesividad (T=71) • Cinismo (T=69) • Alto Rechazo al Tratamiento	caracterizado por vivencia persecutoria del objeto, fallas masivas en la simbolización, alienación emocional y un sufrimiento afectivo que sobrepasa sus recursos de control.
GMS	• L=77 (Negación de defectos) • K=67 (Alta defensividad) • F=51 (Rango medio)	<i>Ninguna escala básica en rango clínico.</i> • <i>Escala 4 (Pd) moderada: T=58</i> • <i>Escala 6 (Pa) moderada: T=57</i>	• Hostilidad Reprimida (OHR, T=66) • Responsabilidad Social (Rs=62) • Baja Ansiedad manifiesta	Funcionamiento defensivo con adaptación superficial y encapsulamiento afectivo. Estructura normativamente integrada pero caracterizada por el ocultamiento del conflicto, represión de la agresión y desconexión de la propia vulnerabilidad. Alejado de una organización antisocial estructural.

Capítulo V. Resultados de la Fase II: Evaluación Inicial y Diagnóstico

5.1 Expedientes psicológicos clínicos: historia clínica de los participantes

Con la finalidad de profundizar en la singularidad fenoménica de los sujetos de estudio y dar cumplimiento a la fase cualitativa del Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS), este apartado comprende la reconstrucción analítica de las historias clínicas psicológicas de cada uno de los integrantes del muestreo. La revisión de estos expedientes de carácter técnico-legal se rige estrictamente bajo los criterios científicos y éticos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, garantizando tanto el resguardo de la identidad como el rigor en el manejo de la información anamnésica.

A través de esta revisión documental exhaustiva, se recuperan las trayectorias de vida de los participantes, explorando hitos significativos de la infancia, dinámicas familiares primarias, evolución del policonsumo y antecedentes de transgresión o conflicto con el orden social. Este análisis cualitativo longitudinal resulta indispensable para dotar de un contexto humano y evolutivo a los perfiles psicométricos reportados en la fase cuantitativa anterior, facilitando la comprensión de la función psíquica que el consumo y el rasgo antisocial cumplen en la estructura de cada *Self*.

A continuación, se desglosan los antecedentes clínicos y la formulación diagnóstica de cada caso de estudio:

5.1.1 Historia Clínica: Caso FCB

FCB es una mujer de 22 años, residente de la Ciudad de México y estudiante de licenciatura con formación técnica previa en Asistencia Educativa y Estilismo. Su ingreso a la institución fue de carácter involuntario, detonado por una crisis derivada del consumo de alcohol y marihuana, sumado al descubrimiento por parte de su madre de su actividad laboral en plataformas digitales de acompañamiento sexual. Este evento marcó el punto de ruptura de una

trayectoria vital donde la funcionalidad externa reflejada en una historia académica estable y una participación activa en disciplinas artísticas y deportivas como el ballet y el canto ocultaba una estructura interna con marcadas fallas en la regulación.

La anamnesis de la paciente revela una sintomatología persistente de depresión e hiperactividad, la cual ha intentado ser gestionada a través de un consumo crónico de marihuana desde hace siete años, además de experiencias con sustancias psicodélicas como DMT y LSD. En su historia personal, destacan dos eventos de aborto que han dejado una huella de dolor físico y emocional no elaborado, funcionando como puntos de vulnerabilidad en su narrativa. Desde la infancia, la paciente ha mostrado una inclinación hacia la transgresión, manifestada en robos menores y evasión de normas, conductas que ella misma identifica como una búsqueda constante de adrenalina, lo que en términos de Kernberg (1987) sugiere una dificultad para integrar límites internos y una necesidad de estimulación externa para compensar vacíos afectivos.

Su dinámica familiar temprana se desarrolló en un entorno donde el consumo de sustancias estaba normalizado por ambos progenitores. A pesar de describir a sus padres como figuras presentes y protectoras, existe una fuerte identificación con la figura paterna debido a similitudes temperamentales. No obstante, esta identificación convive con un profundo resentimiento; FCB refiere la acumulación de una ira pasiva originada por actitudes percibidas como poco respetuosas en sus padres y pareja. Siguiendo a Coderch (1991), esta atmósfera vincular, aunque aparentemente funcional, revela una carencia de sintonía afectiva auténtica, donde la paciente ha internalizado una imagen del padre como alguien falible y decepcionante, lo que la impulsa a buscar en otras figuras masculinas la protección y valoración que percibe ausente en su hogar.

En el examen del estado mental, la paciente se muestra analítica, orientada y con un lenguaje fluido, pero con una hipersensibilidad que se traduce en una actitud defensiva inmediata

ante el señalamiento de sus errores. Se observa un funcionamiento psíquico donde predomina la racionalización como mecanismo de defensa: FCB justifica sus conductas de riesgo (prostitución y transgresión legal) bajo un ideal de libertad y autonomía. Existe una disminución notable de la autocrítica, manifestando una falta de vergüenza o miedo ante el peligro, rasgos que sugieren una organización del *Self* con matices grandiosos que protegen su integridad emocional frente al sentimiento de abandono.

Finalmente, su estructura de personalidad se define por un apego ambivalente. Mientras que la figura materna es percibida como una presencia sobreprotectora que impide su individuación y crecimiento, la figura paterna representa el objeto de desilusión. Esta polaridad la lleva a buscar recompensas inmediatas y sensaciones extremas como una forma de gestionar sus afectos displacenteros. En suma, la historia de FCB es la de un *Self* que utiliza la transgresión y el control sobre los demás para navegar una realidad interna marcada por la ira no resuelta y la búsqueda incesante de un refugio vincular que le brinde la seguridad que no logró consolidar en su núcleo primario.

Análisis psicológico del caso FCB. La historia de FCB, una joven de 22 años residente de la Ciudad de México, se presenta con un relato donde la impulsividad y la búsqueda de sensaciones que actúan como la manifestación externa de una estructura vincular ambivalente. Al explorar su biografía, ella describe inicialmente una infancia "sana y linda" sic; sin embargo, al profundizar en su vida adulta, emergen fallas críticas en la regulación emocional y la autonomía. Esta contradicción es fundamental para comprender su incursión en el comercio sexual, actividad que ella misma asocia directamente con una carencia afectiva y una "situación difícil de abandono con mi padre" sic, manifestando que buscaba en figuras masculinas externas una forma de sentirse valorada, cuidada y respetada que no consolidó en su núcleo primario. Bajo la lente de la teoría de Bowlby (1988), este patrón sugiere un apego que, aunque parece seguro en la

superficie, posee rasgos de inseguridad con dependencia donde la paciente intenta automedicarse, siguiendo la hipótesis de Khantzian (2017), mediante relaciones utilitarias que le proveen una seguridad económica y emocional transitoria.

Esta fragilidad vincular se ve agravada por una relación con la figura materna que oscila entre la protección y el control, lo que ha obstaculizado su proceso de individuación; la propia FCB relata que su madre no la dejaba crecer y que percibe que siempre estará “en sus manos” sic., aunque bajo ciertos límites. Esta tensión entre la dependencia y el deseo de libertad alimenta un ciclo de conductas de riesgo caracterizadas por una tendencia marcada a la búsqueda de sensaciones y una baja percepción del peligro. La conducta transgresora en la prostitución se ve reforzada por la gratificación inmediata del beneficio económico rápido, llegando a expresar que “en un solo día yo ya tenía en mi cartera 7000 pesos” sic. Esta habituación se transforma en una especie de adicción a la zona de confort que genera el encuentro sexual comercial, donde la paciente reconoce abiertamente que no visualiza las consecuencias graves debido a su propia impulsividad.

Desde el modelo de Barratt (1994), estas manifestaciones de impulsividad motora y falta de planeación dominan su toma de decisiones, priorizando el placer presente sobre cualquier riesgo legal o personal. Un hallazgo central en su discurso es el concepto de “ira pasiva” sic., el cual utiliza para explicar el origen de sus reacciones desmedidas; FCB describe que se fue “cargando actitudes que no le gustaban” sic., hasta que estas emergieron de forma impulsiva, especialmente en su comunicación verbal, donde admite que “se le salían las verdades” sic., sin previo pensamiento. Siguiendo a Fonagy (2013), esta dinámica puede interpretarse como la externalización de un yo-ajeno: al no poder procesar las hostilidades percibidas en su entorno, las acumula y descarga abruptamente, lo que protege su integridad emocional pero deteriora sus vínculos interpersonales.

Finalmente, el autoconcepto de FCB revela rasgos de grandiosidad y una notable disminución de la culpa o la autocrítica, elementos propios del Grupo B del DSM-5. Ella se percibe a sí misma con herramientas como la honestidad y la seguridad, pero enfatiza especialmente su falta de miedo y falta de vergüenza. Esta racionalización le permite ver sus actos no como transgresiones, sino como una búsqueda de libertad que, bajo su perspectiva, no perjudica a nadie. En suma, el análisis confirma que la falla en la valoración paterna actuó como el material de expansión para que la impulsividad y la búsqueda de sensaciones se consolidaran como mecanismos de defensa ante su vulnerabilidad emocional.

5.1.2 Historia Clínica: Caso AMC.

AMC es una persona de 25 años, residente de la Ciudad de México, con identidad no binaria y una formación académica avanzada en el área de las artes. Se desempeña profesionalmente como artista audiovisual, DJ y compositor de piano y violín, mostrando desde temprana edad un talento artístico sobresaliente. Su ingreso a la clínica, de carácter voluntario en esta cuarta ocasión, responde a un policonsumo con dependencia química grave (opíáceos, sustancias sintéticas y alucinógenos) que ha derivado en ansiedad generalizada y un severo deterioro físico y social. El trasfondo de este internamiento se encuentra marcado por una escalada de conductas transgresoras, que incluyen el robo de joyería y dinero a su propio núcleo familiar, la falsificación de recetas y cheques, y un asalto a una farmacia ejecutado con un arma de juguete.

La historia de vida de AMC está profundamente atravesada por el trauma y la adversidad temprana. Víctima de abuso sexual en la infancia, su desarrollo se vio marcado por un inicio precoz de conductas sexuales a los 8 años y una trayectoria de consumo de sustancias que inició con la marihuana hace siete años, escalando rápidamente hacia sustancias de alta peligrosidad como la metadona y la ketamina. En su historia médica destaca una insuficiencia renal previa,

consecuencia de un tratamiento con retrovirales tras un accidente con una jeringa durante su niñez. Estos eventos, sumados a una infancia solitaria marcada por el bullying escolar, consolidaron un patrón de retraimiento donde los videojuegos y la música funcionaron como únicos mecanismos de supervivencia.

Desde la perspectiva de la psiquiatría dinámica de Coderch (1991), la constelación familiar de AMC representa el ambiente gélido que precede a la estructuración antisocial. Describe una relación con su padre caracterizada por la frialdad afectiva y la ausencia total de contacto físico, mientras que su madre es percibida como una proveedora de bienes materiales pero incapaz de establecer una comunicación emocional profunda; incluso, el paciente la vincula con la venta de fármacos controlados. En este vacío vincular, el tío materno surge como la única figura de apego significativa. Esta carencia de sintonía emocional parental ha resultado en una vinculación superficial y utilitaria con el entorno, donde AMC llega a manifestar ideación homicida recurrente hacia su familia bajo estados de desregulación.

En el examen del estado mental, AMC se muestra consciente y orientado, con una inteligencia superior al promedio y una alta capacidad de razonamiento lógico. Sin embargo, su funcionamiento psíquico revela rasgos de grandiosidad y una búsqueda patológica de sensaciones. Presenta una mitomanía reconocida, utilizando su capacidad creativa para mentir y justificar sus actos delictivos sin experimentar sentimientos de culpa hacia terceros; su angustia aparece únicamente cuando percibe daño hacia su propia salud o estética. Esta desconexión moral se ve reforzada por una identificación con figuras criminales idealizadas (como el personaje de El Ángel) y el involucramiento en prácticas de ocultismo y satanismo, interpretadas como medios para alcanzar el éxito profesional a cualquier costo.

Siguiendo a Kernberg (1987), AMC presenta una estructura de personalidad donde los rasgos antisociales e histriónicos se entrelazan para proteger un *Self* que se percibe vulnerable

ante una dinámica familiar de sobreprotección económica y vacío afectivo. Sus conductas delictivas y el uso de sustancias se formulan como atajos para obtener una autonomía que no siente poseer genuinamente. En síntesis, la historia clínica de AMC es la de un sujeto con un alto potencial creativo que utiliza la transgresión y la manipulación como herramientas defensivas frente a una historia de abuso, soledad y una falla fundamental en la internalización de objetos protectores y amorosos.

Análisis psicológico del caso AMC. La historia de AMC, un joven artista audiovisual de 26 años, se despliega como una crónica de desconexión emocional y frialdad afectiva dentro de su núcleo familiar. Su discurso describe una constelación donde los vínculos primarios fueron sustituidos por la provisión de bienes materiales, configurando un ambiente gélido que obstaculizó la formación de una base segura según los postulados de Bowlby (1988). El distanciamiento con la figura paterna es reportado como una relación carente de calidez, donde incluso el contacto físico era percibido como “muy frío, muy incómodo” sic., de igual manera, el vínculo con la madre se perfila como estrictamente utilitario; si bien ella trataba de darle todo en términos de recursos, se mantenía ausente en la sintonía emocional, habitando cada quien en su espacio. Ante este vacío, AMC identifica a un tío materno como el único adulto con quien logró entablar una conexión significativa, siendo quien le enseñaba a jugar y quien realmente lo entendía.

Esta carencia de soporte afectivo, señalada por autores como Sobral (2000), parece haber derivado en un vacío que el participante intenta llenar mediante la búsqueda de poder, dinero y sensaciones extremas. AMC ejemplifica fragilidades individuales que actúan como amplificadores de la conducta antisocial, manifestando desde la infancia un placer sádico y una alarmante falta de empatía hacia otros seres vivos; relata, por ejemplo, que disfrutaba de "hacer sufrir a los gatos" sic., y llegó al extremo de matar a un perro utilizando aerosol, sin

experimentar malestar inicial. Estas conductas de riesgo se extienden a la transgresión legal motivada por la búsqueda de adrenalina, realizando actos delictivos como asaltos con armas de juguete o falsificaciones sin percepción del riesgo o miedo al castigo, incluso frente a la autoridad policial.

Desde la perspectiva de Fonagy (2013), estas acciones confirman una incapacidad para generar satisfacción de manera prosocial, recurriendo a la externalización de una hostilidad interna mediante la agresión y el control de los demás. Lo que resulta más potente en el perfil de AMC es la absoluta ausencia de culpa y remordimiento; racionaliza sus actos transgresores afirmando que hasta el momento no ha hecho nada que considere "malo, malo" sic., y sugiere que la falta de culpa es, en sí misma, una herramienta de supervivencia, pues de sentirla desearía morir. Esta indiferencia moral se complementa con una justificación hedonista, donde el disfrute del dinero obtenido ilícitamente prevalece sobre cualquier consideración ética.

Finalmente, AMC sustenta un autoconcepto grandioso mediante la mitomanía y la idealización de figuras criminales que obtienen éxito por atajos. Admite un uso instrumental de la mentira, afirmando que se le da muy bien mentir y que incluso logró engañar a profesionales de la salud por tiempo prolongado. Su identidad parece construida sobre un ideal de libertad inspirado en figuras como "el Ángel Negro" sic., cuya capacidad para actuar sin consecuencias le resulta impresionante. Esta organización narcisista, descrita por Kernberg (1984), justifica el robo y el engaño como medios legítimos para "dejar huella" en un mundo que percibe desde la hostilidad.

5.1.3 Historia Clínica: Caso EVO

EVO es una mujer de 33 años, residente de Cuernavaca, Morelos, actualmente dedicada a sus estudios universitarios y al cuidado de sus abuelos. Su ingreso a la institución fue de carácter voluntario, tras una recaída en el consumo de alcohol y benzodiacepinas. Para la paciente, el

consumo no representa una búsqueda de placer, sino una herramienta de automedicación para gestionar los síntomas invalidantes de un trastorno de estrés postraumático agudo insomnio crónico y crisis de angustia derivados de un secuestro y agresión sexual sufridos recientemente.

La biografía de EVO está marcada por una cronicidad traumática que comenzó a los seis años con la orfandad paterna, seguida por el despojo patrimonial y el abuso sexual infantil perpetrado por su abuelo paterno entre los siete y ocho años de edad. Este último evento fue sometido a un mecanismo de disociación o bloqueo psicológico, emergiendo a la conciencia hasta los 19 años. Su historia de vulnerabilidad se extendió a la vida adulta mediante experiencias de violencia física de pareja y una lucha legal prolongada por la custodia de su hijo, proceso que se convirtió en una pérdida profunda para Liz, quien después de cinco años de un desgaste emocional y legal, se vio obligada a darse por vencida ante el peso económico y las influencias de su expareja, perdiendo así la tutela del menor. El reencuentro con su hijo ocurre de manera inesperada cuatro años atrás, no por una vía jurídica, sino a raíz del fallecimiento del padre; regreso que conllevó el enorme reto de reconstruir un lazo afectivo que había sido distanciado por los años. El evento crítico más reciente ocurrió el 7 de octubre, cuando fue drogada en un transporte privado y víctima de agresión sexual, lo que detonó la crisis actual.

En el plano vincular, la estructura familiar de EVO se vio alterada por la muerte del padre, lo que obligó a la madre a ausentarse por motivos laborales y académicos, delegando el cuidado en la hermana mayor, quien asumió un rol materno dominante y, en ocasiones, conflictivo. En la infancia, EVO manifestó rasgos de hiperactividad y una agresividad reactiva hacia esta figura fraterna. Actualmente, la relación con su madre se describe bajo la metáfora de un muégano, configurando un círculo de dependencia emocional y sobreprotección materna que intenta compensar culpas del pasado. Según la teoría del apego de Bowlby (1988), este patrón refleja un

estilo ansioso-ambivalente, donde la paciente lucha por una autonomía que se ve sabotada por la necesidad mutua de rescate.

El examen del estado mental revela a una paciente consciente y orientada, con una inteligencia analítica y una notable capacidad de introspección. Sin embargo, su psiquismo se encuentra desbordado por la sintomatología postraumática: pesadillas vívidas de persecución y sumersión, insomnio resistente a fármacos y crisis de llanto incontrolable. Se observa un marcado resentimiento hacia figuras de autoridad y una respuesta de coraje ante la injusticia, lo que en términos de Coderch (1991) sugiere una hostilidad acumulada ante la falta de protección histórica.

Un hallazgo fundamental en su formulación clínica es el denominado complejo de salvadora: una necesidad compulsiva de rescatar a otros sujetos vulnerables. Esta característica, lejos de ser puramente altruista, actúa como un amplificador de conductas de riesgo, ya que su empatía desmedida nubla sus límites personales y la lleva a engancharse en problemas ajenos, exponiéndola nuevamente a situaciones de peligro. En suma, la historia de EVO es la de un *Self* que intenta integrarse tras fragmentaciones sucesivas, utilizando el consumo como un depresor necesario para silenciar un entorno interno que percibe como amenazante y una estructura vincular que aún no le permite consolidar su propia individuación.

Análisis psicológico del caso EVO. La historia de EVO, una mujer de 33 años residente de Cuernavaca, se despliega como un relato marcado por la intersección entre el trauma agudo y una estructura vincular de profunda dependencia emocional. Su ingreso voluntario a la clínica ocurre tras un evento de violencia extrema de secuestro y abuso sexual que detonó una recaída en el consumo perjudicial de alcohol y benzodíacepinas como mecanismo de supervivencia. Al explorar su dinámica familiar, ella describe lo que denomina un "círculo" sic., con su madre, en el cual ella evita asumir responsabilidades para que la figura materna acuda constantemente a

salvarla, una dinámica que ha persistido durante los últimos nueve años. Esta sobreprotección es interpretada por la paciente como una respuesta a la culpa de la madre por ausencias laborales en el pasado, afirmando que su progenitora se acerca con el sentimiento de haberlas abandonado prácticamente y, en consecuencia, "ahora tiene que sobreprotegerme" sic. Desde la perspectiva de Bowlby (1988), este estilo de apego ansioso y dependiente ha impedido la consolidación de una base segura interna, dejando al *Self* de EVO en un estado de fragilidad donde la presencia externa es indispensable para su regulación emocional.

Este patrón de dependencia se entrelaza con lo que ella identifica como un "complejo de salvadora" sic., una empatía desmedida que funciona como un amplificador de conductas de riesgo al nublar sus límites personales. Ella reconoce ser "muy corazón" sic., y "engancharse" sic., con el malestar ajeno, una necesidad de rescate que la expuso directamente a la victimización reciente; ella misma relata: "tenía la idea de siempre querer salvar... eso me ha estado también trayendo situaciones de riesgo" sic. De hecho, el evento del secuestro se originó tras su decisión impulsiva de acompañar a una desconocida en un taxi para protegerla, priorizando el bienestar de la otra persona sobre su propia seguridad bajo la premisa de "yo la quería salvar" sic.,. Esta fragilidad individual, analizada bajo el enfoque de Sobral (2000), revela cómo la necesidad de reparación vincular puede llevar al sujeto a ignorar señales críticas de peligro, facilitando su propia victimización.

A raíz del trauma, la impulsividad de EVO no se manifiesta como una búsqueda hedonista de sensaciones, sino como una respuesta desesperada que ilustra la hipótesis de la automedicación de Khantzian (2017). Tras el suceso, ante la incapacidad de conciliar el sueño por el estrés postraumático, recurrió al alcohol no por placer afirmando que "ni siquiera me sabía bien beber, ni siquiera lo disfrutaba" sic., sino como una herramienta para perderse y lograr

dormir. El consumo se convierte así en un depresor necesario para gestionar pesadillas y telarañas en la cabeza, evidenciando un *Self* que no logra regular el miedo por sí mismo.

Finalmente, la trayectoria de ella muestra una notable capacidad de disociación como mecanismo de defensa ante eventos traumáticos crónicos, habiendo bloqueado recuerdos de abuso sexual infantil por parte de su abuelo hasta la adultez, momento en que, tras separarse de su pareja, "de repente me vienen todos los recuerdos" sic.,. A pesar de esta biografía marcada por la vulnerabilidad, la paciente manifiesta una fuerte voluntad de resiliencia, rechazando la conmiseración y optando por enfrentar su realidad bajo la convicción de que "lo que pasó ya pasó y pues hay que ir hacia adelante" sic. En síntesis, su conducta revela un *Self* que busca regularse a través del consumo y la entrega al otro ante la carencia de herramientas internas para integrar el cuidado propio, en medio de un entorno de apego ansioso y trauma acumulado.

5.1.4 Historia Clínica: Caso EHN

EHN es un joven de 24 años, residente de la Ciudad de México, con escolaridad de preparatoria trunca y actualmente desempeñado como comerciante independiente en un negocio propio. Su ingreso a la clínica, de tres semanas de evolución, fue motivado por una búsqueda de fortalecimiento de la voluntad para cesar el consumo de sustancias y mejorar la regulación de impulsos en su relación de pareja. El paciente manifiesta una marcada incomodidad ante su propia falta de responsabilidad, reportando con malestar el hecho de que figuras externas asuman la toma de decisiones sobre su propia vida, lo que evidencia una tensión interna entre el deseo de madurez y un esquema de dependencia arraigado.

La historia de vida de EHN está profundamente marcada por una infancia de negligencia parental y aislamiento social forzado. Relata haber sido privado de libertad de manera sistemática por sus cuidadores, quienes lo dejaban encerrado en su domicilio durante su niñez. Este encierro no solo limitó su exploración del mundo, sino que impidió la formación de vínculos con pares,

llevándolo a reconocer que no fue un niño con amigos. Siguiendo a Coderch (1991), este entorno de privación física y afectiva generó un resentimiento crónico hacia las figuras primarias, quienes no lograron funcionar como una base segura, dejando al sujeto en un estado de vulnerabilidad ante las exigencias de la autonomía adulta.

En el plano familiar, EHN creció en un ambiente donde el consumo problemático de alcohol estaba presente en ambos progenitores. La pérdida de figuras de apego significativas, como un tío y su bisabuela paterna, acentuó su sentimiento de soledad. En la actualidad, su dinámica se caracteriza por un patrón de dependencia donde el paciente delega la resolución de problemas financieros y personales en figuras femeninas protectoras, específicamente su madre y su pareja. Esta estructura, analizada bajo el enfoque de Kernberg (1987), muestra un *Self* que utiliza la inacción y el consumo como mecanismos de evitación ante el fracaso percibido de sus intentos de independencia, como ocurrió tras su separación de pareja y un fallido intento de residir en el extranjero.

Durante el examen del estado mental, el paciente se muestra orientado y cooperador, aunque con una tendencia persistente hacia la autocrítica motivada por lo que él define como su inmadurez emocional. Se observa una ambivalencia significativa hacia la autoridad: por un lado, busca activamente que otros le resuelvan la vida, pero reacciona con hostilidad reactiva cuando su madre intenta imponer límites o directrices. Esta hostilidad es la manifestación de un conflicto de identidad no resuelto, donde el consumo de sustancias actúa como un refugio ante la angustia que le genera el cumplimiento de su yo ideal como hombre independiente.

En síntesis, la historia clínica de EHN revela un funcionamiento psíquico donde la transgresión (el descuido de su negocio y el consumo) funciona como una forma de resistencia pasiva ante un pasado que percibió como restrictivo. Su estructura de personalidad, con rasgos dependientes y déficits en el control de impulsos, es el resultado de un apego inseguro-

dependiente que busca compensar la negligencia temprana mediante la búsqueda de figuras salvadoras, dificultando así la integración de una identidad adulta funcional y responsable.

Análisis psicológico del caso EHN. La historia de EHN, un joven comerciante de 24 años residente de la Ciudad de México, se narra como una crónica de resistencia pasiva frente a una infancia marcada por la negligencia y la restricción física extrema. El relato de su vida temprana revela una fractura vincular profunda, originada por la ausencia de sus progenitores, quienes, según describe el participante, solían dejarlo encerrado en su casa durante su niñez. Este aislamiento sistemático no solo le privó de libertad, sino también de la socialización necesaria para el desarrollo de su autonomía, llevándolo a reconocer que “fue un niño que no tuvo amigos” sic.,. Bajo la perspectiva de Bowlby (1988), este entorno restrictivo impidió la formación de una base segura, traduciéndose en la vida adulta en un profundo resentimiento hacia las figuras primarias y en una marcada dificultad para asumir las responsabilidades propias de su edad cronológica.

Esta herida en el desarrollo de la autonomía genera en EHN una paradoja conductual: aunque posee la capacidad de emprender un negocio independiente, tiende a delegar su responsabilidad personal y emocional en figuras externas. El paciente manifiesta una incomodidad ante su propia falta de responsabilidad, admitiendo que le cuesta hacerse cargo de su persona a pesar de ser un adulto. Esta tensión se refleja en una hostilidad reactiva cuando terceros intentan guiar su vida; EHN expresa que "es incómodo que estén tomando decisiones por mí" sic., pero reconoce simultáneamente que esto ocurre porque él mismo no ha querido tomar alguna decisión. Desde el Modelo de Barratt, esta dinámica evidencia una falla en la impulsividad cognitiva o de planeación, donde el sujeto prefiere la inacción hasta que la presión del entorno detona una respuesta impulsiva o el refugio en el consumo de sustancias. Para compensar las funciones que sus padres omitieron durante su encierro, EHN busca activamente

figuras femeninas salvadoras como su madre, su tía y su pareja para que actúen como reguladores externos de su realidad financiera y emocional, admitiendo que siempre ha “buscado que le resuelvan” sic. Siguiendo a Fonagy (2013), esta dependencia revela dificultades en la mentalización; al no haber sido reflejado adecuadamente en su infancia, el sujeto es incapaz de leer sus propias necesidades de independencia, cayendo en un ciclo de dependencia para evitar el vacío emocional.

Finalmente, el consumo de sustancias emerge en su historia como un mecanismo de evitación ante el fracaso de sus intentos de emancipación, como ocurrió tras su decisión de separarse de su pareja e intentar vivir en el extranjero, momento en el que relata que “todo se me vino para abajo entre las drogas” sic. En este punto, la Hipótesis de la Automedicación de Khantzian (2017) permite interpretar que EHN utiliza las sustancias para tolerar la angustia generada por el colapso de su yo ideal y el regreso forzoso a la dependencia materna. En síntesis, su impulsividad no responde a una búsqueda de sensaciones peligrosas, sino que se manifiesta como una falla persistente en la voluntad de asumir la madurez, funcionando como una forma de resistencia ante un pasado que percibió como limitante.

5.1.5 Historia Clínica: Caso GMS

GMS es un joven de 23 años, originario de Toluca, Estado de México, con bachillerato concluido y el firme propósito de retomar su formación académica. Su ingreso a la institución fue de carácter voluntario, motivado por un trastorno por consumo de alcohol y diversas sustancias que cuenta ya con una evolución de diez años. El paciente llegó a la clínica manifestando una sintomatología persistente de ansiedad y depresión, pero con un objetivo claro: alcanzar la abstinencia definitiva, reparar los vínculos familiares que se han visto afectados por su dependencia y reintegrarse a la vida estudiantil.

La trayectoria de vida de Gustavo se encuentra marcada por un inicio temprano en el consumo, el cual se remonta a la adolescencia inicial, aproximadamente a los 13 años. A diferencia de otros casos donde el consumo surge como un intento de silenciar traumas, en Gustavo el disparador fue la curiosidad y una búsqueda activa de sensaciones placenteras. No obstante, esta búsqueda derivó en una dependencia crónica que ha generado un deterioro significativo en la confianza de su núcleo familiar, la ruptura de relaciones afectivas previas y un manejo desadaptativo de sus recursos financieros, caracterizado por un gasto excesivo para sostener el consumo.

En el plano de la dinámica familiar temprana, Gustavo presenta una historia que contrasta con los perfiles de negligencia o frialdad. Describe una estructura familiar que se ha mantenido como proveedora de apoyo y protección a lo largo de su desarrollo. Refiere una relación de profunda cercanía y confianza con su padre y un tío, a quienes identifica como figuras de seguridad presentes y sólidas, incluso en los momentos de mayor crisis derivados de su adicción. Bajo la perspectiva de Coderch (1991), Gustavo cuenta con una base segura externa real, lo que constituye un recurso terapéutico de alto valor para su proceso de rehabilitación.

Durante el examen del estado mental, el paciente se muestra despierto, orientado y con una actitud notablemente cooperadora y honesta. A pesar de manifestar rasgos de impaciencia y una ansiedad psicomotriz evidente asociados al síndrome de abstinencia y a la urgencia por la sustancia, mantiene una capacidad de introspección que le permite reconocer el daño que su conducta ha causado. Se observa en él una lucha interna entre su capacidad de razonamiento consciente y la impulsividad biológica propia de una dependencia de larga evolución.

En términos de formulación clínica, y siguiendo los conceptos de Kernberg (1987), Gustavo presenta un *Self* que, si bien se ha visto afectado por la gratificación inmediata de la adicción, no muestra la fragmentación o el vacío vincular de otros trastornos de personalidad. La

presencia de figuras parentales internalizadas como objetos protectores facilita la formación de una alianza terapéutica y el deseo de cambio. En suma, la historia de Gustavo es la de un joven con una sólida red de apoyo que busca recuperar la autonomía perdida ante la impulsividad biológica, apostando por la reparación de su historia personal y el cumplimiento de sus metas académicas.

Análisis psicológico caso clínico GMS. La historia de GMS, un joven de 23 años originario de Toluca, se distingue de los casos anteriores por presentar una trayectoria donde la impulsividad biológica y la búsqueda de sensaciones actúan como los ejes motores de su conducta. A diferencia de los perfiles marcados por el trauma o la negligencia, este describe una dinámica familiar caracterizada por una profunda confianza y seguridad, identificando a su figura paterna como el pilar central de su estabilidad emocional; al respecto, manifiesta que, ante cualquier necesidad de apoyo, “si hubiera estado mi papá, pues mil veces con mi papá” sic.,. Bajo la perspectiva de Bowlby (1988), el participante cuenta con una "base segura" externa muy clara, sustentada por una familia que ha sido incondicional “incluso... en las malas y en las peores” sic.,. No obstante, esta red protectora ha generado una dinámica de rescate constante que, si bien es un factor de soporte, parece haber postergado la asunción de responsabilidades individuales ante las consecuencias de su consumo.

La génesis de su trastorno por consumo, que cuenta ya con 10 años de evolución, se narra no como un escape al dolor, sino como una búsqueda deliberada de estimulación y hedonismo inicial. El participante relata que comenzó “por gusto, o sea, por querer probar, por querer sentir esa sensación” sic., lo que lo posiciona como un ejemplo paradigmático de la impulsividad motora. Con el paso del tiempo, esta búsqueda activa se transformó en una dependencia donde la impulsividad ya no persigue el placer, sino la evitación del malestar físico y emocional; el participante describe una respuesta psicomotora intensa ante la falta de la sustancia, expresando

que “el simplemente hecho de tal vez no tener la sustancia... me ponía así como que angustiado... de nervios y me alteraba” sic. De acuerdo con el Modelo de Barratt, esta alta reactividad a los estímulos refleja fragilidades individuales que, según Sobral (2000), mantienen la conducta transgresora ante la incapacidad de generar satisfacción interna sin estímulos externos.

Esta trayectoria ha erosionado significativamente sus áreas de ajuste, manifestándose en una pérdida de confianza por parte de su entorno y un deterioro de su situación financiera debido al “gasto excesivo de dinero” sic. Aplicando la Hipótesis de la Automedicación de Khantzian (2017), el consumo crónico de GMS ha dejado de ser recreativo para convertirse en un intento fallido de regular estados de ansiedad y depresión que no puede gestionar por cuenta propia. Sin embargo, a pesar de la cronicidad, este mantiene una notable capacidad de introspección y un deseo de reparación vincular, manifestando metas claras como mantenerse en abstinencia y mejorar la relación con la familia y retomar sus estudios.

Finalmente, un rasgo distintivo de GMS es su transparencia y actitud cooperadora durante el proceso clínico, lo cual contrasta con la mitomanía observada en perfiles antisociales más severos. Al ser cuestionado sobre la veracidad de su relato, responde con una honestidad desarmante: “Ni me acordaba que tenía que ser honesto, pero si te hubiera querido mentir yo creo que ni me acuerdo” sic. Esta integridad sugiere que su núcleo de personalidad no se encuentra fragmentado, permitiéndole vincularse de manera auténtica con la investigadora. En conclusión, el caso de GMS cierra el ciclo de estudio demostrando que, mientras otros participantes responden a fallas graves en el vínculo o trauma, su perfil está impulsado primordialmente por la impulsividad biológica, encontrando en su sólida estructura familiar el recurso más valioso para su rehabilitación.

5.2 Análisis clínico global de los participantes

Al analizar de manera integral las trayectorias de los cinco participantes, se observa que la conducta antisocial y el consumo de sustancias emergen como síntomas de diversas estructuras vinculares, donde la calidad del apego temprano determina la naturaleza de la impulsividad en la vida adulta. Mientras que en perfiles como el de GMS se identifica una base segura externa y funcional centrada en la figura paterna, en otros casos el núcleo primario se percibe como un espacio de carencia, frialdad o restricción extrema. Por ejemplo, en AMC los vínculos afectivos fueron sustituidos por bienes materiales, configurando un ambiente gélido que derivó en una desconexión emocional profunda, una dinámica que contrasta con la historia de EHN, quien vivió una infancia marcada por la negligencia y un aislamiento físico forzado que fracturó su capacidad de autonomía.

Esta diversidad en las raíces vinculares permite clasificar la impulsividad bajo distintas funciones psíquicas. En GMS, la impulsividad es de carácter biológico y hedonista, naciendo de una búsqueda de sensaciones por gusto que, con el tiempo, se transformó en una dependencia para evitar el malestar. En cambio, para FCB y EVO, la impulsividad actúa como un mecanismo de regulación emocional ante la vulnerabilidad. FCB utiliza la búsqueda de sensaciones y el comercio sexual como una forma de automedicación para compensar un sentimiento de abandono paterno y una necesidad de valoración no satisfecha en la infancia, mientras que en EVO, la impulsividad es estrictamente reactiva a traumas agudos, utilizando el consumo para silenciar el dolor psíquico y las pesadillas derivadas de la violencia.

La gestión de la hostilidad y el autoconcepto también revela matices significativos entre los sujetos. En FCB y AMC, se observa una tendencia a la grandiosidad y una disminución de la culpa; FCB racionaliza sus actos como una búsqueda de libertad, mientras que AMC muestra una indiferencia moral más severa, utilizando la mitomanía y la idealización de figuras criminales

para justificar actos de crueldad y transgresión legal. Esta externalización de la hostilidad, descrita como ira pasiva en el caso de FCB o como placer sádico en AMC, funciona como una defensa del *Self* ante entornos percibidos como hostiles o ausentes. Por el contrario, en EHN, la impulsividad se manifiesta como una resistencia pasiva y una falla en la voluntad de asumir la madurez, delegando su responsabilidad en figuras femeninas que actúan como reguladores externos.

Finalmente, la capacidad de reparación y honestidad clínica varía según la fragmentación del *Self*. Mientras que AMC y FCB emplean la mentira instrumental o la racionalización para proteger su identidad, sujetos como EVO y GMS conservan una voluntad de resiliencia y una transparencia que facilita el proceso terapéutico. En EVO, esto se observa en su determinación por enfrentar la realidad sin conmiseración, y en GMS, en una honestidad desarmante y una conciencia de enfermedad que lo vincula de manera auténtica con la rehabilitación. En suma, el análisis conjunto demuestra que el fenómeno antisocial no es una entidad aislada, sino el resultado de cómo cada *Self* intenta sobrevivir a sus fragilidades individuales y a la calidad de sus afectos primarios.

A continuación, se presenta una tabla (ver Tabla 3) que reafirma de forma visual la recolección de datos y análisis cualitativo:

Tabla 3

Matriz de correspondencia entre estilos de apego, perfiles de impulsividad, rasgos de riesgo y mecanismos de defensa de los participantes

Participante	Dinámica Familiar / Apego	Perfil de Impulsividad	Rasgos Antisociales y Riesgo	Mecanismo de Defensa / Regulación
FCB	Inseguro-Ambivalente: Abandono paterno percibido y sobreprotección materna.	Búsqueda de Sensaciones: Impulsividad verbal y búsqueda de gratificación económica inmediata.	Comercio sexual y transgresiones menores justificadas como "libertad".	Racionalización: "Ira pasiva" y minimización del daño a terceros.

Participante	Dinámica Familiar / Apego	Perfil de Impulsividad	Rasgos Antisociales y Riesgo	Mecanismo de Defensa / Regulación
AMC	Evitativo / Frío: Desconexión emocional profunda; "Yo-ajeno" internalizado de figuras hostiles.	Psicopática: Crueldad animal, falta de miedo al castigo y búsqueda de control absoluto.	Robo, falsificación, asalto y pactos simbólicos de poder.	Mitomanía y Grandiosidad: Idealización de figuras criminales y mentira instrumental.
EVO	Ansioso-Dependiente: Círculo de rescate con la madre; historia de trauma crónico y abuso.	Reactiva al Trauma: Decisiones de riesgo por "complejo de salvadora" y falta de límites.	Consumo perjudicial como método de "automedicación" ante el insomnio y estrés.	Disociación: Bloqueo de recuerdos traumáticos y evitación mediante sustancias.
EHN	Inseguro-Dependiente: Negligencia temprana (encierro infantil) y aislamiento social.	Falla de Autonomía: Impulsividad ligada a la inacción; delega responsabilidades en otros.	Consumo como evitación ante las demandas de la vida adulta y el fracaso de metas.	Regulación Externa: Dependencia de figuras femeninas para resolver conflictos.
GMS	Base Segura: Relación de confianza y soporte robusto con la figura paterna.	Biológica / Hedonista: Búsqueda de sensaciones por "gusto" inicial; impulsividad motora.	Consumo crónico (10 años) y gasto excesivo de recursos familiares.	Conciencia de Enfermedad: Actitud honesta y deseo genuino de reparación vincular.

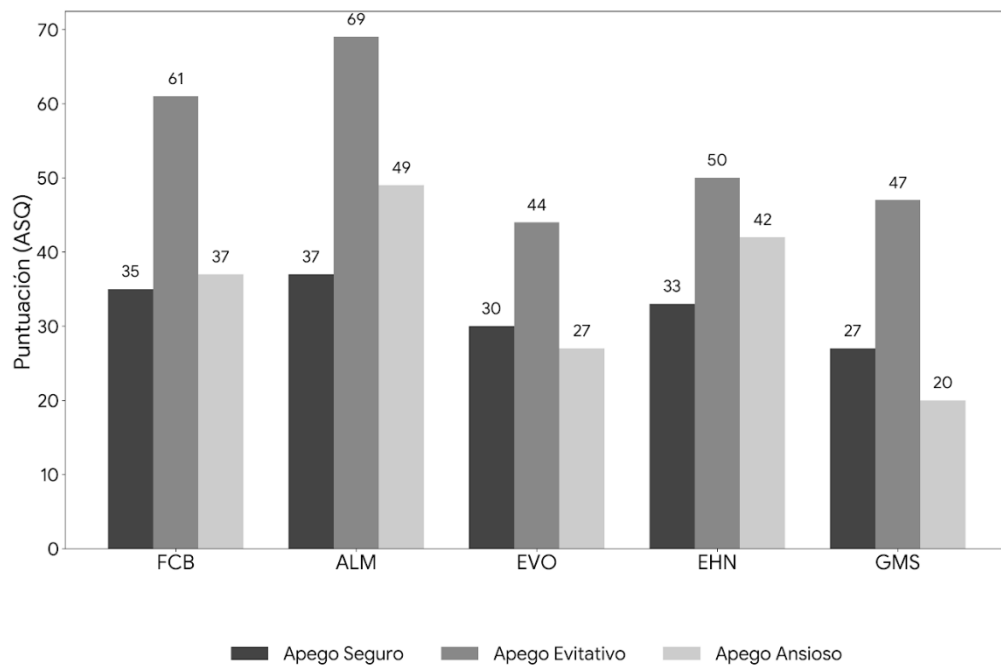
5.3 Análisis del ASQ

Este instrumento permite evaluar los modelos internos de representación que los sujetos han consolidado respecto a sí mismos y a los demás, clasificándolos en tres dimensiones fundamentales: apego seguro, apego evitativo y apego ansioso.

Con el propósito de visualizar la configuración analítica interna de cada participante en la evaluación inicial, a continuación, se presenta la matriz comparativa que constituye la línea base psicométrica del estudio (ver Figura 1):

Figura 2

Perfiles dimensionales individuales e integrados del estilo de apego (ASQ) en la línea base de los participantes



Nota. Distribución comparativa de las dimensiones de representación (seguro, evitativo y ansioso) para cada uno de los cinco perfiles evaluados en el pre-test a partir del muestreo de criterios y los baremos para población adulta mexicana.

A partir de la distribución de perfiles observada en esta evaluación diagnóstica, se procedió a realizar la reconstrucción cualitativa de la estructura vincular de los sujetos. Este cruce analítico devela la función psíquica que la dimensión predominante ejerce en la personalidad de cada individuo en proceso de rehabilitación:

5.3.1 Caso FCB

Resultados de FCB en el ASQ:

- Seguro: Bruta: 35 | Porcentaje: 53.03% | Promedio: 3.18 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 61 | Porcentaje: 63.54% | Promedio: 3.81 (Severo)

- Ansioso: Bruta: 37 | Porcentaje: 47.44% | Promedio: 2.85 (Moderado)

Interpretación clínica. El participante presenta una marcada predominancia del apego evitativo, situándose matemáticamente en un nivel Severo, el cual contrasta significativamente con los rangos Moderados obtenidos en las dimensiones segura y ansiosa. Esta organización defensiva coincide de manera simétrica con la narrativa biográfica del sujeto, quien describe una historia de desarrollo marcada por una situación difícil de abandono con mi padre y una figura materna percibida como sobreprotectora e intrusiva que bloqueó crónicamente sus procesos de individuación. En este perfil, la elevada puntuación defensiva de evitación opera como una coraza psíquica ante el temor a la vulnerabilidad emocional, manifestándose clínicamente mediante el uso de la ira pasiva y el establecimiento de relaciones de corte utilitario e instrumental.

5.3.2 Caso AMC

Resultados de AMC en el ASQ:

- Seguro: Bruta: 37 | Porcentaje: 61.36% | Promedio: 3.36 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 69 | Porcentaje: 71.88% | Promedio: 4.31 (Severo)
- Ansioso: Bruta: 49 | Porcentaje: 62.82% | Promedio: 3.77 (Severo)

Interpretación clínica. Registra la configuración vincular más desestructurada de la muestra, caracterizada por una coelevación en rangos de nivel Severo tanto en la dimensión evitativa como en la ansiosa. Estos indicadores cuantitativos reflejan con precisión lo recuperado en su entrevista clínica, donde se devela una infancia bajo una atmósfera de fría distancia emocional, caracterizada por la incomodidad ante el contacto físico y donde el afecto primario fue sustituido crónicamente por proveeduría puramente material. La coexistencia de altos niveles de evitación y ansiedad denota una profunda desorganización vincular defensiva: el otro es

significado simultáneamente como un objeto persecutorio y una fuente de validación material, lo que opera como el sustrato psicopatológico de sus rasgos de crueldad transgresora y la marcada ausencia de remordimiento yoico.

5.3.3 Caso *EVO*

Resultados de AMC en el ASQ:

- Seguro: Bruta: 30 | Porcentaje: 45.45% | Promedio: 2.73 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 44 | Porcentaje: 45.83% | Promedio: 2.75 (Moderado)
- Ansioso: Bruta: 27 | Porcentaje: 34.62% | Promedio: 2.08 (Leve)

Interpretación clínica. Las puntuaciones del perfil general de la participante se sitúan como las más bajas de toda la muestra, localizando las dimensiones segura y evitativa en un rango Moderado, mientras que la dimensión ansiosa se desplaza hacia un nivel Leve. Lejos de denotar una estructura adaptativa, este aplanamiento psicométrico es clínicamente coherente con el fenómeno de constricción afectiva post-traumática. Tras haber sido expuesta a una experiencia de violencia extrema reciente (secuestro y agresión sexual), la paciente organiza su aparato psíquico bajo un estado de congelamiento emocional. La evitación aquí observada no responde a una estructura antisocial estructurada o primaria, sino que funge como un mecanismo agudo de preservación orientado a silenciar el dolor psíquico, la angustia de fragmentación y la irrupción difusa de recuerdos de la vivencia traumática.

5.3.4 Caso *EHN*

Resultados de EHN en el ASQ:

- Seguro: Bruta: 33 | Porcentaje: 50.00% | Promedio: 3.00 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 50 | Porcentaje: 52.08% | Promedio: 3.13 (Moderado)
- Ansioso: Bruta: 42 | Porcentaje: 53.85% | Promedio: 3.23 (Moderado)

Interpretación clínica. El participante exhibe un perfil marcadamente homogéneo donde las tres dimensiones del instrumento convergen estrictamente dentro del nivel Moderado. Este equilibrio cuantitativo define la consolidación de un patrón vincular de tipo inseguro-dependiente. Su historia de vida, caracterizada por un periodo prolongado de aislamiento social forzado (encierro infantil institucional y familiar), fracturó gravemente la adquisición de recursos dirigidos hacia la autonomía y/oica. La puntuación de ansiedad latente explica por qué, a pesar de manifestar externamente una hostilidad reactiva y rasgos de transgresión conductual, el sujeto despliega una constante búsqueda de figuras femeninas a las cuales inviste con un rol salvador u omnipotente, delegando en ellas de forma pasiva la resolución de sus realidades financieras, legales y emocionales.

5.3.5 Caso GMS

Resultados de GMS en el ASQ:

- Seguro: Bruta: 27 | Porcentaje: 40.91% | Promedio: 2.45 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 47 | Porcentaje: 48.96% | Promedio: 2.94 (Moderado)
- Ansioso: Bruta: 20 | Porcentaje: 25.64% | Promedio: 1.54 (Leve)

Interpretación clínica. Registra la puntuación más baja en la dimensión ansiosa de la muestra, clasificándose en un nivel Leve, mientras que su dimensión evitativa predomina cuantitativamente en un nivel Moderado. A diferencia del resto de los participantes, las narrativas de GMS revelan que contó con una base relacional de soporte real y consistente concentrada en la figura paterna. Por lo tanto, su puntuación de evitación actual no deviene de una falla o carencia vincular primaria en las etapas tempranas del desarrollo, sino que se interpreta como una consecuencia secundaria a la severa erosión de sus áreas de ajuste debida a la cronicidad de su policonsumo (trayectoria de 10 años). Los rasgos evitativos operan aquí bajo una dinámica

impulsiva de corte biológico-hedonista: el aislamiento es una conducta instrumental implementada por el Yo únicamente para facilitar y mantener activo el comportamiento de consumo sin la interferencia del entorno social.

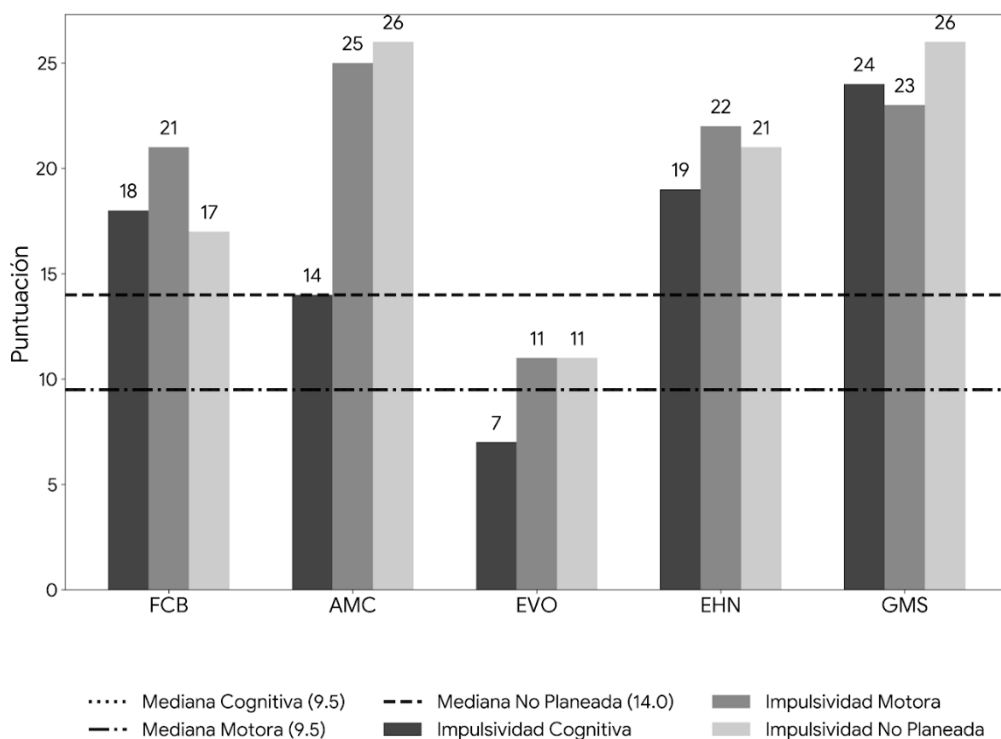
5.4 Análisis de la BIS-11

Este apartado aborda los resultados iniciales derivados de la aplicación de la BIS-11. La impulsividad, operacionalizada desde el modelo multidimensional de Barratt (1994), el análisis se despliega a partir de sus tres componentes factoriales basales: la impulsividad cognitiva (ligada a la toma de decisiones apresuradas y la inatención), la impulsividad motora (caracterizada por el *acting out* inmediato frente al estímulo) y la impulsividad no planeada (asociada a la incapacidad estructural para proyectar metas a futuro y la intolerancia a la demora).

Con el propósito de identificar los resultados de los participantes, a continuación, se presenta la matriz factorial integrada del grupo (ver Figura 2):

Figura 3

Resultados basales de las subescalas de la BIS-11 en la fase de pre-test



Nota. Comparación intra-sujeto de las dimensiones cognitiva, motora y no planeada frente a las líneas de corte de sus respectivas medianas clínicas de referencia.

Una vez delimitada la distribución tridimensional de la impulsividad, resulta indispensable transitar hacia el desglose analítico de los perfiles clínicos a partir de un muestreo de criterios. En el marco de este diseño mixto, las puntuaciones obtenidas en las subescalas cognitiva, motora y no planeada no deben interpretarse como cifras aisladas, sino como la manifestación ejecutiva de la estructura del *Self* de cada participante, estrechamente vinculada a su historia de apego y a sus recursos de simbolización.

A continuación, se presenta el análisis pormenorizado de la línea base estructurado a partir de estos criterios clínicos, fundamentado en los reactivos de la BIS-11:

5.4.1 Caso FCB

El participante FCB obtuvo un puntaje total de 57 puntos, situándose en un rango de impulsividad media. Este resultado indica la presencia de rasgos impulsivos clínicamente observables que, si bien no alcanzan un nivel de descontrol extremo, permean su funcionamiento cotidiano. Al desglosar las dimensiones, se observa que la impulsividad motora es el eje predominante con 21 puntos, lo que señala una tendencia marcada a la acción inmediata y una dificultad sustancial para inhibir respuestas ante estímulos internos o externos. Clínicamente, esta elevación sugiere una propensión al *acting out*, donde el sujeto tramita el conflicto psíquico mediante la descarga conductual antes que a través de la mediación simbólica.

Complementariamente, la impulsividad cognitiva (18 puntos) y la no planeada (17 puntos) revelan dificultades moderadas en la concentración y en la anticipación de consecuencias. Aunque FCB muestra cierta capacidad reflexiva, esta se ve comprometida bajo tensión emocional, orientándose hacia la gratificación inmediata. En conjunto, el perfil de FCB sugiere una modalidad de regulación afectiva donde la problemática principal no radica en la falta de comprensión, sino en la urgencia por actuar, utilizando la conducta como una vía para evacuar la tensión que no logra ser elaborada mentalmente.

5.4.2 Caso AMC

En el caso de AMC, el puntaje total de 66 puntos refleja un nivel de impulsividad moderada-alta, caracterizado por un predominio del acto sobre la representación. El análisis dimensional revela una marcada asimetría: mientras que la impulsividad cognitiva (14 puntos) se mantiene como la dimensión menos elevada sugiriendo que el participante conserva procesos de organización del pensamiento, la impulsividad motora (25 puntos) y la no planeada (26 puntos) presentan elevaciones críticas.

Este patrón indica que AMC posee la capacidad de pensar y comprender las situaciones, pero presenta una incapacidad estructural para traducir ese reconocimiento en autocontrol o espera. La elevación en la dimensión no planeada subraya una orientación hacia el presente inmediato y una dificultad severa para sostener metas a largo plazo cuando existe una urgencia de descarga. Desde una perspectiva clínica, la acción funciona en AMC como la vía privilegiada para tramitar afectos intensos o conflictos insuficientemente simbolizados, confirmando una configuración donde la impulsividad conductual opera como el principal mecanismo de respuesta ante el entorno.

5.4.3 Caso EVO

La participante EVO presenta un perfil notablemente distinto, con un puntaje total de 29 puntos, lo que se traduce en un nivel de impulsividad bajo. Los resultados en las tres dimensiones cognitiva (7), motora (11) y no planeada (11) sugieren, en una primera lectura, una adecuada capacidad de inhibición, contención y planificación de la conducta. Sin embargo, en el contexto clínico de EVO, estos resultados deben interpretarse con extrema cautela.

Más que una ausencia de conflicto, esta baja impulsividad parece reflejar un estilo defensivo basado en la inhibición y la contención rígida del afecto. Este funcionamiento, que puede describirse como sobreadaptado, sugiere que la participante recurre al control extremo como una armadura frente a estados internos que percibe como amenazantes. Clínicamente, el perfil de EVO no muestra la transgresión primaria vista en otros casos, sino una estructura donde el malestar se encuentra encapsulado mediante una vigilancia constante sobre sus propios impulsos y acciones.

5.4.4 Caso EHN

El participante EHN obtuvo un puntaje total de 62 puntos, situándose en un rango de impulsividad moderada. Su perfil revela una configuración donde la impulsividad motora (22

puntos) destaca como la dimensión más elevada, seguida de cerca por la no planeada (21 puntos) y la cognitiva (19 puntos). Esta distribución sugiere un funcionamiento yoico con recursos de contención solo parciales, que se vuelven vulnerables ante la frustración o la activación emocional intensa.

Para EHN, la acción se impone frecuentemente sobre la reflexión. La elevación motora indica que el participante utiliza la conducta como una vía de descarga para afectos que no logra verbalizar, tales como la ansiedad, el enojo o el vacío. En este sentido, la impulsividad de EHN opera como una defensa frente a la desorganización afectiva; cuando la tensión rebasa sus recursos de control, el sujeto recurre al *acting out* como una forma de tramitar un malestar que carece de elaboración simbólica suficiente.

5.4.5 Caso GMS

Finalmente, el caso de GMS revela el nivel de impulsividad más elevado de la muestra, con un puntaje total de 73 puntos. Este resultado denota una impulsividad alta y generalizada que compromete simultáneamente los tres componentes evaluados: pensamiento, acción y planificación. Las elevaciones en la dimensión no planeada (26 puntos), cognitiva (24 puntos) y motora (23 puntos) indican una afectación sistémica en la capacidad de regulación.

A diferencia de otros perfiles donde la impulsividad se focaliza en un área, GMS muestra una falla extendida en la mediación reflexiva. Este patrón es expresión de una baja capacidad de simbolización y una marcada fragilidad en la contención yoica. El participante tiende a resolver cualquier forma de malestar mediante respuestas inmediatas, mostrando una mínima posibilidad de transformar el afecto en pensamiento. La impulsividad en GMS funciona como una vía defensiva total ante estados de tensión y angustia, donde la urgencia por la gratificación rápida y la descarga motora anulan cualquier intento de planificación o evaluación de consecuencias.

Nota sobre la deserción: Se informa que el participante GMS abandonó la investigación tras retirarse voluntariamente de su internamiento en la clínica de rehabilitación. Por consiguiente, los resultados del post-test y la comparativa final se centran exclusivamente en los cuatro participantes restantes (FCB, AMC, EVO, EHN).

5.5 Análisis Cualitativo de las entrevistas

El análisis cualitativo en la investigación clínica se define como un proceso sistemático e interpretativo que busca comprender la complejidad de la experiencia humana y los significados que los sujetos otorgan a su realidad. A diferencia de los métodos cuantitativos que priorizan la representatividad estadística, el enfoque cualitativo se centra en la profundidad fenomenológica, permitiendo explorar la intersubjetividad de los participantes en relación con sus trayectorias de vida y sus estructuras de personalidad. Bajo esta premisa, a continuación se presenta el análisis de los hallazgos cualitativos derivados de las entrevistas semiestructuradas, organizados mediante un sistema de categorías que integran los constructos teóricos con la narrativa viva de los participantes.

Las narrativas expuestas en este apartado fueron extraídas de la transcripción *verbatim* de los encuentros clínicos; es decir, se optó por la rigurosa transcripción literal de las mismas. No obstante, algunas citas incluyen una puntuación editorial mínima cuyo único fin es facilitar la lectura, cuidando siempre no alterar el contenido ni el sentido subyacente de la declaración. En el diseño cualitativo, resulta imperativo preservar el tono oral y literal del testimonio, ya que estas estructuras lingüísticas y variaciones discursivas constituyen una manifestación directa de la organización psíquica del sujeto. Asimismo, capturar el relato en su estado genuino permite consolidar la construcción del conocimiento desde una visión colaborativa y empática entre la investigadora y el participante.

Para facilitar la comprensión del material clínico, este esquema analítico se estructura en cuatro dimensiones transversales que permiten trazar una ruta lógica y evolutiva desde la génesis vincular del sujeto hasta su manifestación conductual y relacional en la adultez: los Estilos de Apego, la Impulsividad, las Relaciones Objetales y la función psíquica del Consumo de Sustancias. Esta organización categorial optimiza la triangulación de datos, dotando de un profundo significado clínico a los resultados psicométricos reportados en las fases previas. Ello permite comprender el fenómeno antisocial no como una entidad psicopatológica aislada o puramente conductual, sino como un intento defensivo del *Self* por sobrevivir a sus fragilidades individuales, a los traumas acumulados y a la calidad de sus afectos primarios.

5.5.1 Dimensión I. Estilos de Apego y Génesis Vincular

En esta dimensión se explora el modelo interno de los vínculos y cómo la dinámica relacional con los cuidadores primarios influyó de manera determinante en la estructura psíquica del participante. Desde la perspectiva del desarrollo psicológico, el sistema de apego constituye una necesidad biológica y afectiva primaria. Por consiguiente, el infante requiere de una figura de referencia que se posicione como una base segura, caracterizada por la disponibilidad relacional y la sintonía emocional. Cuando esta posibilidad de estructurar una base positiva se ve fracturada debido a dinámicas de negligencia, frialdad afectiva, rechazo sistemático o abandono crónico, el niño se ve obligado a desarrollar formas distorsionadas de relación para sobrevivir al desamparo.

Es imperativo referir que el tipo de apego que prevalece en pacientes que presentan rasgos antisociales de la personalidad es el de corte inseguro (con un marcado predominio de la vertiente evitativa). Esta configuración estructural se traduce en una severa dificultad para empatizar con el otro, la tendencia a recurrir a estrategias de control onnipotente o distanciamiento defensivo a nivel relacional, así como en la búsqueda compulsiva de figuras externas que intenten sustituir o reparar las fallas de sus vínculos tempranos.

Categoría 1: Distorsión Vincular por Frialdad o Negligencia Parental. Esta categoría se refiere a la percepción subjetiva de los cuidadores primarios como figuras lejanas, hostiles o negligentes que fracturaron la formación de una base segura a consecuencia de una falla sistémica en la función del sostén emocional. En este sentido, los participantes de esta investigación experimentaron de manera sistemática la presencia de figuras de apego distantes o no disponibles afectivamente, lo cual coadyuvó a la consolidación de un estilo de apego evitativo. Dicha estructura se caracteriza por la negación activa de la proximidad con el otro como estrategia defensiva del yo, manifestándose a través de dificultades crónicas para depositar la confianza en los demás, así como en la percepción de los vínculos interpersonales como fuentes potenciales de frustración y peligro, más que de consuelo y afecto.

En el discurso de la muestra, esta categoría se encuentra expresada mediante la sustitución del afecto por recursos materiales, la caracterización de los roles maternos y paternos como ausentes desde el ámbito emocional, y un profundo aislamiento afectivo donde los padres se encontraban presentes solo de manera física. Estas experiencias tempranas constituyen la matriz de patrones de vinculación ulteriores en la adultez, caracterizados por la instrumentalización del otro o por el despliegue de dependencias fusionantes.

En este sentido, AMC relata una historia marcada por la sustitución del afecto por recursos materiales y por una relación paterna caracterizada por la distancia emocional. Al respecto, señaló: "Sustituyeron su ausencia con medios económicos... una relación con mi padre caracterizada por la frialdad afectiva y la ausencia total de contacto físico"; "Mi mamá era la que siempre trataba de darme todo, o sea, pero todo... era difícil que ella y yo nos sentáramos a platicar... siento mi mamá es muy similar a mí... cada quien está en su espacio". Por su parte, EHN describe una vivencia de carencia afectiva, desconfianza hacia la figura materna y resentimiento frente a la invalidación emocional ejercida por el padre. En sus palabras: "Nunca

tuve la confianza con mi mamá...sentí que no le importaba...yo no recuerdo que me dijeran alguna vez si tienes un problema cuéntamelo...por eso no le tenía confianza...”; “Con mi padre no hubo una buena relación...cuando lloraba me decía que no fuera puto, que no llorara...de ahí se creó un cierto resentimiento hacia él”; "Infancia marcada por negligencia parental y aislamiento social forzado (los padres lo dejaban encerrado en casa)".

Las narrativas anteriores evidencian con claridad la sustitución del afecto por medios económicos, una marcada frialdad física por parte de los cuidadores, y un patrón de presencia física desprovista de disponibilidad emocional. Estas figuras parentales no accesibles bloquearon la construcción de la confianza básica, operando mediante el rechazo explícito y la invalidación afectiva del mundo interno del niño.

Categoría 2: Apego ansioso-inseguro y base segura. Esta categoría analiza el profundo sentimiento de desamparo e incertidumbre yoica frente a la respuesta inconsistente o ambivalente del cuidador, contrastado con aquellos casos que alcanzaron un soporte robusto en alguna figura de referencia. En el polo del apego ansioso-inseguro, el sujeto experimenta una constante zozobra respecto a la permanencia de la figura de apego, lo que detona ansiedad de separación crónica y una necesidad compulsiva de buscar validación en objetos externos. En la vida adulta, este desamparo primario se traduce en relaciones marcadas por la dependencia absoluta, el intento de utilizar a la pareja para reparar el abandono de los cuidadores primarios y una elevada impulsividad emocional ante cualquier señal percibida de rechazo o abandono.

En esta línea, FCB describe una vivencia marcada por el sentimiento de abandono paterno y por la búsqueda de validación en figuras masculinas externas. Al respecto, refiere: “Aquí me di cuenta que pasaba una situación difícil de abandono con mi padre... buscaba en hombres externos una forma de sentirme valorada”; “Me arrepiento de ese día haberme sentido insegura, de no haber sido yo. Yo sabía lo que me dolía, sabía que me dolía que Alan estuviera viéndose con otra

persona”. De manera semejante, EVO relata una experiencia de desamparo vinculada a la ausencia materna y a la reorganización familiar tras la muerte del padre. En sus palabras: “Mi madre no está aquí, ella vive en Estados Unidos...empecé a tener crisis...Cuando mi papá fallece, ella empieza a trabajar...nosotros nos quedamos con mis abuelos maternos”.

Los discursos anteriores señalan la búsqueda activa de figuras sustitutas, la instrumentalización de la validación externa como un intento de reparar el vacío estructural del vínculo y una profunda inseguridad relacional arraigada en el temor a la pérdida del objeto.

Ahora bien, la investigación identificó un punto de contraste fundamental representado por la consolidación de una base segura externa. En estas narrativas se observa una clara preferencia y reconocimiento hacia la figura parental que se mantuvo disponible, demostrando su presencia incondicional en momentos de crisis aguda, lo que favoreció la cohesión familiar como un elemento de resguardo frente a la desorganización psíquica, GMS cuenta:” Si hubiera estado mi papá, pues mil veces con mi papá... han estado incluso en las malas y en las peores”; “Mi papá siempre ha tratado de ver por mi bien, nunca para mal”; Mi papá y mi mamá siempre eran unidos...todos nos sentábamos a comer...nada que cada quien para su cuarto”.

Categoría 3: Círculos de Dependencia y Delegación de la Autonomía. Describe aquellas estructuras vinculares donde el sujeto inhibe deliberadamente su responsabilidad adulta y su autonomía con el objetivo de asegurar y mantener el contacto con figuras que operan bajo el rol de salvadoras. En esta dinámica, los participantes se posicionan inconscientemente como individuos incapaces o desvalidos, instrumentalizando la sumisión y la pasividad como estrategias activas para garantizar la disponibilidad permanente del cuidador principal y evitar el dolor del abandono.

Esta delegación de la responsabilidad no debe confundirse con una pasividad inerte; representa una sofisticada estrategia relacional que reporta un beneficio secundario: la

permanencia del otro. Los sujetos demuestran un notable nivel de insight al identificar los círculos de dependencia que generan, evidenciando cómo las relaciones de pareja se convierten en sustitutos parentales directos, e incluso manifestando una inversión del rol de apego donde el participante necesita colocarse en la posición de "salvador" para asegurar la existencia del vínculo.

En esta categoría, tanto EVO como EHN muestran una comprensión significativa de los círculos de dependencia que reproducen en sus vínculos cercanos. En ambos casos, las relaciones afectivas funcionan como extensiones de los lazos parentales y como espacios donde la autonomía se posterga para asegurar sostén, cuidado o permanencia. En este sentido, EVO expresa: "Tenemos un círculo de dependencia... yo no me responsabilizo de algo para que tú (madre) vengas recurriendo a mí a salvarme"; "Siempre he tenido la idea de querer salvar... como yo he pasado por eso... si una chica empieza a llorar, yo me engancho". Por su parte, EHN reconoce una tendencia persistente a delegar decisiones y responsabilidades personales en figuras cercanas, particularmente femeninas. Al respecto, refiere: "He buscado que me resuelvan siempre... es cómodo que estén tomando decisiones por mí"; "Me incomoda la falta de responsabilidad de mi parte, de hacerme responsable de mi persona... aun ya teniendo 24 años"; "Mi pareja me ayudó bastante... cuando decidí separarme e irme a vivir a otro lado, todo se me vino abajo con las drogas... no podía controlar las cuentas, lo que hice fue pedirle ayuda a mi tía"; "He buscado que me resuelvan siempre... mi mamá, la pareja que tengo ahorita, mi tía... Es cómodo que estén tomando decisiones por mí".

5.5.2 Dimensión II: Impulsividad y Regulación Conductual

Esta segunda dimensión evalúa la falla persistente en la capacidad de los sujetos de estudio para emplear procesos de mediación cognitiva entre el impulso y la acción. Estructuralmente, se observa una incapacidad para postergar la gratificación hedonista y una

ausencia de filtros ejecutivos que medien entre el deseo inmediato y la ejecución conductual. La impulsividad constituye uno de los rasgos nucleares del espectro antisocial identificados en la muestra, manifestándose a través de una baja tolerancia a la frustración, dificultades severas para anticipar las consecuencias lógicas de sus actos y una alteración en la capacidad de demorar la respuesta motora para permitir la planificación y la evaluación racional.

No obstante, en personas con rasgos antisociales y adicciones, la impulsividad no necesariamente se presenta de manera caótica o azarosa. En múltiples casos, la ejecución de acciones y la búsqueda de sensaciones extremas cumplen una función homeostática de regulación afectiva, operando como un mecanismo adaptativo para afrontar la ansiedad difusa, mitigar la angustia psicótica o, en un sentido adaptativo extremo, mantener un sentimiento de vitalidad, omnipotencia y control frente al vacío interno.

Categoría 1: Búsqueda de Adrenalina y gratificación inmediata. Esta categoría describe la motivación interna que impulsa la realización de actos transgresores y delictivos por el puro placer de la experiencia inmediata y la consecuente sensación de omnipotencia yoica. En los relatos de los participantes se evidencia una marcada anestesia del miedo, acompañada de una incapacidad ejecutiva para procesar de manera real, objetiva y efectiva el impacto o las consecuencias penales e institucionales de sus decisiones.

En esta categoría, FCB describe la búsqueda de adrenalina como un elemento central de su actuar impulsivo y de su dificultad para dimensionar las consecuencias de sus actos. Al respecto, expone: "En la parte del evento la búsqueda de adrenalina... no veo las consecuencias graves y mi impulsividad"; "¿Podría ser que no veo las consecuencias graves y mi impulsividad?"; "Comenzó por gusto... por querer sentir esa sensación... adrenalina al principio". De forma semejante, GMS refiere que tanto el consumo de sustancias como su acercamiento a escenarios delictivos estuvieron inicialmente motivados por el placer y la intensidad de la

experiencia. En sus palabras: “[Haciendo referencia al consumo de sustancias] Pues fue por gusto, por querer probar, sentir esa sensación y la adrenalina al principio, después fue por gusto, por placer y por dependencia”; “[Hace referencia a la pertenencia a un grupo de la delincuencia organizada] No fue ni porque me amenazaran, ni porque quisiera formar parte de ellos, fue por gusto, por adrenalina... es totalmente diferente esa adrenalina de chingue su madre, ya nos vienen correteando... me hacía sentir placer”. En la misma línea, AMC vincula sus conductas de riesgo con la excitación que le producía la adrenalina y con una percepción disminuida del peligro. Así, describe: "Lo hacía por gusto, por adrenalina... nunca me dio miedo. No pensaba en la posibilidad de que me atrapara... Siento que México es un país donde se da apertura al tráfico de armas o drogas"; “[Haciendo referencia a situaciones delictivas, especialmente al robo] Esto me despoja del miedo... son inversiones que ahí están y todavía puedo usar”. Por su parte, EHN remite esta impulsividad a etapas muy tempranas de su desarrollo, reconociendo su presencia desde la infancia. Al respecto, ilustra: “Yo soy muy impulsivo desde pequeño y lo puedo ver desde un acto que cometí cuando tenía 7 años de edad... Me desperté de mi cama, me paré, salí corriendo, fue a la puerta de la cecina, me oriné en su tapete, le grite ‘Señora, me orine en su puerta’ y me fui corriendo”.

Categoría 2: Manifestaciones de Hostilidad e Ira Pasiva. Explica cómo la agresividad impulsiva y la transgresión normativa operan como el resultado directo de la externalización de hostilidades y resentimientos arcaicos no procesados. Las expresiones analizadas en esta categoría corresponden a estallidos verbales, ideaciones destructivas o conductas pasivo-agresivas que irrumpen de manera deliberada, sorprendiendo en ocasiones a los mismos sujetos por su nivel de intensidad.

Esta forma de verter la ira debe comprenderse clínicamente como la descarga psicomotora de un afecto displacentero acumulado que, al no encontrar una vía de elaboración simbólica o

verbalización madura, es expulsado masivamente a través del acto. La falla estructural en la regulación emocional —provocada por una infancia bajo dinámicas de invalidación afectiva— genera una hipersensibilidad a la frustración, provocando que ante estímulos o provocaciones menores la respuesta relacional sea una ira de magnitudes disruptivas.

En esta línea, FCB reconoce que la ira acumulada suele expresarse en ella de forma pasivo-agresiva, especialmente cuando ciertos malestares permanecen sin elaborarse. Al respecto, relata: "Se me salían las verdades... y no lo pensaba... de cierta manera todos acumulamos ira y esta es mi manera de expresarlo (ira pasiva)"; "Hablo de mi ira pasiva... Antes de entrar aquí convivía con muchos hombres y me fui cargando de actitudes que no me gustaban... actitudes de mi papá, mi mamá y mi pareja que a uno no le agrada y se las va guardando y de repente las saca de manera pasiva, porque no es como que golpeé a alguien". Por su parte, AMC describe una vivencia de ira más extrema, vinculada a estados de intensa desregulación afectiva. En sus palabras: "Me ponía en un estado psicopático y me daban ganas de matar a toda la familia con el gas de la cocina, dejarlo abierto... No sé de donde viene ese coraje". A su vez, EHN expresa respuestas hostiles frente a la imposición externa y la frustración, mostrando cómo la agresividad verbal emerge como una forma inmediata de descarga. Así, refiere: "Cuando me quieren decir qué es lo que tengo que hacer... la pinche soberbia se presenta ahí y la mando a chingar a su madre literalmente"; "Empecé a tratar a mi madre como una puta... Empecé a decirle que le valía verga lo que hacía, que no le interesaba, que chingue a su madre".

Categoría 3: Inhibición Defensiva y Constricción Post-traumática. Esta categoría relata el descenso drástico de la respuesta motora y la supresión de la actividad conductual ordinaria como un mecanismo de preservación desesperado ante vivencias de miedo insoportable o terror analítico. La constricción post-traumática constituye un pilar defensivo ante el trauma agudo: frente a la inminencia subjetiva de revivir la situación amenazante, el aparato psíquico

recurre al embotamiento afectivo masivo y al aislamiento del afecto para contener la inundación de angustia. En estos casos, la falla en la regulación conductual empuja a los sujetos a instrumentalizar las sustancias psicoactivas como la única vía de afrontamiento químico ante el recuerdo traumático, recurriendo a la amnesia disociativa, la pérdida deliberada de la conciencia y la fragmentación de la memoria como reguladores artificiales del impacto del trauma.

EVO ilustra esta dinámica con claridad al describir el consumo como una respuesta defensiva frente al impacto del trauma, donde la acción sustituye la posibilidad de elaborar psíquicamente la experiencia vivida. En sus palabras: "Ni siquiera me sabía bien beber... era para poderme quedar dormida" (La acción sustituye al pensamiento traumático del secuestro); "Después de subir al Uber, ya no recuerdo absolutamente de nada... al otro día despierto y nada más traía mi bra y fondo, no estaba mi zapato, ni mi ropa, ni me bolso"; "El único recuerdo que yo tengo de todo es que estaba sentada en una silla, un tipo me está tratando de dar una pastilla y yo me estoy resistiendo y forcejeando y el otro me agarra, me abre la boca y me la metió hasta la garganta".

5.5.3 Dimensión III: Rasgos antisociales y vida relacional

Esta dimensión analiza a profundidad la estructura de la vida relacional de los participantes, explorando la forma en que configuran las representaciones internalizadas de sí mismos (*Self*) y de las demás personas (objetos). En sujetos que se sitúan dentro del espectro antisocial, las relaciones objetales se caracterizan por encontrarse fragmentadas, polarizadas de manera escindida o clínicamente empobrecidas. Esta precariedad vincular da lugar a una deshumanización del entorno, donde el otro es significado exclusivamente como un ente utilitario que puede ser usado, manipulado y desechado de acuerdo con las necesidades del sujeto. Bajo esta lógica relacional, la transgresión de los derechos ajenos y la vulneración de la norma social

se experimentan como una confirmación fálica de superioridad y control omnipotente, coexistiendo con una severa depreciación de la alteridad.

Categoría 1: Percepción instrumental del otro y frialdad. Describe un modelo de vínculo relacional objetal donde el otro es despojado de su condición de sujeto con vida subjetiva y necesidades afectivas propias, siendo investido únicamente como un medio para la obtención de beneficios materiales, gratificación hedonista o como un objeto depositario para la descarga de hostilidad reprimida. En la estructura antisocial de la personalidad, la frialdad afectiva no implica una ausencia total de experiencia emocional; el sujeto es plenamente capaz de experimentar afectos ligados a su propio bienestar, éxito o placer orgánico, pero manifiesta una indiferencia y anestesia empática absoluta ante el sufrimiento, el dolor o la destrucción de los otros, quienes dejan de ser objetos de amor para convertirse en objetos de agresión adaptativa.

Esta lógica relacional se observa con claridad en las narrativas de los participantes. En el caso de AMC, el otro aparece reducido a una función instrumental al servicio del beneficio personal, la descarga agresiva o la fantasía destructiva. En sus palabras: “Disfruté mucho el dinero a mi forma... no siento la necesidad de recibir. Más bien siento la necesidad de salir adelante solo”; “Me daban ganas de matarla o matar a toda mi familia con gas... no sé de dónde viene ese coraje”; “También pensaba en matar a esa familia... al guardia terminé intoxicándolo... La verdad, no fue adrede lo de su familia, pero todavía se me ocurrió darle un pastel con marihuana a su familia”. Por su parte, EHN reconoce de forma explícita el uso manipulador del otro y vincula esta posición con un resentimiento persistente. Al respecto, refiere: “Yo sé perfectamente que lo puedo manipular, entonces yo sé perfectamente que si yo salgo ahí cuento con él”; “Antes no era consciente de que esto era una enfermedad, ahora lo soy... soy muy resentido... quiero trabajar mis resentimientos”. En FCB, la dimensión instrumental se entrelaza con la búsqueda de compañía y con una disociación entre el cuerpo y la afectividad. Así, expresa:

“Lo hacía por dinero y por no sentirme sola porque quería compañía [Los clientes de las citas sexuales son instrumentalizados, existe una disociación entre el cuerpo y la afectividad]”; “No me importó involucrarme con otros hombres y serle infiel”. Finalmente, GMS describe una forma de violencia ejercida sobre los otros como respuesta pragmática frente al incumplimiento, dejando ver una relación endurecida con la alteridad. En sus palabras: “A los que no nos pagaban, pues los levantábamos, no los matábamos, pero sí les metíamos sus putizas y a tirarlos”.

Categoría 2: Grandiosidad y Racionalización.

Esta categoría analiza la justificación interna del acto transgresor, el cual es significado por el sujeto no como un delito o una falta ética, sino como una manifestación legítima de su libertad personal, superioridad intelectual o como un recurso indispensable para la supervivencia. La grandiosidad defensiva coloca al individuo por encima de las normas sociales y jurídicas vigentes; si el sujeto conceptualiza que el marco normativo es excesivo, absurdo o que los demás miembros de la sociedad no merecen su consideración, la transgresión se ejecuta libre de culpa. El aparato defensivo del yo recurre a la racionalización aloplástica para negar el impacto negativo de sus conductas, reescribiendo la realidad a favor de su fachada grandiosa.

En esta categoría, FCB racionaliza sus conductas al presentarlas como expresiones de libertad individual que no implican daño significativo para los demás. Al respecto, refiere: "Al final de cuenta no son cosas que perjudiquen a alguien... es una característica mía siempre sentirme libre". Por su parte, AMC sostiene una posición de mayor grandiosidad, desde la cual justifica la transgresión como un medio válido para afirmar su singularidad, su inteligencia y su distancia frente a las normas sociales. En sus palabras: "Hasta ahorita no he hecho nada que se pueda considerar malo, malo... se me da muy bien mentir y la gente me creía"; “La verdad es que a mí lo que más me interesa en la vida es dejar huella... y creo que eso justifica cualquier cosa. Que yo pueda seguir vivo después de la muerte para mí eso es la vida eterna”; “Pues,

desafortunadamente las normas que se le ocurren a un pelado... siento que no nací en el año correcto... no me siento, así como que con un papel definido en esta sociedad porque las normas que rigen la sociedad no me parece”.

Categoría 3: Ausencia de culpa. La ausencia de remordimiento traduce una falla severa en el procesamiento afectivo y en la internalización de la conciencia moral (Superyó). Los participantes demuestran la capacidad cognitiva para reconocer de manera lógica que sus actos tuvieron consecuencias destructivas o punitivas en terceras personas; sin embargo, son estructuralmente incapaces de investir ese reconocimiento con un afecto de culpa, arrepentimiento o reparación. La ausencia de culpa opera como un mecanismo adaptativo que protege al *Self* de la fragmentación melancólica; de este modo, la mentira y la manipulación sofisticada se asumen como decisiones estratégicas e inteligentes y nunca como faltas morales.

En las palabras de EHN: *“Lo peor que he hecho...en esta ocasión me salió la violación...no es justificante, pero fue el cristal”*. En esa línea AMC nos comenta: *“No siento culpa como tal y eso me ayuda porque si sintiera mucha culpa, yo creo que desearía morirme”*; *“Se me da muy bien mentir y la gente me creía, era una forma de justificar los hechos”*; *“Llegué a inventar que me violaron, pero la verdad es que a mí nunca me hicieron nada”*

Categoría 4: Idealización de figuras trasgresoras. Esta categoría propone el mecanismo de identificación proyectiva con figuras de corte criminal o transgresor que alcanzan el éxito material, el estatus y el poder sin enfrentar consecuencias punitivas ni sanciones sociales. En el desarrollo evolutivo de estos perfiles, la exposición temprana a objetos significativos de referencia que operan fuera de la ley consolida una normalización sistémica de la desobediencia normativa. La idealización de estos personajes refleja la fascinación del participante por la impunidad y por la capacidad de evadir las restricciones de la autoridad legítima, por parte de AMC: *“Hay un chavo que es de Argentina, le llamaban Ángel Negro... me impresionaba su*

capacidad para hacer cosas y que no lo atrapaban... vivía y hacía lo que quería y no le pasaba nada”; “Admiraba al Ángel Negro... personas que nos salimos con las nuestras sin grandes consecuencias al menos en la tierra”; “A veces hay ideas que se me ocurren, pero no están dentro del margen de lo permisible, simplemente me olvido de ese margen, no sé, siento que no le hago daño a nadie, solamente disfruto y eso está bien para mí”. Por parte de EHN: “En mi familia abiertamente se ve todo eso [hace referencia a actos delictivos] y yo lo veía desde pequeño. Entonces yo decía, yo también quiero ser así, yo también quiero traer fusca (arma de fuego) ... entonces yo me quede con esa imagen”

5.5.4 Dimensión IV: La sustancia como función psíquica

Esta cuarta dimensión vincula el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas con la estructura psíquica profunda del sujeto y su incapacidad para gestionar, metabolizar o contener estados internos intolerables de dolor, vacío o angustia. En personas que presentan rasgos patológicos de la personalidad, la adicción no se reduce a un patrón de conducta impulsiva; la sustancia es investida con una función psíquica específica de regulación afectiva y restitución de las fallas del yo, operando como un intento defensivo e instrumental para disminuir el malestar emocional ante la ausencia de recursos internos de contención.

Categoría 1: Regulación afectiva disfuncional. Esta categoría describe el uso crónico de sustancias como un mecanismo de afrontamiento sustitutivo frente a las fallas estructurales derivadas del apego primario desorganizado e inseguro. Es fundamental destacar que la elección de la sustancia de impacto clínico no se realiza al azar; responde a una lógica de automedicación donde cada participante selecciona el compuesto químico que mejor compensa la desregulación específica que experimenta.

Los agentes sedantes y ansiolíticos (como el alcohol y las benzodiacepinas) son elegidos con la finalidad de silenciar el dolor de vivencias traumáticas severas, yugular la angustia

persecutoria y combatir el insomnio post-traumático. Por su parte, los compuestos estimulantes (como las metanfetaminas o la cocaína) e intelectuales buscan dinamizar estados depresivos profundos o amortiguar los sentimientos crónicos de vacío existencial. De este modo, el consumo opera como un regulador artificial y desesperado del equilibrio psíquico.

Evo nos lo expone: *"Consumo perjudicial de alcohol y benzodiacepinas como mecanismo de supervivencia para gestionar pesadillas"; "Empezamos con una situación de custodia por el niño y yo empiezo el consumo de alcohol. Y cada vez que bebía recordaba que mi abuelo me había violado...ya en la peda, yo lo sacaba". Desde el punto de vista de EHN: "Todo se me vino para abajo entre las drogas... para tolerar la angustia generada por el colapso de mi yo ideal". Y finalmente GMS:"El simple hecho de tal vez no tener la sustancia... me ponía, así como que angustiado... de nervios"; "La droga ya no la consumía, la droga me consumía a mí".*

Capítulo VI. Resultados de la Fase III: Intervención Psicoterapéutica

El presente capítulo expone el diseño, la estructura operativa y la fundamentación clínica del programa de TCC aplicado en la muestra de estudio. Lejos de concebirse de manera aislada, esta intervención psicoterapéutica se constituye como la variable independiente y el eje procedimental y experimental de la investigación, estructurada de forma específica como un protocolo psicoterapéutico residencial de corto plazo. El programa consta de ocho sesiones individuales de alta intensidad relacional, articuladas sistemáticamente con el objetivo de flexibilizar los esquemas disfuncionales tempranos vinculados al estilo de apego inseguro-evitativo, mitigar las respuestas de impulsividad motora y cognitiva, y promover recursos de adaptación funcional en personas con adicciones y rasgos antisociales de la personalidad.

6.1 Diseño de las sesiones de TCC: Plan de Intervención psicoterapéutica

Para garantizar la replicabilidad metodológica y el rigor científico exigido en el DEXPLIS, la secuencia didáctica del programa de intervención fue organizada bajo una lógica cronológica y procesual dividida en tres etapas críticas, mismas que se consideraron de acuerdo a datos recolectados desde las entrevistas iniciales y los pre-test, para apoyo. Recordando que cada sesión fue de forma individual con cada uno de los participantes.

- La fase inicial (Sesiones 1 y 2): Se orientó a la evaluación diagnóstica basal y a la consolidación del encuadre ético y el *rapport*. Estos elementos resultaron indispensables para mitigar la resistencia inicial y la hostilidad transferencial que suelen manifestar los jóvenes con rasgos antisociales al ingresar al encuadre clínico.
- La fase intermedia o regulatoria (Sesiones 3 a 5): Abordó los núcleos intrapsíquicos y ejecutivos del sujeto a través del entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y la reestructuración de esquemas desadaptativos de Young. Esta etapa impactó de manera

directa sobre la impulsividad motora y ayudó a resquebrajar las fachadas defensivas de su *Self* Grandioso patológico, confrontando al Yo con sus propias carencias relacionales.

- Finalmente, la fase de cierre y prospección (Sesiones 6 a 8): Se enfocó en el desarrollo de la flexibilidad cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales avanzadas. De este modo, se proveyó al participante de los recursos conductuales asertivos y de previsión temporal necesarios para sostener de forma exitosa su egreso institucional bajo la modalidad residencial de medio camino.

Con el propósito de ofrecer una visión panorámica y estructurada de la dosificación, las metas clínicas y las actividades principales que rigieron el proceso psicoterapéutico, a continuación, se presenta la matriz sintética del cronograma de intervención (ver Tabla 4):

Tabla 4

Cronograma general, objetivos específicos y dosificación del programa de intervención TCC

Sesión	Título y Objetivo	Actividades Principales	Tiempo (min)
1	Evaluación y Diagnóstico: Aplicación del MMPI-2 para identificar sintomatología clínica.	Aplicación del inventario y periodo de recuperación/relajación post-evaluación.	90 - 120
2	Entrevista Inicial y Rapport: Establecer el encuadre terapéutico e historia de vida.	Firma de contrato terapéutico e inicio de entrevista semiestructurada.	60
3	Autoregulación Conductual: Fomentar el entrenamiento en autoinstrucciones.	Modelado de resolución de problemas con calma e imitación de conductas asertivas.	60
4	Reestructuración Cognitiva: Abordar el narcisismo y la imagen propia.	Enlistar características del "yo" frente a figuras de admiración y debilidad.	60
5	Imagen de Figuras Primarias: Disminuir la desvalorización de los vínculos parentales.	Recuento afectivo de la figura primaria abordando sentimientos de rabia o envidia.	60
6	Flexibilidad Cognitiva: Promover la solución de problemas mediante la creatividad.	Dinámica con materiales (fichas o plastilina) para la creación de proyectos innovadores.	60
7	Relaciones Interpersonales: Proyección de objetivos vinculares a corto y largo plazo.	Elaboración de planes de interacción y listas de chequeo conductual para la familia.	60
8	Interacción con el Medio: Desarrollo de habilidades sociales efectivas.	Elaboración de guías de interacción para reconstruir vínculos y establecer nuevos contactos.	60
9	Evaluación Post-test: Medición de cambios en apego e impulsividad.	Reaplicación del ASQ y BIS-11; cierre y agradecimiento por la participación.	60

Nota. Todas las sesiones integran técnicas de escucha activa y refuerzo de conductas pro-sociales.

6.1.1 Aplicación de las sesiones de TCC: Descripción detallada del proceso

Una vez delimitada la estructura cronológica y la dosificación general del programa de intervención, resulta metodológicamente indispensable transitar hacia el desglose cualitativo, clínico y procesual de su aplicación en el escenario residencial. Este apartado describe de manera pormenorizada el desarrollo de cada una de las ocho sesiones que integraron el protocolo, detallando no solo los objetivos técnicos y las actividades ejecutadas, sino también la dinámica transferencial y el manejo del encuadre frente a las resistencias emergentes de la muestra.

La reconstrucción minuciosa de este proceso permite comprender cómo se operacionalizaron las técnicas cognitivo-conductuales en tiempo real y ofrece el soporte descriptivo necesario para justificar los cambios cualitativos observados posteriormente en el post-test.

A continuación, se presenta la sistematización analítica de la secuencia psicoterapéutica:

Sesión 1. Tema de la Sesión: Aplicación de pruebas psicológicas.

Título de la sesión: Evaluación y diagnóstico.

Duración de la sesión: 90 a 120 min.

Objetivo de la sesión: Evaluar al paciente mediante pruebas psicológicas para identificar sintomatología clínica.

Recursos y materiales: Cuestionario del MMPI-2, hoja de respuestas, lápiz, goma, sacapunta, computadora, bocina, música relajante.

Secuencia Didáctica (ver tabla 5):

- Paso 1: Se realiza la presentación formal con el paciente, estableciendo un ambiente de confianza.
- Paso 2: Se procede a la aplicación del test MMPI-2, explicando las instrucciones de llenado y resolviendo dudas iniciales.
- Paso 3: Se cierra la sesión con un ejercicio de relajación donde se solicita al paciente cerrar los ojos e imaginar un entorno tranquilo para disminuir la fatiga post-evaluación.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará mediante el cumplimiento total del inventario y la observación de la actitud del paciente durante la prueba.

Tabla 5

Carta descriptiva de la sesión 1

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Saludo y bienvenida del paciente	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Se aplicará el test: MMPI-2	Cuestionario, hoja de aplicación, lápiz	90 a 100 minutos
	Cierre	Ejercicio de relajación post-evaluación	Música relajante, bocina	10 minutos

Sesión 2. Tema de la Sesión: Encuadre terapéutico e historia de vida.

Título de la sesión: Entrevista Inicial y Rapport.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Establecer el encuadre terapéutico y recopilar la historia de vida del paciente.

Recursos y materiales: Contrato terapéutico, guía de entrevista semiestructurada, bolígrafos, expediente clínico.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 6):

- Paso 1: Bienvenida al espacio terapéutico y explicación de la confidencialidad.
- Paso 2: Firma del contrato terapéutico y establecimiento de acuerdos sobre horarios y dinámica de trabajo.
- Paso 3: Inicio de la entrevista semiestructurada abordando antecedentes familiares, historia de consumo y eventos significativos de vida.

- Paso 4: Cierre de la sesión con una síntesis de lo hablado y confirmación de la siguiente cita.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará a través de la obtención de los datos biográficos iniciales y la calidad del rapport establecido.

Carta descriptiva de la sesión 2

Tabla 6

Carta descriptiva de la sesión 2

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Bienvenida y firma de contrato terapéutico	Contrato impreso	15 minutos
	Desarrollo	Entrevista semiestructurada de historia de vida	Guía de entrevista	35 minutos
	Cierre	Resumen de la sesión y cierre	No aplica	5 minutos

Sesión 3. Tema de la Sesión: Entrenamiento en autoinstrucciones.

Título de la sesión: Autorregulación Conductual.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Fomentar el entrenamiento en autoinstrucciones para mejorar el control de impulsos.

Recursos y materiales: Hojas blancas, plumones, ejemplos de situaciones de conflicto.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 7):

- Paso 1: Saludo inicial y revisión breve del estado emocional del paciente durante la semana.
- Paso 2: Introducción a la técnica de autoinstrucciones (parar, pensar, actuar).

- Paso 3: Modelado por parte del terapeuta de resolución de problemas con calma e imitación por parte del paciente de conductas asertivas.
- Paso 4: Cierre con una reflexión sobre la utilidad de la técnica en situaciones cotidianas de riesgo.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará mediante la capacidad del paciente para replicar los pasos de la auto instrucción en un juego de rol.

Tabla 7

Carta descriptiva de la sesión 3

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Saludo y revisión de tareas	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Entrenamiento en autoinstrucciones e imitación asertiva	Ejemplos impresos	40 minutos
	Cierre	Retroalimentación de la técnica aprendida	No aplica	10 minutos

Sesión 4. Tema de la Sesión: Identidad y autoconcepto.

Título de la sesión: Reestructuración Cognitiva.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Abordar el narcisismo y mejorar la imagen propia del paciente.

Recursos y materiales: Libreta del paciente, bolígrafos, espejos o fotografías si aplica.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 8):

- Paso 1: Saludo y encuadre de la importancia del autoconcepto en la toma de decisiones.
- Paso 2: Ejercicio escrito: Enlistar características del yo, frente a figuras de admiración y reconocimiento de debilidades personales.
- Paso 3: Discusión sobre las discrepancias entre el yo ideal y el yo real, trabajando la aceptación.

- Paso 4: Cierre con un compromiso de autocuidado para la semana.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará a través de la profundidad del análisis realizado en la lista de características personales.

Carta descriptiva de la sesión 4

Tabla 8

Carta descriptiva de la sesión 4

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Introducción al concepto de narcisismo e imagen propia	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Listado de características del yo vs figuras de admiración	Libreta, lápiz	40 minutos
	Cierre	Conclusiones sobre la autopercepción	No aplica	10 minutos

Sesión 5. Tema de la Sesión: Vínculos afectivos primarios.

Título de la sesión: Imagen de Figuras Primarias.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Disminuir la desvalorización de los vínculos parentales y procesar emociones negativas hacia ellos.

Recursos y materiales: Hojas para expresión emocional, pañuelos desechables.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 9):

- Paso 1: Bienvenida y ejercicio de respiración para preparar el trabajo emocional.
- Paso 2: Recuento afectivo guiado de la figura primaria (madre o padre), identificando recuerdos específicos.

- Paso 3: Abordaje directo de sentimientos de rabia o envidia hacia los cuidadores, permitiendo la expresión verbal de la frustración.
- Paso 4: Cierre de contención emocional para asegurar que el paciente se retire estable.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará mediante la capacidad del paciente para identificar emociones complejas hacia sus figuras primarias sin recurrir a la negación.

Carta descriptiva de la sesión 5

Tabla 9

Carta descriptiva de la sesión 5

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Ejercicio de respiración y saludo	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Recuento de vínculos parentales, rabia y envidia	No aplica	40 minutos
	Cierre	Ejercicio de centramiento y despedida	Pañuelos	10 minutos

Sesión 6. Tema de la Sesión: Creatividad y afrontamiento.

Título de la sesión: Flexibilidad Cognitiva.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Promover la solución de problemas mediante el uso de la creatividad. Recursos y materiales: Fichas de colores, plastilina, pegamento, cartulinas.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 10):

- Paso 1: Saludo y explicación de cómo la creatividad ayuda a encontrar nuevas rutas de solución ante conflictos.
- Paso 2: Dinámica práctica utilizando materiales para la creación de proyectos innovadores o representación de soluciones a problemas personales.

- Paso 3: Exposición breve del trabajo realizado y su significado simbólico.
- Paso 4: Cierre motivacional.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará a través de la participación activa en la dinámica y la originalidad de las propuestas de solución.

Tabla 10

Carta descriptiva de la sesión 6

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Explicación del concepto de flexibilidad cognitiva	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Dinámica de creación de proyectos con materiales diversos	Plastilina, fichas	40 minutos
	Cierre	Reflexión sobre la utilidad de la flexibilidad	No aplica	10 minutos

Sesión 7. Tema de la Sesión: Proyección vincular futura.

Título de la sesión: Relaciones Interpersonales.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Proyectar objetivos vinculares a corto y largo plazo con el entorno social y familiar.

Recursos y materiales: Formatos de planes de interacción, listas de chequeo conductual.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 11):

- Paso 1: Saludo y revisión de los vínculos actuales del paciente.
- Paso 2: Elaboración de planes de interacción específicos para mejorar la comunicación familiar.
- Paso 3: Creación de listas de chequeo conductual que el paciente pueda aplicar en su hogar para monitorear sus respuestas sociales.

- Paso 4: Cierre con el establecimiento de una meta social para la próxima semana.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará mediante la congruencia y viabilidad de los planes de interacción diseñados.

Carta descriptiva de la sesión 7

Tabla 11

Carta descriptiva de la sesión 7

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Revisión de relaciones actuales	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Planes de interacción y listas de chequeo conductual	Formatos impresos	40 minutos
	Cierre	Acuerdo de metas interpersonales	Lápiz	10 minutos

Sesión 8. Tema de la sesión: Reconstrucción de redes de apoyo.

Título de la sesión: Interacción con el Medio.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Desarrollar habilidades sociales efectivas para la interacción con el entorno.

Recursos y materiales: Directorio telefónico personal, libreta de notas.

Secuencia Didáctica (ver Tabla 12):

- Paso 1: Saludo y discusión sobre la importancia de las redes de apoyo en la recuperación.
- Paso 2: Elaboración de guías de interacción específicas para reconstruir vínculos fracturados y establecer nuevos contactos saludables.
- Paso 3: Ensayo de habilidades de comunicación asertiva mediante simulación.
- Paso 4: Cierre con la validación de los avances logrados en el programa.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará a través de la elaboración de la guía de interacción y la ejecución del ensayo conductual.

Carta descriptiva de la sesión 8

Tabla 12

Carta descriptiva de la sesión 8

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Identificación de contactos clave	Libreta	10 minutos
	Desarrollo	Elaboración de guías de interacción y reconstrucción	No aplica	40 minutos
	Cierre	Resumen de habilidades sociales reforzadas	No aplica	10 minutos

Sesión 9. Tema de la Sesión: Evaluación de resultados finales.

Título de la sesión: Evaluación Post-test.

Duración de la sesión: 60 minutos.

Objetivo de la sesión: Medir los cambios obtenidos en apego e impulsividad tras la intervención.

Recursos y materiales: ASQ, BIS-11, bolígrafos.

Secuencia Didáctica (Ver tabla 13):

- Paso 1: Bienvenida cordial y agradecimiento por la constancia del paciente en el programa.
- Paso 2: Reaplicación de los instrumentos psicométricos ASQ y BIS-11 para obtener datos comparativos.
- Paso 3: Breve recuento de los logros observados durante las sesiones anteriores.
- Paso 4: Cierre formal del proceso terapéutico y despedida.

Evaluación de la Sesión: Se evaluará mediante la finalización correcta de las pruebas psicológicas post-test.

Tabla 13

Carta descriptiva de la sesión 9

Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje	Momentos de la sesión	Actividades	Recursos y materiales	Tiempo
	Inicio	Saludo y agradecimiento por participación	No aplica	10 minutos
	Desarrollo	Reaplicación de ASQ y BIS-11	No aplica	40 minutos
	Cierre	Recuento de logros y cierre del proceso	No aplica	10 minutos

6.2 Análisis de las sesiones de la intervención psicoterapéutica

Con la finalidad de comprender a profundidad el curso vivencial, clínico y procesual de la intervención, a continuación se desglosa el análisis cualitativo y sistemático de las sesiones que conformaron el protocolo psicoterapéutico residencial. Este apartado devela de manera detallada la trayectoria idiográfica de los participantes, registrando no solo sus respuestas técnicas ante las estrategias cognitivo-conductuales, sino fundamentalmente las vicisitudes de su mundo interno, sus resistencias defensivas y el esfuerzo genuino de sus Yo por asimilar nuevas herramientas de autorregulación frente al sufrimiento relacional y comórbido. Lejos de reducir el espacio clínico a una aplicación mecánica de técnicas, la crónica de cada sesión permite examinar el desarrollo de la alianza terapéutica y el modo en que el encuadre funcionó como un espacio transicional seguro e indispensable para que los adultos jóvenes logaran transitar paulatinamente del impulso y el *acting out* hacia la palabra y la mediación reflexiva. De este modo, se da apertura a la reconstrucción cualitativa de este proceso, iniciando con el encuentro evaluativo fundamental:

6.2.1 Sesión 1: Evaluación y Diagnóstico (MMPI-2)

En esta sesión inicial, el proceso se constituyó por la aplicación del MMPI-2 mediante soporte informático bajo supervisión, el cual fue empleado exclusivamente como instrumento de tamizaje y criterio de inclusión para identificar y seleccionar a los participantes que presentaran el perfil de rasgos de personalidad antisocial necesarios para el estudio.

- FCB: Se mostró cooperativa aunque hiper-analítica y vigilante ante el encuadre; cuestionó abiertamente la intención de los reactivos al preguntar para qué querían saber sobre su familia, lo que reflejó una racionalización defensiva.
- AMC: Presentó una actitud rígida, con una postura de control y superioridad intelectual; intentó "adivinar" la respuesta correcta para proyectar un ajuste social diciendo que sabía perfectamente cómo funcionaba ese perfil.
- EVO: Manifestó un afecto aplanado y una fatiga evidente, mostrando una marcada constricción emocional al expresar que, aunque se sentía cansada, debía terminar la prueba.
- EHN: Tuvo una conducta pasiva y sumisa, requiriendo validación constante para avanzar y preguntando si lo que ponía estaba bien por miedo a equivocarse, evidenciando dependencia hacia el evaluador.
- GMS: Presentó inquietud motora y una actitud cooperativa pero con baja tolerancia a la tarea; expresó aburrimiento por la duración, reflejando impulsividad y búsqueda de gratificación.

6.2.2 Sesión 2: Entrevista Inicial y Rapport

El propósito fue establecer el encuadre terapéutico y recopilar la historia de vida, centrándose en los vínculos primarios a través de la escucha activa para identificar focos de conflicto.

- FCB: Externalizó una ira pasiva con un discurso fluido pero defensivo; explicó que todos acumulan ira y que ella buscaba que la cuidaran y respetaran ante el abandono paterno.
- AMC: Se mantuvo distante y calculador, describiendo eventos hostiles sin afecto; relató que su familia sustituyó su ausencia con medios económicos y confesó que llegó a tener deseos de matarlos a todos con gas.
- EVO: Mostró una vulnerabilidad contenida y evitó el contacto visual al hablar del trauma; refirió que el consumo funcionaba como una anestesia para poder dormir tras el secuestro y abuso sufrido.
- EHN: Con un tono de voz bajo, relató su historia como un espectador; admitió que le han resuelto todo en la vida y que le resulta cómodo que tomen decisiones por él porque se siente inválido.
- GMS: Se mostró risueño y honesto, manifestando un arrepentimiento genuino hacia su padre; reconoció que consumió por adrenalina pero que le falló a su padre, a quien considera su única base segura.

6.2.3 Sesión 3: Autorregulación Conductual (Autoinstrucciones)

Se trabajó en el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum para fomentar la mediación entre el impulso y la acción, utilizando el modelado de asertividad.

- FCB: Logró identificar el surgimiento de su ira, aunque admitió dificultad para frenar la réplica verbal; reconoció la necesidad de aprender a pausar antes de "decir sus verdades" por no prever consecuencias graves.
- AMC: Mostró resistencia al modelado y minimizó sus actos antisociales; argumentó que sus conductas no eran fallas de regulación sino "atajos inteligentes", aunque aceptó la necesidad de ser asertivo para no ser atrapado.

- EVO: Logró conectar con sensaciones corporales de angustia; aplicó la técnica tratando de decirse a sí misma "estoy a salvo, esto va a pasar" en lugar de recurrir al alcohol para apagar las pesadillas.
- EHN: Manifestó una dificultad extrema para proponer soluciones autónomas; tras solicitar inicialmente que se le dijera qué hacer, intentó el compromiso de resolver sus asuntos económicos por cuenta propia.
- GMS: Estuvo involucrado en la dinámica y visualizó metas fuera del consumo; ante el deseo de consumir (craving), intentó enfocarse en recuperar su "chispa" en lugar de la adrenalina de la calle.

6.2.4 Sesión 4: Reestructuración Cognitiva (Narcisismo e Imagen Propia)

El objetivo fue abordar el narcisismo defensivo y la distorsión de la imagen personal mediante el enlistado del "Yo" frente a figuras de admiración.

- FCB: Descubrió que su ideal de "libertad" funcionaba como una coraza ante la responsabilidad; reconoció que su perfil analítico era una excusa para no hacerse cargo de sus errores.
- AMC: Experimentó tensión al confrontar su "Yo Grandioso" y enlistar debilidades; admitió que usa la mentira y la soberbia como protección contra el rechazo.
- EVO: Trabajó en la reconstrucción de su identidad tras la victimización; expresó que no es solo el trauma del secuestro, sino que trabaja para volver a ser una mujer autónoma y madre.
- EHN: Luchó contra su creencia nuclear de invalidez; comenzó a entender que no requiere una protección femenina constante para poder sobrevivir en el exterior.
- GMS: Aceptó su papel en la recuperación; manifestó el deseo de recuperar su parte alegre y productiva, reconociendo el cambio sufrido por la droga.

6.2.5 Sesión 5: Imagen de Figuras Primarias (Rabia y Envidia)

Se buscó procesar afectos hostiles y disminuir la desvalorización de los vínculos parentales mediante el recuento afectivo de la figura primaria.

- FCB: Presentó llanto de rabia al reclamar la falta de límites maternos e invasión paterna, identificando ahí el origen de su ira pasiva.
- AMC: Describió a su madre como un objeto de control económico; señaló que sus padres creían que el dinero podía sustituir el contacto físico que nunca tuvieron.
- EVO: Analizó la codependencia con su madre; reconoció el círculo de dependencia mutua donde ella no se responsabiliza para que su madre acuda a salvarla.
- EHN: Verbalizó resentimiento por el aislamiento físico sufrido en su infancia (encierro); expresó que esa falta de amigos en el pasado lo lleva a rechazar a los demás en la actualidad.
- GMS: Manifestó una culpa persistente al ver a su padre como una figura de autoridad perdida; reiteró que sus padres son su única base segura y que le angustia haberlos decepcionado.

6.2.6 Sesión 6: Flexibilidad Cognitiva (Creatividad y Solución de Problemas)

Se promovió la solución de problemas mediante el pensamiento lateral y dinámicas creativas con diversos materiales.

- FCB: Se mantuvo concentrada y planeó un negocio de uñas como meta económica; lo consideró una forma de obtener ingresos sin recurrir a la impulsividad o situaciones de riesgo previas.
- AMC: Mostró una actitud perfeccionista al crear un proyecto técnico detallado; explicó que la mezcla de colores para resolver la falta de materiales fue un ejercicio de resolución de conflictos.

- EVO: Superó una frustración inicial de manera autónoma; tras crear un proyecto culinario simbólico, aprendió que puede realizar ajustes ante los fallos sin explotar emocionalmente.
- EHN: Generó por primera vez una idea de empleo sin ayuda de su familia; planteó la posibilidad de trabajar en ventas por cuenta propia sin depender de las gestiones de sus parientes.
- GMS: Visualizó un ocio saludable alejado de la sustancia, imaginando que recuperaba su vitalidad a través de actividades que disfrutaba antes del consumo de crack.

6.2.7 Sesión 7: Relaciones Interpersonales (Objetivos Familiares)

El objetivo fue la proyección de objetivos vinculares y el establecimiento de límites conductuales claros en el núcleo familiar.

- FCB: Se mostró decidida a establecer límites de comunicación con su madre; expresó la necesidad de tener espacio personal y metas propias para abandonar su zona de confort.
- AMC: Adoptó una actitud más asertiva al redactar una guía para interactuar con socios y con su madre, reconociendo errores de forma directa sin manipular.
- EVO: Se sintió motivada por el vínculo con su hijo; expresó el deseo de recuperar su lugar de madre y prepararse para hablar con él sin que la culpa la bloquee.
- EHN: Manifestó miedo a recaer en la dependencia; elaboró una lista de control para evitar que su pareja tome decisiones por él tras el egreso de la clínica.
- GMS: Valoró la lealtad grupal positiva; manifestó el deseo de recuperar a sus amigos que no consumen y abandonar definitivamente la adrenalina de la calle.

6.2.8 Sesión 8: Interacción con el Medio (Habilidades Sociales)

Se desarrollaron habilidades sociales y asertividad mediante técnicas de role-playing en situaciones de riesgo.

- FCB: Practicó la asertividad para decir "no" ante propuestas de explotación; comprendió que su valor personal no depende de la valoración de hombres externos.
- AMC: Se esforzó por reducir la soberbia en la interacción grupal; intentó establecer vínculos donde no solo buscara utilidad personal, sino una convivencia genuina.
- EVO: Logró una apertura empática con sus pares en la clínica; superó su resistencia inicial a hablar, comenzó a escuchar a los demás y se sintió integrada al grupo.
- EHN: Ensayó entrevistas laborales con autonomía; expresó que, aunque se siente raro actuar sin el respaldo familiar, se percibe capaz de hablar por sí mismo.
- GMS: Se mostró orientado al emprendimiento, planeando utilizar su carisma para su negocio y sus estudios en lugar de emplearlo en conductas de riesgo.

6.2.9 Sesión 9: Evaluación Post-test y Cierre

Esta sesión final se centró en la medición de cambios en apego e impulsividad y en el cierre formal del proceso terapéutico.

- FCB: Se observó visiblemente más tranquila y conectada emocionalmente, registrando un incremento significativo en el apego seguro y expresando gratitud por el espacio.
- AMC: Mostró una actitud de reflexión y menor rigidez; presentó una disminución en la evitación y logró una transición exitosa a la modalidad de "medio camino".
- EVO: Manifestó resiliencia y estabilidad en sus indicadores de impulsividad; expresó tener fuerza para continuar con su terapia externa sin volver a anestesiarse emocionalmente.
- EHN: Adoptó una postura física más erguida y mostró gratitud; reportó estar listo para asumir sus responsabilidades económicas tras el fortalecimiento de su vínculo interno.
- GMS: No se pudo completar su evaluación final debido a su baja por deserción voluntaria de la institución antes de concluir el proceso.

Capítulo VII. Fase IV: Evaluación final y análisis

Tras haber establecido la línea base diagnóstica (Fase II) y haber implementado el protocolo de intervención cognitivo-conductual residencial (Fase III), este apartado tiene como objetivo evaluar de manera psicométrica y clínica las transformaciones, flexibilizaciones o reorganizaciones acontecidas en las estructuras de personalidad, los estilos de apego y los niveles de impulsividad de los participantes a partir de la acción del espacio terapéutico.

Para garantizar el rigor metodológico del estudio, el análisis comparativo se articula de forma intra-sujeto, contrastando los puntajes cuantitativos obtenidos en el pre-test frente a los resultados alcanzados en el post-test a través de los tres instrumentos estandarizados aplicados (MMPI-2, ASQ y BIS-11). Es imperativo recordar que, en estricta consonancia con lo reportado previamente, este escrutinio comparativo y cualitativo se centra exclusivamente en el seguimiento longitudinal de las dimensiones representadas en el muestreo de criterios de los participantes que concluyeron satisfactoriamente el protocolo residencial (FCB, AMC, EVO y EHN), debido a la deserción institucional voluntaria del participante GMS. A través de esta triangulación de datos, se devela el alcance, las limitaciones y la efectividad del programa psicoterapéutico, dotando de evidencia científica a la propuesta de tratamiento.

A continuación, se inicia el desglose analítico de esta fase comparativa a partir de la reevaluación psicométrica de la personalidad:

7.1 Análisis Post-test del ASQ

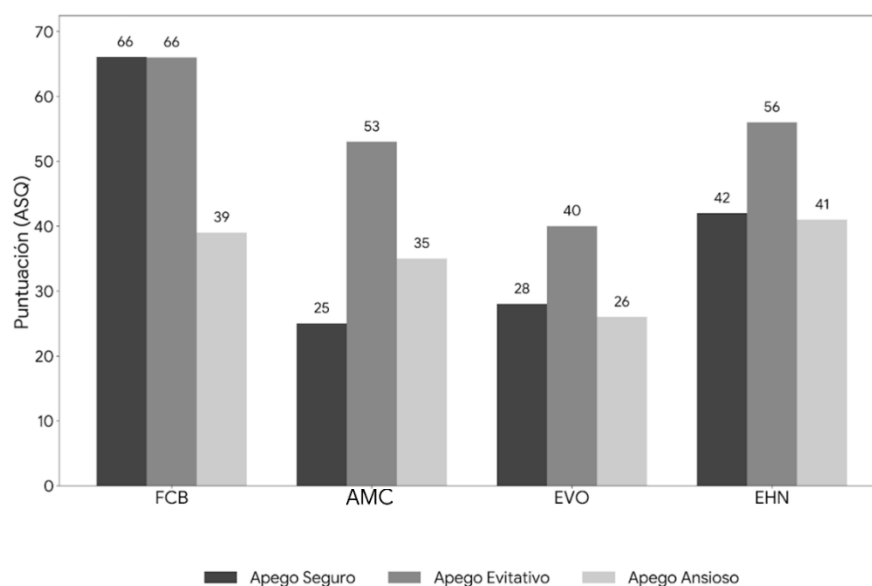
Como segundo eje fundamental para la evaluación de la eficacia del protocolo terapéutico, este apartado expone el análisis comparativo intra-sujeto de las dimensiones del estilo de apego a través del ASQ. Al concebirse el apego como un constructo dimensional basado en perfiles dinámicos de representación —y no como una métrica aditiva o promedios acumulativos—, este escrutinio prescinde de generalizaciones grupales y se vuelca de manera

exclusiva hacia la configuración interna de cada participante tras recibir las ocho sesiones de TCC.

La reevaluación en la fase de post-test permite determinar si la estabilidad del encuadre residencial y las técnicas de reestructuración cognitiva lograron movilizar los modelos internos de la muestra (caracterizados basalmente por un predominio crítico de la vertiente inseguro-evitativa) hacia reorganizaciones vinculares de mayor seguridad y permeabilidad afectiva. Con el propósito de visualizar la interacción simultánea de las tres dimensiones (segura, evitativa y ansiosa) en cada uno de los cuatro sujetos que concluyeron el tratamiento, a continuación se presenta la matriz psicométrica integrada de cierre (ver figura 3):

Figura 4

Perfiles dimensionales individuales e integrados del estilo de apego (ASQ) en la fase de post-test



Nota. Distribución comparativa de las dimensiones de representación (seguro, evitativo y ansioso) para cada uno de los cuatro perfiles evaluados en el post-test a partir del muestreo de criterios y los baremos para población adulta mexicana.

Tras la conclusión del programa psicoterapéutico, los perfiles de cierre revelan una movilización clínica de alta relevancia: se observa una transición significativa hacia la dimensión de apego seguro, la cual logró posicionarse como la segunda escala con mayor representatividad en los sujetos. Este incremento concomitante desplazó a la dimensión de apego ansioso al último lugar de la configuración vincular en todos los participantes, reflejando una mayor capacidad para la regulación emocional y una reducción de la ambivalencia relacional. Aunque el estilo evitativo persiste como una base estructural firmemente arraigada, la intervención favoreció la flexibilización de la coraza defensiva del *Self*, promoviendo recursos funcionales para la reintegración social de cara a la modalidad de medio camino.

Una vez delimitada la configuración interna de los estilos de apego a través de la matriz psicométrica, resulta metodológicamente indispensable transitar hacia la reconstrucción cualitativa, idiográfica e individualizada de cada caso clínico. Este escrutinio micro-analítico devela el impacto procesual del protocolo, analizando cómo la reestructuración de esquemas desadaptativos y el procesamiento de la hostilidad parental permitieron reorganizar las estructuras vinculares de los participantes:

7.1.1 Caso FCB

- Seguro: Bruta: 66 | Porcentaje: 100.00% | Promedio: 6.00 (Extremo)
- Evitativo: Bruta: 66 | Porcentaje: 68.75% | Promedio: 4.13 (Severo)
- Ansioso: Bruta: 39 | Porcentaje: 50.00% | Promedio: 3.00 (Moderado)
- Interpretación clínica: El participante se consolida como el caso con la transición vincular más significativa de la muestra, logrando un incremento sustancial en su dimensión de apego seguro (pasando de un nivel Moderado de 35 puntos a un rango Extremo). Por primera vez dentro del diseño longitudinal, su puntuación de apego seguro logra superar

cuantitativamente a la dimensión evitativa. Los hallazgos sugieren que el proceso psicoterapéutico residencial propició una mayor permeabilidad y flexibilidad hacia el establecimiento del vínculo terapéutico, lo que se tradujo en una disminución de la necesidad inconsciente de instrumentalizar la evitación afectiva como su única coraza defensiva ante el entorno.

7.1.2 Caso AMC

- Seguro: Bruta: 25 | Porcentaje: 37.88% | Promedio: 2.27 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 53 | Porcentaje: 55.21% | Promedio: 3.31 (Moderado)
- Ansioso: Bruta: 35 | Porcentaje: 44.87% | Promedio: 2.69 (Moderado)
- Interpretación clínica: El participante logró una atenuación favorable en los rasgos de apego inseguro, devaluando su dimensión evitativa (de 69 a 53 puntos) y ansiosa (de 49 a 35 puntos), desplazando ambas escalas desde un rango Severo basal hacia un nivel Moderado. Clínicamente, la disminución de estas puntuaciones defensivas coincide de forma armónica con una mejora notable en sus pautas de interacción con sus pares dentro del centro clínico y con su transición exitosa hacia el esquema residencial de medio camino. Por otro lado, el descenso observado en el apego seguro (de 37 a 25 puntos) no denota un retroceso, sino que refleja el impacto del proceso de desestructuración y fisura de su Self Grandioso patológico ante la confrontación de la realidad clínica.

7.1.3 Caso EVO

- Seguro: Bruta: 28 | Porcentaje: 42.42% | Promedio: 2.55 (Moderado)
- Evitativo: Bruta: 40 | Porcentaje: 41.67% | Promedio: 2.50 (Moderado)
- Ansioso: Bruta: 26 | Porcentaje: 33.33% | Promedio: 2.00 (Leve)

- Interpretación clínica: La participante exhibe una ligera disminución cuantitativa generalizada en todas las dimensiones del instrumento (rereduciendo el apego seguro de 30 a 28 puntos y el evitativo de 44 a 40 puntos), manteniendo su perfil sin variaciones estadísticas drásticas. Esta marcada estabilidad en rangos predominantemente bajos es enteramente coherente con el diagnóstico de constricción afectiva post-traumática que atraviesa la paciente. Su evolución a lo largo del protocolo estuvo sujeta a una severa resistencia inicial directamente vinculada al impacto agudo del trauma (secuestro); no obstante, las observaciones de las bitácoras indican que a partir de la cuarta sesión la paciente comenzó a mostrar una paulatina apertura al cambio y un incremento gradual en sus respuestas empáticas y de alianza reflexiva.

7.1.4 Caso EHN

- Seguro: Bruta: 42 | Porcentaje: 63.64% | Promedio: 3.82 (Severo)
- Evitativo: Bruta: 56 | Porcentaje: 58.33% | Promedio: 3.50 (Severo)
- Ansioso: Bruta: 41 | Porcentaje: 52.56% | Promedio: 3.15 (Moderado)
- Interpretación clínica: Registra un fortalecimiento focalizado en la dimensión de apego seguro, incrementando su puntuación de 33 puntos basales (Moderado) a un nivel Severo de 42 puntos al cierre de la intervención. Este proceso de integración yoica se vio favorecido por el establecimiento de una transferencia positiva madura, espacio donde el participante logró proyectar en la figura de la terapeuta la función de cuidado, guía y contención ejecutiva que le fue crónicamente negada durante su experiencia de encierro infantil. Al igual que el caso AMC, este incremento psicométrico prosocial respalda clínicamente su viabilidad pronóstica actual, encontrándose en pleno proceso de reinserción social bajo la modalidad institucional de medio camino.

Con la finalidad de comprender las transformaciones afectivas profundas acontecidas en los modelos internos de representación de los participantes, a continuación se presenta la matriz comparativa y evolutiva de sus estilos de apego. A través del ASQ, se contrastan las puntuaciones basales obtenidas en la fase diagnóstica frente a los resultados alcanzados al cierre del protocolo psicoterapéutico residencial, explorando los movimientos intra-sujeto en las dimensiones segura, evitativa y ansiosa. Más allá de un frío reporte aritmético, este desglose metodológico organiza de forma integrada las trayectorias representadas a partir del muestreo de criterios; esto nos permite rescatar el valor analítico y humano de sus procesos, observando en qué medida el espacio clínico facilitó la apertura hacia la confianza básica y la seguridad relacional, o bien, si las dimensiones evaluadas reflejan la necesidad de mantener activos los escudos y corazas defensivas como una estrategia de supervivencia necesaria para protegerse ante el miedo crónico a quedar vulnerables o ser heridos nuevamente (ver Tabla 14).

Tabla 14

Matriz Comparativa y Evolución de los Estilos de Apego (ASQ)

Participante	Dimensión	Pre-test(Bruta / % / Nivel)	Post-test(Bruta / % / Nivel)	Diferencia(Bruta)	Dirección del Cambio	Síntesis Interpretativa Clínica
CASO FCB	Apego Seguro	35 / 53.03% / 3.18	66 / 100.00% / 6.00	+31	Positivo (Incremento)	Apertura significativa hacia la alianza terapéutica y flexibilización adaptativa del Yo.
		(Moderado)	(Extremo)*			
		61 / 63.54% / 3.81	66 / 68.75% / 4.13			
	Apego Evitativo	37 / 47.44% / 2.85	39 / 50.00% / 3.00	+2	Estable (Rigidez)	Persistencia de la coraza defensiva primaria ante el temor crónico a la vulnerabilidad.
		(Severo)	(Severo)			
	Apego Ansioso	(Moderado)	(Moderado)			• Sin variaciones de impacto clínico; mantiene niveles controlados de angustia relacional.

Participante	Dimensión	Pre-test(Bruta / % / Nivel)	Post-test(Bruta / % / Nivel)	Diferencia(Bruta)	Dirección del Cambio	Síntesis Interpretativa Clínica
CASO AMC	Apego Seguro	37 / 61.36% / 3.36	25 / 37.88% / 2.27	-12	Clínico / Esperado	Refleja la crisis y desestructuración necesaria del Self Grandioso
		(Moderado)	(Moderado)		(Decremento)	patológico ante el encuadre.
	Apego Evitativo	69 / 71.88% / 4.31	53 / 55.21% / 3.31	-16	Positivo	Disminución de la distancia afectiva y mejoría en la convivencia con pares comunitarios.
		(Severo)	(Moderado)		(Decremento)	
	Apego Ansioso	49 / 62.82% / 3.77	35 / 44.87% / 2.69	-14	Positivo	Atenuación de la ansiedad relacional e
		(Severo)	(Moderado)		(Decremento)	instrumentalización del entorno para validación.
CASO EVO	Apego Seguro	30 / 45.45% / 2.73	28 / 42.42% / 2.55	-2	Estable	Persistencia del aplanamiento vincular secundario a la constricción post-traumática.
		(Moderado)	(Moderado)			
	Apego Evitativo	44 / 45.83% / 2.75	40 / 41.67% / 2.50	-4	Estable	Mantenimiento del bloque defensivo agudo orientado a silenciar el dolor psíquico del trauma.
		(Moderado)	(Moderado)			
	Apego Ansioso	27 / 34.62% / 2.08	26 / 33.33% / 2.00	-1	Estable	Sostiene la inhibición general de las respuestas afectivas y de alerta interpersonal.
		(Leve)	(Leve)			
CASO EHN	Apego Seguro	33 / 50.00% / 3.00	42 / 63.64% / 3.82	+9	Positivo	Fortalecimiento vincular prosocial favorecido por el desarrollo de una transferencia positiva.
		(Moderado)	(Severo)		(Incremento)	
	Apego Evitativo	50 / 52.08% / 3.13	56 / 58.33% / 3.50	+6	Estable	Ligero incremento defensivo compensatorio ante el proceso de transición al medio camino.
		(Moderado)	(Severo)		(Rigidez)	
	Apego Ansioso	42 / 53.85% / 3.23	41 / 52.56% / 3.15	-1	Estable	Persistencia de la estructura inseguro-dependiente y

Participante	Dimensión	Pre-test(Bruta / % / Nivel) (Moderado)	Post-test(Bruta / % / Nivel) (Moderado)	Diferencia(Bruta)	Dirección del Cambio	Síntesis Interpretativa Clínica búsqueda de figuras de apoyo.
CASO EHN	Apego Seguro	27 / 40.91% / 2.45 (Moderado)	Sin datos	--	No aplica	Egreso no programado por deserción voluntaria del tratamiento residencial. Se imposibilita el contraste longitudinal; se retienen únicamente sus indicadores basales.
	Apego Evitativo	47 / 48.96% / 2.94 (Moderado)	Sin datos	--	No aplica	Rompe el seguimiento clínico antes de la conclusión del protocolo de intervención.
	Apego Ansioso	20 / 25.64% / 1.54 (Leve)	Sin datos	--	No aplica	

En el análisis comparativo de los resultados pre-test y post-test del ASQ se identifican distintas formas en que los participantes evolucionaron en su manera de relacionarse durante el tratamiento. Estas configuraciones permiten comprender cómo se abrieron a confiar en los demás o cómo, por el contrario, recurrieron a sus protecciones habituales para lidiar con el entorno de la clínica. A partir de este seguimiento longitudinal de la muestra, se consolidan las siguientes tipologías de respuesta afectiva y vincular:

Una primera tipología se define como apertura inicial al vínculo con permanencia de la coraza protectora, correspondiente al caso de FCB. En esta categoría, la participante muestra un incremento muy importante en su dimensión de apego seguro, logrando por primera vez posicionar esta escala por encima de sus niveles habituales de desconfianza. Clínicamente, este movimiento nos habla de que el espacio de la clínica y la relación con la terapeuta fueron percibidos como un refugio seguro, permitiéndole bajar la guardia y colaborar activamente en su

proceso. Sin embargo, su apego evitativo no disminuyó, manteniéndose en niveles severos. Esto nos indica que, aunque FCB empezó a experimentar la seguridad de confiar en alguien, su necesidad de protegerse sigue muy activa bajo la superficie, operando como un escudo o coraza defensiva frente al miedo profundo de volver a ser herida o quedar vulnerable.

La segunda tipología se identifica como crisis de la autosuficiencia y confrontación con la vulnerabilidad, observada exclusivamente en el perfil de AMC. A diferencia de los otros casos, este participante redujo notablemente sus puntuaciones de desconfianza y distancia relacional (apego evitativo y ansioso), pasando de niveles severos a moderados. Este cambio se reflejó de manera muy favorable en una mejor convivencia con sus compañeros dentro de la clínica y en su transición exitosa al esquema de medio camino. Por otro lado, su puntuación de apego seguro experimentó una caída. Lejos de ser un retroceso, esta disminución representa un paso humano y necesario en su proceso: al empezar a desmontar su fachada de no necesitar a nadie y su aparente autosuficiencia, el tratamiento lo confrontó con la cruda realidad de su soledad y su fragilidad, un dolor indispensable para poder construir relaciones más verdaderas y honestas en el futuro.

Una tercera tipología corresponde al congelamiento emocional como mecanismo de supervivencia ante el trauma, visible de forma nítida en el caso de EVO. Esta categoría se caracteriza por la inmovilidad de sus perfiles relacionales, los cuales se mantuvieron en rangos bajos sin grandes variaciones entre el pre y el post-test. La evolución de este caso refleja el profundo impacto de la violencia extrema vivida por la paciente (secuestro). El dolor fue tan devastador que generó un efecto de protección o congelamiento en su mundo afectivo para evitar quebrarse. Aunque en las bitácoras cualitativas se observó que la paciente empezó a mostrar mayor empatía y apertura a partir de la cuarta sesión, las ocho sesiones del tratamiento resultaron insuficientes para sanar una herida relacional tan profunda, obligándola a mantener cierta distancia afectiva como una estrategia de supervivencia orientada a silenciar su sufrimiento.

Finalmente, la cuarta tipología se define como búsqueda de seguridad apoyada en una figura de guía y cuidado, representada por el caso de EHN. Esta respuesta al tratamiento se caracteriza por un fortalecimiento progresivo de su apego seguro, acompañado de un ligero incremento en sus conductas de protección al acercarse el momento de salir de la clínica. La historia de vida de EHN marcada por el encierro infantil y la falta de cuidado familiar explica que encontrara en la figura de la terapeuta la guía y el apoyo afectivo que le hicieron falta en su niñez, permitiéndole asimilar recursos para controlar mejor sus impulsos físicos. Sin embargo, la persistencia de su inseguridad nos advierte que este avance depende mucho del apoyo externo que recibe, existiendo el riesgo de que, al volver a un entorno familiar sin estructura, tienda a buscar figuras salvadoras en quienes delegar su propia autonomía en lugar de hacerse cargo de sí mismo.

7.2 Análisis Post-test de la BIS-11

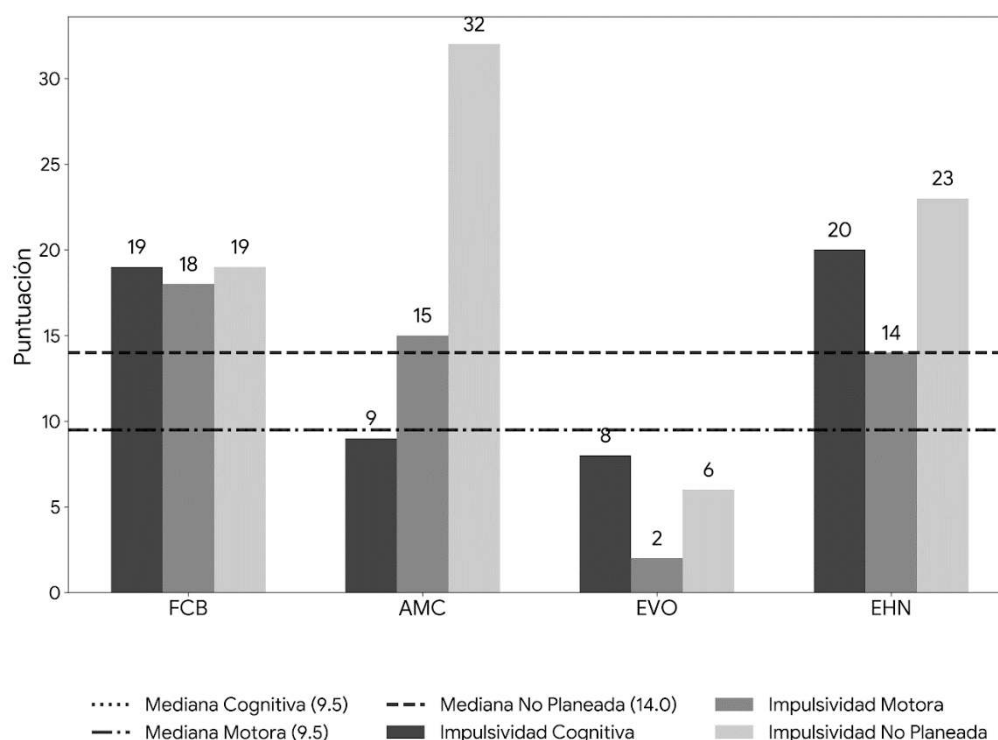
Como tercer componente metodológico para la evaluación de la eficacia cuali-cuantitativa del protocolo residencial, este apartado aborda el análisis comparativo intra-sujeto de las dimensiones factoriales de la BIS-11. La reevaluación mediante este instrumento en la fase de post-test resulta fundamental para examinar si las estrategias de modificación de conducta, el entrenamiento en autoinstrucciones cognitivas y las técnicas de solución de problemas aplicadas a lo largo de las sesiones residenciales lograron fortalecer las funciones ejecutivas y consolidar los recursos de contención yoica de los participantes.

En estricta consonancia con la ruta analítica adoptada en el pre-test, se omite el uso de sumatorias totales que enmascaran las asimetrías del control inhibitorio, volcando el escrutinio de cierre de manera exclusiva hacia la interacción dinámica de las subescalas cognitiva, motora y de planeación en los perfiles representados a partir del muestreo de criterios que concluyeron

satisfactoriamente el protocolo. Con el propósito de evaluar el impacto diferencial del tratamiento sobre cada una de estas dimensiones en la fase de cierre, a continuación se presenta la matriz tridimensional pormenorizada de la muestra (ver Figura 4):

Figura 5

Resultados comparativos factoriales (Pre-test vs. Post-test) de las subescalas de la BIS-11



Nota. Comparación intra-sujeto de las variaciones acontecidas en las dimensiones cognitiva, motora y no planeada tras la ejecución del bloque terapéutico cognitivo-conductual.

Una vez delimitada la distribución dimensional del grupo, se procedió a realizar el desglose idiográfico, micro-analítico e individualizado de cada caso clínico. En el marco del diseño mixto explicativo (DEXPLIS), las puntuaciones obtenidas en el post-test permiten objetivar cómo la flexibilización de los esquemas y el fortalecimiento de la autorregulación impactaron directamente en la economía psíquica de cada participante.

Al contrastar las dos mediciones, se observa un desplazamiento general de la muestra hacia puntuaciones más bajas en las manifestaciones conductuales directas (área motora), aunque persiste una resistencia al cambio en las áreas cognitivas y de planificación. Este fenómeno sugiere que, si bien existe un proceso de toma de conciencia o regulación inicial promovido por el encuadre residencial, la estructura de personalidad antisocial o dependiente mantiene una base de impulsividad internalizada como rasgo central de su economía psíquica:

7.2.1 Caso FCB

En la evaluación final, FCB obtuvo un puntaje total de 56 puntos, lo que la sitúa en un nivel de impulsividad moderada. Este resultado refleja una distribución notablemente homogénea entre sus dimensiones: impulsividad cognitiva (19), no planeada (19) y motora (18).

Clínicamente, este perfil sugiere que, aunque no existe una desregulación conductual severa, persiste un patrón de desadaptación general donde coexisten dificultades moderadas para la reflexión previa y la organización del pensamiento ante la tensión. En FCB, la impulsividad se manifiesta como una vulnerabilidad del yo frente a la frustración o el conflicto interpersonal; no se observa una descarga masiva a través del *acting out*, sino más bien una tendencia recurrente a resolver el malestar mediante decisiones poco elaboradas o la búsqueda de gratificación inmediata, lo que denota recursos de control presentes pero aún frágiles ante el afecto intenso.

7.2.2 Caso AMC

El participante AMC registró un puntaje total de 56 puntos, indicando una impulsividad global moderada; sin embargo, el análisis dimensional revela una configuración marcadamente asimétrica. Mientras que la impulsividad cognitiva (9) y la motora (15) se mantienen en niveles bajos —lo que sugiere una conservación de la capacidad de atención y control conductual básico—, la impulsividad no planeada (32) presenta una elevación crítica. Este hallazgo es fundamental para comprender su estructura: AMC presenta una alteración en la continuidad

temporal del yo, caracterizada por una falla severa en la capacidad de anticipación psíquica. El participante vive el conflicto desde la urgencia del presente, con una incapacidad para representar de manera estable las consecuencias futuras de sus actos. Su dificultad no radica en la explosividad inmediata, sino en la imposibilidad de estructurar su conducta en torno a metas estables, recurriendo a soluciones inmediatas frente al vacío o el malestar afectivo.

7.2.3 Caso EVO

La participante EVO obtuvo un puntaje total de 16 puntos, situándose en un rango de impulsividad muy baja. Sus resultados en las dimensiones motora (2), no planeada (6) y cognitiva (8) señalan una ausencia de descontrol impulsivo y una tendencia extrema hacia la inhibición. Desde una perspectiva clínica, este perfil no debe interpretarse necesariamente como una resolución total del conflicto, sino como la consolidación de un funcionamiento altamente inhibido o sobreadaptado. En EVO, el control prevalece sobre la descarga a través de mecanismos de hipervigilancia y constricción defensiva. El conflicto psíquico no encuentra salida a través de la actuación, sino que parece procesarse mediante una represión rígida y un control excesivo del afecto, lo que sugiere un yo que restringe su expresión para evitar el desborde emocional.

7.2.4 Caso EHN

Finalmente, el participante EHN alcanzó un puntaje total de 57 puntos, reflejando una impulsividad moderada. En este caso, el perfil se concentra principalmente en la impulsividad no planeada (23) y la cognitiva (20), mientras que la motora (14) se mantiene como la dimensión menos elevada. Este patrón indica que la problemática central de EHN no es la acción explosiva o motora directa, sino una dificultad persistente para pensar con continuidad y prever consecuencias. El participante muestra una tendencia a responder desde el presente inmediato, con tropiezos en la organización de su conducta en función de objetivos a largo plazo. Su

funcionamiento refleja que, cuando la tensión emocional se activa, el procesamiento reflexivo se ve desplazado por una urgencia de respuesta poco planificada, evidenciando que la integración de la temporalidad sigue siendo un foco de vulnerabilidad clínica.

7.2.5 Caso GMS

Debido a la deserción voluntaria del participante de la institución residencial antes de concluir el programa de ocho sesiones, no se cuenta con datos de post-test para la escala BIS-11. Por lo tanto, su análisis se restringe a los indicadores diagnósticos iniciales reportados en el pre-test (Capítulo IV) .

La comparativa cuantitativa factorial devela que la impulsividad en estos participantes no es un síntoma aislado, sino una manifestación directa de la fragilidad del *Self*. Exceptuando a EVO, cuya puntuación refleja una inhibición patológica post-traumática, el resto de la muestra sigue manifestando ejecuciones que superan los umbrales clínicos basales.

Como concluyen Coderch y Kernberg, la modificación de la impulsividad en organizaciones de personalidad con rasgos antisociales es un proceso lento y procesual, ya que el paciente debe aprender a depositar su confianza en un objeto interno bueno antes de poder renunciar al control omnipotente o a la transgresión normativa como mecanismos de defensa primarios. Los resultados del post-test evidencian los primeros logros orientados a la contención motora, pero la persistencia de la desregulación cognitiva y de la falta de planeación advierte sobre la necesidad imperativa de continuar trabajando profundamente en la capacidad de mentalización, previsión y tolerancia a la frustración de estos sujetos de cara a su reintegración social.

Con el propósito de evaluar de manera directa el impacto del protocolo de intervención cognitivo-conductual sobre la capacidad de autorregulación de los participantes, a continuación se expone el análisis comparativo y longitudinal de sus niveles de impulsividad. Mediante el uso

de la BIS-11, se contrastan las respuestas diagnósticas basales frente a los resultados obtenidos al cierre de las sesiones residenciales, explorando detalladamente los movimientos intra-sujeto acontecidos en las subescalas motora, cognitiva y de planeación. Más allá de una fría lectura aritmética, la matriz descriptiva que se presenta a continuación organiza de forma integrada las trayectorias representadas a partir del muestreo de criterios; esto permite observar cualitativamente el esfuerzo analítico por consolidar recursos internos de contención y examinar en qué medida el lenguaje y la mediación reflexiva lograron ganar terreno frente a la urgencia del impulso y el *acting out* (ver Tabla 15).

Tabla 15

Matriz Comparativa y Evolución de los Niveles de Impulsividad (BIS-11)

Caso	Pretest:	Postest:	Diferencias cuantitativas	Cambios positivos	Cambios negativos	Interpretación clínica
FCB	57	56	Puntaje total: -1 punto (cambio mínimo) Cognitiva: 18 a 19 (+1) Motora: 21 a 18 (-3) No planeada: 17 a 19 (+2)	Disminución en impulsividad motora (-3): - menor acting out - mejor inhibición conductual	Aumento en impulsividad cognitiva y no planeada: - mayor dificultad en reflexión y planificación	El caso muestra una reorganización del modo de impulsividad, más que una mejoría estructural. - disminuye la descarga conductual - aumenta la desregulación interna (pensamiento / anticipación)
AMC	66	56	Puntaje total: -10 puntos (mejoría significativa) Cognitiva: 14 a 9 (-5) Motora: 25 a 15 (-10) No planeada: 26 a 32 (+6)	Disminución importante en impulsividad motora - reducción del acting out Disminución cognitiva - mayor control reflexivo	Incremento significativo en impulsividad no planeada - mayor desorganización en anticipación	Se observa una mejoría conductual importante, pero con persistencia estructural del problema: - el sujeto deja de actuar impulsivamente, pero no logra organizar su conducta en el tiempo Esto sugiere: contención externa (tratamiento) sin internalización plena de regulación
EVO	29	19	Puntaje total: -13 puntos (disminución marcada)	Reducción muy importante en impulsividad	Ligero aumento cognitivo (no clínicamente relevante)	Este no es un cambio linealmente positivo. - hay disminución de impulsividad, pero:

Caso	Pretest:	Posttest:	Diferencias cuantitativas	Cambios positivos	Cambios negativos	Interpretación clínica
			Cognitiva: 7 a 8 (+1) Motora: 11 a 2 (-9) No planeada: 11 a 6 (-5)	motora - inhibición conductual fuerte Reducción en no planeada - mayor control conductual		- posible incremento en inhibición defensiva Esto sugiere: • pasó de regulación impulsiva a control rígido • posible sobreadaptación o retraimiento
EHN	62	57	Puntaje total: -5 puntos (mejoría moderada) Cognitiva: 19 a 20 (+1) Motora: 22 a 14 (-8) No planeada: 21 a 23 (+2)	Disminución importante en impulsividad motora - menor acting out	Incremento en impulsividad cognitiva Incremento en impulsividad no planeada	Se observa patrón similar a AMC: - mejora conductual - persistencia de desorganización interna Esto indica: contención del acto pero no elaboración del conflicto
GMS	73	No disponible (abandono)				El abandono, considerando el perfil previo (impulsividad alta), es coherente con: - baja tolerancia a la contención - dificultad para sostener procesos terapéuticos

En el análisis comparativo de los resultados pretest-post-test del BIS-11 se identifican distintas tipologías de respuesta al tratamiento, las cuales permiten comprender no solo los cambios conductuales observables, sino también las transformaciones, o su ausencia, a nivel estructural del funcionamiento psíquico.

Se observa una tipología caracterizada como mejora conductual con persistencia estructural, correspondiente a los casos AMC y EHN. En estos participantes se registra una disminución significativa en la impulsividad motora, lo que indica una reducción del *acting out* y una mayor capacidad de inhibición conductual. No obstante, este cambio no se acompaña de una mejoría en las dimensiones relacionadas con la planificación y la organización interna del

comportamiento; por el contrario, en ambos casos se mantienen o incluso incrementan las dificultades en la impulsividad no planeada y, en menor medida, en la cognitiva. Desde una perspectiva clínica, esto sugiere que el tratamiento logra contener la expresión conductual del conflicto, pero no modifica de manera sustantiva los procesos de simbolización, anticipación ni regulación afectiva. En consecuencia, el conflicto psíquico persiste, aunque su manifestación se desplaza desde la acción hacia formas menos visibles, pero estructuralmente relevantes.

Por otra parte, se identifica la tipología de reorganización sin cambio significativo, representada por el caso FCB. En este perfil, el puntaje global de impulsividad se mantiene prácticamente estable entre el pretest y el post-test; sin embargo, el análisis por dimensiones revela una redistribución interna del síntoma. Se observa una disminución en la impulsividad motora, acompañada de un incremento en la impulsividad cognitiva y no planeada. Este patrón indica que, si bien el sujeto reduce la descarga conductual directa, el conflicto no desaparece, sino que se reorganiza en niveles más internos del funcionamiento psíquico. Clínicamente, esto puede interpretarse como una modificación en la forma de expresión del malestar, sin que exista una transformación estructural del mismo.

Una tercera tipología corresponde a la inhibición defensiva o posible sobre adaptación, observada en el caso EVO. En este participante se registra una disminución marcada del puntaje total de impulsividad, particularmente en la dimensión motora, lo que podría interpretarse, en un nivel superficial, como una mejoría significativa. No obstante, este cambio puede reflejar más bien un incremento en los mecanismos de control e inhibición, dando lugar a un funcionamiento más restringido. La impulsividad no se elabora ni se transforma, sino que se contiene de manera rígida, lo cual puede implicar una reducción de la espontaneidad afectiva y una mayor tendencia a la sobre adaptación. En este sentido, el cambio no necesariamente indica resolución del conflicto, sino su encapsulamiento bajo formas defensivas más estructuradas.

Por último, se identifica la tipología de deserción o fracaso en la contención, correspondiente al caso GMS. Este participante, que presentaba un nivel elevado de impulsividad en el pretest, no completó el proceso de intervención, por lo que no se cuenta con datos de post-test. No obstante, la deserción adquiere valor clínico en sí mismo, ya que puede interpretarse como expresión de dificultades para sostener el vínculo terapéutico, baja tolerancia a la frustración o resistencia a los dispositivos de contención. Desde esta perspectiva, el abandono del proceso puede considerarse coherente con el perfil impulsivo inicial, en el que la capacidad para sostener procesos estructurantes resulta limitada.

Las tres tipologías descritas permiten concluir que el tratamiento tiene un impacto diferencial según el caso, predominando una mejoría en el nivel conductual, especialmente en la reducción del *acting out*, pero con limitaciones en la transformación de los procesos psíquicos subyacentes. Esto refuerza la comprensión de la impulsividad como un fenómeno complejo, cuya modificación requiere no solo control conductual, sino también intervención sobre los procesos de simbolización, regulación afectiva y organización del vínculo.

7.3 Análisis de la Evolución Individual de los Participantes

A partir de la triangulación metodológica del DEXPLIS que integró las métricas basales y de cierre del MMPI-2, ASQ y BIS-11 con las narrativas cualitativas y biográficas de los expedientes, se emiten las siguientes conclusiones relativas al perfil evolutivo estructurado a partir del muestreo de criterios clínicos y dimensionales:

- Caso FCB (Dictamen: Reorganización defensiva con contención psicomotora). La participante transitó de una desregulación conductual aguda vinculada al comercio sexual y consumo crónico hacia una estabilización periférica. Psicométricamente, el descenso en la impulsividad motora refleja una ganancia yoica para frenar el *acting out* inmediato. No obstante, la persistencia de niveles severos de apego evitativo, combinada con un

incremento en la impulsividad no planeada y cognitiva , concluye que la intervención operó como una reorganización del síntoma y no como una reestructuración interna; el Yo de la paciente utiliza la racionalización de la libertad y planes económicos autónomos (proyecto de estilismo) como una coraza protectora contra la angustia del desamparo y el resentimiento paterno temprano .

- Caso AMC (Dictamen: Mitigación conductual periférica con persistencia de rigidez cognitiva temporal). Representa el perfil antisocial de mayor severidad estructural y cinismo relacional de la muestra. La reducción significativa de sus puntuaciones basales de apego inseguro (evitativo/ansioso) y la disminución drástica de la impulsividad motora denotan que el encuadre residencial cognitivo-conductual fue altamente eficaz como un dique de contención externo . Sin embargo, el colapso de su puntuación de apego seguro y la elevación crítica de la impulsividad no planeada concluyen que el participante se encuentra en una fase de desestructuración defensiva de su *Self* Grandioso patológico. AMC logra inhibir la agresión sádica y los actos delictivos por conveniencia adaptativa dentro de la clínica, pero mantiene intacta la alteración en su continuidad temporal y la incapacidad para proyectar metas a futuro sin un control omnipotente inmediato .
- Caso EVO (Dictamen: Enquistamiento defensivo rígido por constricción postraumática). A diferencia del resto del grupo, la evolución de la participante devela una trayectoria psicopatológica gobernada por el trauma relacional complejo (secuestro y abuso sexual) y no por una estructura antisocial primaria. Sus puntuaciones en el post-test, marcadamente bajas en todas las dimensiones de impulsividad y estables en rangos relacionales mínimos, concluyen que el tratamiento no produjo una apertura intersubjetiva adaptativa, sino una rigidización de sus defensas de aislamiento . El complejo de salvadora y el consumo anestésico de alcohol mutaron hacia un estado de congelamiento afectivo e

hipervigilancia extrema como estrategias desesperadas del Yo para evitar la fragmentación psíquica ante la irrupción del dolor postraumático .

- Caso EHN (Dictamen: Ganancia regulatoria inicial supeditada a transferencia afectiva dependiente). Definido basalmente bajo una estructura inseguro-dependiente derivada del trauma por encierro infantil y negligencia de los cuidadores . La conclusión longitudinal sitúa a este caso con un pronóstico favorable a corto plazo, condicionado a la calidad de sus redes de apoyo. El incremento significativo en su nivel de apego seguro y el control selectivo sobre su impulsividad motora se consolidaron gracias al establecimiento de una transferencia positiva robusta, donde el participante proyectó en la figura de la terapeuta las funciones de guía y ley parental omitidas en su infancia . No obstante, el aumento correlativo de la impulsividad no planeada advierte que el sujeto aún despliega una resistencia pasiva a asumir la madurez de forma autónoma, con un riesgo latente de regresar a dinámicas de delegación de la autonomía en figuras femeninas salvadoras .
- Caso GMS (Dictamen: Interrupción por fracaso defensivo ante límites residenciales crónicos). El participante, caracterizado por una impulsividad biológica-hedonista pura y una base relacional familiar segura, no completó el protocolo residencial. Metodológicamente, su deserción voluntaria aporta una conclusión clínica de alto valor: ratifica que niveles críticos de impulsividad generalizada (cognitiva, motora y no planeada) invalidan la adherencia a los tratamientos breves tradicionales. Al carecer de un trauma vincular primario que requiriera reparación afectiva intrapsíquica, el Yo del paciente colapsó ante la baja tolerancia a la frustración y la urgencia psicomotora provocada por el *craving*, rompiendo el encuadre terapéutico para retornar a la descarga directa en el consumo y la adrenalina transgresora de la calle .

7.4 Evolución de los Estilos de Apego

La comparativa general de la Fase II (Diagnóstica) y la Fase IV (Evaluación Final) sugiere que la intervención de corte cognitivo-conductual favoreció la reestructuración de los esquemas de pensamiento vinculados a la relación con el medio. Al observar la muestra, se identifican dos tendencias claramente diferenciadas en el cierre de la intervención: por un lado, una marcada tendencia hacia la moderación de las conductas impulsivas motoras y un fortalecimiento concomitante de la dimensión de apego seguro (desplazando al apego ansioso al último lugar de la configuración relacional); y, por el otro, una tendencia minoritaria hacia la inhibición psicomotora extrema y constricción defensiva secundaria al trauma relacional agudo, donde la persistencia de la alta impulsividad no planeada advierte sobre la necesidad de un acompañamiento clínico continuado.

7.5 Síntesis comparativa (Eficacia de la intervención)

La evaluación comparativa de la eficacia del protocolo de intervención cognitivo-conductual dentro del centro residencial exige una mirada profunda e integral, que vaya más allá de una descripción aislada de las pruebas. En total sintonía con el Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS) y la lógica de nuestro trabajo, este apartado es el punto de encuentro clave donde se entrelazan nuestras variables de la investigación: los modelos de apego y vinculación (ASQ) y los mecanismos de control e impulsividad (BIS-11). El cruce de estos indicadores, revisados en un espejo de antes y después (pre-test vs. post-test), nos permite observar con claridad el nivel de flexibilidad, reorganización o resistencia al cambio que experimentó cada uno de los participantes tras las sesiones clínicas de intervención.

Desde la perspectiva teórica de la psicología clínica contemporánea y la psicopatología dinámica (Kernberg, 1987; Coderch, 1991), la eficacia de un abordaje psicoterapéutico en pacientes con policonsumo comórbido no se mide por la extinción absoluta de los rasgos de

personalidad los cuales se asumen estables y firmemente consolidados en la adultez joven, sino por la movilización de sus defensas y la ganancia en recursos de autorregulación. En la muestra estudiada, la contrastación longitudinal de la línea base frente a la evaluación de cierre devela una correspondencia directa y clínicamente significativa entre la reestructuración cognitiva de los esquemas desadaptativos y la reconfiguración vincular-motora.

El primer eje de convergencia analítica se observa en la relación existente entre la flexibilización de los rasgos antisociales (reflejada en las escalas clínicas 4 y 9 del MMPI-2) y la emergencia de la dimensión de apego seguro en el cuestionario ASQ. Al debilitarse la coraza defensiva del *Self* Grandioso patológico mediante las técnicas de reestructuración y el procesamiento de la hostilidad, los participantes experimentaron una transición psicométrica donde el apego seguro se posicionó como la segunda escala con mayor representatividad en el perfil relacional del grupo. Esta apertura hacia la confianza básica operó como un catalizador neuropsicológico directo sobre la desregulación conductual: al internalizar al entorno residencial y al espacio terapéutico como un objeto protector y un regulador externo temporal, la muestra exhibió un descenso generalizado en las manifestaciones de impulsividad motora. Esto confirma que la capacidad de mediación reflexiva y la tolerancia a la frustración se encuentran intrínsecamente ligadas a la seguridad del modelo interno de representación del otro.

No obstante, la síntesis comparativa también devela áreas de marcada resistencia estructural que blindan la coherencia interna de la tesis de cara a los capítulos posteriores. Mientras que el componente motor de la conducta transgresora cedió ante el entrenamiento en autoinstrucciones cognitivas de Meichenbaum evidenciando los primeros intentos exitosos de contención del *acting out* burdo, las dimensiones vinculadas a la impulsividad cognitiva y, de manera crítica, a la impulsividad no planeada, mantuvieron elevaciones basales o asimetrías significativas en la mayoría de los casos (como se observa de forma paradigmática en el perfil de

AMC). Clínicamente, este fenómeno devela que, si bien el encuadre residencial logra pacificar la descarga física inmediata, la estructura de pensamiento internalizada continúa operando bajo una lógica de inmediatez, intolerancia a la demora y una profunda dificultad para proyectar metas prosociales autónomas a largo plazo.

Finalmente, la eficacia del protocolo delimitó con claridad dos trayectorias clínicas diferenciadas en la economía psíquica de la muestra. Por un lado, la trayectoria de reorganización adaptativa moderada compartida por FCB, AMC y EHN, caracterizada por la ganancia en control motor externo y permeabilidad afectiva inicial frente al arraigo de sus rasgos estructurales. Por el otro, la trayectoria de profundización de la inhibición patológica post-traumática representada exclusivamente por el caso EVO; donde el protocolo terapéutico no movilizó el *Self* hacia la apertura relacional, sino que operó como un espacio de contención donde la participante decantó hacia un estado psicomotor de congelamiento afectivo e hipervigilancia rígida como mecanismo de preservación frente al trauma agudo acumulado.

Esta radiografía inter-variable de la eficacia procesual demuestra que la intervención cognitivo-conductual residencial ha logrado fisurar los mecanismos defensivos primarios de la muestra, promoviendo los primeros recursos de contención ejecutiva. Sin embargo, la persistencia de la desorganización en la planificación temporal y la rigidez de los rasgos evitativos basales advierten que la reconfiguración profunda del *Self* en personalidades antisociales y dependientes es un proceso lento que requiere una continuidad analítica.

Establecido este marco integrativo de la eficacia general del tratamiento, resulta metodológicamente indispensable transitar hacia el escrutinio pormenorizado del tercer instrumento factorial de la investigación, analizando de forma idiográfica las variaciones tridimensionales de la desregulación conductual

Capítulo VIII. Discusión de resultados

El presente capítulo constituye el núcleo interpretativo y argumentativo de esta investigación, cuyo propósito fundamental es confrontar, discutir y dotar de significado clínico profundo a los hallazgos cuali-cuantitativos obtenidos en las fases previas de evaluación. En estricta consonancia con las exigencias del Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS), este espacio trasciende la mera descripción empírica de las puntuaciones para establecer como el punto de encuentro integral donde convergen los rasgos de la personalidad (MMPI-2), los modelos internos de representación vincular (ASQ) y los mecanismos ejecutivos de impulsividad (BIS-11), articulados con la riqueza de las narrativas biográficas de los participantes. A través de esta articulación teórica y metodológica, se examinan las funciones que el rasgo antisocial y la conducta adictiva cumplen en la vida del sujeto, evaluando el impacto del protocolo cognitivo-conductual residencial y delineando las variables críticas que condicionan el pronóstico y el éxito de la reintegración social.

8.1 Factores Determinantes en la Adherencia y el Entorno Familiar

A partir del análisis integrativo de la intervención realizada, se identifican diversas variables críticas de cada caso que influyen directamente en el pronóstico, la adherencia terapéutica y la estabilidad de los cambios conductuales en pacientes con rasgos antisociales comórbidos con policonsumo. El análisis profundo e integral de la muestra exige comprender que la conducta adictiva no opera como un síntoma aislado, sino como un mecanismo compensatorio y defensivo secundario a la fragilidad estructural del *Self* y a la consolidación de modelos de apego marcadamente desadaptativos. Al enlazar los hallazgos iniciales de esta investigación donde predominó de manera absoluta el apego de tipo evitativo y una profunda desconfianza hacia el entorno surge un fenómeno clínico central para la discusión: la sustancia de consumo como un sustituto afectivo ante las fallas en los vínculos tempranos. Desde los postulados de la

psicopatología dinámica (Kernberg, 1987; Coderch, 1991), el individuo con rasgos antisociales organiza su aparato psíquico bajo la premisa de que el mundo exterior es constitutivamente hostil, persecutorio y explotador. Bajo esta lectura proyectiva, el establecimiento de un vínculo humano genuino es significado inconscientemente como un estado de vulnerabilidad intolerable, un riesgo de sometimiento o un potencial colapso narcisista que el sujeto no está dispuesto a franquear.

Ante la imposibilidad estructural de depositar su confianza en un objeto humano interno bueno, el paciente desplaza su necesidad de filiación y refugio hacia la sustancia psicotrópica. La droga se erige entonces como el objeto de apego perfecto para la economía psíquica de los rasgos antisociales por tres condiciones específicas: en primer lugar, carece de alteridad, lo que significa que no realiza demandas afectivas, no juzga, no abandona ni devela las carencias del sujeto; en segundo lugar, ofrece una predictibilidad química absoluta, otorgando una ilusión de control omnipotente sobre el propio estado emocional; y, en tercer lugar, anestesia temporalmente la angustia vacía y la ira pasiva derivadas del trauma relacional temprano.

En relación con este punto, un hallazgo central de la fase diagnóstica basal devela una marcada y absoluta prevalencia del apego evitativo severo en comorbilidad con un policonsumo de sustancias de larga evolución. Al contrastar este hallazgo, la literatura especializada señala que las personas con problemas crónicos de adicción despliegan pautas de apego inseguro-evitativo como un escudo protector, utilizando el consumo farmacológico para suprimir el dolor relacional y sustituir la falta de herramientas afectivas (Flores, 2004; Khantzian, 2017). Como autora de esta investigación, explico este fenómeno a partir de la profunda herida vincular vivida por participantes como AMC y FCB; ante la distancia o abandono de sus figuras primarias, sus Yo aprendieron que depender afectivamente de alguien era peligroso, adoptando un estilo de vida transgresor y el refugio químico en la droga como el único lazo predecible y seguro que les

permitía anestesiar el vacío de sus mundos internos sin tener que arriesgarse a ser heridos de nuevo.

Esta ecuación clínica explica por qué la adherencia al tratamiento residencial y la reestructuración conductual se tornan procesos de alta complejidad y resistencia. El protocolo psicoterapéutico cognitivo-conductual implementado no solo compite contra el síndrome de abstinencia físico, sino que desafía el principal bastión defensivo del participante: dismantelar el refugio en la sustancia implica forzar al paciente a enfrentar la cruda realidad de su aislamiento relacional y situarlo nuevamente ante la angustia de la vinculación intersubjetiva. Por lo tanto, los descensos observados en la impulsividad motora durante el post-test denotan que el encuadre clínico y el terapeuta lograron funcionar temporalmente como un dique de contención o un objeto transicional seguro, permitiendo que el sujeto renunciara parcialmente a la descarga defensiva a través del consumo y comenzara a tolerar la mediación reflexiva yoica.

Este desplazamiento vincular hacia la sustancia y la consecuente resistencia a la adherencia terapéutica no se construyen en el vacío; son el resultado directo de la internalización de un entorno familiar primario constitutivamente deficitario o invalidante. En los casos estudiados, el ambiente familiar operó como la matriz originaria donde se frustró la consolidación de un apego seguro. De acuerdo con la teoría del desarrollo del *Self* (Kernberg, 1987), cuando las figuras de cuidado primario se muestran crónicamente ausentes, hostiles o incapaces de sintonizar con las necesidades afectivas del infante, el sujeto aprende de forma adaptativa a replegarse sobre sí mismo, desarrollando la estructura desconfiada y autosuficiente que caracteriza al apego evitativo.

El desglose idiográfico de la muestra permite objetivar cómo las dinámicas particulares de cada entorno familiar determinaron la vulnerabilidad hacia el policonsumo y la rígida inmovilidad de la impulsividad. Por un lado, ambientes familiares caracterizados por la exigencia

rígida y la privación de afecto paterno propiciaron que la descarga impulsiva y la búsqueda de sensaciones operaran como un intento desesperado por obtener validación o canalizar una ira pasiva estructuralmente silenciada en el hogar. Por otro lado, entornos configurados bajo dinámicas de sobreprotección asfixiante combinada con negligencia (madres protectoras pero inconsistentes) fomentaron una severa falla en la consolidación de la autonomía adulta, perpetuando una impulsividad no planeada donde el sujeto busca en la sustancia un sustituto que mitigue su incapacidad para regularse por sí mismo de forma independiente.

En consonancia con lo anterior, los resultados revelan que las dinámicas familiares disfuncionales arcaicas (como el encierro infantil en el caso de EHN o la frialdad material en el caso de AMC) condicionaron de forma directa las pautas de desadaptación adultas. La literatura contemporánea en terapia de esquemas sustenta que las experiencias de invalidación y descuido afectivo temprano cristalizan en el infante Esquemas Tempranos Desadaptativos de abandono y desconfianza, los cuales operan en la adultez como verdaderos lentes rígidos a través de los cuales se sabotea cualquier intento de alianza o adaptación prosocial (Young, 2003). Explicamos este hallazgo bajo la premisa de que los entornos familiares de origen de estos jóvenes nunca funcionaron como una base segura estable; por lo tanto, el consumo problemático y la hostilidad defensiva surgieron en ellos no por un deseo delictivo innato, sino como un grito desesperado de resistencia pasiva frente a un pasado que los privó de libertad, de palabras y de espejos emocionales sanos para aprender a regular sus vidas.

Por consiguiente, el entorno familiar no solo determina la génesis del trastorno, sino que se formula como una variable crítica durante el proceso residencial y post-residencial. El éxito o fracaso de la reintegración social posterior y el riesgo latente de recaídas se encuentran directamente vinculados a la permeabilidad de la dinámica familiar: si el sistema familiar persiste en perpetuar los mismos patrones de hostilidad, codependencia o invalidación que dieron origen

al *Self* Grandioso patológico, los avances regulatorios alcanzados por el paciente en el entorno residencial se verán severamente amenazados. La intervención cognitivo-conductual residencial logra sustituir de forma transitoria las funciones de contención ejecutiva que la familia no construyó, pero la estabilidad de este cambio a largo plazo dependerá de la capacidad del sujeto para sostener sus recursos internos frente a las demandas de su entorno vincular original.

8.2 La Dialéctica entre la Regulación Conductual Aguda y la Rigidez Estructural del *Self*

El segundo eje medular para la discusión de los hallazgos longitudinales radica en la compleja asimetría observada entre la modificabilidad de los componentes motores de la conducta y la marcada fijeza de los esquemas cognitivos y relacionales subyacentes. La contrastación de los perfiles psicométricos de post-test devela un fenómeno clínico recurrente en la muestra: una disminución significativa en las puntuaciones de impulsividad motora y una emergencia adaptativa de indicadores de apego seguro que coexisten, paradójicamente, con la persistencia inflexible de elevaciones en la impulsividad no planeada y en los rasgos estructurales de las escalas 4 (Desviación Psicopática) y 9 (Hipomanía) del MMPI-2. Este panorama exige analizar la dinámica interna del aparato psíquico ante la acción terapéutica, distinguiendo entre la regulación conductual periférica y el cambio estructural profundo.

Desde el marco del modelo cognitivo-conductual y el entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum, el entorno residencial institucional funciona como un potente contenedor de contingencias externas. Las técnicas orientadas a la identificación de distorsiones, la detención del pensamiento y la inoculación de estrés demostraron ser herramientas altamente eficaces para que los participantes lograran fisurar el automatismo del *acting out*. Psicométricamente, esto se objetiva en el descenso del componente motor de la desregulación (visible en los perfiles de AMC, EHN y FCB), lo que se traduce clínicamente en una ganancia en la capacidad de los sujetos para postergar la descarga física burda ante el estímulo displacentero. Sin embargo,

detener la acción transgresora inmediata no equivale a modificar la matriz interpretativa del sujeto.

Este hallazgo psicométrico de post-test devela una marcada asimetría dialéctica: el protocolo cognitivo-conductual residencial redujo con éxito la impulsividad motora conductual, pero dejó prácticamente inalterada la impulsividad no planeada y los rasgos base del MMPI-2 al cierre del tratamiento. Al contrastar este particular patrón de resultados, los modelos clínicos cognitivos demuestran que las intervenciones conductuales de corto plazo actúan de forma eficaz sobre las respuestas de autocontrol, pero los procesos internos de planeación e inhibición reflexiva de la conducta requieren un tiempo de procesamiento mucho más prolongado para consolidarse (Meichenbaum, 1977; Beck, 2015). Desde nuestro análisis clínico, este fenómeno ocurre debido a que las ocho sesiones residenciales proveyeron a participantes como AMC y EHN de un freno de mano cognitivo inmediato para detener la descarga física impulsiva en el presente, pero no alcanzaron a reparar la fragmentación temporal de sus Yo; el paciente deja de golpear o transgredir de forma burda porque el centro residencial vigila la conducta externa, pero el vacío interno y la incapacidad estructural para trazar metas humanas a futuro permanecen intactos como parte de sus armaduras protectoras.

El arraigo de la impulsividad no planeada devela una resistencia estructural que se amarra de forma directa con la fragilidad del *Self* descrita por la psicopatología dinámica (Kernberg, 1987). La falta de planificación temporal, la incapacidad para organizar la conducta en función de metas prosociales autónomas a futuro y la intolerancia crónica a la demora no son meros déficits cognitivos; constituyen la manifestación ejecutiva de un *Self* fragmentado que carece de un objeto interno lo suficientemente integrado como para dar continuidad y sentido al porvenir. Siguiendo a Coderch (1991), el individuo con estructura antisocial vive atrapado en un presente perpetuo defensivo: planificar el futuro exige asumir una responsabilidad de autocuidado y una

vulnerabilidad ante la incertidumbre que su economía psíquica, de corte omnipotente y narcisista, rechaza activamente. Al suprimir la vía de descarga motora a través del encuadre residencial, la desorganización del pensamiento y el vacío estructural no se extinguen; al contrario, emergen con mayor nitidez analítica, confirmando que los esquemas de inmediatez y transgresión interna permanecen intactos como rasgos nucleares de la personalidad.

Esta misma tensión dialéctica se reproduce al analizar la evolución de los modelos internos de representación vincular en el cuestionario ASQ. La emergencia del apego seguro como la segunda escala con mayor peso en el perfil del grupo debe interpretarse con cautela clínica. Si bien refleja que el espacio psicoterapéutico fue internalizado como un entorno seguro e interpersonalmente permeable, la concomitante rigidez del apego evitativo basal advierte sobre la persistencia de una sobreadaptación defensiva. En organizaciones de personalidad antisocial o dependiente, el paciente puede mimetizarse temporalmente con las expectativas del terapeuta o las normativas del centro residencial como una estrategia manipulatoria inconsciente o un mecanismo de sumisión adaptativa para reducir la tensión del encierro. Esta permeabilidad vincular periférica es un logro técnico valioso, pero convive de forma escindida con la desconfianza persecutoria basal del TAP, la cual se mantiene latente bajo la superficie conductual protectora.

Por su parte, el caso EVO aporta una dimensión crítica a esta discusión sobre la rigidez estructural, ilustrando una trayectoria de inhibición psicomotora extrema secundaria al trauma relacional agudo. Mientras que en el resto de la muestra la dialéctica se inclinó hacia un control conductual moderado con persistencia de esquemas internos transgresores, en EVO la intervención y el encuadre parecieron catalizar una respuesta defensiva de constricción masiva. La anulación casi total de su espontaneidad motora (reducción a 2 puntos en la subescala de Barratt) y el congelamiento afectivo subsecuente demuestran que, ante estructuras severamente

impactadas por eventos traumáticos severos como el secuestro, los recursos regulatorios cognitivo-conductuales corren el riesgo de ser instrumentalizados por el Yo del paciente para rigidizar sus defensas de aislamiento y control omnipotente. Esto confirma que la aparente docilidad conductual post-test puede enmascarar un estado psicopatológico de alta reserva y fragilidad del *Self*, donde la ausencia de impulsividad no es sinónimo de salud adaptativa, sino de un congelamiento defensivo severo ante la angustia de fragmentación.

Este particular hallazgo del caso EVO donde la impulsividad motora se redujo drásticamente a niveles mínimos históricos devela un fenómeno que difiere de la respuesta general de cambio del resto de la muestra. En la literatura sobre el trauma complejo, se documenta que ante experiencias de violencia interpersonal devastadora, el aparato psíquico recurre a un mecanismo de congelamiento o constricción afectiva profunda como última trinchera de preservación para que el Yo no termine por fragmentarse (Spitz, 1935; Coderch, 1991). La explicación que aporte sobre este fenómeno con EVO radica en que ella no presenta una estructura antisocial primaria; su baja impulsividad en el post-test no traduce una asimilación saludable de recursos pro-sociales, sino un enquistamiento defensivo rígido y doloroso. La participante instrumentalizó la rigidez técnica del encuadre TCC para acorazar su dolor y blindarse del exterior; un recordatorio clínico apremiante de que la aparente calma conductual en un paciente traumatizado puede ser, en realidad, el silencio de un *Self* congelado que intenta sobrevivir a la inundación de su propia angustia postraumática.

Finalmente, retomar el enfoque de Millón (2006) en este análisis nos permite entender que la intervención cognitivo-conductual no debe limitarse a intentar borrar los síntomas superficiales. El verdadero reto clínico con esta población radica en flexibilizar esos patrones profundamente enraizados de los que habla el autor. Lograr que los participantes identifiquen su rigidez y ensayen nuevas formas de responder ante el malestar es el único camino real para

romper el ciclo de conductas de riesgo y favorecer una adaptación mucho más saludable y estable en sus vidas.

Capítulo IX. Conclusiones

Esta investigación concluye que el policonsumo y las conductas transgresoras en adultos jóvenes no emergen de una falla moral, sino como intentos desesperados por sobrevivir al desamparo y a heridas relacionales de la infancia no verbalizadas. Rompiendo con la visión reduccionista del espectro antisocial, se demostró que estos jóvenes poseen permeabilidad para transformarse si el abordaje clínico transita del castigo hacia la reparación de sus afectos.

Al responder puntualmente a la pregunta de investigación, se determinó que el efecto de una intervención psicoterapéutica de corte cognitivo-conductual centrada en el apego y la impulsividad produce una estabilización conductual efectiva, aunque sujeta a marcadas resistencias en la temporalidad del sujeto. Los hallazgos cuali-cuantitativos permitieron contrastar con éxito las hipótesis planteadas. Se corroboró formalmente la primera hipótesis de investigación (H1) al registrarse una reducción clínicamente significativa en los niveles de impulsividad motora, logrando permear el automatismo del *acting out* a través del entrenamiento en auto-instrucciones. Asimismo, se confirmó la segunda hipótesis (H2) al propiciar una movilización adaptativa y un fortalecimiento de la dimensión de apego seguro, el cual se posicionó como la segunda escala con mayor representatividad en el perfil de cierre del grupo. Los hallazgos cuali-cuantitativos de esta investigación permitieron contrastar con éxito las hipótesis planteadas, confirmando formalmente que la contención y la reestructuración socrática de los esquemas debilitan el automatismo del *acting out* motor e impulsivo, al mismo tiempo que promueven una transición adaptativa hacia dimensiones de apego mucho más seguras.

En sintonía con lo descrito en la discusión, se concluye que existe una profunda contradicción en el proceso de sanación. Mientras que el entorno protegido de la clínica ayuda a frenar los impulsos físicos más evidentes, el mundo interno y la forma de procesar el tiempo de estos jóvenes siguen respondiendo a una estructura muy rígida. El encuadre residencial operó

como un muelle que contuvo la descarga psicomotora y alivió el malestar agudo, pero la persistencia de la alta impulsividad no planeada devela que la rigidez de los esquemas interpretativos y la incapacidad para proyectar metas a largo plazo permanecen intactas como rasgos nucleares de la personalidad. La sustancia operó como el objeto de apego perfecto ante la falta de sintonía emocional temprana. Por ello, el retorno al hogar representa un riesgo latente de recaída si el sistema familiar perpetúa las dinámicas de hostilidad y negligencia de la matriz originaria, requiriendo intervenciones sistémicas de crianza positiva.

El formato condensado de ocho sesiones resultó insuficiente para lograr un cambio estructural profundo, por lo que se plantean tres recomendaciones operativas esenciales surgidas de esta investigación: un rediseño clínico ampliado a 15 sesiones para procesar el trauma relacional arcaico; el fortalecimiento continuo de la mentalización para traducir el dolor en palabras; e implementar residencias transicionales de medio camino que sostengan su autonomía. Y finalmente, el apoyo farmacológico es una herramienta auxiliar clave frente al *craving*, permitiendo que el Yo recupere la claridad necesaria para entregarse a una psicoterapia clínica que dignifique su integridad emocional. La adicción es, en esencia, una respuesta adaptativa desesperada orientada a modular químicamente el sufrimiento subjetivo que el aparato psíquico no puede metabolizar a través de recursos internos o lazos relacionales prosociales. La estabilidad de los cambios logrados en el espacio residencial dependerá firmemente de la continuidad terapéutica externa y del fortalecimiento de redes de apoyo familiares que abandonen las pautas de invalidación arcaicas. El reto de la psicología clínica contemporánea radica en sostener este andamiaje a través de la modalidad residencial de medio camino, ofreciendo herramientas humanas que permitan al individuo adaptarse socialmente con responsabilidad y reencontrarse con su propia capacidad de vinculación y reparación afectiva.

Referencias

- Ahumada-Cortez, J. G., Arango de Montis, I., & González-Celis, A. L. (2011). Validación del Cuestionario de Estilos de Apego en adultos mexicanos. *Revista Salud Mental*, 34(6), 519-526.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart & Winston.
- Amar, J. J., & Berdugo, M. C. (2006). Vínculos de apego y agresión en los niños. *Psicogente*, 9(15), 35-47.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan y H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61–79). University of Chicago Press.
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2008). The development of psychopathy: A mentalization-based approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(3), 121–136.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., y Freeman, A. (2021). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.

- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Beck, J. S., Davis, D. D., y Freeman, A. (2015). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Booth, J. N. (2013). *The prefrontal cortex and the regulation of behavior*. Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida* (Vol. 1). Paidós.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Cassidy, J., Jones, J. D., y Shaver, P. R. (2020). Contributions of attachment theory and research to a framework for psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12313. <https://doi.org/10.1037/cps0000003>
- Celedón Rivero, J. C., Barón García, B., Martínez Bustos, P., Cogollo, M. E., y Miranda Yáñez, M. (2016). *Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos*. *Revista Encuentros*, 14(1), 151-165. <https://doi.org/10.15665/re.v14i1.675>
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica*. Herder.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). (2023). *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México*. Secretaría de Salud.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R)*. TEA Ediciones.

Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95–102.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>

D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT). (2017). *Resultados generales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348–361.

<https://doi.org/10.1007/PL00005481>

Feeney, J. A., Noller, P., y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En M. B. Sperling y W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). The Guilford Press.

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.

Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *The development of psychopathy: A mentalization-based approach*. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(3), 121–136. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00076.x>

Fonagy, P., y Bateman, A. (2013). *Antisocial personality disorder: A mentalizing framework*. *Focus*, 11(2), 178-182.

Fundación UNAM. (s.f.). *Trastorno de la personalidad antisocial: ¿Qué es y cómo se manifiesta?* <https://www.fundacionunam.org.mx/salud/trastorno-de-la-personalidad-antisocial/>

Fundación UNAM. (s.f.). *Trastorno de la personalidad antisocial: ¿Qué es y cómo se manifiesta?* Universidad Nacional Autónoma de México.

García, A. (2016). *Estilos de apego y personalidad antisocial* (Tesis de maestría inédita).

Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Garrido Genovés, V. (2005). *Qué es la psicología criminológica*. Biblioteca Nueva.

Garrido Genovés, V. (2005). *Qué es la psicología criminológica*. Biblioteca Nueva.

Gilbert, P. (2020). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.

Hare, R. D. (2003). *Sin conciencia: El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*.

Paidós.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1994). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual para su aplicación y calificación* (Edición mexicana). El Manual Moderno.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Hesse, E., y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>

Hofmann, S. G. (2020). *The biennial review of cognitive and behavioral therapies: Process-based interventions*. Springer.

Huesmann, L. R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14(1), 13-24.

Kernberg, O. F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. Manual Moderno.

Kernberg, O. F. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. Paidós.

Khantzian, E. J. (2017). *The Self-medication hypothesis of substance use disorders*. Routledge.

Klein, M. (1948). *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Editorial Paidós.

- Krueger, R. F., y Markon, K. E. (2020). The HiTOP model of psychopathology: Overview and explanation of its developmental and clinical utility. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 165-189.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Lorenzini, N., y Fonagy, P. (2013). *Attachment and personality disorders: A short review*. Focus, 11(2), 155-166.
- Lucio Gómez-Maqueo, M. E., Reyes-Lagunes, I., y Scott, C. R. (1994). *MMPI-2: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2. Estandarización para México*. Editorial El Manual Moderno.
- Luyten, P., y Fonagy, P. (2022). Mentalizing and trauma in personality disorders: A contemporary framework. *Development and Psychopathology*, 34(2), 521-535.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64–73. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.64>
- Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.
- Maté, G. (2010). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. North Atlantic Books
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., y Lejuez, C. W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657–685. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.007>

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. Plenum Press.
- Meltzer, D. (1984). *La vida onírica: Un estudio de los procesos mentales*. Spatia Editorial.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Masson.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., y Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783–1793.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (11.^a ed.). OMS.
- Orozco, S. L. (2012). *Funciones ejecutivas y trastorno antisocial de la personalidad*. UAEM.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course, and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 479-488.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Porges, S. W. (2021). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Secretaría de Salud. (2012, 15 de octubre). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- Serrano-Pedroza, M. (2020). Diseños muestrales cualitativos y basados en criterios en la investigación de la psicología clínica y de la salud. *Revista Mexicana de Investigación Psicológica*, 12(2), 145-159.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143149>
- Sobral, J., Romero, E., Luengo, A., & Marzoa, J. (2000). *Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales*. *Psicothema*, 12(4), 661-670
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo* (5a ed.). Trillas.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2018). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). Guilford Press.
- Spitz, R. A. (1935). *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. International Universities Press.

- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (5th ed.). Cambridge University Press.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., y Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). *International standards for the treatment of drug use disorders*. United Nations.
- Verdejo-García, A., Lorenzetti, V., Manning, V., Exley, S., Slotema, C. W., y Yücel, M. (2021). Cognitive retraining and brain stimulation interventions for substance use disorders: A contemporary framework. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 990-1004.
- Volkow, N. D., y Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 175(8), 729-740.
- Wallin, D. J. (2021). *El apego en psicoterapia*. Desclée De Brouwer.
- Widiger, T. A. (Ed.). (2022). *The Oxford handbook of personality disorders* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Widiger, T. A., y Mullins-Sweatt, S. N. (2021). The alternative Model for Personality Disorders in DSM-5: Review and critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 12-23.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.

Anexos

La sección de anexos constituye el componente complementario de soporte ético, metodológico e institucional que respalda y transparenta cada una de las fases empíricas desarrolladas en la presente investigación. En este apartado se compendian de manera sistemática las herramientas técnicas y los formatos oficiales aprobados por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos que hicieron viable el abordaje mixto de la muestra a partir de un muestreo de criterios. Lejos de concebirse como simples aditamentos administrativos, estos documentos reflejan el compromiso moral asumido por la investigadora para salvaguardar la dignidad, el anonimato y el bienestar integral de los adultos jóvenes participantes durante su proceso de rehabilitación residencial; asimismo, visibilizan los ejes de diálogo cualitativo y la planeación temporal que sostienen la validez de este estudio. De este modo, se da apertura a los materiales de respaldo técnico del proyecto, iniciando con la organización cronológica del trabajo de campo.

Anexo A: Cronograma de Actividades

Con la finalidad de visibilizar la ruta operativa, temporal y procesual que guió el desarrollo de la presente investigación, a continuación se expone el Cronograma de Actividades . Este mapeo metodológico distribuye de manera sistemática las fases críticas que hicieron viable el proyecto a lo largo de la formación de posgrado, transitando de forma ordenada desde la delimitación del marco teórico y el diseño del protocolo psicoterapéutico residencial, hasta el trabajo de campo que implicó el tamizaje con el MMPI-2, la aplicación del pre-test y post-test, y la recopilación respetuosa de las narrativas cualitativas . Más allá de un esquema puramente administrativo, esta organización temporal refleja el compromiso ético y la rigurosidad procesual requeridos para sincronizar las exigencias académicas de la institución con los tiempos de internamiento residencial y, fundamentalmente, con el ritmo y la disponibilidad afectiva de los participantes durante su proceso de rehabilitación . De este modo, se detalla la planeación cronológica que sostuvo el cuerpo empírico de este estudio:

Anexo B: Guía de Entrevista Semiestructurada a Profundidad

La guía de entrevista semiestructurada a profundidad tiene como propósito fundamental explorar la riqueza fenomenológica de las historias de vida, las dinámicas relacionales familiares y el significado subjetivo que el policonsumo tiene para cada uno de los participantes. Como punto de partida para el encuadre clínico e institucional, el instrumento recopila una sección inicial de datos sociodemográficos esenciales, tales como el nombre completo, edad, fecha y lugar de nacimiento, tiempo de permanencia en el tratamiento residencial, así como las actividades actuales o profesión del sujeto.

A continuación, se expone el modelo cualitativo formal que sirvió como eje temático para guiar el diálogo terapéutico y recuperar de manera respetuosa las narrativas biográficas de esta investigación:

I. Ficha de Identificación

- Nombre completo: * Edad y fecha de nacimiento: * Lugar de origen:
- Tiempo en tratamiento:
- Ocupación o actividades actuales:

II. Dimensión Clínica y Sintomatología Actual

1. Estado actual: Tras el establecimiento del *rapport*, se invita al participante a describir su estado emocional presente (angustias, molestias o preocupaciones).
2. Cronología: Identificación del inicio de dicha sintomatología.
3. Etiología subjetiva: Percepción del participante sobre el origen de sus sentimientos.
4. Recursos de afrontamiento: Exploración de las herramientas utilizadas hasta el momento para el manejo de su situación.
5. Antecedentes diagnósticos: Indagar sobre diagnósticos previos (quién, cómo, cuándo y dónde).

III. Dimensión de Conducta Social y Legal

6. Contexto de intervención: Motivo de ingreso a la clínica y tipo de apoyo recibido (voluntario o involuntario).
7. Historial legal: Exploración de actos cometidos en contra de la ley y percepción de las causas.
8. Conductas de crueldad o vandalismo: Indagar sobre maltrato animal o actos vandálicos, profundizando en la experiencia emocional y el sentimiento de culpa o remordimiento.
9. Justificación de la conducta: Evaluación de la racionalización de sus actos y sentido de superioridad o justicia propia.

IV. Dimensión de Desarrollo y Apego (Historia de Vida)

10. Dinámica familiar temprana: Descripción de la infancia y estructura del núcleo familiar.
11. Vínculos de apego: Identificación de la persona más cercana durante la niñez; distinción entre experiencias positivas y desagradables en el entorno familiar.
12. Percepción del entorno actual: Convivencia presente y opinión de la familia sobre su conducta.
13. Empatía y alteridad: Reflexión sobre el impacto de su conducta en los demás y figuras de admiración.

V. Dimensión Social y Prospectiva

14. Interacción con la sociedad: Percepción del papel del medio social en su desarrollo y su rol actual en la comunidad.
15. Construcción social: Opinión personal sobre lo que constituye a una sociedad funcional.

Nota para el entrevistador: En caso de detectarse consumo de sustancias u otros temas emergentes no previstos, se deberá profundizar en la temática para rescatar sucesos significativos de la infancia o pautas de regulación conductual. Al finalizar, se agradecerá la participación y se reiterará el compromiso de confidencialidad.

Anexo C: Consentimiento Informado

Con la finalidad de dar pleno cumplimiento a los principios éticos y deontológicos que regulan la investigación clínica con seres humanos en el ámbito de la psicología en México, a continuación se presenta el modelo oficial de Consentimiento Informado utilizado en este estudio. Este documento se constituyó como el eje ético primordial para salvaguardar la dignidad, la integridad y el bienestar de los adultos jóvenes participantes. Su diseño se fundamenta estrictamente en las disposiciones vigentes del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2018) y en los lineamientos institucionales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. A través de este formato escrito, se garantizó que cada paciente participara bajo un marco de absoluta voluntariedad, contando con la libertad de retirarse en cualquier etapa sin repercusiones en su tratamiento residencial; asimismo, se aseguró el resguardo de su identidad mediante el secreto profesional y el anonimato absoluto en el manejo de sus datos psicométricos y narrativos. De este modo, se expone la copia fiel del instrumento que guió el compromiso ético de esta investigación



Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Facultad de Psicología
Programa de Maestría



Consentimiento Informado “Trastorno Antisocial de la personalidad y apego en población mexicana”

Estás invitado a participar en el proyecto de investigación a cargo de la psicóloga Itzel Lucero Hernández Miranda, actualmente estudiante de la maestría en psicología de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y bajo la supervisión del Dr. Guillermo Delahanty Matuk. La investigación “Trastorno Antisocial de la personalidad y apego en población mexicana” tiene como objetivo implementar un programa de intervención psicoterapéutica.

Tu participación ayudará a conocer si la psicoterapia es efectiva para la intervención en estas variables de estudio.

La dinámica de esta investigación consiste en responder una serie de pruebas psicológicas, realizar una entrevista y participar en un programa psicoterapéutico, el cual consta de ocho sesiones, las cuales se llevarán a cabo durante un mes, dos veces por semana con una duración de una hora cada sesión.

Es importante que sepas que en cualquier momento puedes decidir no continuar con esta investigación y esto no repercutirá para nada en tu proceso dentro de la clínica privada en la que te encuentras. Así mismo, no se dará a conocer tu identidad, información proporcionada ni tu nombre en esta investigación, todo es estrictamente confidencial.

Me gustaría recordarte que es muy importante tu compromiso, asistencia, puntualidad y participación si decides colaborar con esta investigación.

Puedes preguntar cualquier duda que tengas al respecto. Si estás de acuerdo con todo lo anterior te agradeceré firmes y escribas tu nombre completo.

Estoy de acuerdo en participar en esta investigación y no tengo ninguna duda:

Nombre completo: _____

Firma: _____

Anexo D: Entrevista semiestructurada

La guía de entrevista semiestructurada a profundidad tiene como propósito fundamental explorar la riqueza fenomenológica de las historias de vida, las dinámicas relacionales familiares y el significado subjetivo que el policonsumo tiene para cada uno de los participantes. Como punto de partida para el encuadre clínico e institucional, el instrumento recopila una sección inicial de datos sociodemográficos esenciales, tales como el nombre completo, edad, fecha y lugar de nacimiento, tiempo de permanencia en el tratamiento residencial, así como las actividades actuales o profesión del sujeto. A continuación, se expone el modelo cualitativo formal que sirvió como eje temático para guiar el diálogo terapéutico y recuperar de manera respetuosa las narrativas biográficas de esta investigación:

- Después de establecer rapport y encuadre se le pide al paciente nos cuente de su forma actual de sentir o pensar, puede incluir angustias, molestias o algo que lo incomode.
- ¿Desde cuándo comenzaste a sentirte de esa manera?
- ¿De dónde piensas que nacen esos sentimientos, es decir, ¿dónde se originó?
- Indagar acerca de la razón por la cual menciona el individuo
- ¿Cuánto tiempo que ocurrió eso?
- ¿Cómo has podido llevar a cabo todo esto? (nos referimos a qué herramientas ha utilizado para el manejo de la situación)
- ¿Anteriormente ya te habían mencionado tu padecimiento? (Indagar, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?)
- ¿Cómo es que llegas aquí? (nos referimos al contexto de intervención)
- ¿Quién te trae o apoya y si lo hace de manera voluntaria?
- ¿Has cometido algún acto en contra de la ley?

- ¿Cuáles son las causas que consideras que te llevaron a hacer eso?
- ¿Has lastimado algún animal?, ¿Cómo te hizo sentir?
- ¿Has hecho algún acto vandálico? (comentar la experiencia)
- ¿Cuáles son las causas que consideras que te llevaron a hacer todo lo anterior?
- ¿Qué experiencias consideras las más relevantes en tu vida?
- ¿Has sentido culpa por algo de los que hayas cometido o algo de lo que arrepientas?
- ¿Qué es lo peor que has hecho?
- ¿Por qué lo hiciste?
- ¿Consideras que hay una causa justificada para ello? (tal vez alguna razón por la que lo cometió)
- Cuéntame acerca de tu infancia
- ¿Cómo fue tu dinámica familiar? (podemos preguntar con quién se lleva mejor y con quién no y por qué)
- ¿Podrías mencionarme alguna experiencia buena de tu infancia?
- ¿Podrías mencionarme una experiencia desagradable de tu infancia?
- ¿Quiénes formaron parte de tu núcleo familiar cuando eras pequeñx?
- ¿Quién consideras que fue la persona más cercana a ti cuando eras pequeñx?
- ¿Con quién vives actualmente?
- ¿Qué crees que ellos piensen de tu conducta?
- ¿Consideras que alguien se ve afectado por tu conducta?
- ¿Admiras a alguien? (quién y por qué)
- ¿Crees que el medio haya intervenido en tu interacción con la sociedad? (¿por qué?)
- ¿Cuál crees que sea tu papel en la sociedad?

- ¿Qué crees que construye a una sociedad?
- Trata de encontrar cinco adjetivos acerca de aquella relación con tus padres.
- ¿Qué experiencias de tu infancia te hicieron pensar en estos cinco adjetivos?
- ¿Con cuál de tus padres te sentías más relacionado/a y por qué?
- Cuando era pequeño/a y te sentías mal, ¿qué hacías? ¿qué sucedía? Trata de recordar alguna experiencia en la que te hayas sentido molesto/a, mal.
- ¿Cómo describirías la primera experiencia en la que tuviste que separarte de tus padres?
- ¿Te sentiste alguna vez rechazado/a por tus padres? ¿Qué hiciste? ¿Crees que ellos se daban cuenta de que te rechazaban?
- ¿Alguna vez te amenazaron, por disciplina o simplemente como broma?
- ¿Crees que tus experiencias infantiles han influido en tu vida adolescente, adulta?
- ¿Por qué crees que tus padres te trataban de esa manera cuando eras chico/a?
- Me gustaría que me dijeras si en tu niñez hubo algún adulto con quien tú te sintieras mejor que con tus padres.
- ¿Sufriste de chico/a la pérdida de alguno de tus padres o de un ser muy querido?
- Trata de pensar si hubo cambios importantes en la relación con tus padres desde que eras muy pequeño hasta ahora.
- ¿Cómo es actualmente con la relación que tienes con sus padres?

**** Dada la naturaleza cualitativa y el encuadre clínico de la entrevista**

semiestructurada, se priorizó la flexibilidad metodológica frente al surgimiento de material emergente de alta relevancia diagnóstica. Bajo este criterio, si el participante introducía de manera espontánea indicadores sobre su historia de consumo de sustancias u otras temáticas

adyacentes que no estuvieran contempladas de forma directa en el bloque reactivo en curso, la investigadora procedía a abordar activamente dicho núcleo temático. Esta apertura relacional permitió rescatar datos longitudinales de profundo valor clínico, tales como los hitos significativos del desarrollo en la infancia, las fallas vinculares tempranas y las trayectorias de transgresión normativa o actos delictivos, integrándolos orgánicamente a la estructura analítica del caso.

Al finalizar cada encuentro, se ejecutó de manera sistemática una fase de cierre orientada a la contención emocional del participante y a la reafirmación del encuadre deontológico. El procedimiento metodológico dictaminó expresar un agradecimiento explícito al sujeto por la apertura y la información compartida durante la sesión, validando su disposición al proceso. Asimismo, en congruencia con las pautas establecidas formalmente en el consentimiento informado al inicio de la investigación, se reiteró de manera verbal el principio de confidencialidad absoluta y el estricto apego al secreto profesional sobre todo lo verbalizado, asegurando un espacio de resguardo ético e institucional para el cierre de la interacción.

Guía de observación

El presente instrumento fue diseñado y estructurado con el propósito de operacionalizar la observación participante y clínica directa durante los encuentros individuales con los sujetos de estudio, constituyéndose como un eje analítico fundamental para el proceso de triangulación de datos. En el ámbito de la evaluación de la personalidad con rasgos antisociales, el registro sistematizado de la conducta no verbal, las actitudes relacionales e indicadores de narcisismo defensivo resulta imperativo. Esto se debe a que estos perfiles suelen desplegar un *Self* Grandioso patológico (Kernberg, 1987) como coraza

protectora frente a la vulnerabilidad original, manifestando mecanismos como la intelectualización, el control omnipotente y el encanto superficial durante el encuadre institucional.

Para garantizar la congruencia interna de la investigación, los indicadores de esta guía se estructuraron en función de las tres macro-categorías analíticas del estudio y se alinearon directamente con los focos clínicos abordados en las cartas descriptivas del programa de intervención (especialmente en la Sesión 1 de evaluación diagnóstica y la Sesión 4 de reestructuración cognitiva del narcisismo). Es imperativo destacar que este registro no operó como un criterio de selección o tamizaje inicial (el cual se reservó exclusivamente para la Escala 4 del MMPI-2), sino como una herramienta de evaluación procesual destinada a operacionalizar las variables de estudio (rasgos antisociales, apego e impulsividad) y documentar su evolución cualitativa a lo largo del proceso psicoterapéutico. Formateado como una matriz multidimensional directiva para el investigador, este registro permite evaluar la frecuencia o intensidad de las manifestaciones conductuales, facilitando el contraste analítico entre los puntajes psicométricos autoinformados y la realidad relacional del participante en el entorno residencial.

Criterios Generales de Calificación (Anclajes Clínicos):

- Nivel 0 (Ausente): La conducta no se manifiesta durante el encuadre terapéutico; el participante se mantiene adaptado a la norma de la sesión.
- Nivel 1 (Leve / Atenuado): La conducta aparece de manera sutil o aislada, siendo fácilmente redirigida por la intervención de la terapeuta mediante la palabra.

- Nivel 2 (Moderado / Manifiesto): El comportamiento es recurrente e influye de forma clara en el ritmo del encuentro; requiere un esfuerzo activo de contención y/o manejo del encuadre.
- Nivel 3 (Severo / Disruptivo): Manifestación masiva o inflexible de la conducta que intenta colapsar el encuadre o someter la asimetría clínica; denota un desplazamiento total de la simbolización por el *acting out*.

Registro de Observación de Conductas (TAP)

Cód.	Indicador Conductual Directo	Sustento Teórico-Clinico Referencial	Macro-Categoría Asociada (Cap. VI)	Anclaje Operativo para el Observador (Puntuación 0-3)
TAP-01	Desvalorización sistemática de las figuras relacionales. Verbalizaciones o gestos de desprecio, indiferencia o hiper-independencia compulsiva hacia los cuidadores primarios o redes de apoyo.	Mary Ainsworth (1978): Desactivación defensiva del sistema de apego inseguro-evitativo ante el rechazo primario.	Dimensión I: Dinámica Familiar y Relación con Figuras Parentales	Evalúa el grado en que el sujeto usa la autosuficiencia extrema para negar la necesidad de afecto u objetos protectores.
TAP-02	Evitación o deflexión activa de la vulnerabilidad afectiva. Cambios abruptos de temática, silencios defensivos o uso del humor ante cuestionamientos sobre la infancia o el trauma.	Peter Fonagy (2013): Bloqueo y fallas en la mentalización afectiva para impedir el dolor psíquico.	Dimensión I: Dinámica Familiar y Relación con Figuras Parentales	Mide la resistencia del participante a conectar con sus estados internos displacenteros durante el diálogo.
TAP-03	Proyección de superioridad intelectual y vigilancia analítica. Cuestionamiento de la utilidad de los reactivos o intentos de "adivinar" el perfil esperado para controlar la sesión.	Otto Kernberg (1987): Despliegue del Self Grandioso patológico como armadura contra el desamparo.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Registra la rigidez cognitiva del sujeto al intentar anular la asimetría del rol clínico a través del control intelectual.
TAP-04	Intolerancia afectiva o reactividad defensiva ante la confrontación. Tensión corporal o respuestas hostiles sutiles al confrontar discrepancias entre el yo real y el ideal grandioso.	Theodore Millon (2006): Rigidez adaptativa y estilo de supervivencia centrado en el mantenimiento de la autonomía omnipotente.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Evalúa la fragilidad y/oica frente a la frustración cuando se cuestiona su fachada de seguridad aparente.
TAP-05	Intentos de dominio físico o intimidación del espacio. Posturas de excesiva comodidad	Robert Hare (2003): Dinamismos de poder y egocentrismo relacional	Dimensión II: Interacción Social y	Observa la comunicación no verbal y el manejo territorial de los

	(desparramamiento corporal), invasión espacial o fijación de la mirada con intención de control.	orientados al dominio interpersonal directo.	Percepción del Entorno	límites establecidos en el encuadre institucional.
TAP-06	Uso de la seducción instrumental o encanto superficial. Emisión de halagos desmedidos hacia la investigadora o intentos de entablar complicidad para romper las reglas.	Theodore Millon & Davis (1998): Manipulación utilitaria del entorno social como herramienta adaptativa legítima.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Evalúa si el participante instrumentaliza el lenguaje y el afecto para obtener un beneficio relacional o suavizar la evaluación.
TAP-07	Respuestas cínicas o indiferencia afectiva ante el daño. Emisión de risas, comentarios burlescos o laxitud al evocar actos violentos, delictivos o el sufrimiento de terceros.	Vicente Garrido (2005): Insensibilidad emocional nuclear y falla severa en la internalización de la conciencia moral (Superyó).	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Mide el grado de desconexión empática del sujeto al describir las consecuencias negativas de sus actos transgresores.
TAP-08	Minimización o racionalización aloplástica de la transgresión. Justificación de conductas delictivas o de consumo culpando enteramente al medio o bajo un ideal de "libertad".	Kernberg (2005) / Beck (2015): Intellectualización defensiva que transforma la transgresión en un acto necesario o un "atajo inteligente".	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Registra los esquemas de justificación que el yo emplea para eludir la responsabilidad de sus actos y neutralizar la culpa.
TAP-09	Inquietud motora, distractibilidad o impaciencia. Movimientos repetitivos de extremidades, mirada constante al reloj o verbalizaciones explícitas de tedio ante la tarea.	Ernest Barratt (1994): Impulsividad motora y fallas en los mecanismos de inhibición cortical y ejecutiva.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Mide de forma psicomotora la baja tolerancia a la frustración y la urgencia de descarga asociada al malestar interno o craving.
TAP-10	Resistencia activa a las normas del encuadre clínico. Intentos reiterados de negociar la duración, romper las reglas de asistencia o quejas hostiles contra la institución.	Stanford et al. (2009): Patrón transgresor normativo crónico y conflicto sistemático frente a figuras de autoridad legítimas.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Evalúa la capacidad del sujeto para someter sus impulsos a un marco normativo externo que no ofrece gratificación inmediata.
TAP-11	Ausencia de indicadores fisiológicos de ansiedad ante el riesgo. Mantenimiento de un tono de voz plano, respiración pausada y laxitud corporal al describir consumo severo o peligro.	Sobral, Romero et al. (2000): Niveles crónicamente bajos de activación cortical (arousal) y habituación sistémica al riesgo.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Mide el funcionamiento neurobiológico de la búsqueda de sensaciones intensas como catalizador de la adicción y la transgresión.

Anexo E: Guía de Observación Clínica

Guía de observación

Criterios Generales de Calificación (Anclajes Clínicos):

- Nivel 0 (Ausente): La conducta no se manifiesta durante el encuadre terapéutico; el participante se mantiene adaptado a la norma de la sesión.
- Nivel 1 (Leve / Atenuado): La conducta aparece de manera sutil o aislada, siendo fácilmente redirigida por la intervención de la terapeuta mediante la palabra.
- Nivel 2 (Moderado / Manifiesto): El comportamiento es recurrente e influye de forma clara en el ritmo del encuentro; requiere un esfuerzo activo de contención y/o manejo del encuadre.
- Nivel 3 (Severo / Disruptivo): Manifestación masiva o inflexible de la conducta que intenta colapsar el encuadre o someter la asimetría clínica; denota un desplazamiento total de la simbolización por el *acting out*.

Tabla E1

Registro de Observación de Conductas (TAP)

Cód.	Indicador Conductual Directo	Sustento Teórico-Clínico Referencial	Macro-Categoría Asociada (Cap. VI)	Anclaje Operativo para el Observador (Puntuación 0-3)
TAP-01	Desvalorización sistemática de las figuras relacionales. Verbalizaciones o gestos de desprecio, indiferencia o hiper-independencia compulsiva hacia los cuidadores primarios o redes de apoyo.	Mary Ainsworth (1978): Desactivación defensiva del sistema de apego inseguro-evitativo ante el rechazo primario.	Dimensión I: Dinámica Familiar y Relación con Figuras Parentales	Evalúa el grado en que el sujeto usa la autosuficiencia extrema para negar la necesidad de afecto u objetos protectores.
TAP-02	Evitación o deflexión activa de la vulnerabilidad afectiva. Cambios abruptos de temática, silencios defensivos o uso del humor ante cuestionamientos sobre la infancia o el trauma.	Peter Fonagy (2013): Bloqueo y fallas en la mentalización afectiva para impedir el dolor psíquico.	Dimensión I: Dinámica Familiar y Relación con Figuras Parentales	Mide la resistencia del participante a conectar con sus estados internos displacenteros durante el diálogo.
TAP-03	Proyección de superioridad intelectual y vigilancia analítica. Cuestionamiento de la utilidad de los reactivos o intentos de "adivinar" el perfil esperado para controlar la sesión.	Otto Kernberg (1987): Despliegue del <i>Self</i> Grandioso patológico como armadura contra el desamparo.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Registra la rigidez cognitiva del sujeto al intentar anular la asimetría del rol clínico a través del control intelectual.
TAP-04	Intolerancia afectiva o reactividad defensiva ante la confrontación. Tensión corporal o respuestas hostiles sutiles al confrontar	Theodore Millon (2006): Rigidez adaptativa y estilo de supervivencia centrado en el	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Evalúa la fragilidad y/oica frente a la frustración cuando se cuestiona su fachada de seguridad aparente.

Cód.	Indicador Conductual Directo	Sustento Teórico-Clinico Referencial	Macro-Categoría Asociada (Cap. VI)	Anclaje Operativo para el Observador (Puntuación 0-3)
TAP-05	discrepancias entre el yo real y el ideal grandioso. Intentos de dominio físico o intimidación del espacio. Posturas de excesiva comodidad (desparramamiento corporal), invasión espacial o fijación de la mirada con intención de control.	mantenimiento de la autonomía omnipotente. Robert Hare (2003): Dinamismos de poder y egocentrismo relacional orientados al dominio interpersonal directo.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Observa la comunicación no verbal y el manejo territorial de los límites establecidos en el encuadre institucional.
TAP-06	Uso de la seducción instrumental o encanto superficial. Emisión de halagos desmedidos hacia la investigadora o intentos de entablar complicidad para romper las reglas.	Theodore Millon & Davis (1998): Manipulación utilitaria del entorno social como herramienta adaptativa legítima.	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Evalúa si el participante instrumentaliza el lenguaje y el afecto para obtener un beneficio relacional o suavizar la evaluación.
TAP-07	Respuestas cínicas o indiferencia afectiva ante el daño. Emisión de risas, comentarios burlescos o laxitud al evocar actos violentos, delictivos o el sufrimiento de terceros.	Vicente Garrido (2005): Insensibilidad emocional nuclear y falla severa en la internalización de la conciencia moral (Superyó).	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Mide el grado de desconexión empática del sujeto al describir las consecuencias negativas de sus actos transgresores.
TAP-08	Minimización o racionalización aloplástica de la transgresión. Justificación de conductas delictivas o de consumo culpando enteramente al medio o bajo un ideal de "libertad".	Kernberg (2005) / Beck (2015): Intellectualización defensiva que transforma la transgresión en un acto necesario o un "atajo inteligente".	Dimensión II: Interacción Social y Percepción del Entorno	Registra los esquemas de justificación que el yo emplea para eludir la responsabilidad de sus actos y neutralizar la culpa.
TAP-09	Inquietud motora, distractibilidad o impaciencia. Movimientos repetitivos de extremidades, mirada constante al reloj o verbalizaciones explícitas de tedio ante la tarea.	Ernest Barratt (1994): Impulsividad motora y fallas en los mecanismos de inhibición cortical y ejecutiva.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Mide de forma psicomotora la baja tolerancia a la frustración y la urgencia de descarga asociada al malestar interno o craving.
TAP-10	Resistencia activa a las normas del encuadre clínico. Intentos reiterados de negociar la duración, romper las reglas de asistencia o quejas hostiles contra la institución.	Stanford et al. (2009): Patrón transgresor normativo crónico y conflicto sistemático frente a figuras de autoridad legítimas.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Evalúa la capacidad del sujeto para someter sus impulsos a un marco normativo externo que no ofrece gratificación inmediata.
TAP-11	Ausencia de indicadores fisiológicos de ansiedad ante el riesgo. Mantenimiento de un tono de voz plano, respiración pausada y laxitud corporal al describir consumo severo o peligro.	Sobral, Romero et al. (2000): Niveles crónicamente bajos de activación cortical (arousal) y habituación sistémica al riesgo.	Dimensión III: Historia de Consumo y Adicciones	Mide el funcionamiento neurobiológico de la búsqueda de sensaciones intensas como catalizador de la

Cód.	Indicador Conductual Directo	Sustento Teórico-Clinico Referencial	Macro-Categoría Asociada (Cap. VI)	Anclaje Operativo para el Observador (Puntuación 0-3)
				adicción y la transgresión.

Guía de Observación Clínica

Para garantizar la objetividad metodológica y mitigar los sesgos inherentes a la interacción con perfiles clínicos del espectro antisocial, se estableció un protocolo de vigilancia epistemológica estructurado en cuatro ejes operativos. Dado que los sujetos con rasgos antisociales y esquemas de apego evitativo suelen instrumentalizar la relación terapéutica a través de mecanismos defensivos como el encanto superficial, la manipulación o la intimidación, mi posicionamiento como investigadora debió mantenerse en una rigurosa neutralidad técnica (Kernberg, 1987).

Este protocolo funcionó como el marco regulador del encuadre antes, durante y después de cada sesión, delimitando las pautas de manejo técnico e interpretación contratransferencial que sustentan la aplicación de la Matriz Multidimensional de Conductas (TAP-M):

1. Control del Encuadre y Dinámica de Interacción Inicial

La interacción cara a cara con estos perfiles exige una anticipación analítica de dinamismos orientados a fracturar la asimetría clínica. Se debió identificar de manera inmediata los intentos de dominio territorial manifestados no verbalmente mediante aproximaciones físicas invasivas, fijación desafiante de la mirada o posturas de excesiva comodidad corporal, así como el despliegue de conductas seductoras instrumentales. El manejo técnico consistió en la contención firme pero no punitiva del encuadre, impidiendo que el participante controlara los tiempos, los ritmos o las reglas de la consulta, asegurando así que

las respuestas psicomotoras asociadas a la impulsividad (BIS-11) y la resistencia a la autoridad se manifestaran dentro de un marco estandarizado.

2. Monitoreo de la Estructuración Discursiva y Mecanismos de Defensa

En el plano del discurso explícito, el protocolo demandó una escucha analítica que trascendiera el contenido literal de la narrativa del participante. La vigilancia se centró en la detección de sesgos egocéntricos, la justificación aloplástica de la transgresión y el uso sistemático de la minimización y la racionalización al evocar actos delictivos o de consumo. El objetivo de este eje fue evaluar en tiempo real la capacidad de simbolización del yo; se registraron las omisiones o giros lingüísticos defensivos que los sujetos empleaban para eludir la responsabilidad, identificando cómo la pobreza narrativa correlaciona con la urgencia del acto (*acting out*) frente a la incapacidad de transformar el afecto en pensamiento.

3. Disociación Operativa y Evaluación de la Respuesta Afectiva

La evaluación de la frialdad afectiva y la ausencia de remordimiento requirió el desarrollo de una disociación operativa por parte de la investigadora. Se sistematizó el registro de respuestas cínicas, risas inapropiadas o laxitud fisiológica al momento en que los participantes describían el sufrimiento de terceros o la transgresión de normas sociales. El protocolo prohibió explícitamente cualquier manifestación de juicio moral, sorpresa o reprobación por parte de la terapeuta, manteniendo una pantalla neutral. Esta contención afectiva impidió que el participante modificara su discurso por deseabilidad social, permitiendo captar la genuina desconexión empática y las fallas en la consolidación del Superyó que caracterizan estructuralmente a estos casos.

4. Manejo Contratransferencial y Directividad Técnico-Clínica

Finalmente, el protocolo estableció directrices estrictas para el manejo de la contratransferencia, entendida como las reacciones emocionales inconscientes de la

investigadora ante el paciente (Meltzer, 1984). Ante las narrativas de trauma, violencia o manipulación, la terapeuta debió procesar internamente las respuestas de rescate, temor o rechazo para evitar sesgar el registro cualitativo. Las recomendaciones metodológicas exigieron mantener un control directivo absoluto de las sesiones a través de intervenciones focalizadas y asertivas, evitando la confrontación directa que pudiera activar el *Self* Grandioso patológico del sujeto y provocar una deserción institucional o un bloqueo terapéutico masivo.

A partir de estos cuatro criterios operativos de estandarización clínica, se estructuró la matriz de gradación multidimensional, la cual sirvió como la guía analítica para el vaciado de las observaciones conductuales del estudio.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA PSICOLOGÍA
FACULTAD PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 29 mayo 2026

ASUNTO: Votos Aprobatorios

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: RASGOS ANTISOCIALES DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE APEGO EN PERSONAS CON ADICCIONES, Trabajo que presenta la C. Itzel Lucero Hernández Miranda, persona participante en el *-Acuerdo para la tramitación extemporánea de obtención de grado académico en planes de estudio de posgrados de la UAEM-* quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS PROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ADRIANA CIENFUEGOS MONTOYA	X		
MTRA. ALMA LILIANA ORTIZ NAVARRO	X		
DRA. ERIKA EGLEONTINA BARRIOS GONZÁLEZ	X		
MTRO. RODOLFO DE JESUS TRUJILLO FLORES	X		
MTRA. DANIELA ALEJANDRA POPOCA MORALES	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

RODOLFO DE JESUS TRUJILLO FLORES | Fecha:2026-05-29 09:51:02 | FIRMANTE

THoHLRim9vuk/hpsAp+/DtKSnvSWkzyqW5YN4wFsZYGv2CKj4rrjLi2Qw5C0AuQ5vh85qG+71exn22Fj9UcLoPEiLKg1r4+9j/953Nw9Sx5BtXoXpz/w3DSK66F6IKcd2l8CQWU1j
m/mQCLK6Smp4xSgbbNjtpGjd1M0ogd+6FshaiE+IOMuSut+rf0Bq5zhOoFKxAjzClrZK/QUUH4o62weZblE6aB7gb3VBwmZXN7dUHNdTIZd6DuORMc6KVvYc8XFZ0/TAGDptd1l
VycY1jPurZbpEFgRfQiqqkz3C9PXQV90JnBeksVUlj3levHi0A54bEgtsB/i9n2di1qA==

DANIELA ALEJANDRA POPOCA MORALES | Fecha:2026-05-29 09:54:06 | FIRMANTE

nj0KaQjb24x47tPBI+WIOOMgzvpY3BO6ESBbbFFy+S6J4ieQkAJ69HLgwUD9EqyGikPQYHeAkAuJERZATTWumTMxozS11AIQtulgEoTaXNa1lCQ8j46hLARLOFI9EjAfANsk
RqojFXyok33QoYHhg4GEwB9MIWUVKoCnXbenve22OS6ZqbN4wRzEQWTmtD/rjltUPAuVE34xDDxPZ/J96M7ulOV64hPkh6vQZDnywAqUcEzcu9GnvGtMIPEFbmcDTdyMkYR
qwrDjKGPXbsLGfsTc6rUDRLYxov19TuV0NEKhtbn2TfaVFnuKUnrZ0ZMBXYZ0zWz9zViZUQU7Q==

ERIKA EGLEONTINA BARRIOS GONZÁLEZ | Fecha:2026-05-29 10:45:34 | FIRMANTE

1lqHGp5lGG1ihLpg/NOXASUvJhiV73eJL9zMAT9dP00iHMjyFm4+PjRvG0es4/KnbEpci90fXVpvlKpVmSm2Ly/eAEYql2Q3BsARP1KrGBK12XpnF5csQqgMgtVPnDkMiw3Bn3Nec
HHhk1Kzpv5B1mY/KO7x64fdpegXaufSL9+J6M7kl3Rq+CP8h6YRpOD4G61GQ4XSGQxb4J57FBN2cgS/s+dp04kfHNVpY+r3+F3la9ZLvtKEYka+fOrpGy1aHcisDzYoTob1/v3iXk
hw5q5hRQxj6b9ux/RkY8CUsm9qxfSVcr3tYY+SwstJfVYIsdENnMbSn2rnwRU46L+Vw==

ALMA LILIANA ORTIZ NAVARRO | Fecha:2026-05-29 10:48:42 | FIRMANTE

zW8c8HPWXYxcF8oXe04maz3v/h1+k2Ti/MJLSKWJZba6wZV91bIMjGDxuYZo0VoBlzGUmqvDllic5ELS3HUOxyGiKZOj9NPaj5m3y36c+Lz//9GzIU3gZU5LIAz7qpMipNvo0M5
fzM5tiqj2cvvhxPZrivzkkxkhs317VWsxWtK8hsAmYqpZ6K9+NNPGJFXNk7XK8uNKy8+WtfmArHNn1Dg1qy9EkD785Bc0La6aT0sGGWGGh91g2Sms/Lvr6+afzBpoSjbmYIFkb/TG
6liJH3XNydqvnWQK8btw7uEW1rnFspIsaRqGZPszozkgRpf43Wzq+8i1bRfQlelGMA==

ADRIANA CIENFUEGOS MONTOYA | Fecha:2026-05-29 10:53:05 | FIRMANTE

Xd0ZQU/iIP/abYdmtgtCs+/A/Uoj/+JfAPnkleQ3sjWxu7lMsu1Ej+ZyeTfJan85JpAAYrg4k+JBILCwQjNYvd/R0ykfoHKUhdN/xGfEbLQzhOaFqZnoHyUhmbBnHv9QLJp8o+tjHNPUh
VgPw6W51SquqtVXHrcsplwe/zuzNdHf7THtFVzol/culjGn1GF+UpJJ2xazx9t30dGR8NjjKQsNDliJ+gZRtkwcHtrbGt6NqgdwEjtiHRVZV7cURBzHlm89YmhbltutUWqQDTIpNOVm5C
03nagrPPlcLbJELBTYnvmARMFNkUOxYhm/vc6vWRr2v3IPce3o8786Y4aMw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



WHovEAUJI

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/ScUsUQzqFFK94E8jodoy30dwQY9OqYYz>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029