



SELECTIVE ANEMPATY: A NEW CONCEPT IN MENTAL HEALTH

ANEMPATIA SELETIVA: UM NOVO CONCEITO EM SAUDE MENTAL

ANEMPATÍA SELECTIVA: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD MENTAL.

JUÁREZ TITO, Erika Edith^a, ARCE RUDÓN, Edgar Alfredo^b, PEREIRA DE CARVALHO, Felipe Kaolu^b

SUMMARY

The aim of this study is to reflect on the theory hitherto known in relation to what we have called SELECTIVE ANEMPATY. It is a completely new concept in the field of mental health, which must be clearly differentiated from the integrated or subclinical psychopathy and refers basically to the absence of empathy in the close interpersonal relationship, however, it is selective because it does feel empathy in situations or with certain people. **Methods.** Data collection was conducted from February to September 2016 with 182 people aged 18 to 45 years, of which 124 were women and 58 men. The diagnostic tool was the clinical interview. **Results.** anempathy concept, etiology, classification and percentages of cases defined in this Article according to the anempathy categories found. **Conclusions.** The concept of anempathy selective allows otherwise understand interpersonal Relationships nearby, offering another theoretical framework and new guidelines for intervention in psychotherapy.

KEYWORDS: Empathy – Selective anempathy.

RESUMO

O objetivo do presente estudo é refletir sobre a teoria conhecida até agora em relação ao que denominamos "Anempatia Seletiva". É um conceito completamente novo no campo da saúde mental, que deve ser claramente diferenciado da Psicopatia Integrada ou Subclínica e que faz referência basicamente a ausência de empatia no relacionamento interpessoal próximo, porém é seletiva devido a que consegue sentir empatia em situações ou com pessoas determinadas. **MÉTODOS.** A coleta de dados se realizou de fevereiro a setembro de 2016 com 182 pessoas

^a *Doctora en Salud Mental Comunitaria-Docente Carrera de Psicología. UCB
Directora Vida Plena*

Email de contacto: vidaplenacbba@gmail.com

^b *Investigador Vida Plena*

entre 18 e 45 anos, dos quais 124 eram mulheres e 58 homens. O instrumento diagnóstico foi a entrevista clínica. **RESULTADOS.** Se define no presente artículo o conceito de anempatia, etiologia, classificação e porcentagens de casos de acordo as categorias de anempatia encontrados. **CONCLUSÕES.** O conceito de Anempatia Seletiva permite compreender de outra forma os relacionamentos interpessoais próximos, oferecendo outro marco teórico e novas pautas para intervenção em psicoterapia.

Palavras Chave: Empatia – Anempatia Seletiva

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es reflexionar sobre la teoría hasta ahora conocida en relación a lo que hemos denominado ANEMPATÍA SELECTIVA. Es un concepto completamente nuevo en el campo de la salud mental, que debe ser claramente diferenciado de la psicopatía integrada o subclínica y que hace referencia básicamente a la ausencia de empatía en el relacionamiento interpersonal cercano, sin embargo, es selectiva debido a que logra sentir empatía en situaciones o con personas determinadas. **Métodos.** La recolección de datos se realizó de febrero a septiembre de 2016 con 182 personas entre 18 a 45 años, de los cuales 124 fueron mujeres y 58 varones. El instrumento diagnóstico fue la entrevista clínica. **Resultados.** Se define en el presente artículo el concepto de anempatía, etiología, clasificación y porcentajes de casos según las categorías de anempatía encontradas. **Conclusiones.** El concepto de Anempatía selectiva permite comprender de otra forma los relacionamientos interpersonales cercanos, ofreciendo otro marco teórico y nuevas pautas para la intervención en psicoterapia.

PALABRAS CLAVE: Empatía – Anempatía Selectiva.

INTRODUCCIÓN

Si la empatía ha sido definida como la capacidad de una persona para vivenciar los pensamientos y sentimientos de los otros, reaccionando adecuadamente, que incluye un componente cognitivo que permite comprender los pensamientos y sentimientos de las otras personas; y un componente afectivo o emocional que permite compartir el estado emocional de otra persona, o vivenciar las emociones de otra persona en uno mismo (García García, Gonzáles Marques, & Maestú Unturbe, 2011), la **anempatía selectiva** se definiría como un modo de funcionamiento interpersonal caracterizado por la escasa capacidad de empatía, donde se vinculan a dos o más personas en posiciones de control y sujeción, donde el poder se traduce en control y cosificación, mientras que el amor se traduce en obediencia, y el respeto en miedo. La anempatía va a ser la notable

dificultad para comprender pensamientos y sentimientos en otra persona, así como la incapacidad de compartir y vivenciar en sí mismo las emociones y necesidades emocionales de otra persona, lo que generará a su vez la imposibilidad de establecer conexiones afectivas profundas con las personas de su entorno más íntimo.

En el presente artículo se espera mostrar los orígenes en la acuñación de este concepto, la definición y clasificación de anempatía, haciendo evidente su uso en la psicología clínica.

FUNDAMENTO TEORICO.

La **anempatía selectiva** ha sido denominada de esa manera debido a que su núcleo es la ausencia de empatía en las relaciones, especialmente en las más cercanas. Sin embargo, dependiendo del tipo de anempatía y de las personas con las que se relacione la persona anempática, habrá alguna presencia de empatía, por lo que parece ser selectiva aunque de manera involuntaria.

Anempatía es un concepto acuñado por Erika Juárez y Edgar Arce durante el año 2013, para explicar el escaso desarrollo de empatía en individuos que a lo largo de su vida, han ido formando y consolidando características específicas en su funcionamiento interpersonal y que son especialmente evidentes, en los modos más íntimos de relación con el otro, especialmente en las relaciones de pareja, familia e incluso amistades cercanas.

El año 2016, cuando Felipe de Carvalho se integra al equipo se avanza con las reflexiones teóricas y la revisión de casos clínicos, lo que ha permitido modificar el término y realizar clasificaciones, llegando así a la denominación de Anempatía selectiva que puede adoptar una posición de dominante, móvil o consecuyente. Se ha incluido el término “selectiva” a la definición inicial debido a que no se manifiesta como una anempatía total, sino que parece haber logro de empatía en determinadas situaciones y con determinadas personas según el caso.

La Anempatía resulta muy parecida a la psicopatía subclínica o integrada descrita a detalle en reflexiones teóricas anteriores (Posueco Romero, Moreno Manso, Blázquez Alonso, & García-Baamonde Sánchez, 2013) debido a que parecen compartir la ausencia de empatía; sin embargo,

tras el análisis de cada característica se llegó a la conclusión de que son diferentes en su manifestación, su núcleo y quizás en etiología¹.

De hecho, planteamos que la anempatía selectiva no constituye un trastorno de personalidad, sino más bien un conjunto de rasgos o características de personalidad, que se activan en la interrelación íntima con otra persona.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo fue escrito en base a la investigación de casos registrados desde febrero a septiembre del 2016, que llegaron a sumar 182 casos, de los cuales, 124 fueron mujeres y 58 varones entre 18 y 45 años.

En todos los casos se aplicaron entrevistas en profundidad y se analizaron los datos encontrándose características comunes según el tipo de anempatía.

RESULTADOS

De toda la población con la que se ha trabajado se han encontrado rasgos característicos que diferencian tres posiciones diferentes de anempatía definido así la siguiente clasificación dentro de la anempatía:

Anempatía Selectiva Dura o dominante (ASD). Caracterizada principalmente por no ser capaz de desarrollar sus relaciones interpersonales íntimas de manera empática, ni cognitiva ni emocional, sin embargo, de acuerdo a sus intereses y objetivos logra desarrollar accesos de empatía cognitiva, en base a deducciones racionales y aprendizaje. Es difícil limitar la descripción a la ausencia de empatía debido a que el fenómeno es más complejo que la sola presencia o ausencia, según la observación clínica el anempático duro es incapaz de sentir empatía emocional ni cognitiva por alguien cercano, sin embargo es capaz de sentir empatía cognitiva e incluso emocional con personas lejanas pero con las que se comparta algún rasgo de identificación.

¹ Sin embargo, sobre este punto se requieren mayores investigaciones debido a que nuestro equipo ha investigado la etiología de la anempatía, pero no de la psicopatía subclínica.

Sus características de funcionamiento son:

- Sentimiento de posesión respecto de la que se relaciona íntimamente.
- Desarrolla conductas sutiles para aislar al otro de familia y amigos.
- Poder de influencia y manipulación para conseguir sus objetivos.
- Preocupación excesiva por cuidar la imagen personal ante las otras personas.
- Dificultad para percibir las consecuencias y el impacto de sus acciones en las emociones del otro.
- Estructuración racional de las vivencias, con poca implicación y responsabilidad emocional.
- Auto sobrevaloración moral.
- Rigidez en el trazado de sus objetivos.
- Adecuación a las normas sociales, aunque encubra profundos sentimientos de soledad, no pertenencia e inadecuación.
- Relaciones interesadas motivadas por el cuidado de la autoimagen
- Juzga fácilmente el accionar de los otros, pero no a sí mismo, encontrando justificables sus propias acciones.
- Miopía del futuro a nivel emocional.
- Amor condicionado a la obediencia.
- El respeto es confundido con miedo.
- Miedo a la soledad.
- Necesidad psicológica de controlar a las personas, procesos, resultados, de tal manera que todo sea realizado “a su manera”.
- Impulsividad, poco control de sus emociones negativas.
- Siente que da de más en las relaciones, por lo tanto siente que no recibió el mismo afecto en correspondencia.
- Suele creer que ama a poco tiempo de haber comenzado una relación
- Tiene una relación extrema ante la sexualidad: o es una persona altamente sexual o notablemente desinteresada en el sexo.
- Se posiciona como víctima en las relaciones.
- Memoria selectiva.

- La conducta cariñosa no es espontánea y natural, sino racional y aprendida.

Es importante hacer notar que el ASD recién descrito no pretende causar daño en el otro, sino que realmente parece necesitar de este otro porque como cualquier otro ser humano desea fervientemente amar y ser amado, solo que no sabe dar un amor libre, respetuoso e incondicional. Esa quizás es la diferencia más clara y esencial entre el ASD y la psicopatía subclínica o integrada, a este último, no le interesa realmente ser amado, sino apenas conseguir sus objetivos.

De esa manera se hace evidente la ASD porque construye una prisión invisible para su víctima, a veces es una prisión cómoda, a veces es asfixiante, pero considera que es por amor y de hecho, argumenta racionalmente los aspectos positivos de su influencia sobre su pareja. Asimismo, genera en su entorno inmediato una sintonía con su propio estado de ánimo, provocándolo; de tal manera que lideriza el clima emocional y con ello, su entorno íntimo, depende aún más del ASD

Durante los periodos de tensión en los vínculos de pareja, la estrategia frecuentemente utilizada es atacar de manera sutil e imprevisible (sin un patrón regular) pero solo hasta el punto límite antes de que la pareja tenga una ostensible reacción negativa; entonces el ASD hará un nuevo ataque sutil en público o frente a personas clave, provocando lo que parecerá a ojos externos una reacción negativa exagerada de la pareja, con lo que el ASD adopta su rol de víctima, restableciendo así el control y la dominación, esta vez apoyada por lo social.

Anempatía Selectiva Consecuente (ASC). Es una forma de anempatía que si bien tiene la función empática desarrollada, en el contacto y relacionamiento con un ASD se sujeta tanto a las demandas o requerimientos de éste, que permite ser cosificado por éste, de esta manera, pierde su capacidad de verse a sí mismo como un ser humano libre, lo que le lleva a que su comportamiento e incluso su propia autopercepción sea consecuente a su ASD.

Frecuentemente establece relaciones de pareja con ASD, y aún con el conocimiento de su propio sufrimiento en esa relación, no logra romper el vínculo a veces por consideración a su pareja, a veces porque se cree enamorado, a veces porque cree que puede ayudar a su pareja.

Se denomina ASC debido a que las principales características observables se manifiestan como consecuencia de haber establecido vínculo con un ASD.

Sus características de funcionamiento son:

- Necesidad psicológica de complacer al otro para merecer su amor y evitar todo aquello que pueda generar peleas o ruptura del relacionamiento.
- Escasa capacidad de autocrítica, toda autocrítica es repetición de lo escuchado por el otro.
- Pérdida de identidad en el relacionamiento con un ASD.
- Baja autoestima.
- Falta de poder de decisión.
- Pobre valoración de sus características personales, aunque otras personas de su entorno, las reconozcan y valoren.
- Sumisión ante la manipulación emocional.
- Se justifica toda agresión a su persona, pero las agresiones efectuadas por sí, son generadoras de sentimientos de culpa.
- Anhelo de libertad emocional.
- Tiene la sensación de que su pareja ASD lo necesita.
- Se siente poco amado y/o valorado por personas importantes en su historia personal.

Anempatía Selectiva Móvil (ASM). Es un tipo de anempatía donde la persona puede funcionar en algunas relaciones como ASD y en otras relaciones, funcionar más bien como ASC, adoptando las características de funcionamiento correspondientes, por ejemplo, con uno de los progenitores asumir una posición ASC y con la pareja ASD.

Así, la capacidad de adoptar una posición u otra, dependerá de su relacionamiento con personas ASD o ASC, normalmente ajustándose al rol que le corresponde para complementar ese vínculo. De la misma manera, cuando se relaciona con otro ASM intercalan de posición, manteniendo de alguna manera esta capacidad de moverse de una posición a otra.

Dentro de esta categoría se ha observado que hay personas ASM con tendencia a ASD (ASM-D) debido a que su estilo de posicionamiento en las relaciones interpersonales cercanas es móvil, pero con una predominancia de características propias de la ASD, o con una mayor frecuencia de relacionamientos donde asume una postura ASD. Asimismo, se ha encontrado personas ASM con tendencia a ASC (ASM-C), donde su posicionamiento es móvil, pero con posturas de mayor

frecuencia ASC. Es importante señalar que la tendencia sea a ASD o a ASC, no modifica la constitución cambiante del ASM, son tendencias dentro de una categoría móvil.

Resultados diagnósticos cuantitativos.

De los 192 casos analizados, entre hombres y mujeres, se presenta la relación entre los diagnósticos obtenidos, tal como muestra la [figura 1](#) y su correspondencia en porcentajes en la [figura 2](#). De esta manera, se observa una predominancia de diagnósticos de ASD, que responden a 64 casos que corresponde al 33%; 34 casos que corresponden al 18% obtuvieron un diagnóstico de ASC; 30 casos equivalentes al 16% obtuvieron un diagnóstico de ASM; 30 casos, correspondiente al 16% tienen el diagnóstico de ASM-D; 20 casos que representan el 10% responden a un diagnóstico ASM-C; 14 casos que representan el 7% obtuvieron diagnósticos diferentes de los estudiados en la presente investigación.

Para establecer la predominancia de diagnósticos por género, se analizaron las diferentes categorías de anempatía selectiva según el género de los pacientes, observándose en la [figura 3](#) para el sexo femenino y en la [figura 4](#) para el sexo masculino, una predominancia de diagnósticos ASD con un 30% en las personas de sexo femenino y 40% en las de sexo masculino; el siguiente diagnóstico más frecuente en ambos géneros es ASC con un 18% en mujeres y 17% en varones; el diagnóstico ASM corresponde a un 17% de los casos femeninos, frente a un 13% de los casos masculinos; la categoría ASM-D corresponde a un 18% de los casos de sexo femenino frente a un 10% de los casos de personas de sexo masculino; el diagnóstico de ASM-C corresponde a un 11% de los casos femeninos y 10% de casos masculinos; y otros diagnósticos corresponde al 6% en las mujeres frente a un 10% en los varones atendidos.

ETIOLOGÍA

Según nuestros estudios de caso, la etiología de la anempatía siempre remite a los progenitores, sea porque ellos mismos son anempáticos o porque han sido padres o madres ausentes física y/o emocionalmente.

En el caso de la ausencia de uno de los progenitores, el rol ausente (sea el padre o la madre) muchas veces ya es suficiente para desarrollar una sensación de vacío emocional, sin embargo

esta situación puede agravarse cuando el rol presente (sea el padre o la madre) a modo de “compensar” la ausencia del otro, se vuelve muy duro y exigente en niveles elevados dificultando la percepción del amor y del cariño. Entonces la sensación de desamor y abuso de poder se manifiestan en conjunción o como consecuencia de la ausencia de uno o ambos progenitores.

Asimismo, cuando hay ausencia de un progenitor y al mismo tiempo intentos de compensación por el progenitor presente, se tiende a llenar al niño de obsequios, incluso quizás por la falta de tiempo compartido que suele suceder por sobrecarga de actividades laborales, necesarias para sostener a la familia sin la pareja.

De esta manera lo que constituye el núcleo de la anempatía es la incapacidad de percibir los estados y necesidades emocionales del otro y un desequilibrio entre sus nociones de poder y amor con las que se ha ido desarrollando, lo que desemboca en las características de funcionamiento en la relación con el otro, ya descritas anteriormente.

Investigaciones posteriores y en base a la observación clínica, permitieron identificar un rasgo más referente a la determinación etiológica de la posición dentro de la anempatía, donde se establece que la unión entre progenitores anempáticos (duros, móviles o consecuentes) tengan la tendencia a desarrollar en sus hijos tipos o posiciones de anempatía específicos, y aunque ya se tienen algunos datos preliminares, todavía es un campo que requiere investigación específica.

CONCLUSIONES

El concepto de anempatía selectiva surge como una necesidad de responder a situaciones de la práctica clínica, en la que se observan conjuntos de rasgos que desembocan en comportamientos comunes a varias personas, la reflexión y la conformación de categorías cuyo núcleo se centra en la presencia/ausencia de empatía ha dado lugar a una forma diferente de comprensión y abordaje de las situaciones problemáticas en el relacionamiento interpersonal cercano de los pacientes.

La anempatía selectiva define formas de relacionamiento interpersonal específicas, donde el vínculo afectivo se torna condicional, con frecuente manipulación de un lado y sentimientos de culpa en el otro lado, este vínculo se caracteriza por traducir el amor en obediencia.

Aún falta más por investigar, pero la comprensión de la anempatía selectiva provee un nuevo marco de reflexión, proveyendo principios para una eficaz intervención clínica.

Cabe señalar que en el transcurso de la investigación se encontraron casos de pacientes que no respondían a ninguna de las categorías de anempatía propuestas y que más bien se obtuvo otro diagnóstico y/o que eran personas con un adecuado grado de empatía, respetuosas de sí mismas y del otro, libres de sentimientos de culpa y de necesidades de control.

Asimismo, se ha observado también que después de los procesos terapéuticos, los pacientes ASD logran una mejoría en sus rasgos lo que les permite un relacionamiento más saludable con el otro, sin embargo, a pesar de los avances, se conservan rasgos que parecen ser inmodificables aun con la terapia hasta ahora practicada; los ASM logran estabilizar su relacionamiento con la terapia y según los vínculos que formen; y los ASC logran liberarse y relacionarse saludablemente aún con personas ASD.

Los resultados presentados en este artículo son producto de varios años de reflexión y observación clínica, sin embargo la investigación concreta para la clasificación de los casos atendidos, fue realizada a lo largo de la gestión 2015 y la recolección de datos solo durante los meses de febrero a septiembre del 2016.

Creemos que aún falta mucho por investigar, sin embargo se precisa de la comunidad científica para seguir adelante.

BIBLIOGRAFÍA

De Albéniz, A. P., & de Paúl Ochotorena, J. Empatía y maltrato físico infantil Empathy and child physical abuse.

De Carvalho Pereira, F. (30 de Mayo de 2016). Operador Alfa. Vida Plena. (E. Juárez, Entrevistador)

De Sousa Seixas, M. J. (2014). Associações entre o modelo triárquico da psicopatia, as emoções, a moralidade e a delinquência em jovens adultos.

Echeburúa, E., De Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. (Spanish). *Revista De Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 15(2), 85-99.

Eisenberg, N., & Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Desclée de Brouwer.

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.

García García, E., González Marques, J., & Maestú Unturbe, F. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y estrés*, 265 - 279.

García García, E., González Marqués, J., & Maestú Unturbe, F. (2011). Neuronas Espejo y Teoría de la Mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y estrés*, 17(2-3), 265-279.

Garrido, F. S. (2009). Fisonomía de la psicopatía. concepto, origen, causas y tratamiento legal. (Spanish). *Revista De Derecho Penal Y Criminologia*, 279-125.

Gaspar, A. (2014). Neurobiologia e psicologia da empatia. Pontos de partida para a investigação e intervenção da promoção da empatia. *Cérebro: O que a ciência nos diz. Povos e Culturas*, 18, 159-174.

Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.

Lacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo: empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros* (Vol. 3055). Katz Editores.

León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (Spanish). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740. doi:10.4321/S0211-57352014000400006

- Mestre Escrivá, M. V., Pérez Delgado, E., Samper García, P., & Martí Vilar, M. (1998). Diferencias de género en la empatía y su relación con el pensamiento moral y el altruismo. *IberPsicología*, 1998, vol. 3, num. 1, p. 1-21.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*, 50(2), 89-100.
- Otiz, M. J., Apodaka, P., Etxeberria, I., Ezeiza, A., Fuentes, M. J., & López, F. (1993). Algunos predictores de la conducta prosocial-altruista en la infancia: empatía, toma de perspectiva, apego, modelos parentales, disciplina familiar e imagen del ser humano. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 83-98.
- Pastor, A. R. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de psicología*, 22(3), 323-339.
- Posueco Romero, J. M., Moreno Manso, J. M., Blázquez Alonso, M., & García-Baamonde Sánchez, M. E. (2013). Psicopatía subclínica, Empatía emocional y Maltrato psicológico en la pareja: Empatía Cero Negativa y Violencia Instrumental - patológica. *Clínica contemporanea. Perspectivas teóricas*, 4(3), 223 - 243.
- Rey-Anacona, C. A., Paitán-Ávila, L. C., & Monguí-Merchán, Z. L. (2014). Diferencias neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, entre adolescentes con y sin trastorno disocial. (Spanish). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 31(2), 275-295.
- Rizz, A. A., Medina, C. A., & Botero, J. R. (2014). Propuesta de rehabilitación neuropsicológica de la atención, las funciones ejecutivas y empatía en personas con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, desvinculadas del conflicto armado colombiano. (Spanish). *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 138-153.
- Rizzolatti, G., & Giner, C. S. (2006). *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*.
- Garrido, F. S. (2009). Fisonomía de la psicopatía. concepto, origen, causas y tratamiento legal. (Spanish). *Revista De Derecho Penal y Criminología*, 279-125.

GRÁFICOS Y FIGURAS

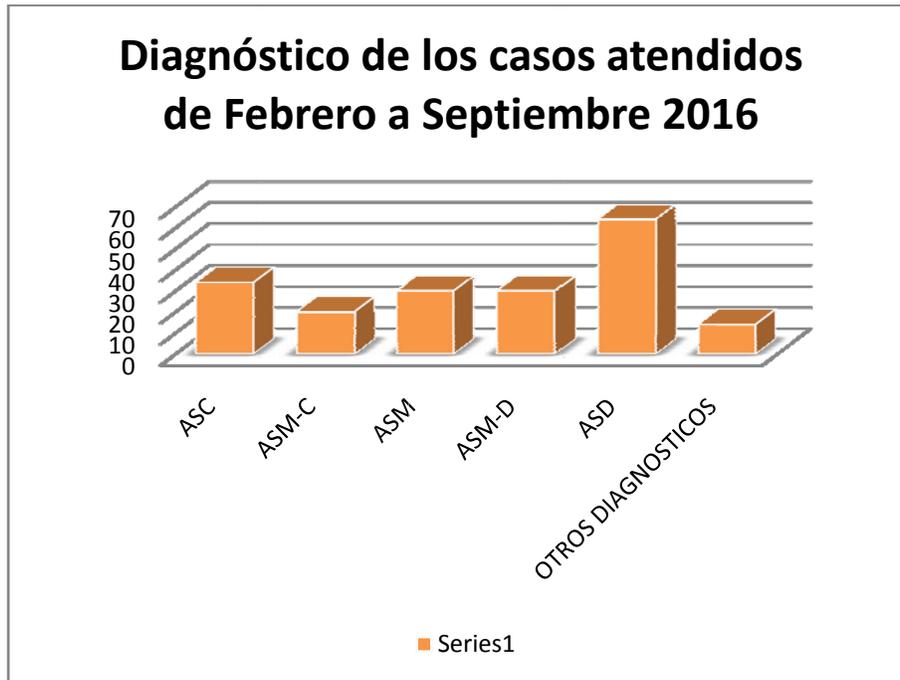


Figura 1. Diagnóstico de casos atendidos de febrero a septiembre de 2016.
Fuente: Elaboración propia

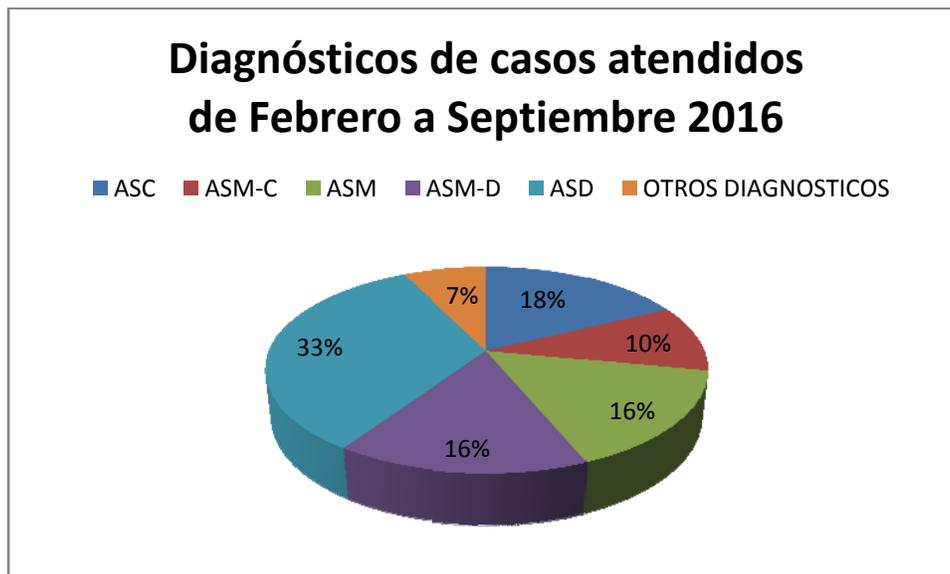
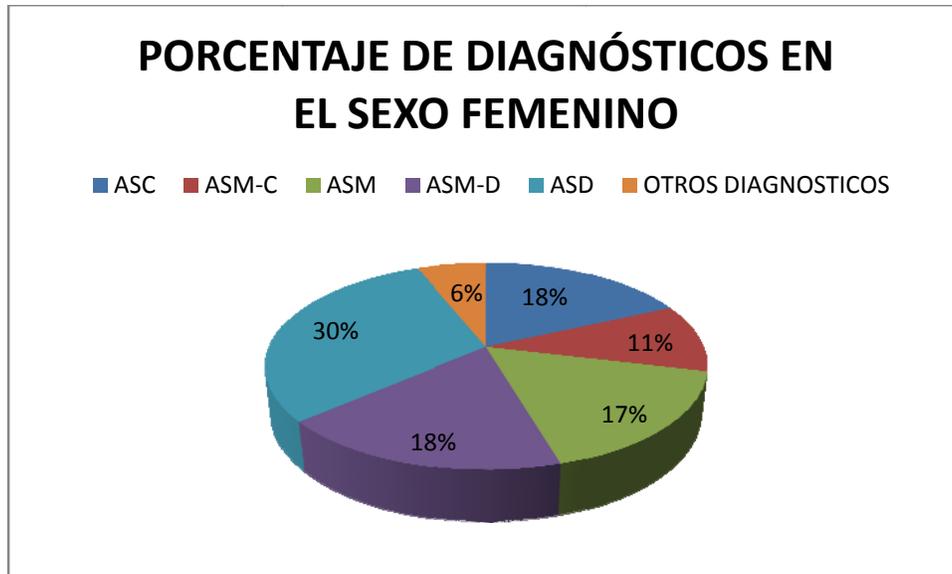
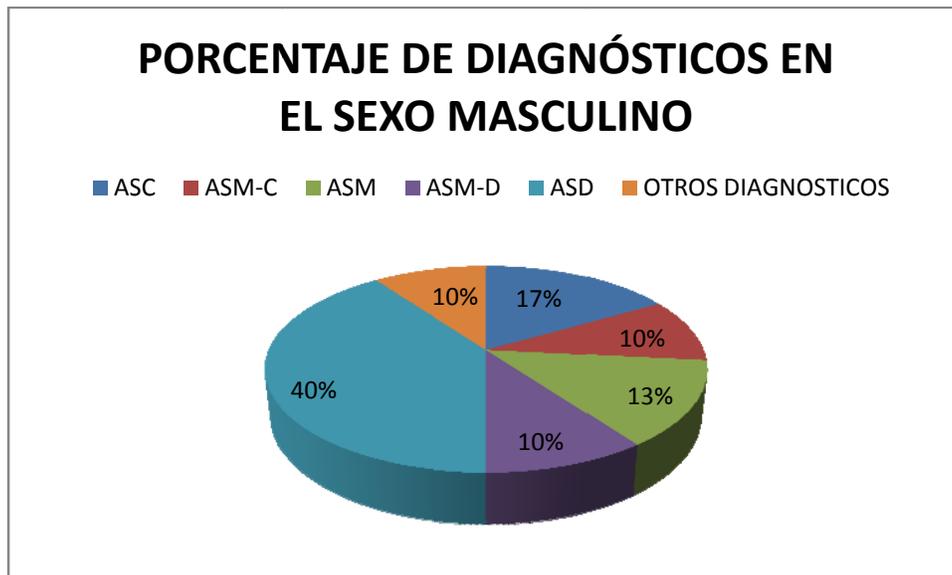


Figura 2. Diagnóstico de casos atendidos de febrero a septiembre de 2016 en porcentajes.
Fuente: Elaboración propia



*Figura 3. Porcentaje de diagnósticos en el sexo femenino.
Fuente: Elaboración propia*



*Figura 4. Porcentaje de diagnósticos en el sexo masculino.
Fuente: Elaboración propia*

RECIBIDO 20/09/2016

REVISADO 22/11/2016

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS