

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de Caso: Terapia Cognitiva Conductual en Caso de Psicopatía
y Depresión**

María Paz Cordovez Borja

**Sonja Embree, Ph.D., Director de Trabajo de
Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 16 de julio de 2015

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Estudio de Caso: Terapia Cognitiva Conductual en Caso de Psicopatía
y Depresión**

María Paz Cordovez Borja

Sonja Embree, Ph.D.,

Director del Trabajo de Titulación _____

Teresa Borja, Ph.D.,

Directora del Programa _____

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,

Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades _____

Quito, 16 de julio de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: María Paz Cordovez Borja

C.I.: 171433474-3

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: 16 de julio de 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia quienes siempre han estado allí para mí, así como mis amigos incondicionales, a aquellos que me apoyaron en el proceso y siempre creyeron en mí, haciendo que esto sea posible.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos aquellos que me apoyaron durante este viaje lleno de experiencias inolvidables, en especial a mi familia; mis padres, quienes siempre han sido y siempre serán un apoyo incondicional para mí, Bernd y Marisol, quienes me han querido como a hija y me han dado el mismo apoyo siempre. Mis hermanos, quienes han sido mis mentores y siempre dispuestos analizar y discutir mis puntos de vista y conocimientos, así como también siempre alentarme a dar lo mejor de mi misma. Agradezco también a todos mis profesores, quienes me exigieron lo mejor desde el principio y me mostraron que puedo lograr lo que me propongo. A Esteban Ricaurte, por apoyarme durante todo este proceso de investigación, así como también estar siempre dispuesto a aclarar todas mis dudas y cuestionamientos.

RESUMEN

Esta Propuesta se enfoca en lograr descubrir si es que existen diferencias dentro de la terapia cognitiva conductual cuando existe un diagnostico dual de depresión y Trastorno antisocial de la personalidad. Se enfoca en entender si es que el trastorno antisocial llega a crear una diferencia significativa en la terapia y en especial en los síntomas de depresión del paciente, así como también su tratamiento. Al analizar 4 casos de pacientes con este diagnostico dual, se intentará identificar esas diferencias, si es que las hay, e intentar entender por que existen o no dentro de el acercamiento terapéutico, así como también en la sintomatología.

Palabras claves: *Trastorno de Personalidad antisocial, depresión, acercamiento terapéutico.*

ABSTRACT

This proposal intends to focus on whether or no there are differences in the therapeutic approach during the treatment for depression when there is a dual diagnosis, where antisocial personality disorder (APD) is present. It will also focus on whether the presence of the APD will affect the symptomatology of the depression, as well as the tools that are being used and their usefulness in therapy. Through the analysis of 4 different cases of this dual diagnosis, as well as the understanding of the treatment, we intent to identify the differences that exist during treatment.

Key words: *Antisocial Personality Disorder, depression, and therapeutic approach*

TABLA DE CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN	3
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
METODOLOGÍA	23
RESULTADOS ESPERADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	29
LIMITACIONES	31
INVESTIGACIONES FUTURAS.....	32
REFERENCIAS.....	33
APENDICE A	35
APENDICE B	37
APENDICE C.....	46

Introducción

La investigación se basa en entender como es que los diagnósticos de depresión y el trastornos de Personalidad Antisocial interactúan entre si, y cuales serian las áreas que hacen que el paciente sea diferente al resto de pacientes que tienen solo depresión, así como también como es que la sintomatología cambia y como se puede cambiar el acercamiento terapéutico para lograr así una mejoría significativa, así como también poder culminar la terapia. Para poder entender lo mencionado anteriormente, primero debemos entender la historia de las 3 áreas importantes que involucran al estudio. La primera, es la terapia cognitiva conductual, seguida por el desarrollo de la depresión y por último el trastorno de personalidad antisocial, también llamada psicopatía.

La Terapia Cognitiva Conductual tuvo sus comienzos en los años 60, cuando el Dr. Aaron Beck empezó a darse cuenta que con para que el psicoanálisis pueda ser aceptado en la comunidad médica, debía haber una medida cuantitativa que ayude a medir los progresos hechos con la terapia (Beck, 2011). Por esta razón es que el Dr., Beck decidió hacer una serie de experimentos los cuales el creía validarían su idea, pero ocurrió lo contrario, por lo que el Doctor empezó a buscar otras explicaciones para diagnósticos como la depresión (Beck, 2011). Al hacer esto, Beck empezó a identificar que cogniciones negativas y distorsionadas, los cuales eran los pensamientos y creencias primarias; las cuales eran la características primarias en el diagnostico de depresión (Beck, 2011). Fue entonces que el Dr. Beck estructuró una terapia a corto plazo en donde se

cuestiona la realidad del paciente y confronta los pensamientos distorsionados para así lograr quitarles validez y por cambiarlos a unos más adaptativos (Beck, 2011).

Cuando veía a estos pacientes, Beck se dio cuenta que los pacientes tenían una tendencia de tener pensamientos negativos acerca de sí mismos, de su “self”, Allí es cuando encontró una relación entre esos pensamientos, llamados pensamientos automáticos; y las emociones, por lo que en la terapia Beck, ayudaba a sus pacientes a identificar, evaluar y responder a esos pensamientos desadaptativos y eventualmente quitarles credibilidad (Beck, 2011). Es importante recalcar que aquello que Beck utiliza en esta nueva terapia es un componente importante en la mejoría de los pacientes en especial una vez que ellos mismos pueden lograrlo y así no necesitar de la terapia.

Para lograr esto primero debió entender a fondo la depresión, por lo que es importante que podamos entender la historia de la misma para poder identificar las características importantes dentro del diagnóstico.

Estudiando el principio de los records escritos en que se menciona la depresión, vemos que estaba presente en muchas culturas, tales como Mesopotamia, la antigua Grecia, Roma, Persia entre otros (Nemade, Staats, Dombek, 2007). Llamada Melancolía, la depresión ha estado presente desde hace muchos años en las diferentes civilizaciones (Nemade et al. 2007). Dentro de estas civilizaciones, muchas veces se lo tomaba como una posesión de espíritus malignos o demonios, por lo que se implementaban exorcismos, pero en culturas como en Roma y Grecia, los doctores pudieron ver que no era ello, si no que era algo biológico y psicológico, por lo que utilizaban curas como dietas, baños, gimnasia y extractos de plantas para aliviar los síntomas pero estas creencias no duraron mucho y se unieron a las creencias de posesiones de demonios.(Nemade et al. 2007).

Avanzando hasta la edad media vemos que es en donde las personas con diferentes tipos de trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, se veían siendo perseguidas por la creencia de que eran demonios o brujas, por lo que eran sometidas a diferentes tipos de tortura e inclusive muertes bastante dolorosas (Nemade et al. 2007). Mientras tanto en el renacimiento se volvió a la creencia de Hipócrates, de que era una enfermedad mental y debía ser tratada para alivianar los síntomas (Nemade et al. 2007).

Después de eso ya pasamos a la era moderna en donde se empieza a investigar la melancolía mas a fondo para encontrar una cura para la misma, a pesar de que los pacientes seguían siendo encerrados y tachados de la sociedad (Nemade et al. 2007). Es aquí en donde a principios del siglo XX, psiquiatras como Schneider, Meyer y hasta el mismo Sigmund Freud, vieron que la melancolía era una tristeza inmensa, la cual se daba por una perdida y la cual era tan grande que superaba al duelo, tanto en síntomas como en la manera en la que afectaba al paciente (Nemade et al. 2007).

Fue entonces que en 1952, se publicó el primer Manual estadístico de diagnóstico de enfermedad mental (DSM-I), el cual clasificaba los diagnósticos para que sea mas fácil poder cuantificar los síntomas y llegar a un consenso entre los profesionales de la salud mental y por lo que pocos años después se publico el DSM-II (Psychiatry.org, 2015). En los años 70s es que se publica el tercer manual, DSM-III, y se hace un gran cambio en el mismo, ya que se incluyen criterios de diagnóstico y se clasifican una gran cantidad más de trastornos mentales, los cuales anteriormente no se los consideraba como tales (Psychiatry.org, 2015). Es en este manual, que la depresión deja de ser melancolía y se convierte en un Diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en donde los criterios y síntomas descritos se vuelven más específicos y así ayudan también a que haya un mejor tipo evaluación del mismo (Psychiatry.org, 2015).

Es en el año 1977, que Beck se junta con el Dr. John Rush, para hacer estudios controlados con pacientes depresivos utilizando esta nueva terapia y así poder crear evidencia a favor de la misma (Beck, 2011). Una vez que validaron que la terapia si daba resultados la empezaron a implementar en otros trastornos, pero siempre teniendo en cuenta que su investigación principal era con los pacientes diagnosticados de depresión.

Avanzando hacia el diagnostico de Trastorno de personalidad antisocial, o también llamado la psicopatía, podemos ver como es que los diagnósticos llegan a interactuar en el paciente.

El término Psicopatía durante mucho tiempo se utilizó para describir a los trastornos mentales en general, mas no para un diagnostico especifico pero ya en el siglo XX, se volvió especifico para una serie de características las cuales eventualmente se volvieron el Trastorno de personalidad antisocial (Cunningham, Reidy, 1998). El trastorno de personalidad antisocial ha sido investigado por diferentes personas pero en su mayoría ha sido investigado dentro de la población criminal, dado que existe una prevalencia mayor dentro de la misma (Esbec, Echeburua 2011).

El DSM- IV (1995), nos dice que el Trastorno antisocial se caracteriza principalmente por el desprecio y violación general de los derechos de los otros, además de comenzar desde la infancia o los principios de la adolescencia. La psicopatía es un trastorno el cual tiene patrones repetitivos los cuales violan las leyes establecidas y las normas sociales, y en donde estos comportamientos son hechos sin darle importancia a las mismas (DSM- IV, 1995).

En 1996, el Dr. Robert Hare, publicó el artículo, *Psicopatía como un factor de riesgo para violencia*. En donde explica como es que la falta de empatía, culpa y de desprecio hacia el resto es lo que hace que las personas que son diagnosticadas con este

trastorno, tengan una predisposición más grande para la violencia, haciendo que mucha de la gente los considere peligrosos. Durand y Barlow (2007) los consideran como personas que toman lo que quieren sin preocuparse de los demás así como utilizar la mentira y el engaño para lograrlo. Además , al utilizar estas herramientas tan a menudo, a veces parece que no distinguen entre la verdad y las mentiras que cuentan, así como también la falta de remordimiento y preocupación por las consecuencias de sus acciones (Durant, et al, 2007).

Viendo ya un poco de la historia de los temas, debemos luego relacionarlos, y para eso usaremos la hipótesis.

Hipótesis: ¿En una persona con diagnóstico dual, de Trastornos de personalidad antisocial y de Depresión, al usar la terapia cognitiva conductual, en alguna manera la terapia debe ser cambiada por la afectación que tiene el trastorno antisocial de la personalidad frente a la depresión?

Revisión de la literatura

Para poder entender de mejor manera la investigación debemos ir mas alla de la historia de los trastornos o inclusive de la terapia. Debemos entender como funciona cada una de las areas a fondo. Primero analizaremos el funcionamiento que tiene la terapia Cognitiva Conductual, después la depresión, seguido por el Trastorno antisocial de la personalidad, y por ultimo, el funcionamiento del estudio de caso, que es el abordaje usado en la investigación.

Terapia Cognitiva Conductual

Como dicho anteriormente, la terapia conitiva conductual fue desarrollada en los años 60s con pacientes con el diagnostico de depresión, lo cual nos ayuda a entender tambien las bases del trastorno, asi como las bases de la terapia.

Primero, debemos entender los 10 principios básicos que tiene la terapia, los cuales nos muestran toda la estructura que tiene la terapia, asi como la información esencial de la misma y además, dado que estos principios son la base para todo lo demás, entonces nos ayudan a correlacionar más facilmente las herramientas usadas.

En el libro escrito por Judith Beck (2011) se describen todos estos principios, los cuales además están resumidos a continuación. El primero nos dice que la terapia se basa en que siempre estamos evolucionando y por ende también nuestros problemas y conceptualizaciones de la realidad; por lo que hay que lograr que el paciente deje estos patrones y repetición de eventos para lograr cambiar sus pensamientos (Beck, 2011).

El segundo principio nos explica que la terapia requiere que haya una buena relación terapeuta la cual necesita se apoyada por devoluciones empáticas, escuchar de cerca y con cuidado para así poder lograr resumir de forma acertada lo que dice el paciente

en cuento a pensamientos, sentimientos y emociones. El tercer principio nos dice que la terapia hace un énfasis en que haya una colaboración y participación activa de ambas partes, por lo que se debe trabajar en conjunto y ponerse de acuerdo en las citas y los deberes mandados (Beck, 2011).

El cuarto principio nos dice que la terapia esta orientada en metas y se concentra en el problema presente y frente a lo que el paciente cree que es importante resolver, a través de trabajar a través de los pensamientos y conductas. El quinto principio, nos dice que la terapia enfatiza en el presente, concentrándonos en los problemas que afectan al paciente en ese momento y solo se explora el pasado en dos ocasiones; el paciente tiene el deseo de hacerlo y cuando el paciente se ha quedado estancado y se necesita un entendimiento del pasado para poder cambiar los pensamientos (Beck, 2011).

El sexto principio nos dice que la terapia es psicoeducativa, ya que apunta a enseñar al paciente para que sea su propio terapeuta y así evitar recaídas. El séptimo principio, se concentra en que sea una terapia corta y con un limite de tiempo para así lograr que el paciente vea mejorías en un tiempo corto. El principio 8, las sesiones son completamente estructuradas así como los deberes y se siguen ciertos acuerdos durante las mismas (Beck, 2011).

El principio nueve, explica que la terapia enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos disfuncionales; Por último, el principio 10, nos explica que la terapia usa diferentes técnicas para cambiar la forma de pensar el paciente así como su humor y su comportamiento (Beck, 2011).

Después pasamos a el sistema de pensamientos, los cuales se dividen en 3 partes; los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias centrales (Beck, 1979). Los pensamientos automáticos, son aquellos pensamientos que ocurren durante todo nuestro día, e involucran muchos aspectos de lo que nos rodea, pero siempre tienen ciertos

denominadores comunes. Allí es donde entran las creencias intermedias, las cuales son consideradas como reglas, en donde siempre una acción tiene una consecuencia, a partir de ello sacamos una idea inclusiva más general que es un denominador común y llegamos a las creencias centrales (Beck, 1979). Las creencias centrales, son aquellas ideas, que son absolutas y que ayudan a que nuestra mente sepa como reaccionar frente a diferentes situaciones, basándonos en el aprendizaje de la infancia (Beck 2011).

Con estas creencias, podemos aplicar los 10 principios y además poder aplicar las diferentes herramientas que nos enseña la terapia Cognitiva Conductual, la cual nos ayuda a modificar la forma de actuar y pensar del individuo. Esta terapia además nos ayuda a modificar estas creencias centrales, para así crear nuevas y poder mejorar el comportamiento futuro del paciente, de una forma más permanente.

Depresión

El trastorno depresivo mayor, más conocido como depresión, es un diagnóstico que se ha vuelto cada vez más común en la población, dado que la misma también exige mucho más de los individuos que en otras épocas. La depresión se define como un trastorno en el cual existe una tristeza patológica, la cual afecta al funcionamiento de la persona en varios ámbitos como el trabajo, la familia o los estudios (Mayo Clinic, 2015).

Este trastorno como dicho anteriormente, fue catalogado con diferentes nombres y características en el tiempo, debemos también considerar que hubieron una gran cantidad de tratamientos para el mismo, haciendo que sea difícil para los terapeutas y los pacientes lidiar con los síntomas correctamente. Es allí donde volvemos a enfocarnos en la terapia cognitiva conductual.

Dado que esta terapia empezó a través del diagnóstico de Depresión, debemos recalcar que tiene herramientas las cuales son realmente útiles durante la terapia y que han servido no solo para esa misma terapia, si no para otras corrientes y acercamientos. Es aquí donde vemos las herramientas que Beck desarrolló en su libro *Cognitive therapy and the emotional disorders* (1979) vemos que se dio cuenta que los pacientes con depresión se centraban en una pérdida de algo que ellos consideraban esencial y que su pérdida los afectaba en más de un aspecto de su vida. En el mismo libro, Beck nos cuenta que esta pérdida se considera tan importante ya que los pacientes sienten que sin aquello que perdieron no van a poder lograr sus metas o seguir adelante con su vida, haciendo que el paciente se centre tanto en su carencia que deja de darle importancia a otros factores en su vida (Beck 1979). En el mismo libro Beck describe que este evento puede ser tan importante que no solo se va el interés por seguir viviendo, si no también desaparecen el instinto maternal y de preservación, por lo que muchas veces los mismos pacientes dejan descuidados a su hijos o hasta creen que la solución podría ser el suicidio (Beck, 1979).

En este mismo libro Beck nos dice (1979, p103 y 104):

“ Los sentimientos de placer y felicidad son reemplazados por tristeza y apatía, el gran rango de deseos espontáneos e involucramiento en actividades se ven opacadas por pasividad y deseos de escapar; el hambre y deseo sexual se ven reemplazadas por repulsión hacia la comida y sexo; el interés e involucramientos en actividades cotidianas se convierte

en evitación y retracción. Finalmente, el deseo de vivir es apagado y reemplazado por el deseo de morir.”

Esta frase nos dice todo aquello que ocurre en la depresión y también nos ayuda a entender que es lo que ocurre en el paciente para poder trabajar en ello como lo hizo Beck.

Para poder trabajar con la depresión Beck creó una serie de herramientas las cuales cambian la conducta del paciente, no solo haciendo que deje de hacer ciertas actividades, si no también incluyendo muchas otras en el día a día para que el paciente empiece a sentir estímulos diferentes así como satisfacción y deseo (Beck Institute, 2015). Al mismo tiempo al trabajar cambiando las conductas, en la terapia nos concentramos en los pensamientos que rodean cada una de estas actividades y situaciones, para así lograr que haya un cambio permanente y que los síntomas vayan disminuyendo y causando menos incomodidad al paciente (Beck, 1979).

Esto es lo que eventualmente ayuda al paciente a cambiar su forma de pensar y actuar para lograr que abandone sus patrones y podamos crear nuevos, los cuales sean positivos y provechosos para el paciente, logrando que además el mismo paciente pueda identificar sus síntomas y pensamientos, así como también poder manejarlos y cambiarlos por si solo, logrando que sea su propio terapeuta (Beck Institute, 2015). El hecho de que la terapia Cognitiva Conductual, sea una terapia educativa, nos ayuda para que los mismos pacientes puedan solucionar los pequeños conflictos que se dan en el día a día y por eso es que existe una menor posibilidad de recaídas (ADAA, 2015). Esto ayuda al paciente a ver sus avances en la terapia, entender que es lo que el terapeuta esta haciendo y hasta que el mismo paciente pueda incorporar estos nuevos conocimientos a su vida diaria para mantener estas nuevas modificaciones y evitar que vuelva a los antiguos patrones (ADAA, 2015).

Trastorno de personalidad antisocial de la personalidad/ psicopatía

El trastorno de personalidad antisocial, es un diagnóstico definido, como una condición mental, en donde se ve afectada la manera de actuar, pensar y hasta de cambiar las percepciones del mundo, siendo además en donde existe una falta de culpa, remordimiento e inclusive una falta de consideración frente a los otros, siendo ellos o inclusive sus cosas, y además, inclusive ciertos impulsos los cuales hacen que estos pacientes sean más propensos a entrar en situaciones peligrosas (Mayo Clinic, 2015).

Dado que las personas con este diagnóstico tienden a buscar situaciones extremas o peligrosas, tienen el doble de probabilidad de morir por causas no naturales; tales como suicidio y homicidio, en comparación a sus padres que no son delincuentes (Durant, 2007). Durant y Barlow citando a Clekley (1941/1982), nos dicen que consideran que la psicopatía tiene características básicas como encanto, inteligencia, falta de sinceridad, egocentrismo, y hasta falta de remordimiento o vergüenza. Esto hace que estos pacientes suelen tener problemas constantes con la ley e inclusive al romper reglas sociales. Otras características también mencionadas son la sensación de grandiosidad y valor personal, la cual se ve claramente en nuestro paciente, así como también la necesidad de estímulos fuertes y el aburrimiento por la falta de los mismos (Durand, 2007).

Aunque muchos de los autores mencionados anteriormente consideran que estos pacientes son más propensos al peligro, se puede decir que no todos son peligrosos y que en realidad solo el 1% de estos pacientes es un riesgo para la vida de ellos mismos o de otros (Barlow, 2007). Considerando además de que los pacientes con trastorno Antisocial son además solo

el 1% de la población general, entonces debemos cuestionarnos si en realidad aquellos que hacen daño al resto, son en realidad muchos (Barlow, 2007).

Podemos considerar que muchos de estos pacientes a pesar de tener las ideas o impulsos que los harían peligrosos para el resto, solo existe una pequeña cantidad que en realidad cumpliría estas ideas o llevaría a cabo estos impulsos, por lo que es importante que con estos pacientes se utilice las herramientas necesarias para evitar que en algún momento se cumplan (Lee, 1996). Se debe intentar que el paciente tenga la capacidad para identificar estas ideas, en especial las de agresividad y aprender a controlarlas para llegar a evitar el daño al resto y más que nada a si mismos, en especial cuando existe un trastorno de Depresión.

Es allí entonces donde pasamos al tratamiento de los trastornos de personalidad con el enfoque de la terapia Cognitiva Conductual. Este enfoque nos dice que los trastornos de personalidad, se caracterizan por que el individuo ha aprendido a lo largo de su infancia ciertos comportamientos, creencias y pensamientos los cuales hacen que adquiera actitudes y comportamientos disruptivos que no sigan las reglas sociales establecidas (Hoermann, Zupanick, Dombeck, 2013).

Dado que las creencias, percepciones e interpretaciones que tienen los pacientes son bastante distorsionadas de la realidad, es bastante difícil para que los pacientes inclusive se sientan del todo comprendidos, lo cual les crea otro conflicto que hace que tiendan a tener menos aprecio por los otros, así sean personas a las que consideran cercanas (Leicester, 2010). Al combinar esto con la terapia cognitiva conductual, podemos ver que al trabajar con las creencias y pensamientos automáticos directamente, lo que estamos haciendo es que el paciente llegue a entender un poco más el mundo que lo rodea de una forma mas adaptativa (Hoermann et. al, 2013).

Es importante recalcar que muchos de estos pacientes son hostiles, les falta empatía y una falta de preocupación por los sentimientos de los otros (DSM.5. 2013). Por eso es que también parte de la terapia es que el paciente llegue a tener una autoconsciencia sobre aquello que siente y eventualmente entender que algo muy parecido a sus emociones sienten el resto, haciendo que el paciente empiece a tener más cuidado sobre las cosas que hace (Lee, 1996). Esto también debemos considerar al momento de tratar de explicar que es lo que se entiende por el sentimiento de culpa, o remordimiento, ya que estos pacientes muchas veces no lo han sentido jamás y eso hace que por eso no les importe mucho la integridad de los demás (Leicester, 2010).

Aunque el DSM-IV-TR, es el manual utilizado para este diagnóstico, me gustaría recalcar los criterios del nuevo DSM-V, en donde existe una sección apartada para los criterios especiales que nos ayudan en más detalle al análisis y proceso de diagnóstico. En el manual, se explica que estos pacientes también tienen un sentimiento de egocentrismo bastante alto, con un autoestima exageradamente alta. También podemos ver que existe esta falta de empatía que mencionamos antes, y una falta de intimidad, que se refiere a la incapacidad de crear relaciones significativas en su vida. Por otro lado El DSM-V también nos dice que estos pacientes suelen ser manipulativos, sin importancia sobre el resto y falta de interés en los otros. Suelen ser mentirosos y engañosos así como también hostiles e impulsivos. Estos criterios especiales que han sido incluidos en esta nueva versión del DSM, nos ayuda para poder obtener un diagnóstico más preciso y además para poder entender mejor al paciente y todo aquello que le importa y lo rodea.

Metodología

Reclutamiento de participantes

Los participantes del estudio serán buscados a través del correo electrónico y a través de afiches que serán puestos en instituciones tales como hospitales, clínicas psicológicas, centros de rehabilitación, entre otros. Esto nos ayudará a poder reclutar la mayor cantidad de participantes posible, para luego poder ir seleccionando los 4 o 5 participantes que serán parte del estudio.

Participantes

Los participantes serán principalmente terapeutas, es decir psicólogos clínicos, los cuales hayan tenido un caso de diagnóstico dual de Trastorno de la personalidad antisocial y depresión. No se discriminará por género, etnia, edad, o nivel socio-económico. Se escogerá los 5 participantes que se utilizarán en el estudio basándonos en el paciente del terapeuta y el cumplimiento de criterios de diagnóstico necesarios para el estudio.

Diseño del estudio

La investigación será hecha en forma de un estudio de casos múltiples, es decir un estudio en el que se revisa varios casos individualmente y de ahí se los compara, pero dado que son una cantidad tan pequeña de casos, sigue considerándose un estudio de caso (Yin, 2015). Dentro de este estudio, podremos analizar a fondo cada caso pero al mismo tiempo poder encontrar las similitudes y diferencias entre los casos presentados, lo cual nos será útil, para poder comprobar o descartar la hipótesis.

Análisis de la información

La información puede ser clasificada de 3 maneras diferentes; la primera es la forma cualitativa, que es donde el estudio nos da resultados numéricos y en donde se busca que existe una relación entre varios factores (encyclopedia, 2008). La segunda forma es la cuantitativa, la cual nos da información que no puede ser cuantificada pero si puede ser analizada y además puede mostrar de mejor manera las opiniones de las personas, así como información que no es numérica (Cambridge Dictionary, 2015). Por último está el tipo de información mixta, la cual combina la información cuantitativa y cualitativa para tener un entendimiento global de la información y que nos puede ayudar a tener una comparación de la información pero al mismo tiempo también tener la posibilidad de analizar las opiniones y creencias de los participantes (encyclopedia, 2008).

La información será analizada de forma mixta, es decir de forma cuantitativa y cualitativa. Esto se dará para poder analizar cada caso de forma cualitativa y poder llegar a la esencia de cada caso y del acercamiento terapéutico, pero por otro lado será cuantitativa la información que se saque de dichas entrevistas y que sea usada para la comparación de casos. Esto nos ayudará para poder analizar los casos entre ellos pero también tener un conocimiento más extenso y más profundo de cada caso individualmente.

También me parece importante que se usen ambos tipos de análisis de datos para llegar a tener un mejor criterio al momento de analizar los datos cuantitativos.

Según Judith Beck (2011), la terapia cognitiva conductual es una herramienta valiosa en cuanto a el análisis de datos, ya que esta terapia, fue diseñada para que sea más fácil poder cuantificar la información. Esto nos ayuda, ya que podemos entender de mejor manera la información que hemos recibido. Por otro lado, también es importante tomar en cuenta que los datos al ser mixtos deben ser analizados de diferentes maneras. Utilizando el análisis correlativo para la información cuantitativa y más bien utilizar los conocimientos de los terapeutas para analizar cada caso individualmente, que sería la información cualitativa. También podemos ver que el Dr. Beck (1979) nos dice que es importante poder cuantificar la información ya que solo así tendremos una comparación definitiva y además que podamos analizar tangiblemente de mejor manera. Por otro lado el Dr. Beck también nos explica que al hablar de depresión también es importante poder cuantificar los síntomas presentes y ausentes para poder entender también la gravedad del caso y poder ver si es que existen diferencias al principio y al final de la terapia.

Ética

Los participantes al ser reclutados a través de mail y de afiches, serán completamente voluntarios. Se mantendrá el anonimato tanto del participante como de su paciente para evitar que exista una brecha de confidencialidad. Los nombres y códigos correspondientes para los participantes y sus pacientes serán guardados en una caja fuerte la cual solo podrá ser abierta por mí. Al final del estudio, este documento será destruido. Todas las preguntas hechas durante las entrevistas a los participantes, podrán ser no respondidas si es que el participante siente que existe un conflicto, pero se le pedirá al mismo que intente responderla en una manera en la que no sea vea afectado. Se mantendrá siempre un trato

hacia los participantes que asegure su bienestar, tanto física, como emocional, mental y espiritual, y así evitar que los participantes pasen por situaciones de conflicto, estrés o ansiedad. La confidencialidad se mantendrá siempre presente, tanto en los datos dados por los participantes, como aquella información sensible, que podría evitar que se mantenga el anonimato de los participantes o sus pacientes.

Los participantes podrán retirarse en cualquier momento del estudio si es que así lo desean, y no habrá consecuencias de ningún tipo si esto ocurre, así como también tendrán la oportunidad de recibir una copia del estudio si es que continúan con el mismo.

Ayudándonos también a que los terapeutas también tengan acceso a los resultados y puedan utilizar la información con sus pacientes, ayudándolos a tener un mejor acercamiento terapéutico dependiendo de los resultados.

Resultados Esperados

Espero que los resultados apoyen a mi hypothesis, ya que creo que al existir el diagnostico de Trastorno antisocial de la personalidad, los sintomas de la depresión se mostraran de diferente manera. Espero también que dentro de la información cuantitativa, de pueda ver que si existe una correlación entre los diferentes casos, frente a la sintomatología y el acercamiento terapeutico, tanto en lo similar como en lo diferente frente a el diagnostico de depresión sin el Trastorno antisocial de la personalidad. Espero también que los participantes me puedan dar un razonamiento frente a los cambios hechos con la metodología y el acercamiento terapeutico en estos casos ,para poder entender de mejor manera las razones por que se dan estos cambios y por que se repiten si es que este fuera el caso.

Por otro lado tambien espero que los cambios en el acercamiento terapeutico también puedan mostran una disminución de sintomas y un mejor funcionamiento de los pacientes al terminar la terapia, asi como también lograr que los pacientes se adapten de mejor manera a la sociedad y puedan manejar sus impulsos y evitar hacer daño a otras personas o a si mismos. Tomando en cuenta las investigaciones de Hare (1996), podemos ver que es importante que el paciente aprenda a controlar sus impulsos y además llegue a entender las normas de la sociedad en la que está para poder reaccionar de una manera correcta y adecuada para la situación en la que se encuentra. Por otro lado también podemos

considerar las directivas que explica el Beck Institute (2015) para poder entender como es que la terapia cognitiva conductual es usada para disminuir los sintomas de la depresión y cuales serían las mejores herramientas en cuanto a la sintomatología.

Es importante tener en cuenta que se debe manejar el diagnóstico de depresión con mucho cuidado para evitar que el paciente vuelva a recaer o inclusive que vuelva a los síntomas que ya han sido modificados por el terapeuta, para así lograr una terapia exitosa (Psychiatry.org, 2015). Tomando en cuenta esto, debemos analizar los datos de la investigación de tal manera que podamos entender que es lo que ha sucedido en la terapia y así también poder cuantificar la información. El análisis de la misma tendrá que ser relacionado constantemente con las fuentes citadas en la revisión de la literatura, ya que así podremos entender de mejor manera lo que sucede en cada caso y con cada terapeuta.

Discusión

Tomando en cuenta los resultados y la revisión de la literatura, podemos ver que mucho se relaciona entre ambos, empezando por que la terapia cognitiva conductual puede ser de gran utilidad en la terapia para ambos diagnosticos y para el acercamiento terapeutico en ambos, tomando en cuenta la información que nos ha dado el Dr. Beck (1979) podemos ver que la depresión podrá ser tratada a través de dicha terapia y que además ayudará a entender mejor al paciente asi como también disminuir la sintomatología presente. Por otro lado, tomando en cuenta el analisis hecho por la Dra. Judith Beck, podemos ver que la terapia está tan estructurada que podemos utilizarla también para el trastorno antisocial de la personalidad, el cual nos ayudará a entender de manera cuantitativa el trastorno, asi como también poder medir el avance que el paciente ha hecho durante la terapia. También al analizar los resultado del Dr. Hare (1996), podemos ver que el trastorno antisocial de la personalidad, al ser muy agresivo y daniño para la gente que rodea al sujeto, que además debemos considerar los mismos para poder modificarlos solo hasta cierto punto, en donde el paciente pueda ser funcional, puea adaptarse a la sociedad y asi también lograr que deje de ser un peligro para el resto.

Por otro lado Lee(1996) también nos explica que esi mportante dentro del tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad, que se maneje los sintomas de tal manera en la que el paciente siga sin poder llevar a cabo sus impulsos los cuales afectarían al resto. Esto nos ayuda a entender que al existir este diagnostico dual, podemos manejar también la sintomatología de la depresión de tal manera en la que el paciente a pesar de entender que no puede llevar a cabo sus impulsos, que también la sintomatología de la depresión ayude a que tampoco pueda cumplir los mismos. Al manejar la sintomatología de tal manera en la que el paciente tenga energía y motivación para funcionar, pero que no sea suficiente como para que sus impulsos tomen forma, entonces hacemos que el paciente

se vuelva más adaptativo y además se vuelva inclusive una persona que este dentro de la norma. Con esto lograremos que el paciente deje de sentirse tan solo y además entienda que si puede ser parte de la sociedad en la que vive.

También se puede considerar que los síntomas del trastorno antisocial de la personalidad esta caracterizado por violencia, salirse de la norma, e inclusive la falta de culpa y de remordimiento (Hoermann, Zupanick, Dombeck, 2013), por lo que es esencial que los pacientes entiendan a través de la terapia como funciona la sociedad, el resto de personas e inclusive como funciona la empatía para así, al tener conciencia de los mismos, el paciente pueda controlar dichos impulsos y pueda controlar su agresividad. Aumentando a esto el manejo diferente de los síntomas de depresión podemos llegar a tener un paciente el cual entienda de mejor manera al resto y pueda tener una especie de empatía al entender la depresión, haciendo que así el paciente logre tener un mejor funcionamiento en todas las areas de su vida, tales como el trabajo, la educación, la familia, el circulo social y hasta la esfera intima que es en donde existen los impulsos desadaptativos.

Limitaciones

Dentro del estudio, se puede tomar en cuenta que los participantes son muy pocos como para poder generalizar a la población el tratamiento, e inclusive que hay tantos diferentes tipos de demostraciones de el trastorno antisocial de la personalidad, que es difícil poder crear una adaptación para este diagnóstico dual. También se debe tomar en cuenta que aunque el estudio puede ser de ayuda, se necesitaría un análisis más extenso y con más participantes para que existan cambios significativos dentro del acercamiento terapéutico general de este diagnóstico dual. También hay que tomar en cuenta que es muy difícil encontrar este tipo de diagnóstico dual, dada la prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad, y la prevalencia de aquellos individuos con este diagnóstico que acuden a terapia.

Investigaciones futuras

Se podría hacer investigaciones más grandes en donde si se pueda sacar resultados significativos y que puedan ser generalizados. También sería importante un estudio en donde se puedan generalizar las herramientas y el acercamiento terapéutico, para todos los casos donde exista el diagnóstico dual, para así llegar a tener mejores resultados. Me parece muy interesante también, hacer estudios de caso en donde se conozca al paciente y al terapeuta, para poder lograr un análisis a fondo tanto del paciente como de la terapia y como es que las diferentes herramientas de la terapia cognitiva conductual pueden ser usadas para mejorar el tratamiento y eventualmente la adaptación del paciente a la sociedad.

Referencias

- ADAA (2015) Therapy. Consultado el 20 de abril de 2015, en <http://www.adaa.org/finding-help/treatment/therapy>
- Beck Institute (2015) Cognitive behavior therapy. Consultado el 25 de abril de 2015, en <http://www.beckinstitute.org/cbt-for-depression-and-suicidality/>
- Beck, A (1979) cognitive therapy and the emocional disorders. first meridian printing. P84
- Beck, J (2011) cognitive behavior therapy: básicas and Beyond. Second edición. Guildford . p1-15.
- Cambidge Diccionay (2015) Retrieved July 8, 2015, from <http://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles-de-negocios/qualitative-research>
- Cunningham, M y Reidy, T (1998) Antisocial Personality Disorder and psychopathy: Diagnostic Dilemmas in classifying Patterns of antisocial behavior in sentencing evaluation. Consultado el 25 de abril de 2015 en [http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F\(SICD\)1099-0798\(199822\)16%3A3%3C333%3A%3AAID-BSL314%3E3.0.CO%3B2-N?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F(SICD)1099-0798(199822)16%3A3%3C333%3A%3AAID-BSL314%3E3.0.CO%3B2-N?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
- Durand, M y Barlow, D (2007) *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*. Cengage learning. Cuarta edición. México Df. P 444- 452.
- Encyclopedia (2008) Estudio mixto. Retrieved July 8, 2015, from <http://www.encyclopedia.com/doc/1062-mixedresearch.html>
- Encyclopedia (2008) quantitative research. Retrieved July 8, 2015, from <http://www.encyclopedia.com/doc/1062-quantitativeresearch.html>
- Esbec, E y Echeburúa, E (2011) Reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5. Consultado el 27 de abril de 2015 en <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/AEP.pdf>

- Hare, R (1996) Psychopathy as a Risk Factor for violence. Consultado el 20 de abril de 2015 en <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1022094925150#page-2>.
- Hoermann, S. Zupanick, C. Dombek, M (2013) Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders (CBT). Consultado el 20 de abril de 2015, en <https://www.mentalhelp.net/articles/cognitive-behavioral-therapy-for-personality-disorders-cbt/>
- Lee , A(1996) The Treatment of Psychopatric and antisocial personality disorders : A review. Consultado el 20 de abril de 2015, en <http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>
- Mayo Clinic (2015). Antisocial personality disorder. Retrieved July 8, 2015, from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/antisocial-personality-disorder/basics/definition/con-20027920>
- Mayo Clinic (2015) Depression.. Retrieved July 8, 2015, from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/basics/definition/con-20027920>
- Nemade, R. Staats, N. Dombek, M)2007) Historical undstanding of depression. Consultado el 27 de Abril de 2015 en <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/>
- Yin, R. (2014). Case Study Research: Design and methods (5th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

APENDICE A

Título: Búsqueda de terapeutas que tengan o hayan tenido casos de diagnóstico dual de trastorno antisocial de la personalidad y Depresión

Buenas tardes,

Mi nombre es María Paz Cordovez, actualmente estoy estudiando en el departamento de psicología de la USFQ. Estoy llevando a cabo un estudio el cual tiene por propósito poder analizar el acercamiento terapéutico que se da en casos de diagnóstico dual en donde este presente el trastorno antisocial de la personalidad y la depresión. Esta investigación es parte de mi tesis de pregrado. El estudio anticipa que los resultados obtenidos puedan ser útiles para otros terapeutas cuando se enfrenten a pacientes que cumplan estos requerimientos, así como también de gran ayuda para aquellos terapeutas nuevos que tienen dudas sobre cómo manejarlos.

Si es que usted está interesado, sería parte de una entrevista corta en donde se indagará acerca de la terapia y el acercamiento terapéutico de la misma, así como sus opiniones acerca del mismo, más no sobre el paciente en cuestión. Además se le pedirá que llene un consentimiento informado en donde se explicará el estudio y así como también quedará constancia de su participación en el mismo. Una vez terminado el estudio se podrá comunicar conmigo para poder obtener los resultados del mismo. Así como también podrá comunicarse conmigo a mi correo electrónico xxxxx@estud.usfq.edu.ec o a mi celular 0998xxxx41 para cualquier inquietud durante la duración del estudio.

Gracias por su atención y su tiempo

María Paz Cordovez

Estudiante de 5º año de la Universidad San Francisco de Quito

DIAGNOSTICO DUAL DE TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y
DEPRESIÓN



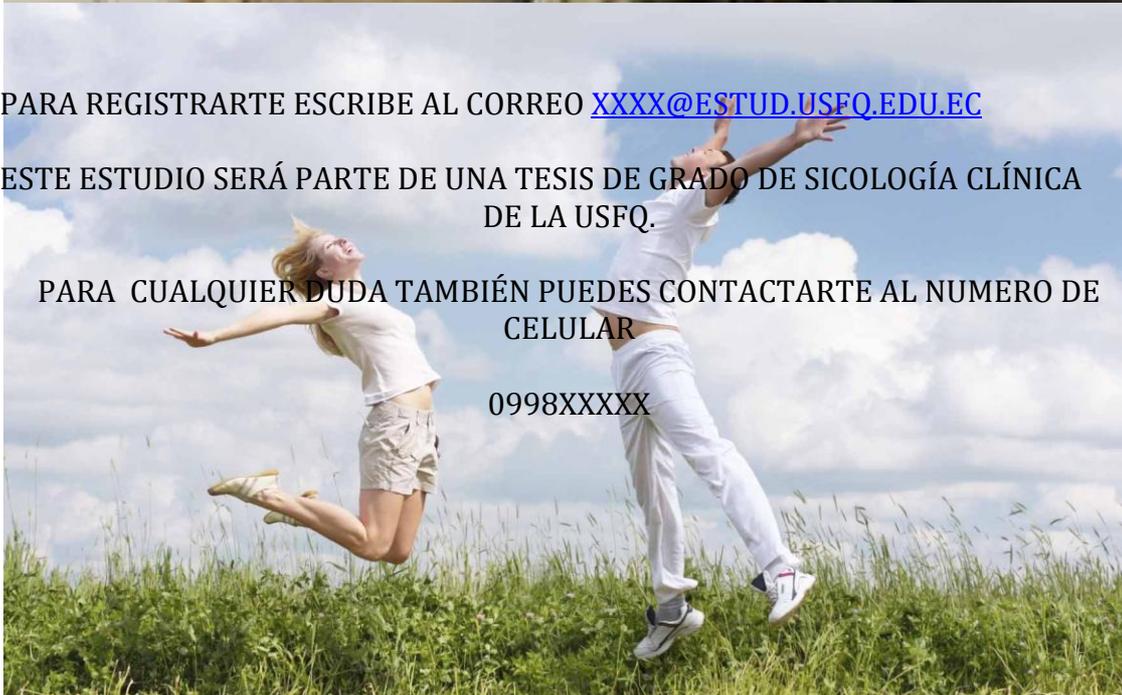
SI ERES SICOLOGO CLINICO Y TE GUSTARIA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO
ACERCA DE ESTE TIPO DE DIAGNOSTICO?
COMUNICATE Y AYUDARÁS A AQUELLOS NUEVOS TERAPEUTAS!

PARA REGISTRARTE ESCRIBE AL CORREO XXXX@ESTUD.USFQ.EDU.EC

ESTE ESTUDIO SERÁ PARTE DE UNA TESIS DE GRADO DE SICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA USFQ.

PARA CUALQUIER DUDA TAMBIÉN PUEDES CONTACTARTE AL NUMERO DE
CELULAR

0998XXXXX



APENDICE B



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Título de la Investigación
Estudio de caso: Terapia Cognitiva Conductual en caso de psicopatía y depresión
Investigador Principal <small>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</small>
María Paz Cordovez Borja, estudiante USFQ, xxxxx@estud.usfq.edu.ec
Co-investigadores <small>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</small>
Persona de contacto <small>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</small>
Maria Paz Cordovez, 098xxxxx xxxxx@estud.usfq.edu.ec
Nombre de director de tesis y correo electrónico <small>Solo si es que aplica</small>
Sonja Embree, sembree@ @usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación <small>julio 2015</small>
Fecha de término de la investigación <small>agosto 2015</small>
Financiamiento <small>personal</small>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Objetivo General <small>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</small>
Poder indagar mas acerca del diagnostico dual, poder ayudar a otros terapeutas con los resultados del estudio, y a través de entrevistas a terapeutas que tienen experiencias con estos caso
Objetivos Específicos

Idagar mas acerca del acercamiento terapeutico en estos casos
Diseño y Metodología del estudio <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i>
Entrevistas a 5 terapeutas en donde solo se hablara de el acercamiento terapeutico y la terapia, mas no de sus pacientes. Los datos cualitativos saldrán de las entrevistas y serán comparados entre casos.
Procedimientos <i>Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.</i>
Contacto a través de mail y de afiches, entrevista con los terapeutas, analisis de datos, resultados.
Recolección y almacenamiento de los datos <i>Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación</i>
Recolección de datos será guardado en una caja fuerte la cual nadie tendrá acceso y los datos de identificación serán destruidos al final del estudio
Herramientas y equipos <i>Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos</i>
Entrevista estructurada

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

Ayudaría a los terapeutas que están teniendo dudas frente a estos casos, así como un mejor entendimiento de este diagnóstico dual, del cual no hay mucha información

Referencias bibliográficas completas en formato APA

ADAA (2015) Therapy. Consultado el 20 de abril de 2015, en <http://www.adaa.org/finding-help/treatment/therapy>

Beck Institute (2015) Cognitive behavior therapy. Consultado el 25 de abril de 2015, en <http://www.beckinstitute.org/cbt-for-depression-and-suicidality/>

Beck, A (1979) cognitive therapy and the emocional disorders. first meridian printing. P84

Beck, J (2011) cognitive behavior therapy: básicas and Beyond. Second edición. Guildford . p1-15.

Cambridge Diccionay (2015) Retrieved July 8, 2015, from

<http://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles-de-negocios/qualitative-research>

Cunningham, M y Reidy, T (1998) Antisocial Personality Disorder and psychopathy: Diagnostic Dilemmas in classifying Patterns of antisocial behavior in sentencing evaluation. Consultado el 25 de abril de 2015 en

[http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F\(SICI\)1099-0798\(199822\)16%3A3%3C333%3A%3AAID-BSL314%3E3.0.CO%3B2-N?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F(SICI)1099-0798(199822)16%3A3%3C333%3A%3AAID-BSL314%3E3.0.CO%3B2-N?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)

Durand, M y Barlow, D (2007) *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*. Cengage learning. Cuarta edición. México Df. P 444- 452.

Encyclopedia (2008) Estudio mixto. Retrieved July 8, 2015, from

<http://www.encyclopedia.com/doc/1O62-mixedresearch.html>

Encyclopedia (2008) quantitative research. Retrieved July 8, 2015, from

<http://www.encyclopedia.com/doc/1O62-quantitativeresearch.html>

Esbec, E y Echeburúa, E (2011) Reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5. Consultado el 27 de abril de 2015 en

<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/AEP.pdf>

Hare, R (1996) Psychopathy as a Risk Factor for violence. Consultado el 20 de abril de 2015 en <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1022094925150#page-2>.

Hoermann, S. Zupanick, C. Dombeck, M (2013) Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders (CBT). Consultado el 20 de abril de 2015, en <https://www.mentalhelp.net/articles/cognitive-behavioral-therapy-for-personality-disorders-cbt/>

Lee, A (1996) The Treatment of Psychopatric and antisocial personality disorders : A review. Consultado el 20 de abril de 2015, en <http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>

Mayo Clinic (2015). Antisocial personality disorder. Retrieved July 8, 2015, from

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/antisocial-personality-disorder/basics/definition/con-20027920>

Mayo Clinic (2015) Depression.. Retrieved July 8, 2015, from

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/basics/definition/con-20027920>

Nemade, R. Staats, N. Dombeck, M)2007) Historical understanding of depression. Consultado

el 27 de Abril de 2015 en <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/>

Yin, R. (2014). Case Study Research: Design and methods (5th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

pacientes cumplan con los criterios de diagnóstico del DSM- V TR

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

No existen riesgos, ya que los participantes solo responder las preguntas que se sientan cómodos, así como se evitara datos de los pacientes o de los terapeutas.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Mejor entendimiento de los casos y conocimientos de el acercamiento de otros terapeutas en dichas situaciones

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Mejor tratamiento y adecuamiento de los pacientes

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Puedes retirarse en cualquier momento y reusarse a responder ciertas preguntas

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

Todos los datos serán usados con seudónimos, iniciales e inclusive estarán guardadas en una caja fuerte

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Se explicara el consentimiento el día antes de la entrevista para asegurarnos que el participante de acuerdo con el mismo

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

Mantener la confidencialidad y el bienestar del paciente.

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *			X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) (si aplica y se va a incluir menores de 17 años)			
3. Herramientas a utilizar (Título de: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)			X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			X
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			X
6. Brochures			X
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			X
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, os de incapacidad o muerte, entre otros.

--



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Titulo de la investigación:

Estudio de caso: Terapia Cognitiva Conductual en caso de psicopatía y depresión

Organización del investigador *USFQ*

Nombre del investigador principal *Maria Paz Cordovez Borja*

Datos de localización del investigador principal *xxxxxx*

Co-investigadores *(nombres completos)*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre _____ *(describir estudio)* porque _____ *(criterio de inclusión)*.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

Poder indagar mas acerca del diagnostico dual, poder ayudar a otros terapeutas con los resultados del estudio, y a través de entrevistas a terapeutas que tienen experiencias con estos caso

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

ontacto a través de mail y de afiches, entrevista con los terapeutas, analisis de datos, resultados.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

No existen riesgos, ya que los participantes solo responder las preguntas que se sientan comodoss, asi ocmo se evitara datos de los pacientes o de los terapeutas. Mejor entendimiento de los casos y conocimientos de el acercamiento de otros terapeutas en dichas situaciones

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono _____ que pertenece a _____, o envíe un correo electrónico a _____

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

APENDICE C

Interview questions

1. what are the special characteristics you have seen in a patient with this dual Diagnosis?
2. have you seen specific therapeutic differences?
3. what are the approach changes that you have made to adapt the therapy to the dual diagnosis?
4. the changes made affected the symptoms of the patient?
5. what are the characteristics that you can see of the APD that affect the depression?
6. what would you recomend to new therapist to do in this case?