

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Realidad Virtual como Coadyuvante de Terapia
Cognitivo Conductual para desarrollar el sentido de
Autoeficacia en pacientes con Trastorno de
Personalidad Dependiente**

Proyecto de Investigación

María José Salvador Erazo

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicología

Quito, 29 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Realidad Virtual como Coadyuvante de Terapia Cognitivo Conductual
para desarrollar el sentido de Autoeficacia en pacientes con Trastorno
de Personalidad Dependiente**

María José Salvador Erazo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Sol Garcés, MSc,

Firma del profesor

Quito, 29 de abril de 2019

Derechos de Autor

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

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

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María José Salvador Erazo

Código: 00130789

Cédula de Identidad: 1716890510

Lugar y fecha: Quito, 29 de abril de 2019

RESUMEN

El Trastorno de Personalidad Dependiente, un componente desadaptativo del espectro de la personalidad, presenta múltiples obstáculos en el área clínica y una disminución de la calidad de vida de quien lo padece. La Terapia Cognitivo Conductual, la cual es la más empleada en este trastorno se ve limitada por las dificultades que se dan al crear una relación terapéutica efectiva y por el déficit de autoeficacia del paciente. Se plantea el uso de la Realidad Virtual como una herramienta terapéutica junto a la TCC para mejorar el sentido de autoeficacia de las personas con TPD. Se propone un diseño experimental explicativo en el que se evaluará la influencia de la RV sobre el nivel de autoeficacia de 20 participantes diagnosticados con TPD. Se aplicará un tratamiento con TCC a dos grupos divididos de forma aleatoria, uno de estos recibiendo TCC con RV incluida, para evaluar las diferencias y la consistencia de los resultados en el tiempo. Se utilizará el Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE) y la Escala de autoeficacia general (EAG) para medir las variables. Se espera que los resultados indiquen la eficacia de la RV como coadyuvante de la TCC para mejorar el sentido de autoeficacia y para crear una relación terapéutica idónea. Asimismo, se plantea promover la investigación en cuanto al TPD, un trastorno poco estudiado. Finalmente, se propone el uso de la RV como herramienta terapéutica para mejorar el concepto de autoeficacia que se relaciona a otros trastornos que podrían ser investigados posteriormente.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad Dependiente, autoeficacia, Terapia Cognitivo Conductual, Realidad Virtual, relación terapéutica.

ABSTRACT

Dependent Personality Disorder, a maladaptive component of the personality spectrum, presents multiple obstacles in the clinical area and a decreased quality of life of those who suffer it. Cognitive Behavioral Therapy, the most commonly used therapy for this disorder, is limited by the difficulties presented while creating an effective therapeutic relationship and because of the patient's self-efficacy deficit. Virtual Reality is proposed as a therapeutic tool in addition to CBT to improve the sense of self-efficacy of people with DPD. An experimental and explicative design is suggested to evaluate the influence of RV on the level of self-efficacy of 20 participants diagnosed with DPD. A treatment will be applied with CBT to two groups randomly separated. One of them will receive CBT with RV included, to evaluate the differences and consistency of the results of the experiment in time. The International Exam for Personality Disorders (IPDE) and the General Self-Efficacy Scale (GSS) will be used to measure the variables. It is expected that the results present the efficacy of RV, as an adjuvant of CBT, to upgrade the sense of self-efficacy and to create an ideal therapeutic relationship. Likewise, it is proposed to promote the investigation of DPD, a disorder little studied. Finally, it is suggested to use RV as a therapeutic tool as to improve the concept of self-efficacy, related to other disorders that could be studied further.

Key words: Dependent Personality Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Virtual Reality, Self-efficacy, therapeutic relationship

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
TABLA DE CONTENIDO.....	6
 REALIDAD VIRTUAL COMO COADYUVANTE DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DESARROLLAR EL SENTIDO DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE.....	
	10
Planteamiento del Problema	10
Pregunta de Investigación	14
Objetivos	14
Objetivo General.....	14
Objetivos específicos.....	14
Justificación	14
Marco Teórico	15
Personalidad.....	15
<i>Componentes biológicos de la personalidad.</i>	16
<i>La influencia del ambiente en la personalidad.....</i>	16
<i>Rasgos de la personalidad.....</i>	17
Trastornos de la Personalidad.....	18
<i>Clasificación de los trastornos de personalidad.....</i>	19

Trastornos de personalidad tipo A.....	19
Trastornos de personalidad tipo B.....	20
Trastornos de personalidad tipo C.....	21
Trastorno de personalidad dependiente.....	22
<i>Prevalencia.</i>	22
<i>Antecedentes históricos del trastorno de personalidad dependiente.</i>	23
<i>Desarrollo del trastorno de personalidad dependiente.</i>	23
Patrones conductuales y cognitivos característicos del trastorno de personalidad dependiente.....	24
Autoeficacia y su relación con el trastorno de personalidad dependiente.....	25
Dificultades para diagnosticar TPD.....	26
Terapias para el TPD.....	27
Terapia Cognitivo Conductual.....	27
<i>Antecedentes.</i>	27
<i>Características de la TCC.</i>	28
Limitaciones de la terapia con TPD.....	29
<i>Limitaciones propias de la terapia.</i>	29
<i>Otras limitaciones y dificultades.</i>	29
Terapias alternativas para el TPD.....	31
<i>Terapia psicodinámica.</i>	31
<i>Terapia de esquemas.</i>	31

<i>Tratamiento psicofarmacológico.</i>	31
Realidad virtual como herramienta terapéutica alternativa.	32
<i>Aplicaciones de la RV.</i>	33
<i>Limitaciones de la aplicación de la RV.</i>	34
<i>Beneficios de la RV como herramienta terapéutica.</i>	34
Diseño y Metodología	35
Diseño.	35
Población.	36
<i>Criterios de inclusión.</i>	37
<i>Criterios de exclusión.</i>	37
Instrumentos.	37
<i>Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE).</i>	37
<i>Escala de autoeficacia general (EAG).</i>	38
Procedimiento de recolección de datos.	38
<i>Recolección.</i>	38
Análisis de los datos.	40
Consideraciones Éticas	41
Discusión	42
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.	43
<i>Fortalezas.</i>	43
<i>Limitaciones.</i>	44

Recomendaciones para Futuros Estudios.....	44
REFERENCIAS.....	45
ANEXO a: Instrumentos.....	52
ANEXO A1: EXAMEN INTERNACIONAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (IPDE).....	52
.....	53
.....	54
ANEXO A2: ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (EAG).....	55
ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	56

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

REALIDAD VIRTUAL COMO COADYUVANTE DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DESARROLLAR EL SENTIDO DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Planteamiento del Problema

La personalidad se refiere a las diferencias individuales en la cognición y la conducta que caracterizan a cada individuo (Robitz, 2018). Las diferencias individuales se expresan a través de los rasgos, los cuales se definen como patrones de interpretación del mundo y de establecimiento de relaciones interpersonales (Asendorpf, 2009). Los rasgos se ven influenciados por las características heredadas, por el ambiente y por las experiencias personales (Robitz, 2018). La personalidad permite que el individuo se adapte y se maneje en diferentes situaciones, sin embargo en ocasiones los rasgos pueden ser fuente de disfunción. En caso de presentarse un desajuste en los rasgos, puede llegar a manifestarse un trastorno de la personalidad (Robitz, 2018).

Los trastornos de personalidad se reconocen como un componente desadaptativo del espectro de la personalidad. Estos trastornos se caracterizan por presentar rasgos inflexibles, desviados de las expectativas culturales y que causan deterioro funcional o malestar subjetivo (Widiger, 2011; Asendorpf, 2009). Estos trastornos se han agrupado en tres categorías que comparten características centrales. El primer grupo, el tipo A, se caracteriza por conductas excéntricas y dentro de este se presenta el trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico (Robitz, 2018). Los trastornos de personalidad tipo B se caracterizan por conductas dramáticas, emocionales o erráticas y dentro de este conjunto se clasifica el trastorno de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista (Robitz, 2018).

Finalmente, en los trastornos de personalidad tipo C, que se definen en base a conductas ansiosas o miedosas, se encuentra el trastorno de personalidad por evitación, dependiente y obsesivo compulsivo (Robitz, 2018).

El trastorno de personalidad dependiente, el cual se encuentra entre los trastornos de personalidad tipo C, es de principal importancia en esta propuesta de investigación. Se caracteriza por patrones de pasividad y dependencia excesiva de otros, miedo a la separación y sumisión. Este diagnóstico se asocia a múltiples trastornos comórbidos y a una predisposición a victimizarse frente al abuso y a enfermedades físicas (Bressert, 2017). Según Beck y Freeman (1995), los sentimientos de incompetencia e inutilidad que se presentan en el TPD causan que el individuo se describa como incapaz de enfrentarse al mundo, percibiéndolo como amenazante.

Los individuos que presentan TPD poseen un concepto de autoeficacia disminuido o casi inexistente (Pajares, 1996). La autoeficacia se basa en las creencias acerca de uno mismo, las cuales están compuestas por el autoconcepto, atribuciones de éxito o fracaso, valor de expectativas, auto esquemas y posibles self (Pajares, 1996). También se refiere a los juicios que tiene el individuo acerca de sus capacidades de organizar y afectar la orientación de sus acciones para llegar a sus metas (Caprara, Vecchione, Alessandri, Gerbino, & Barbaranelli, 2011). Las personas con baja autoeficacia, tienden a visualizar escenarios de fracaso, influyendo en su desempeño y causando ansiedad (Bandura, 1993).

El TPD tiene la mayor prevalencia en la población general y se asocia a altos costos sociales y baja calidad de vida. A pesar de ello, la investigación basada en este trastorno y en su tratamiento es escasa (Hutsebaut, Willemsen, & Van, 2018; Soeteman et al., 2011; Bartak et al., 2010). Los estudios realizados revelan un sesgo debido a su enfoque en la población clínica que acude en busca de tratamiento con especialistas en personalidad (Soeteman et al., 2011). Al presentarse un trastorno comórbido, el cual es el motivo de consulta más frecuente

dentro de la población con este trastorno, sus síntomas opacan la manifestación del TPD. En varias ocasiones, el trastorno solo se llega a reconocer más tarde, después de múltiples tratamientos fallidos para los trastornos comórbidos (Hutsebaut et al., 2018).

En cuanto a las dificultades a las que se enfrentan los psicoterapeutas durante el tratamiento de individuos con TPD, se encuentra el manejo de la relación terapéutica, la cual puede verse afectada si el paciente presenta conductas evitativas, de procrastinación, de culpa o de búsqueda de reafirmación (Easterbrook & Meehan, 2017). Las relaciones terapéuticas establecidas indican que las reacciones de los terapeutas hacia los pacientes pueden interferir con la terapia y sus metas (Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014).

Dentro del tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad se presentan dificultades en completar la terapia y al ser casos heterogéneos, se complica la implementación de un procedimiento protocolizado (López Pell, Rondón, Alfano, & Cellerino, 2010). Asimismo, al manejarse creencias profundamente arraigadas, se requiere de más tiempo y esfuerzo para llegar a cambios estructurales, por lo cual se requiere relación terapéutica de confianza y colaboración, principalmente para evitar el abandono de la terapia, reactividad o ansiedad excesiva durante el tratamiento (López Pell et al., 2010).

Las investigaciones realizadas en cuanto al TPD sostienen que la terapia cognitivo conductual es la más efectiva (Budge et al., 2013). Esta terapia se refiere al conjunto de intervenciones que comparten la premisa de que los trastornos mentales y malestar psicológico se perpetúan y se mantienen por factores cognitivos, que a su vez llevan a cambios emocionales y conductas problemáticas (Kampmann et al., 2016; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Beck y Freeman (1995) proponen un tratamiento para el TPD centrado en el desarrollo de la autonomía a través del acrecentamiento de la autoconfianza y autoeficacia. Por otra parte, se ha encontrado un efecto de 47 por ciento de

mejora en el caso de trastornos de personalidad con el uso de TCC, indicando la presencia de limitaciones (Hofmann et al., 2012).

En cuanto a los avances en el área psicoterapéutica, se ha descubierto que la incorporación de la realidad virtual dentro del tratamiento psicológico ofrece un medio alternativo que supera los obstáculos de terapias tradicionales al permitir controlar la calidad, intensidad, duración y frecuencia de las intervenciones realizadas durante la terapia (Morina, Ijntema, Meyerbröker, & Emmelkamp, 2015). Actualmente esta es una herramienta que evalúa los síntomas, pronósticos y tratamientos psicológicos (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté, & Caqueo-Urizar, 2014). Se ha probado como efectiva varios trastornos psicológicos (Diemer, Pauli, & Mühlberger, 2015; Turner & Casey, 2014; Park et al., 2011). Se considera que combinar la RV con la TCC puede mejorar la eficacia del tratamiento en personas con TPD delimitando el tiempo y recursos invertidos en las sesiones y mejorando el ambiente terapéutico.

Con esta propuesta de investigación se plantea utilizar la tecnología como una herramienta psicoterapéutica que permitiría entrenar habilidades deficitarias en un trastorno específico, en este caso, el TPD. Por otra parte, se espera que el uso de la RV como coadyuvante de la TCC permita un mayor porcentaje de remisión, modificando la base del trastorno: la baja autoeficacia. Además se busca mejorar la relación terapéutica evitando que se cree una dependencia de parte del paciente hacia el terapeuta y disminuyendo la probabilidad de resistencia de parte del clínico debido a las exigencias del individuo tratado (Colli et al., 2014). El objetivo es crear mayor autonomía dentro y fuera del ambiente terapéutico a través de la RV, que servirá como mediadora entre terapeuta y paciente. Finalmente, otra contribución importante de este estudio se relaciona a la falta de investigación de trastornos de personalidad del tipo C, incluyendo el TPD, cuya importancia

ha aumentado debido a su prevalencia y consecuencias en la población afectada (Hutsebaut et al., 2018; Soeteman et al., 2011; Bartak, et al., 2010).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la RV puede ser una herramienta efectiva para mejorar el sentido de autoeficacia e incrementar la adherencia psicoterapéutica en pacientes con TPD?

Objetivos

Objetivo General.

- Determinar la influencia positiva de la RV como coadyuvante de la TCC en pacientes con TPD sobre su autoeficacia para mejorar la efectividad terapéutica.

Objetivos específicos.

- Valorar la autoeficacia de pacientes con TPD que no reciben tratamiento.
- Medir la autoeficacia de los pacientes con TPD después de recibir TCC.
- Evaluar la autoeficacia de los pacientes con TPD después de recibir TCC mediante el uso de RV.
- Establecer la consistencia en el tiempo de la eficacia de la RV como herramienta terapéutica en pacientes con TPD para mejorar su autoeficacia.

Justificación

Se considera que el presente estudio refleja los beneficios de la innovación tecnológica dentro del campo de la psicología y la psicoterapia. El uso de la RV como

herramienta terapéutica ha sido probado como eficaz frente a múltiples trastornos psicológicos (Diemer et al., 2015; Turner & Casey, 2014; Park et al., 2011). Al incorporarse la RV como herramienta dentro de la TCC se presenta una mejora en la relación terapéutica. Al emplearse como mediadora, la RV ofrece mayor autonomía al paciente y evita resistencia o reacciones negativas de parte del terapeuta. La RV también incrementa la eficacia del tratamiento al permitir controlar el tiempo y recursos invertidos. Asimismo, se considera relevante este estudio debido a la falta de investigación en cuanto al TPD (Hutsebaut et al., 2018; Soeteman et al., 2011; Bartak et al., 2010). Por último, al mejorar la autoeficacia a través de la RV como coadyuvante de la TCC, se podría mejorar la funcionalidad y calidad de vida de personas afectadas con diferentes trastornos.

Marco Teórico

Personalidad.

La personalidad es un constructo complejo, cuya definición ha causado debate. A pesar de tener diferentes enfoques, las teorías convergen en cuanto a la composición de la personalidad por patrones característicos de pensamiento, emoción y conducta de un individuo, junto a sus mecanismos psicológicos (Funder, 2013). Asimismo las teorías coinciden en la existencia de componentes innatos de la personalidad de origen biológico, los cuales pueden ser compartidos debido a factores hereditarios o influencias (Corr & Matthews, 2009). Adicionalmente, las teorías de la personalidad también coinciden en cuanto a la influencia de factores ambientales sobre estas tendencias innatas y en el resultado de estos factores biológicos y ambientales en patrones de conductas, cogniciones y patrones emocionales habituales (Corr & Matthews, 2009).

Componentes biológicos de la personalidad.

La base biológica de la personalidad se conoce como temperamento (American Psychological Association, 2018). Este componente de la personalidad se basa en las diferencias individuales en la reactividad y autorregulación de los ámbitos de afecto, actividad y atención (Rothbart & Bates, 2007). En otras palabras consiste en la sensibilidad de una persona frente a cambios internos y de su entorno y el control que tiene sobre sus reacciones ante estas alteraciones en su entorno (Rothbart & Bates, 2007). El temperamento es considerado un constructo con bases biológicas que es influido por la herencia genética, desarrollo y experiencia del individuo (Rothbart & Bates, 2007). El temperamento también influye en la manera en la que el individuo se relaciona con su entorno, sin embargo el ambiente también determinará la expresión de un rasgo del temperamento (Rothbart & Bates, 2007).

La influencia del ambiente en la personalidad.

Las características de la personalidad y las situaciones ambientales son interdependientes. A través de las experiencias vitales se refuerzan los rasgos de personalidad, demostrando un intercambio entre la persona y su entorno y que facilita la continuidad de la personalidad (Corr & Matthews, 2009). En contraste, los cambios en la personalidad suelen darse por exposición repetida a contingencias ambientales que son interpretadas como castigos o recompensas (Corr & Matthews, 2009). Los eventos como el matrimonio, la paternidad y el servicio militar son ejemplos de contingencias. El aprendizaje por medio de la observación de otros individuos es un proceso de aprendizaje social que también contribuye a cambios en la personalidad (Corr & Matthews, 2009). Las tendencias innatas de la personalidad son canalizadas por experiencias familiares, culturales, entre otras. Estas influencias resultan en

patrones de hábitos, cogniciones, patrones emocionales, los cuales constituyen la personalidad y determinan los rasgos (Corr & Matthews, 2009).

Rasgos de la personalidad.

La personalidad está compuesta por patrones y atributos individuales característicos de pensamiento, emoción y conducta, junto a los mecanismos psicológicos implícitos o explícitos detrás de estos patrones (Corr & Matthews, 2009). Estos atributos se denominan rasgos, características o cualidades y permiten describir a los individuos. Estos atributos son relativamente estables en el tiempo, son cualidades propias del individuo y se diferencian de los procesos, acciones y estados (Corr & Matthews, 2009). La personalidad también se define como un sistema subyacente que maneja un conjunto de atributos que se relacionan a la experiencia, conducta y afectos de la persona (Corr & Matthews, 2009). Este conjunto de rasgos le da coherencia a la vida del individuo. Este sistema permite codificar las situaciones que se experimentan, activa las expectativas y valores dentro de una situación. El sistema también define y maneja las competencias del individuo al igual que las estrategias de autorregulación, creando un patrón conductual específico (Funder, 2013; Corr & Matthews, 2009).

Los rasgos de personalidad tienen una influencia importante en la vida cotidiana del individuo. Los rasgos de personalidad se asocian a los resultados individuales en cuanto a relaciones interpersonales, satisfacción, aceptación social y éxito en una carrera (Funder, 2013). Asimismo, el conocimiento acerca de la personalidad y sus trastornos permite crear modelos comprobables y medibles que no solo son descriptivos sino que también enfatizan la etiología, mecanismos y desarrollo de la personalidad (Lenzenweger & Clarkin, 2004). Igualmente, permite desarrollar tratamientos de los trastornos de personalidad, los cuales se

relacionan a déficits específicos y atributos disfuncionales. Finalmente, reconocer la etiología de la personalidad y de sus trastornos permite desarrollar programas de prevención (Lenzenweger & Clarkin, 2004).

Trastornos de la Personalidad.

En la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades los Trastornos de Personalidad (CIE-11) son definidos como una severa alteración en la condición caracterológica y tendencias conductuales del individuo. Usualmente se ven involucradas varias áreas de la personalidad lo cual suele asociarse con disrupción social y personal considerable (Fahy, 2012). En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos de personalidad se definen como un patrón perdurable, inflexible y dominante de experiencia interna y comportamiento que se desvía de las expectativas de la cultura de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Las características diagnosticas comunes para todos los trastornos de personalidad se basan en patrones desadaptativos de pensamiento, conducta y emociones que no se limitan a un episodio de enfermedad mental (Fahy, 2012). Por ende, los trastornos de personalidad se reconocen como una parte desadaptativa del espectro de la personalidad (Widiger, 2011). La característica que parece definir los trastornos de personalidad es una anormalidad pervasiva y persistente que se da al mantener relaciones sociales (Perris, 1999). Los individuos que tienen trastornos de personalidad se caracterizan por conductas interpersonales más rígidas e intensas de lo normal (Perris, 1999). Los trastornos de la personalidad implican una carga para el individuo y para la sociedad. Se considera que la constitución de una personalidad patológica está altamente influenciada por experiencias personales, principalmente durante la infancia y adolescencia (Perris, 1999).

Asimismo, los trastornos de personalidad son consecuencias de las condiciones de desarrollo, que aparecen en la infancia o adolescencia y que continúan hasta la adultez. Estos trastornos se caracterizan por una persistencia de patrones conductuales anormales a través de un amplio rango de situaciones sociales y personales, asociándose a un alto grado de malestar personal y problemas en el desempeño de varias áreas. (Perris, 1999). Igualmente se encuentra una vulnerabilidad a sufrir trastornos comórbidos como ansiedad, somatización, depresión, conductas autolíticas, trastornos disociativos, abuso de sustancias, trastornos alimenticios y episodios psicóticos breves (Fahy, 2012). También se puede dar la existencia de un trastorno de personalidad comórbido, es decir, un trastorno adicional, lo cual empobrece el pronóstico del individuo (Fahy, 2012).

Los estudios realizados a nivel internacional indican que existe una frecuencia de seis a diez por ciento en la población mundial (Fahy, 2012). Su prevalencia es mayor en hombres durante la juventud y personas desempleadas que habitan en áreas urbanas (Fahy, 2012). Los trastornos de personalidad aparecen principalmente durante la adolescencia o adultez temprana. Los individuos que presentan este tipo de trastornos suelen sufrir discapacidades funcionales elevadas en varias áreas de su vida como en el trabajo y relaciones interpersonales, presentan un alto riesgo de suicidio y una alta probabilidad de desarrollar otros trastornos psiquiátricos (Renner et al., 2013).

Clasificación de los trastornos de personalidad.

Trastornos de personalidad tipo A.

Los trastornos de personalidad están categorizados en el DSM-5 en tres grupos con características que los diferencian. En la categoría tipo A se encuentran tres trastornos de la personalidad que se definen por rasgos raros, conductas excéntricas y pensamiento bizarro y

paranoide (Fahy, 2012). Dentro de este grupo se encuentra el trastorno de personalidad paranoide, el cual se describe como una tendencia a interpretar persistentemente las acciones de las personas como amenazantes y hostiles (Fahy, 2012). El trastorno de personalidad esquizoide se basa en la falta de interés en las relaciones sociales, experiencias y expresión de emociones restringidas (Fahy, 2012). El trastorno de personalidad esquizotípico se define por un relacionamiento interpersonal deficiente, creencias, pensamientos extraños, apariencia y conducta inusual (Fahy, 2012).

Trastornos de personalidad tipo B.

Los trastornos de personalidad de tipo B se caracterizan por rasgos de impulsividad, desregulación e inestabilidad en sus relaciones (Fahy, 2012). Dentro de esta categoría se encuentra el trastorno de personalidad antisocial, el cual consiste en un patrón excesivo de desprecio por las normas sociales y la violación de los derechos de otros desde una edad temprana (Fahy, 2012). Por otra parte se encuentra el trastorno de personalidad límite, el cual se define por un ánimo inestable, relaciones y autoimagen asociadas al miedo al abandono, y una alteración de la identidad, a lo cual se añade una conducta suicida recurrente (Fahy, 2012). El trastorno de personalidad histriónico también se encuentra presente dentro de este grupo, el cual se asocia a una emocionalidad excesiva y búsqueda de atención, a características como la susceptibilidad, superficialidad, egocentrismo y manipulación para cubrir sus necesidades (Fahy, 2012). Finalmente el trastorno de personalidad narcisista se define por un sentido de grandiosidad y arrogancia, una necesidad excesiva de admiración y falta de empatía (Fahy, 2012).

Trastornos de personalidad tipo C.

Los trastornos de personalidad el tipo C se caracterizan por rasgos centrales como el miedo, ansiedad y conductas obsesivas (Soeteman et al., 2011; Njortdet, 2014). Dentro de esta categoría se incluyen el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de personalidad dependiente y el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (Soeteman et al., 2011; Njortdet, 2014). El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo se relaciona al perfeccionismo, inflexibilidad los cuales afectan su eficiencia, productividad y relaciones sociales (Fahy, 2012). El trastorno de personalidad dependiente también se encuentra dentro de este grupo y se define por una persistente sumisión y dependencia de otros, debido a una necesidad de seguridad y al miedo a estar solos (Fahy, 2012). El trastorno de personalidad por evitación se asocia a sentimientos de malestar e inadecuación en situaciones sociales, miedo a evaluación negativa y timidez (Fahy, 2012).

Se considera que los trastornos de personalidad tipo C son los más comunes en la población, con una prevalencia entre seis y nueve coma cuatro por ciento (Soeteman et al., 2011). En poblaciones clínicas, más de la mitad de los pacientes encajan con los criterios diagnósticos de esta categoría (Soeteman et al., 2011; Njortdet, 2014). Los trastornos de personalidad que se encuentran dentro de este grupo causan un marcado deterioro en la calidad de los individuos y se asocia a altos costos sociales (Soeteman et al., 2011). Existen limitaciones que se encuentran en los estudios de trastorno de personalidad del tipo C es que se basan en una población de individuos que buscan tratamiento y especialistas en personalidad, por lo que no se ha obtenido suficiente información o aplicabilidad de técnicas en pacientes que no buscan ayuda, pacientes de cuidado forense o individuos con un diagnóstico comórbidos (Soeteman et al., 2011).

Trastorno de personalidad dependiente.

El TPD se asocia a la disposición a considerarse a uno mismo como desvalido, necesitado, débil e incompetente (Beck y Freeman, 1995; Fahy, 2012). En cuanto a la percepción de otros, las personas con este trastorno de personalidad, tienden a ver a los demás como fuertes y competentes (Beck y Freeman, 1995). Estas creencias llevan a las personas con este trastorno a buscar una figura más fuerte, considerando que ésta les asegurará la supervivencia y la felicidad, les ofrecerá apoyo y cuidado (Beck y Freeman, 1995). Al considerar que necesitan de otra persona para sobrevivir, los individuos con este trastorno suelen subordinarse a una figura más fuerte y a adoptar conductas sumisas o dañinas por el miedo al rechazo y abandono (Beck y Freeman, 1995).

Prevalencia.

El TPD comienza en la adultez temprana y se presenta en varios contextos. En muchas ocasiones se asocia a poca funcionalidad. Según el DSM-5, TPD en la población adulta general es de cero coma cuarentainueve por ciento pero se han reportado estimaciones superiores, de entre uno y dos por ciento (Bressert, 2017). La prevalencia dentro de la población clínica es de diez a 25 por ciento y en pacientes externos se ha considerado que llega a un 47 por ciento (Bressert, 2017). Las mujeres son 40 por ciento más propensas a ser diagnosticadas con TPD. Por otra parte se considera que hay una vulnerabilidad genética de 30 por ciento y se asocia a rasgos temperamentales como la negatividad, baja adaptabilidad y tendencia al abandono (Bressert, 2017).

Antecedentes históricos del trastorno de personalidad dependiente.

Históricamente, el TPD se registra en el siglo XIX, y es descrito a través de conceptos como la pasividad, docilidad excesiva e ineficacia. Se describía a quienes lo padecían como “inútiles”, “de voluntad débil” y “degenerados” (Beck y Freeman, 1995). En la teoría psicoanalista de Freud, se asoció al carácter oral pasivo, el cual se daba por una indulgencia excesiva o privación de gratificación en la etapa oral del desarrollo (Beck y Freeman, 1995). El trastorno aparece después en el DSM-I basándose en características como respuestas ineficaces a las exigencias emocionales, sociales, intelectuales y físicas. Se pone en manifiesto la inadaptabilidad, ineptitud, juicio pobre, inestabilidad social y falta de vigor físico y emocional (Beck y Freeman, 1995).

Desarrollo del trastorno de personalidad dependiente.

La cultura tiene un rol central en el desarrollo del TPD, ya que en varias investigaciones se ha encontrado que las personas que fueron criadas en culturas que enfatizan la cercanía interpersonal sobre el logro individual reportan altos niveles de dependencia (Bressert, 2017). El estilo de crianza también tiene una influencia importante, ya que los padres sobreprotectores y autoritarios causan altos niveles de dependencia. Este estilo de crianza parece influir en la manera en la que el individuo percibe el mundo y a sí mismo, como resultado se llega a considerar vulnerable y débil (Bressert, 2017).

Otras de las causas que llevan al TPD son una enfermedad crónica previa y el abuso físico o sexual en la infancia. Los altos niveles de estrés interpersonal, el pobre apoyo social y los roles de género también pueden incidir en el desarrollo del trastorno (Bressert, 2017). El TPD es más común en víctimas de abuso doméstico. Igualmente se asocia a una madre ausente o negligente, por lo que el niño comienza a demandar de manera excesiva a los

demás que se satisfagan las necesidades que no fueron satisfechas en el pasado (Soeteman et al., 2011).

Patrones conductuales y cognitivos característicos del trastorno de personalidad dependiente.

En el TPD se da una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa. Las personas que tienen este trastorno son incapaces de tomar decisiones cotidianas, necesitan consejo y apoyo de otros (Beck y Freeman, 1995). Estas personas también presentan importantes dificultades soportando la soledad y reaccionan fuertemente a cualquier tipo de abandono, ya sea real o percibido (Bandura, 1988). Por otra parte, los individuos con TPD tienen dificultades al iniciar y terminar proyectos o hacer cosas por sí mismos. Debido a ello renuncian a la responsabilidad, subordinando sus propias necesidades y deseos a cambio de cuidado de otros (Beck y Freeman, 1995). Los individuos con TPD tienen un déficit de autonomía, lo cual lleva a que algunos de estos individuos nunca lleguen a tener una vida independiente (Beck y Freeman, 1995).

Asimismo, se considera que la principal distorsión cognitiva que tienen los individuos con TPD es un pensamiento dicotómico con respecto a la independencia, consideran que están completamente desvalidos y en cuanto a sus aptitudes consideran que hacen las cosas bien o totalmente mal, lo que causa que se consideren a sí mismos como un fracaso total (Beck y Freeman, 1995). La segunda distorsión cognitiva que se toma en cuenta dentro de este trastorno es el catastrofismo asociada a la pérdida de una relación importante y el abandono (Beck y Freeman, 1995). El temor al abandono y el malestar excesivo que se da por la crítica o desaprobación son rasgos centrales del TPD (Beck y Freeman, 1995). Es más, la idea de volverse competentes les resulta aterradora ya que si dejan de serlo, serán abandonados (Beck y Freeman, 1995). Estos individuos se consideran incapaces de

responsabilizarse de sus necesidades y deseos, hasta el punto de considerarse incompetentes ante cualquier aspecto de sus vidas. Por ende, tienen un déficit en cuanto a su sentido de autoeficacia, el cual es un componente base de la dependencia desadaptativa de estos individuos (Caprara et al., 2011; Bresset, 2017).

Autoeficacia y su relación con el trastorno de personalidad dependiente.

La autoeficacia se define como un conjunto de estructuras de conocimiento o juicios que tiene la persona acerca de sus capacidades de organizar y afectar el sentido de sus acciones para llegar a sus metas específicas (Caprara et al., 2011). Se considera que la autoeficacia, sirve como mediador entre los rasgos básicos y las habilidades específicas y desempeños, nutriendo los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, influyendo en las áreas de funcionamiento (Caprara et al., 2011). La autoeficacia se basa en las creencias que tiene el individuo acerca de sí mismo y sirve como intermediaria entre disposiciones básicas y conductas específicas (Caprara, et al., 2011). Los sentimientos de incompetencia e ineficacia son la base para la dependencia maladaptativa y el TPD en sí (Bressert, 2017).

Los efectos de las creencias de autoeficacia afectan el establecimiento de metas y capacidad de compromiso (Bandura, 1988). Estas creencias influyen en los tipos de escenarios anticipatorios que el individuo construye y el pensamiento analítico. La autoeficacia también involucra la habilidad de manejo de reacciones emocionales aversivas, lo cual afecta la calidad de pensamiento y de acción, al igual que la habilidad de predecir eventos y desarrollar una manera de controlar cómo estos afectan la vida del individuo (Bandura, 1993). En otras palabras, la autoeficacia percibida para controlar potenciales amenazas tiene un rol central en la ansiedad y emociones (Bandura, 1988).

En el caso de las personas con baja autoeficacia, las experiencias vitales futuras son visualizadas como un fracaso (Bandura, 1988). Aquellas personas que consideran que no pueden enfrentar eventos amenazantes y fracasos presentan altos niveles de ansiedad y suelen enfocarse en sus deficiencias (Bandura, 1988). Estas personas perciben muchos aspectos del ambiente como amenazantes hasta el punto de afectar su funcionamiento. Como resultado, la pobre autoeficacia lleva a la evitación, lo que disminuye el desempeño del individuo en múltiples áreas de su vida cotidiana (Bandura, 1988).

Dificultades para diagnosticar TPD.

Los pacientes con TPD presentan con frecuencia trastornos comórbidos. El término “comorbilidad” tiene origen en el campo de la medicina y denota la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y a la vez un diagnóstico médico, pero también hace referencia a dos o más diagnósticos (Maj, 2005; Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001). Los individuos con TPD experimentan niveles de estrés elevados y conflictos interpersonales debido a conductas sociales disruptivas, las cuales suelen ser dañinas (Bressert, 2017). Hay un mayor riesgo de enfermedades físicas y trastorno de somatización en los individuos con TPD (Bressert, 2017). Asimismo, se ha encontrado una alta probabilidad de victimización en cuanto al abuso físico, emocional y sexual por parte de las personas con TPD (Bressert, 2017). El TPD se relaciona con trastornos alimenticios, trastornos de ansiedad, trastornos de estado de ánimo y abuso de sustancias (Bressert, 2017). Estos trastornos comórbidos pueden dificultar el diagnóstico de TPD ya que presentan síntomas más notorios. Por ende, solo se llega a reconocer el TPD más tarde en la vida o después de múltiples tratamiento fallidos para otros trastornos (Bandura, 1988). Debido las dificultades en diagnosticar el trastorno y a la ausencia de investigación en cuanto a la eficacia de diferentes tratamientos para el TPD, no

se ha establecido un protocolo idóneo para estos casos (Bartak et al., 2010; Svatberg, Stiles & Seltzer, 2004; Soeteman et al., 2011).

Terapias para el TPD

Terapia Cognitivo Conductual.

Antecedentes.

Históricamente la psicoterapia se considera inefectiva para las personas con trastornos de personalidad y hay limitada investigación en cuanto a las terapias (Bartak et al, 2010; Budge et al., 2013). Sin embargo, existe evidencia creciente de que la psicoterapia es el tratamiento elegido para estos trastornos y es más eficiente que el tratamiento farmacológico. Se considera que la TCC es la terapia más efectiva para tratar TPD (Budge et al., 2013). La terapia ha demostrado mejoras en cuanto al funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los pacientes (Bartak et al., 2010). Igualmente se ha encontrado una disminución en cuanto a los síntomas psiquiátricos. Se han encontrado mejores resultados en pacientes externos que recibieron terapia a corto plazo (Bartak et al., 2010).

La TCC se refiere a la clase de intervenciones que comparten la premisa básica de que los trastornos mentales y malestar psicológico se mantienen debido a factores cognitivos (Hofmann et al., 2012). El objetivo de esta terapia es la reducción de los síntomas, conseguir un mejor funcionamiento y llegar a la remisión (Hofmann et al., 2012). Asimismo, las estrategias terapéuticas basadas en la TCC buscan cambiar las cogniciones desadaptativas llevando a cambios emocionales y corrigiendo conductas problemáticas y consideran que el paciente es un participante activo en el proceso (Hofmann et al., 2012).

Características de la TCC.

La TCC se enfoca en las tareas terapéuticas que hacen énfasis en el aquí y ahora, la racionalización y la resolución de problemas (Easterbrook & Meehan, 2017). En las primeras sesiones se suelen tratar primero los trastornos comórbidos, los cuales suelen ser el motivo de consulta. En sesiones posteriores se identifican y evalúan los pensamientos automáticos negativos. A continuación se usa la imaginación guiada para buscar el significado de experiencias pasadas y presentes. Finalmente se aplica la reestructuración cognitiva, con el fin de contradecir esquemas cognitivos base, fortalecer la autoeficacia, desarrollar creencias más adaptativas y proveer maneras alternativas para que el individuo pueda manejar la retroalimentación negativa (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004; Bressert, 2017).

Asimismo, se suele utilizar un enfoque conductual el cual combina técnicas operantes y condicionamiento clásico, para extinguir conductas problemáticas y remplazar respuestas dependientes por conductas adaptativas y autónomas (Bressert, 2017). También se suelen utilizar técnicas de desensibilización sistemática para situaciones que se basaban en la preocupación en cuanto al abandono, rechazo o vergüenza. Finalmente se utilizan estrategias de mantenimiento post tratamiento para facilitar los cambios en la conducta.

Los resultados de las investigaciones señalan que los pacientes con trastorno de personalidad de tipo C, tratados durante un periodo de dos años con terapia cognitivo conductual presentan un 42 por ciento de mejoras sintomáticas en cuanto a problemas interpersonales y funcionamiento de su personalidad. (Svartberg et al., 2004). A pesar de ello, el porcentaje es poco significativo y los resultados los estudios demuestran que los pacientes con TPD pueden presentar mayores dificultades para llegar a una remisión total al final del tratamiento debido al miedo al abandono (Bressert, 2017).

Limitaciones de la terapia con TPD.

Limitaciones propias de la terapia.

Los límites de la TCC son el consumo de tiempo y la dificultad para crear situaciones relevantes de exposición para algunos trastornos, principalmente cuando se aplican técnicas de exposición (Diemer et al., 2015). Igualmente los pacientes presentan reluctancia a comprometerse en un momento de crisis. Los pacientes con trastorno de personalidad pueden generar altos niveles de ansiedad en los terapeutas por lo que se requiere de competencias especiales como resiliencia emocional, claridad acerca de límites personales e interpersonales, y la habilidad de tolerar el impacto emocional que estos pacientes pueden causar (Fahy, 2012).

Otras limitaciones y dificultades.

Los pacientes con trastorno de personalidad suelen ser difíciles de mantener en tratamiento por lo que se requiere de mayor flexibilidad (Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010). Además son casos heterogéneos, lo cual dificulta el tratamiento protocolizado. La mayoría de los pacientes con trastorno de personalidad no suelen darse cuenta del origen de su conducta, cómo afecta su vida y no saben cómo cambiar debido a los esquemas disfuncionales que operan desde largos periodos de tiempo o que consideran funcionales (López Pell et al., 2010). Se debe tomar en cuenta que la terapia provocara ansiedad ya que se busca modificar la identidad y sentido del yo del paciente. Además se requiere de más tiempo y esfuerzo para conseguir cambios estructurales, ya que las creencias de estos pacientes están profundamente arraigadas (López Pell et al., 2010).

Dentro del tratamiento de los trastornos de personalidad, se enfatiza la importancia de la relación terapéutica y se considera que debe basarse en el apoyo, la colaboración y una buena definición de la misma (Easterbrook & Meehan, 2017). La relación terapéutica se define como el vínculo en el cual el terapeuta y el paciente trabajan juntos en la terapia, para llegar a las metas del paciente y presentar contribuciones valiosas (Easterbrook & Meehan, 2017). Se considera que la relación terapéutica es crucial en la terapia y es un indicador importante para las ganancias positivas dentro de esta. Los resultados positivos en la terapia dependen en un 30 por ciento de la relación terapéutica (Easterbrook & Meehan, 2017).

En el caso de la TCC, se presenta una limitación importante en cuanto a la relación terapéutica ya que se considera que tiene poca relevancia frente a las tareas terapéuticas (Colli et al., 2014). Los pacientes con TPD son resistentes al tratamiento a pesar de su capacidad de formar una alianza terapéutica fuerte, ya que esta suele basarse en patrones de idealización e identificación proyectiva (Bressert, 2017). La respuesta de los clínicos frente a los pacientes con TPD se caracteriza por sentimientos positivos y de protección pero también por desesperanza e inadecuación, ya que los terapeutas pueden sentirse presionados por las demandas del individuo (Colli et al., 2014). El terapeuta tiende a creer la perspectiva del paciente acerca de sí mismo como desesperado e incapaz, lo cual lleva a sentimientos de apego. A pesar de ello, con el pasar de tiempo y debido a las demandas del paciente se generan sentimientos negativos (Colli et al., 2014). Estas dificultades presentes en la relación terapéutica se asocian a la pobre autoeficacia percibida del paciente.

Terapias alternativas para el TPD.

Terapia psicodinámica.

La terapia psicodinámica también se considera una de las terapias más efectivas en individuos con TPD (Fahy, 2012). Esta modalidad de terapia es un tratamiento a largo plazo que utiliza la relación entre el paciente y el terapeuta para entender el mundo interno del individuo y cómo este afecta sus relaciones personales. Se ha encontrado que disminuye conductas dañinas pero que su efectividad requiere de un mayor plazo de tiempo (Fahy, 2012).

Terapia de esquemas.

Otra terapia utilizada como tratamiento para TPD es propuesta por Jeffrey E. Young (1999). Este tratamiento es la terapia de esquemas, el cual tiene un enfoque en la relación terapéutica, la experiencia afectiva y la discusión de experiencias personales (Young, 1999). La terapia de esquemas tiene un enfoque integrativo para tratar a pacientes con problemas caracterológicos crónicos expandiendo la terapia cognitivo conductual y utilizando técnicas de otras terapias (Young, 1999). Se hace énfasis en la exploración de la infancia y la adolescencia para llegar a los esquemas, actitudes disfuncionales y desadaptativas del paciente (Young, 1999). No se ha realizado suficiente investigación para llegar a conclusiones en cuanto a su eficacia.

Tratamiento psicofarmacológico.

El tratamiento psicofarmacológico es parcialmente efectivo en los individuos con TPD. Los pacientes con este trastorno tienen tendencia a utilizar los fármacos para calmar la

ansiedad relacionada al trastorno (Fahy, 2012). Los tratamientos farmacológicos utilizados en pacientes con TPD tienen como objetivo disminuir ciertos síntomas y el malestar que causan (Fahy, 2012). Se suelen emplear antidepresivos para reducir la impulsividad, ira y agresión. Los antipsicóticos atípicos pueden administrarse a los pacientes para reducir la ansiedad y cogniciones disfuncionales (Fahy, 2012). Cabe recalcar que ningún tratamiento farmacológico se utiliza específicamente para los trastornos de personalidad y el riesgo de sobredosis o abuso de los medicamentos debe ser considerado antes de prescribirse (Fahy, 2012).

Debido a la escasa investigación en cuanto al tratamiento y la falta de efectividad de los tratamientos que se utilizan en la actualidad para el TPD, se presentan repercusiones en la calidad de vida de los pacientes (Soeteman et al., 2011; Bartak et al., 2010). Una limitación importante dentro de la terapia actualmente utilizada es la relación terapéutica y el correcto manejo del paciente (Colli et al., 2014). Se deben considerar herramientas tecnológicas que puedan beneficiar este ámbito y promover un mejor tratamiento para el trastorno.

Realidad virtual como herramienta terapéutica alternativa.

La RV consiste en una presentación computarizada que se caracteriza por su naturaleza interactiva. Los sistemas de RV proveen entradas a canales sensoriales y remplazan las entradas sensoriales del mundo real (Diemer et al., 2015). Los usuarios ven el ambiente virtual a través de una pantalla situada en un dispositivo que se coloca en la cabeza. La mayoría de sistemas de realidad virtual también ofrecen entradas auditivas, olfativas y de simulación háptica para maximizar la experiencia (Diemer et al., 2015). Un sistema de computadora controla la presentación, recibe información del usuario a través de sensores como sistemas de seguimiento situados en la cabeza, palancas de mando, botones o ratones

personales de computadora. (Diemer et al., 2015). El usuario experimenta la ilusión de estar en el mundo virtual. La realidad virtual permite crear ambientes con aspecto real y la interacción con avatares y humanos virtuales (Park et al., 2011).

Históricamente, los sistemas de RV aparecieron como simuladores de entrenamiento en aviación, vuelos espaciales o con propósitos militares, permitiendo a los usuarios aprender a operar sistemas técnicos complejos sin riesgo antes de aplicar sus habilidades en el mundo real (Turner & Casey, 2014). En el ámbito de la psicología, la RV captó la atención de los investigadores y terapeutas por su potencial de crear una experiencia emocional y de instigar procesos para aprendizaje emocional (Turner & Casey, 2014).

Aplicaciones de la RV.

La RV se ha utilizado para reducir el dolor una disminución de 35 a 50 por ciento (Diemer et al., 2015). Además se ha utilizado en trastornos alimenticios para adaptar un cuerpo virtual a la imagen corporal del paciente y cambiar la naturaleza distorsionada de su imagen corporal. Igualmente se ha aplicado en trastornos de abuso de sustancias, reduciendo los síntomas de abstinencia en pacientes alcohólicos, fumadores y otros (Diemer et al., 2015). En el caso de la esquizofrenia, se ha utilizado para tratar los déficits en interacciones sociales debido a los síntomas negativos (Diemer et al., 2015). Los sistemas de RV permiten tratar trastornos de ansiedad con mayor efectividad que las terapias tradicionales (Kampmann et al., 2016). Igualmente, sirve para entrenar en habilidades de conversación, asertividad y expresión emocional (Diemer et al., 2015; Rus-Calafell et al., 2014). Los estudios han encontrado un aumento motivacional y de interés en la participación con el uso de RV. Se considera que la superioridad motivacional juega un rol adicional en mejorar las habilidades entrenadas a través del dispositivo (Park et al., 2011).

Limitaciones de la aplicación de la RV.

Las limitaciones de esta herramienta incluyen barreras tecnológicas y clínicas. El uso de RV puede provocar la enfermedad del simulador que consiste en náuseas, tensión visual, dolor de cabeza y mareo, pero suele presentarse rara vez, es decir, en un cinco por ciento de los pacientes (Diemer et al., 2015). La RV tampoco es recomendada en pacientes con psicosis. Finalmente, una de las limitaciones más importantes es la falta de comercialización de los dispositivos de RV (Diemer et al., 2015).

Beneficios de la RV como herramienta terapéutica.

La RV como herramienta terapéutica permite realizar sesiones de terapia de exposición con mayor comodidad y con la posibilidad de repetición. Además disminuye los riesgos y dificultades de recreación de escenarios (Diemer et al., 2015). La RV también permite que el terapeuta controle el proceso gradualmente. Otra de las ventajas que se han encontrado es que los pacientes que utilizan esta herramienta suelen mostrar una amplia aceptación (Diemer et al., 2015). A pesar de sus beneficios, según la teoría de aprendizaje social, se considera que las personas aprenden a través de la observación y reforzamiento positivo, por ende, para mejorar ciertas habilidades no verbales se requiere modelamiento e interacción por parte del terapeuta. Por ello, se considera que la RV debe ser empleada como una herramienta complementaria junto a la terapia (Park et al., 2011).

La RV permite igualmente evaluar síntomas, establecer correlaciones entre los mismos, identificar variables predictivas, investigar predicciones diferenciales de los síntomas, identificar predictores ambientales, evaluar factores causales putativos y desarrollar un tratamiento adecuado (Rus-Calafell et al., 2014). Los dispositivos de TV ofrecen la posibilidad de controlar la calidad, intensidad, duración y frecuencia de la sesión terapéutica

(Morina et al., 2015). Se considera que al disminuir los déficits en interacciones sociales, la ansiedad y al permitir entrenar habilidades sociales puede que la RV mejore la autoeficacia en los pacientes con TPD.

Diseño y Metodología

Diseño.

La hipótesis de investigación de esta propuesta es: la aplicación de RV junto a la TCC mejora significativamente el sentido de autoeficacia en pacientes con TPD. Para comprobar la hipótesis se plantea un estudio con enfoque experimental, es decir, un estudio en el que se manipula intencionalmente la variable independiente para medir su efecto sobre una variable dependiente (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014). Este estudio también tiene un enfoque correlacional, a través del cual se busca evidenciar la relación entre la variable independiente y la variable dependiente (Hernández Sampieri et al., 2014). En este estudio se considera la autoeficacia en personas con TPD como la variable dependiente y la RV como herramienta terapéutica como la variable independiente. En otras palabras, se pretende medir el efecto de la RV sobre la autoeficacia de las personas con TPD.

Se utilizará un diseño de investigación de tipo cuantitativo en el cual el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente se medirá utilizando dos herramientas psicométricas: el Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE) (Anexo A.1) y la Escala de autoeficacia general (EAG) (Anexo A.2).

Asimismo, se plantea seleccionar a los participantes a través de muestreo no probabilístico. Se propone una asignación aleatoria de los participantes para distribuirlos de manera equitativa en un grupo control y un grupo experimental, un requisito para el diseño de experimental que incrementa la validez interna del experimento. Se propone una

investigación con una manipulación de dos grados de la variable independiente. Por ende, el grupo control se caracterizará por la ausencia de la variable independiente y el grupo experimental contará con la presencia de RV.

Se utilizará un diseño experimental con pre-post prueba y grupo control en el que se incluyen mediciones de la variable dependiente de manera periódica: se aplicará una pre prueba, tanto al grupo experimental como al grupo control. Se administrarán ambas herramientas psicométricas antes de proporcionar el tratamiento a los participantes. Del mismo modo, se plantea el uso de una post prueba inmediatamente después del tratamiento.

Al aplicarse una post prueba tres meses después de la aplicación del tratamiento, se plantea un diseño de series cronológicas experimentales, en el cual se aplicará una segunda post prueba en un periodo determinado de tiempo (Hernández Sampieri et al., 2014). En este caso se utilizará la herramienta psicométrica conocida como EAG para comprobar la efectividad de la RV sobre el sentido de la autoeficacia.

Población.

Para la investigación propuesta, la muestra estará compuesta por personas diagnosticadas con TPD, las cuales provienen de poblaciones clínicas y de consulta externa de hospitales de Quito. Por ende, se realizará un proceso de muestro no probabilístico, al escoger a individuos que compartan una característica, en este caso, el TPD. El diagnóstico se corroborará con los criterios diagnósticos del DSM-5 y la revisión del historial clínico de los pacientes. La muestra debe ser de 30 personas, y deben tener entre 18 a 35 años de edad, ya que los rasgos de los trastornos de personalidad suelen expresarse con mayor intensidad durante la adolescencia y adultez temprana. Se espera una participación equitativa de mujeres y de hombres para establecer la efectividad del tratamiento en ambos sexos.

Criterios de inclusión.

Entre los criterios de inclusión está la presencia de TPD, la cual se confirmará a través de la administración del IPDE y la entrevista clínica. Asimismo, los pacientes deben estar dentro del rango de edad propuesto anteriormente. Finalmente la disponibilidad de los participantes será tomada en cuenta para evitar retiros e interrupciones durante la investigación.

Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión que se plantean para esta investigación son la presencia de un trastorno comórbido que sea la causa de los síntomas. Asimismo, se excluirán casos en los que los síntomas asociados al TPD se atribuyan al abuso de sustancias o a una condición médica crónica. Otro criterio de exclusión es ser mayor de 35 años o menor de edad. Por otra parte se considera que si el participante presenta reacciones adversas durante el uso de RV, se le excluirá de la investigación.

Instrumentos.

Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE).

La primera herramienta que se utilizará en la investigación es el IPDE. Consiste en una entrevista clínica semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del CIE-11 y el DSM 5. Además incluye un cuestionario de 77 ítems para la versión del DSM-5 y 59 para el CIE-11 y tiene una duración aproximada de 15 minutos (Esbec & Echeburúa, 2014). La puntuación de esta herramienta psicométrica se basa en el puntaje obtenido, el cual indica la presencia de un rasgo de personalidad de manera normal (0), acentuada (1) y patológica (2). Asimismo algunos ítems no son aplicables a algunos participantes y son puntuados como

(NA) (Organización Mundial de la Salud, 1996). En cuanto a la entrevista clínica, se evaluarán las respuestas a preguntas abiertas que abarcan diferentes ámbitos de vida del participante y se relacionan con rasgos dependientes. El IPDE tiene una alta fiabilidad inter-evaluadores y estabilidad temporal (Esbec & Echeburúa, 2014).

Escala de autoeficacia general (EAG).

A continuación se utilizará la EAG para medir la percepción de la persona acerca de sus capacidades para manejarse en diferentes situaciones, en muchas ocasiones consideradas estresantes. Esta escala fue creada por Baessler y Schwarzer en 1996 y se basa en concepto de autoeficacia definido por Albert Bandura (Rojas Paz, 2014). Esta herramienta psicométrica tiene una consistencia interna entre 0,7 y 0,9. El EAG se conforma por 10 reactivos y las puntuaciones van desde un mínimo de 10 puntos hasta un máximo de 40 puntos (Cid, Orellana, & Barriga, 2010). Una puntuación cercana al máximo indica un nivel alto de autoeficacia mientras que un puntaje cerca del mínimo indica un déficit del mismo.

Procedimiento de recolección de datos.

Recolección.

El proceso de selección de los participantes se basa en el historial de varios pacientes de hospitales de Quito a los cuales se accederá contactando al área de docencia y a personal del área de Psicología. Al obtener una lista de los pacientes que coincidan dentro de los criterios del TPD, se contactará por teléfono y e-mail a los pacientes externos y se citará a pacientes internos. Se corroborará el diagnóstico con el IPDE, en el cual los participantes responderán con Verdadero o Falso cada ítem (Esbec & Echeburúa, 2014). A continuación se realizará la entrevista en la cual se realizarán preguntas abiertas que abarquen ámbitos laborales, personales e interpersonales (Esbec & Echeburúa, 2014). Los pacientes serán

seleccionados también por su edad, ya que se requieren personas dentro de un rango de edad de entre 18 a 35 años. Igualmente se realizará una sesión en la cual se examinará la reacción de los posibles participantes con el uso de RV, principalmente para descartar a las personas que presenten reacciones adversas que puedan afectar el desarrollo de la investigación.

Al confirmar la participación de las 30 personas, se les informaran los objetivos y métodos utilizados de la investigación y se les hará firmar formularios de consentimiento informado. Se convocará a los participantes para aplicar el EAG y para separarlos de manera aleatoria en un grupo de control y un grupo experimental. El EAG será contestado basándose en el modelo escala de tipo Likert, es decir los participantes responden con: incorrecto, apenas cierto, más bien cierto, o cierto (Cid et al., 2010).

Los participantes del grupo control recibirán TCC durante un periodo de tres meses mientras que los pacientes del grupo experimental recibirán TCC pero será acompañado de RV. Ambos grupos recibirán tratamiento dos veces por semana, el cual será manejado por psicólogos clínicos especializados en TCC. Igualmente antes de iniciar las sesiones se monitorearan a los pacientes para evitar situaciones de riesgo. Se plantea realizar estas sesiones de terapia en un hospital psiquiátrico o clínica que sea accesible para los participantes.

En cuanto al programa de RV, se utilizará el sistema *Engaging Mental Health Applications* (EMMA), una herramienta de RV que es capaz de evocar significados y emociones asociados a la estimulación y modificarse dependiendo de las reacciones del participante. Los beneficios de esta herramienta son la seguridad y control que ofrece, la posibilidad de administrar de forma gradual el tratamiento y de trabajar con diferentes modalidades simbólicas como imágenes, música y paisajes. Permite realizar ejercicios de exposición sin causar riesgo de evitación cognitiva y permite la inmersión en el ambiente virtual, permitiendo un procesamiento cognitivo y emocional (Adreu Mateu, 2011). Al ser

una herramienta flexible que permite superar trastornos de estrés, se considera que puede ser beneficiosa igualmente para mejorar la autoeficacia en los participantes al afrontar escenarios amenazantes y al aprender a responder de manera adaptativa a los mismos. Al finalizar los tres meses se volverá a utilizar el EAG en ambos grupos para evaluar los resultados.

Asimismo, después de tres meses, se aplicará nuevamente el EAG para corroborar la eficacia del tratamiento con RV y la consistencia de los resultados del tratamiento en el tiempo.

Análisis de los datos.

La primera prueba psicométrica que se aplicará en esta investigación será el IPDE, para verificar la presencia de TPD. Para corregir el IPDE deben señalarse los ítems que han sido contestados de acuerdo al trastorno. Los ítems 6, 15, 33, 42, 45 y 49 se relacionan al TPD y si tres o más de estos ítems fueron señalados se considera que la evaluación del individuo para TPD es positiva y se procede a la entrevista clínica (Organización Mundial de la Salud, 1996). A continuación se realizará la entrevista en la que se realizará un análisis cualitativo de las respuestas de los participantes, asociándolas con los criterios diagnósticos de TPD basados en el CIE-11 y el DSM-5. Durante esta fase se descartarán a posibles participantes que presenten un resultado positivo para otros trastornos de personalidad comórbidos.

La prueba psicométrica EAG se corregirá a continuación, en base a la cual se determinará el puntaje inicial en relación a la autoeficacia percibida. Al ser una escala de Likert, se van a comparar los puntajes individuales frente a un promedio para terminar si la autoeficacia es alta o baja. Se aplicará el EAG como pos prueba, después de los tres meses de tratamiento para medir cambios en la autoeficacia percibida. Para evaluar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el EAG antes y después del tratamiento se propone usar

el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), el cual permite realizar múltiples análisis estadísticos que se aplicarán en esta investigación (Hernández Sampieri et al., 2014).

Se empleará el método estadístico conocido como T-test o prueba t, el cual permite medir las diferencias entre grupos, comparando sus medias y varianzas (Hernández Sampieri et al., 2014). Se utilizará este método en primer lugar para analizar las diferencias entre los resultados de la pre prueba y post prueba.

Asimismo, para evaluar la eficacia de la incorporación del RV y la estabilidad de los resultados en el tiempo, se volverá a administrar el EAG tres meses después de finalizar la fase de administración del tratamiento. En este caso, se utilizará el método estadístico T-test para comparar los resultados obtenidos en ambas post pruebas. Se plantea también el uso del método de confiabilidad por test-retest, el cual ofrece una medida de estabilidad que se emplea cuando un instrumento de medición es administrado dos veces al mismo grupo de personas después de un periodo de tiempo (Hernández Sampieri et al., 2014).

Finalmente, se realizará una comparación entre los resultados del grupo control y del grupo experimental para comprobar si la RV realmente contribuye como herramienta terapéutica junto a la TCC para mejorar la autoeficacia en personas con TPD. En este caso se plantea utilizar el modelo estadístico T-test para medidas independientes, cuyo objetivo es evaluar la diferencia entre los resultados obtenidos en ambos grupos (Hernández Sampieri et al., 2014). El T-test se aplicará dos veces, analizando los resultados del EAG después de la administración del tratamiento y después de tres meses para corroborar la influencia directa de la RV sobre la autoeficacia en personas con TPD.

Consideraciones Éticas

Esta investigación respeta las consideraciones éticas en cuanto a la investigación con personas. Se enviará la propuesta de investigación al Comité de Ética de la Universidad San

Francisco de Quito para su aprobación. Asimismo, todos los participantes incluidos dentro de la muestra de la investigación firmarán un consentimiento informado previo a su participación. Dentro de este documento se explicaran los objetivos y procedimientos que se usarán durante la investigación y se aclarará que su participación es totalmente voluntaria, por lo que no existirán implicaciones laborales o personales negativas en caso de no participar o retirarse. Se asegura el anonimato de los participantes al utilizar un código para identificarlos. Para evitar daños o consecuencias negativas se realizará la investigación dentro de una institución psiquiátrica en la que los participantes serán frecuentemente monitoreados y podrán estar seguros.

Esta investigación presenta un mínimo de riesgos para los participantes. El único riesgo que se puede presentar durante la investigación es la enfermedad del simulador al utilizar RV, la cual puede causar mareo, náuseas y dolor de cabeza. Esta reacción adversa será evaluada en la fase de selección de participantes, por lo que la probabilidad es mínima. Por otra parte, los participantes podrían beneficiarse del tratamiento proporcionado y de una posible mejora en cuanto a los síntomas que presentan relacionados al TPD.

Discusión

La propuesta de investigación planteada tiene como objetivo determinar la influencia positiva de la RV como herramienta terapéutica junto a la TCC, para mejorar el sentido de autoeficacia en pacientes con TPD. Por ende, se espera encontrar diferencias significativas entre los resultados de los participantes en el EAG, antes de la aplicación del tratamiento experimental y después de este. Asimismo se espera encontrar una correlación positiva entre la utilización de RV y el desarrollo del sentido de autoeficacia en los participantes diagnosticados con TPD. Finalmente, se pronostica una estabilidad temporal de la efectividad

de la RV como coadyuvante sobre la autoeficacia. Los resultados positivos confirmarán la hipótesis de la investigación, la cual plantea la influencia positiva de la RV junto a la TCC sobre la autoeficacia en personas con TPD. Por ende, esta investigación pronostica una mejora en cuanto a la autoeficacia de los pacientes con TPD, lo cual implica una mejor relación terapéutica y una mejor calidad de vida.

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

Fortalezas.

Esta propuesta de investigación presenta múltiples fortalezas, entre las cuales se encuentran los beneficios para los participantes. Los individuos que participen en la investigación recibirán TCC, el tipo de terapia más efectivo para TPD, por lo que presentarán una reducción significativa de sus síntomas y una mejora en su calidad de vida. Por otra parte, este estudio utiliza La RV, la cual es una herramienta terapéutica novedosa que ha sido efectiva al emplearse en el ámbito de la Psicología Clínica. Al realizar una investigación empleando la RV se busca fomentar su aplicación en ámbitos psicoterapéuticos, principalmente en el Ecuador, en donde no se ha implementado todavía esta herramienta. Asimismo, al utilizar RV con un enfoque en la autoeficacia, se puede mejorar no solamente la condición de pacientes con TPD pero posiblemente también mejore este constructo en personas con otros trastornos o déficits. Finalmente, esta investigación representa una contribución en el ámbito psicológico ya que no hay suficientes estudios acerca del TPD y los tratamientos que se pueden aplicar para este trastorno.

Limitaciones.

Esta investigación presenta una limitación en cuanto a la población seleccionada ya que la muestra consiste en personas Ecuatorianas, por lo que los resultados podrían variar con otras culturas o nacionalidades. Igualmente, al excluir a individuos con trastornos comórbidos se omite una población que es potencialmente sujeto de estudio y presenta diferentes necesidades y posibles resultados en una investigación como esta. El rango de edad seleccionado también puede ser una limitación, ya que las personas mayores a 35 años o menores de edad con TPD pueden también beneficiarse con una herramienta terapéutica similar.

Recomendaciones para Futuros Estudios.

Esta propuesta de investigación plantea el uso de RV como herramienta terapéutica, la cual se utilizará con TCC para tratar a pacientes con TPD. El objetivo de este estudio es desarrollar la autoeficacia de los participantes para mejorar la relación terapéutica y su calidad de vida. Se plantea el uso de la tecnología para aumentar la efectividad de la psicoterapia, por lo que se podrían realizar futuros estudios acerca de los resultados de la RV con diferentes trastornos. Por otra parte, esta investigación busca promover el estudio de TPD, por lo que se plantean estudios que relacionen a mayor profundidad el concepto de autoeficacia con el TPD y con otros trastornos. Finalmente, esta propuesta de investigación tiene como meta promover la aplicación de la tecnología como herramienta terapéutica. Por ende, se plantea investigar diferentes softwares y dispositivos electrónicos para aumentar tanto la eficacia como la efectividad de diferentes modalidades terapéuticas.

REFERENCIAS

- Asendorpf, J. (2009). Personality: traits and situations. En J. Corr, & G. Matthews (Ed.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 43-54). New York: Cambridge University Press.
- Adreu Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado* (Tesis doctoral). Universitat Jaume-I, Castellón.
- American Psychological Association. (2018). *Temperament*. Washington DC, EU: APA Dictionary of Psychology. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/temperament>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (Burg Translations, Inc, Trad.) Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research: An International Journal*, 1(2), 77-98. doi:10.1080/10615808808248222
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. doi:10.1207/s15326985ep2802_3
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B., . . . Emmelkamp, P. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1), 20-30. doi:10.1159/000254902

- Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bressert, S. (2018). *Dependent personality disorder treatment*. Massachusetts, EU: PsychCentral. Recuperado de <https://psychcentral.com/disorders/dependent-personality-disorder/treatment/>
- Budge, S., Moore, J., Del Re, A., Wampold, B., Baardseth, T., & Nienhuis, J. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1057-1066. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.003
- Caprara, G., Vecchione, M., Alessandri, G., Gerbino, M., & Barbaranelli, C. (2011). The contribution of personality traits and self-efficacy beliefs to academic achievement: a longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology, 81*(1), 78-96. doi:10.1348/2044-8279.002004
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile, 138*(5), 551-557. doi:10.4067/S0034-98872010000500004
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 102*-108. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Corr, P.J., & Matthews, G. (Edits.). (2009). *The Cambridge handbook of personality psychology*. New York: Cambridge University Press.

- Diemer, J., Pauli, P., & Mühlberger, A. (2015). Virtual reality in psychotherapy. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 25(1), 138-146.
doi:10.1016/B978-0-08-097086-8.21070-2
- Easterbrook, C., & Meehan, T. (2017). The therapeutic relationship and cognitive behavioural therapy: a case study of an adolescent girl with depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 6(1), 1-24. doi:10.5964/ejcop.v6i1.85
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
doi:10.4067/S0718-48082014000300008
- Fahy, T. (2012). Personality disorders. *Medicine*, 40(11), 613-618.
doi:10.1016/j.mpmed.2012.08.009
- Funder, D. (2013). *The personality puzzle* (6° ed.). New York: W.W. Norton & Company.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Hutsebaut, J., Willemsen, E., & Van, H. (2018). Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: state of the art. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60(5), 306-314.

- Kampmann, I., Emmelkamp, P., Hartanto, D., Brinkman, W., Zijlstra, B., & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Search and Therapy*, 77(1), 147-156. doi:10.1016/j.brat.2015.12.016
- Kaplan, B., Dewey, D., Crawford, S., & Wilson, B. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 555-565. doi:10.1177/002221940103400608
- Lenzenweger, M., & Clarkin, J. (2004). *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- López Pell, A., Rondón, J., Alfano, S., & Cellerino, C. (2010). Guía esquematizada de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.
- Maj, M. (2005). "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 182-184. doi:10.1192/bjp.186.3.182
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & Lejuez, C. W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 657-685. doi:10.1016/j.psc.2010.04.007
- Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 74(1), 18-24. doi:10.1016/j.brat.2015.08.010

Nyjortdet, R. (2014). *The effects of Affect Exposure in short-term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for patients with Cluster C Personality Disorders: A randomized controlled process study* (Tesis de pregrado). Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo C.I.E-10*. Ginebra: Meditor

Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578. doi:10.3102/00346543066004543

Park, K., Ku, J., Choi, S., Jang, H., Park, J., Kim, S., & Kim, J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189(2), 166-172.
doi:10.1016/j.psychres.2011.04.003

Perris, C. (1999). A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications for treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(4), 239-260. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199910)6:4<239::AID-CPP207>3.0.CO;2-B

Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492. doi:10.1016/j.brat.2013.05.011

- Robitz, R. (2018). *What are Personality Disorders?* Washington D.C, EU: American Psychiatric Association. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>
- Rojas Paz, M. (2014). *Nivel de autoeficacia de los empleados de la confederación deportiva autónoma de Guatemala* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Rothbart, M., & Bates, J. (2007). Temperament in children's development. En W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology, sixth edition: Social, emotional and personality development* (pp. 99-153). New York, EU: Wiley.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J., & Caqueo-Úrizar, C. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 81-89. doi:10.1016/j.jbtep.2013.09.002
- Soeteman, D. I., Verheul, R., Meerman, A. M., Ziegler, U., Rossum, B. V., Delimon, J., . . . Kim, J. J. (2011). Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster C personality disorders: a decision-analytic model in the Netherlands. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 51-62. doi:10.4088/JCP.09m05228blu
- Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), 810-817. doi:10.1176/appi.ajp.161.5.810

Turner, W., & Casey, L. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now? *Clinical Psychology Review*, *34*(8), 634-644.

doi:10.1016/j.cpr.2014.10.003

Widiger, T. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, *10*(2), 103-106.

doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x

Young, J. E. (1999). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.)*. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

ANEXO A: INSTRUMENTOS

ANEXO A1: EXAMEN INTERNACIONAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (IPDE)

I.P.D.E. _____ MÓDULO DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE
MÓDULO DSM-IV

DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta [VERDADERO o FALSO] que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 1. | Normalmente me divierto y disfruto de la vida. | V | F |
| 2. | Confío en la gente que conozco. | V | F |
| 3. | No soy minucioso con los detalles pequeños. | V | F |
| 4. | No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. | V | F |
| 5. | Muestro mis sentimientos a todo el mundo. | V | F |
| 6. | Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. | V | F |
| 7. | Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. | V | F |
| 8. | Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas. | V | F |
| 9. | Mucha gente que conozco me envidia. | V | F |
| 10. | Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. | V | F |
| 11. | Nunca me han detenido. | V | F |
| 12. | La gente cree que soy frío y distante. | V | F |

13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas.V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo.V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí.V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales.V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea.V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien.V F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas.V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo.V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás.V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero.V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente.V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas.V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito.V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando.V F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo.V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente.V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos.V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente.V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales.V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas.V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo.V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no
estoy seguro de que les gusto.V F
35. No me gusta ser el centro de atención.V F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel.V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo.V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí.V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente.V F
40. A menudo me siento vacío por dentro.V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más.V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo.V F
43. Tengo ataques de ira o enfado.V F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear".V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer.V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo.V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas.V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero.V F

- | | | |
|--|---|---|
| 49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana. | V | F |
| 50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. | V | F |
| 51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. | V | F |
| 52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. | V | F |
| 53. Soy muy emocional y caprichoso. | V | F |
| 54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. | V | F |
| 55. Sueño con ser famoso. | V | F |
| 56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. | V | F |
| 57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. | V | F |
| 58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. | V | F |
| 59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. | V | F |
| 60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. | V | F |
| 61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. | V | F |
| 62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente. | V | F |
| 63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. | V | F |
| 64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo. | V | F |
| 65. Prefiero asociarme con gente de talento. | V | F |
| 66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. | V | F |
| 67. No suelo mostrar emoción. | V | F |
| 68. Hago cosas para que la gente me admire. | V | F |
| 69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. | V | F |
| 70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. | V | F |
| 71. Me siento cómodo en situaciones sociales. | V | F |
| 72. Mantengo rencores contra la gente durante años. | V | F |
| 73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con la personas de las que dependo. | V | F |
| 74. Me resulta difícil no meterme en líos. | V | F |
| 75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. | V | F |
| 76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. | V | F |
| 77. Tengo amigos íntimos. | V | F |

ANEXO A2: ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (EAG)**ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL**

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas.

Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente.

No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MAS BIEN CIERTO	CIERTO

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Realidad virtual como coadyuvante de terapia cognitivo conductual para desarrollar el sentido de autoeficacia en pacientes con Trastorno de personalidad dependiente

Universidad San Francisco de Quito

Investigador: María José Salvador Erazo

Celular: 0998177270

E-mail: mjsalvador@estud.usfq.edu.ec

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un investigación cuyo objetivo es aplicar la Realidad Virtual como herramienta terapéutica junto a la Terapia Cognitivo Conductual, enfocada en pensamientos y conductas que causan malestar y dificultades en la vida diaria, para mejorar el sentido de autoeficacia en personas con Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD). La autoeficacia, la cual se ve afectada en el caso de las personas con TPD, se refiere a los juicios que tiene un individuo acerca de sus capacidades en ciertos momentos. 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.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente
- Edad entre 18 y 35 años
- Disponibilidad de 3 meses sin interrupción

Criterios de Exclusión:

- Diagnóstico de algún trastorno psicológico que no sea el trastorno de personalidad dependiente
- Abuso de sustancias
- Presencia de una enfermedad médica crónica
- Reacciones adversas al utilizar dispositivos de Realidad Virtual

Propósito del estudio

Este estudio plantea el uso de Realidad Virtual como una herramienta terapéutica junto a la Terapia Cognitivo Conductual. Se busca mejorar el sentido de autoeficacia en personas con trastorno de personalidad dependiente. Se solicita la participación de 30 personas con este trastorno para que reciban tratamiento durante un periodo de tres meses y se evalúe su sentido de autoeficacia.

Descripción de los procedimientos

La investigación consistirá en tres fases:

- A. La primera fase de la investigación se divide en dos partes:
 - Se aplicarán dos encuestas para corroborar la presencia del trastorno y evaluar el sentido de autoeficacia. Se utilizará el Examen Internacional para Trastornos de Personalidad (IPDE) y la Escala de Autoeficacia General (EAG). En esta fase se puede descartar a un participante si se cumple alguno de los criterios de exclusión.
 - Se realizará una prueba con un dispositivo de Realidad Virtual para descartar a participantes que presenten reacciones adversas.
- B. La segunda fase consiste en la aplicación del tratamiento. Los participantes recibirán terapia cognitivo conductual durante un periodo de tres meses. Se espera que el participante acuda a terapia dos veces por semana.
- C. En la tercera fase se volverá a aplicar la Escala de autoeficacia general (EAG), al finalizar el tratamiento y tres meses después.

Riesgos y beneficios

El riesgo que se puede presentar durante la investigación se basa en las reacciones adversas a los dispositivos de Realidad Virtual. En este caso se excluirá al participante por su bienestar.

Esta investigación supone el beneficio de recibir tratamiento para el Trastorno de Personalidad Dependiente diagnosticado y el desarrollo de la autoeficacia, lo cual ha sido demostrado que mejora la calidad de vida de la persona.

Confidencialidad de los datos

Consideramos que su privacidad es de alta relevancia, por lo que tomaremos en cuenta los siguientes puntos:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y será guardada en un lugar privado.
- 2) Los resultados obtenidos en las encuestas tendrán un fin puramente académico y no se difundirán los resultados ni la evidencia.
- 3) Si usted está de acuerdo, las encuestas que se administren en esta investigación se guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo.
- 4) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 5) 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

Su participación es completamente voluntaria. Por ende, 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

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono: 0998177270 que pertenece a María José Salvador Erazo, o envíe un correo electrónico a mjsalvador@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo que mi participación en este estudio y los procedimientos que se realizarán. 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.

Firma del participante	Fecha
Firma del investigador	Fecha