

RASGOS PATOLÓGICOS Y CREENCIAS DISFUNCIONALES EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Pathological Traits and Dysfunctional Beliefs in Personality Disorders

ALBERTO FERRER BOTERO¹, NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO²,
DIFARINEY GONZÁLEZ-GÓMEZ³

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n2a02>

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar si las relaciones entre rasgos patológicos, creencias disfuncionales de la personalidad y trastornos de la personalidad son, en efecto, las predichas tanto desde el modelo alternativo (American Psychiatric Association, 2013a, 2014) como desde la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1995, 2005). La muestra fue de 80 pacientes con trastornos de personalidad (37.5% hombres y 62.5% mujeres; edad media: 30.7; DE = 10.5) evaluados con una encuesta sociodemográfica y de antecedentes psiquiátri-

cos, además de las siguientes pruebas: MINI, IPDE, PID-5, PBQ-SF y CCE-TP. Se probaron tres grupos de hipótesis: a) existencia de relaciones significativas entre rasgos patológicos y trastornos de la personalidad; b) existencia de relaciones significativas entre creencias disfuncionales y trastornos de la personalidad; y c) existencia de relaciones significativas entre rasgos patológicos y creencias disfuncionales. Los tres grupos de hipótesis se cumplieron de forma muy adecuada para los trastornos de la personalidad antisocial, narcisista, paranoide y esquizoide, pero no para el trastorno de la

Recibido: 2020-05-18 / Aceptado: 2020-10-19
Para citar este artículo en APA: Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N., y González-Gómez, D. (2020). Rasgos patológicos y creencias disfuncionales en los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), e343025. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n2a02>

¹ Profesor titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo: alberto.ferrer@udea.edu.co; <http://orcid.org/0000-0002-6125-5512>.

² Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Correo: nora.londono@usbmed.edu.co; <http://orcid.org/0000-0001-6016-1955>.

³ Profesora asistente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo: difariney.gonzalez@udea.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-0175-2613>.

personalidad histriónico. Se concluye que esta investigación representa un respaldo empírico para los modelos de rasgos patológicos como para los de creencias disfuncionales.

Palabras clave: trastornos de personalidad, rasgos patológicos, creencias disfuncionales, PID-5, PBQ-SF.

Abstract

The objective of this research was to determine whether the relationships between pathological traits, dysfunctional personality beliefs, and personality disorders are as predicted both from the alternative model (American Psychiatric Association, 2013a, 2014) and from the cognitive theory of personality disorders (Beck et al., 1995, 2005). The sample consisted of 80 patients with personality disorders (37.5% men and 62.5% women; mean age: 30.7; *SD* = 10.5), evaluated with a sociodemographic and psychiatric history survey. Also were used the following tests: MINI, IPDE, PID-5, PBQ-SF, and CCE-TP. Three groups of hypotheses were tested: a) statistically significant relationships between

pathological traits and personality disorders; b) statistically significant relationships of dysfunctional beliefs with personality disorders; and c) statistically significant relationships between pathological traits and dysfunctional beliefs. All three sets of hypotheses were very well met for antisocial, narcissistic, paranoid, and schizoid personality disorders. They were not met in histrionic personality disorder. As a result, this research represents empirical support for both pathological traits and dysfunctional beliefs models.

Keywords: personality disorders, pathological traits, dysfunctional beliefs, PID-5, PBQ-SF.

Introducción

Los trastornos de la personalidad se han abordado desde múltiples perspectivas, sin embargo, dos de ellas tienen actualmente una gran importancia, debido a la evidencia empírica con la que sustentan sus supuestos: la teoría de los rasgos (Costa y McCrae, 1992b; Krueger, Derringer, Marlon, Watson y Skodol, 2012) y la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1995, 2005).

El abordaje de los trastornos de la personalidad desde la teoría de los rasgos se ha hecho tanto desde modelos de rasgos normales como desde modelos de rasgos patológicos. Costa y McCrae (1992a y 1992b) propusieron que los rasgos de la personalidad normal, provenientes del modelo de los “Cinco grandes” (extraversión, amabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia), podían utilizarse para explicar los trastornos de la personalidad. Para los autores que defienden esta tradición teórica (Costa y McCrae, 1990, 1992b; Costa y Widiger, 2001; Dyce, 1997; Samuel y Widiger, 2008; Schroe-

der, Wormworth y Livesley, 1992; Trull y Widiger, 2013), los trastornos de la personalidad no serían más que variaciones de la personalidad normal y no entidades categóricas de enfermedades.

Ahora bien, existe otra línea teórica en la que se considera que la extrapolación de los rasgos de la personalidad normal a los trastornos de la personalidad es problemática (Krueger et al., 2011). Los autores de esta vertiente postulan que si bien el modelo de los cinco factores de la personalidad normal (*Five Factor Model-FFM*; Costa y Widiger, 2001) se asemeja a la estructura empírica de la personalidad patológica, el método de medición derivado de este modelo: el Inventario de personalidad NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992a), no está diseñado para captar las variaciones de la personalidad patológica. También objetan que este inventario no haya sido creado a través de un análisis empírico de este tipo de personalidad. De este modo, todo un grupo de autores propuso modelos sobre los trastornos de la personalidad a partir de rasgos patológicos. Como lo muestran Krueger et al. (2011), existen por lo menos siete de estos modelos: a) el modelo de la evaluación dimensional de la patología de la personalidad (*The Dimensional Assessment of Personality Pathology Model-DAPP Model*; Livesley, 1998, 2001); b) el modelo de agendamiento para la personalidad no adaptativa y adaptativa (*The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality Model-SNAP Model*; Clark, 1993; Clark, Simms, Wu y Casillas, 2014); c) el modelo de los “Cinco de la personalidad psicopatológica” (*The Personality Psychopathology Five Model-PSY-5*; Harkness, 1992; Harkness, Finn, McNulty y Shields, 2012; Harkness, McNulty y Ben-Porath, 1995; Harkness y McNulty, 1994); d) el modelo de grupos de ítems de síntomas de la personalidad dimensional (*The Dimensional Personality Symptom Item Pool Model-DIPSI*; De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen y Mervielde, 2006); e) el modelo del inventario clínico multiaxial de Millon-III (*The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*; MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997); f) los modelos derivados de la estructura empírica del DSM (Markon, 2010; O’Connor, 2005); y, g) el modelo de procedimiento de evaluación de Shedler-Westen (*The Shedler-Westen Assessment Procedure Model-SWAP*; Westen y Shedler, 2007).

El Grupo de trabajo de personalidad y de los trastornos de la personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association-APA, 2013a), siguiendo la

ruta de los rasgos patológicos en los trastornos de la personalidad, analizó cada uno de los siete modelos de esta línea teórica enunciados anteriormente, y concluyeron que en todos ellos existían cuatro dominios que presentaban una coherencia razonable: *emocionalidad negativa*, *introversión*, *antagonismo* y *desinhibición* (Krueger et al., 2011). Sin embargo, el grupo encontró que para desarrollar un modelo de rasgos patológicos de la personalidad se necesitaba mayor investigación en las siguientes cuatro áreas: estructura, bipolaridad, jerarquía y rango (Krueger et al., 2011)³. De este análisis se concluyó que se requería de un nuevo modelo de rasgos patológicos para los trastornos de la personalidad, rasgos que estuvieran fundamentados empíricamente. Ese fue el desafío que asumió este grupo de trabajo (Krueger et al., 2011, 2012).

El grupo se trazó el objetivo inicial de identificar y operacionalizar las dimensiones específicas de la personalidad maladaptativa, y de desarrollar un instrumento para su evaluación (Krueger et al., 2012). Para la identificación de los dominios patológicos de la personalidad, partieron del modelo de Widiger y Simonsen (2005), quienes plantearon la existencia de cuatro grandes dominios bipolares: *extraversión* vs. *introversión*; *antagonismo* vs. *conformidad*; *constreñimiento* vs. *impulsividad*; y, *afecto negativo* vs. *estabilidad emocional*. Adicionalmente, este modelo planteaba un quinto dominio: *poco convencional* vs. *cerrado a la experiencia*, proveniente de uno de los grandes dominios del NEO-PI-R. Para Krueger et al. (2012) este último dominio no estaba presente en los modelos de rasgos patológicos descritos en la literatura y no tenía ninguna correlación con algún trastorno de la personalidad clasificado en el DSM-IV-TR (APA, 2000, 2001). Concibieron, entonces, que sí debería plantearse un quinto dominio, pero, en su lugar, con el fin de describir las distorsiones cognitivo-perceptuales y la conducta excéntrica del trastorno de la personalidad esquizotípico. Este dominio fue el *psicoticismo*. Así, esta propuesta, de los cuatro dominios de Widiger y Simonsen (2005) más el dominio de psicoticismo, coincide bastante bien con el modelo de los Cinco de la personalidad psicopatológica (PSY-5), mencionado anteriormente.

³ Se remite al lector al análisis de estas cuatro áreas realizado por el grupo de trabajo (Krueger et al., 2011).

Finalmente, el grupo de trabajo delimitó cinco dimensiones o dominios de la personalidad patológica: introversión, antagonismo, impulsividad vs. constreñimiento, afecto negativo y psicoticismo. Posteriormente, el nombre de los dominios de introversión e impulsividad cambió a desapego y desinhibición, respectivamente. De esta manera, consolidaron un modelo de los trastornos de la personalidad, junto con su forma de evaluación, que, en suma, cumplía tres condiciones: a) abarcar los cuatro grandes dominios de la personalidad maladaptativa identificados por Widiger y Simonsen (2005); b) añadir a estos un quinto dominio de psicoticismo, que no estaba propuesto; y, c) contar con facetas específicas de rasgos maladaptativos dentro de esos dominios (Krueger et al., 2012).

Inicialmente emergió un listado de 37 facetas, que, después de tres rondas de análisis, fueron depuradas a 25; así:

- Dominio *afecto negativo*: facetas de ansiedad, inestabilidad emocional, hostilidad, perseveración, (falta de) afectividad restringida, inseguridad por separación y sumisión.
- Dominio *desapego*: facetas de anhedonia, depresividad, evitación de la intimidad, suspicacia y retirada.
- Dominio *antagonismo*: facetas de búsqueda de atención, insensibilidad, falsedad, grandiosidad y manipulación.
- Dominio *desinhibición*: facetas de distractibilidad, impulsividad, irresponsabilidad, (falta de) perfeccionismo rígido y toma de riesgos.
- Dominio *psicoticismo*: facetas de excentricidad, desregulación cognitiva y perceptual, y creencias y experiencias inusuales.

De esta manera, surgió el *Inventario de personalidad para el DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5; PID-5; Krueger et al., 2012)* como un instrumento de evaluación de todos los rasgos patológicos propuestos en el modelo alternativo de este manual (DSM-5) para los trastornos de la personalidad (APA, 2013a, 2014).

Después de obtener sus propiedades psicométricas (Krueger et al., 2012), el PID-5 se ha adaptado a numerosos idiomas, como el italiano (Fossati, Krueger, Markon, Borroni y Maffei 2013), el alemán (Zimmermann et al., 2014), el holandés (Bastiaens et al., 2015), el francés (Roskam et al., 2015), el danés (Bo, Bach, Mortensen y Simonsen, 2016), y el español (Gutiérrez et al., 2015). La estructura factorial de la prueba ha sido objeto de varios estudios. La mayoría han empleado análisis factorial exploratorio (Anderson et al., 2012; Bastiaens et al., 2015; Bo et al., 2016; Gutiérrez et al., 2015; Krueger et al., 2012; Morey, Krueger y Skodol, 2013; Roskam et al., 2015; Thomas et al., 2012; Wright y Simms, 2014; Zimmermann et al., 2014); unos pocos, o bien el análisis factorial confirmatorio (Fossati et al., 2013; Zimmermann et al., 2014), o bien las ecuaciones estructurales (Bastiaens et al., 2015; Markon, 2010). En el medio colombiano se obtuvieron las propiedades psicométricas de esta prueba aplicando un doble análisis factorial: uno exploratorio con los ítems de las facetas (los ítems de cada faceta fueron agrupados en tres parcelas), y uno confirmatorio de las facetas que conforman los cinco dominios (Ferrer, 2018; Ferrer, Londoño, Calvete y Krueger, 2019).

El segundo abordaje de los trastornos de la personalidad que acá se toma es el de las creencias disfuncionales propuestas por la terapia cognitiva (Beck et al., 1995, 2005; Leahy, Beck y Beck, 2005). La teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad contempla los siguientes elementos: evolución de las estrategias interpersonales, interacción entre lo genético y lo interpersonal, y creencias disfuncionales o esquemas, siendo estos principios organizadores del procesamiento de la información y el sistema interno de control. Estos elementos le permitieron identificar a Beck et al. (1995, 2005) las estrategias hiperdesarrolladas e infradesarrolladas de cada uno de los trastornos de la personalidad y sus perfiles cognitivos específicos. A partir de esta propuesta, la evaluación de las creencias se convirtió en un componente importante de la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad, porque están asociadas al desarrollo, la historia personal, las estrategias de compensación y a las reacciones disfuncionales ante eventos congruentes con los esquemas (Beck, 1998).

Para evaluar las creencias disfuncionales asociadas a cada trastorno de la personalidad, Beck y Beck (1991) desarrollaron el Cuestionario de creencias de

personalidad (*Personality Belief Questionnaire*-PBQ). Este cuestionario evalúa las creencias disfuncionales asociadas a los 10 trastornos de personalidad descritos en el DSM-III-R (APA, 1988) y el DSM-IV-TR (APA, 2000, 2001). En este cuestionario se incluye el trastorno pasivo agresivo de la personalidad, y no se evalúa el trastorno de la personalidad esquizotípico, por la rareza de sus cogniciones. La última categoría incorporada fue la del trastorno límite de la personalidad, construida con algunos ítems provenientes de otras escalas (Butler, Brown, Beck y Grisham, 2002). El PBQ (Beck y Beck, 1991) consta de 126 ítems; cada creencia asociada a uno de los trastornos de personalidad se evalúa con 14 ítems.

Un desarrollo importante que tuvo la prueba fue la construcción de su versión corta, el *Personality Belief Questionnaire-Short Form* (PBQ-SF; Butler, Beck y Cohen, 2007). Para construir esta versión se escogieron los 7 ítems de cada subescala con correlaciones más altas. La prueba está constituida por 65 ítems, agrupados en las 10 creencias disfuncionales de los trastornos de la personalidad. Su estructura factorial y validación se realizó tanto con un análisis factorial exploratorio como con uno confirmatorio (Fournier, DeRubeis y Beck, 2012). En el primero se encontró que de los 65 ítems originales del PBQ-SF (Butler et al., 2007), 57 se agruparon claramente en 7 factores: dependiente/evitativo, obsesivo-compulsivo, narcisista, autónomo, paranoide, histriónico y esquizoide. En el análisis factorial confirmatorio se encontró que todas las cargas factoriales de los 57 ítems estuvieron por encima de .50 en sus respectivos factores. Los índices de ajuste fueron moderados: RMSEA = .076 y CFI = .88 (Fournier et al., 2012).

Otros estudios han mostrado una solución factorial diferente a la encontrada por Fournier et al. (2012). Por ejemplo, en Brasil Leite, Lopes y Fernandes (2012) encontraron que los ítems de PBQ-SF se agrupaban en 9 factores; en Uruguay, Daguerre, Cordero y Costa-Ball (2015) encontraron una estructura de 10 factores. En Colombia tres estudios han validado la estructura de 10 factores; dos de ellos con población no clínica (Londoño, Calvete y Palacio, 2012; Manrique y Moratto, 2015), y el tercero en población clínica (Ferrer, Londoño y Calvete, 2018). El PBQ-SF también se ha validado en Corea (Jeong-Hoon, Youl-Ri y Soon-Taek, 2016) y en Turquía (Taymur, Turkcapar, Orsel, Sargin y Akkoyunlu, 2011).

La estructura del PBQ-SF también se ha explorado utilizando otros métodos distintos al análisis factorial. Por ejemplo, Kumar, Ryan y Wagner (2012) utilizaron el *Guttman's Smallest Space Analysis*, y posteriormente evaluaron su validez de constructo (Ryan, Kumar y Wagner, 2014) al examinar la relación de este cuestionario con dos escalas de evaluación: *Psychological Entitlement Scale* (Campbell, Bonacci, Shelton, Exline y Bushman, 2004) y *Warpy Thoughts Scale* (Parslow, Christensen, Griffiths y Groves, 2006).

Una propuesta actual intenta conectar en un modelo unificado los rasgos y las creencias patológicas de la personalidad, con el fin de combinar las ventajas del modelo de rasgos patológicos con las del modelo cognitivo. El resultado es un modelo que integra estos dos elementos en cinco factores de orden superior: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo (Hopwood, Schade, Krueger, Wright y Markon, 2013).

Considerando los antecedentes investigativos, el presente estudio planteó como objetivo principal determinar la relación entre los rasgos patológicos de la personalidad, las creencias disfuncionales de la personalidad y los trastornos de la personalidad. Para ello se plantearon tres grupos de 10 hipótesis cada uno:

- a) Grupo de hipótesis 1: establecen la relación entre las facetas y dominios patológicos de la personalidad con los trastornos de la personalidad. Un ejemplo de este tipo de hipótesis es el siguiente: “se espera encontrar una relación significativa entre el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial con las facetas manipulación, insensibilidad, falsedad (facetas del dominio de antagonismo), hostilidad (faceta del dominio de afecto negativo), toma de riesgos, impulsividad e irresponsabilidad (facetas del dominio de desinhibición)”. Este grupo de hipótesis se deriva del modelo alternativo del DSM-5 de los trastornos de la personalidad.
- b) Grupo de hipótesis 2: establecen la relación entre los trastornos de la personalidad y las creencias disfuncionales que se han propuesto derivan de estos. Un ejemplo de este tipo de hipótesis es el siguiente: “se espera encontrar una relación significativa entre la creencia disfuncional antisocial con el trastorno de la personalidad antisocial”. Este grupo de hipótesis se deriva de la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1995, 2005).

- c) Grupo de hipótesis 3: establecen la relación entre las facetas y los dominios patológicos de la personalidad con las creencias disfuncionales de los trastornos de la personalidad. Un ejemplo de este tipo de hipótesis es el siguiente: “se espera encontrar una relación significativa entre las facetas de manipulación, insensibilidad, falsedad (facetas del dominio de antagonismo), hostilidad (faceta del dominio de afecto negativo), toma de riesgos, impulsividad e irresponsabilidad (facetas del dominio de desinhibición), con la creencia disfuncional antisocial”. Este grupo de hipótesis se deriva de la teoría cognitiva y el modelo alternativo del DSM-5 de los trastornos de la personalidad.

Método

Participantes

Participaron 80 pacientes diagnosticados con trastornos de la personalidad que se encontraban en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en la ciudad de Medellín, Colombia.

Tabla 1. *Características demográficas de la muestra*

Variable	Categorías de la variable	N = 80	
		<i>n</i>	%
Sexo	Hombre	30	37.5
	Mujer	50	62.5
Edad	18-25	32	40.0
	26-35	24	30.0
	36-45	14	17.5
	46-55	8	10.0
	56-60	2	2.5
Estado civil	Soltero	53	66.3
	Casado / unión libre	20	25.0
	Separado / divorciado	6	7.5
	Viudo	1	1.2

Estrato socioeconómico		
Bajo	19	23.8
Medio	28	35.0
Alto	33	41.2
Nivel académico		
Primaria completa	2	2.5
Bachillerato incompleto	9	11.2
Bachillerato completo	13	16.3
Estudios superiores incompletos	19	23.7
Estudios superiores completos	21	26.3
Estudios de posgrado	16	20.0

Los criterios de inclusión fueron: estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, tener una escolaridad mínima de básica primaria, tener entre 18 y 60 años de edad, y no estar hospitalizado en el momento de la selección. Esta se realizó de forma no probabilística e intencional.

Instrumentos

- Encuesta sociodemográfica y de antecedentes médicos y psiquiátricos. Con ella se indagó por aspectos como: edad del paciente; sexo; estrato socio-económico; estado civil; nivel académico; tratamiento actual y medicación para sus problemas emocionales; tiempo del tratamiento actual para sus problemas emocionales; tipo y duración de tratamiento anterior para sus problemas emocionales; antecedentes familiares de trastornos mentales y emocionales; enfermedades actuales diferentes a los problemas mentales y emocionales, su respectivo tratamiento y la duración de este; enfermedades importantes que ha tenido durante la vida y tipo de tratamiento recibido.
- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 2000). Esta es una entrevista diagnóstica estructurada, de breve duración, que es utilizada para explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV-TR (APA, 2000, 2001) y del CIE 10 (World Health Organi-

zation, 2004). El instrumento permite hacer 27 diagnósticos, tanto en el momento actual como en el pasado: episodio depresivo mayor actual, episodio depresivo mayor pasado, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual, trastorno distímico actual, riesgo de suicidio, episodio hipomaniaco actual, episodio hipomaniaco pasado, episodio maniaco actual, episodio maniaco pasado, episodio de angustia sin agorafobia actual, episodio de angustia con agorafobia actual, agorafobia actual sin historia de trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo actual, trastorno por estrés postraumático actual, dependencia de alcohol actual, abuso de alcohol actual, dependencia de sustancia actual, abuso de sustancia actual, trastorno psicótico actual, trastorno psicótico alguna vez en la vida, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual, anorexia nerviosa actual, bulimia nerviosa actual, anorexia nerviosa tipo compulsivo / purgativo actual, trastorno de ansiedad generalizada actual y trastorno antisocial de la personalidad (que no se evaluó en la presente investigación, porque se hizo una examen más pormenorizado de los trastornos de la personalidad). La validación de la MINI (Sheehan et al., 2000) fue realizada comparándola con la entrevista clínica estructurada para el DSM-III, versión para paciente de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Sheehan et al., 1998).

- *International Personality Disorder Examination* (IPDE; Organización Mundial de la Salud, 1995). Entrevista clínica semiestructurada desarrollada como parte de las metas del programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de la Salud de los EE. UU. (NIH), respecto a crear y estandarizar instrumentos de evaluación diagnóstica para investigación clínica en todo el mundo (OMS, 1995). El IPDE «está organizado de una manera que intenta proporcionar un balance óptimo entre una entrevista clínica natural y espontánea, y los requisitos de estandarización y objetividad» (OMS, 1995, p. 12). Consta de 99 preguntas y cada una de ellas se responde en una escala de 0 a 2, donde 0 significa que el rasgo puede estar ausente o ser normal; 1, que puede estar exagerado o acentuado; y 2, que es patológico o que cumple el criterio del DSM. Varios ítems pueden no ser aplicables a algunos sujetos, puntuándose como “NA”

(no aplicable). También se puede dar la calificación “?”, cuando el sujeto, a pesar de ser animado a dar una respuesta, se niega a responder o no sabe esta. La entrevista evalúa los 10 trastornos de la personalidad específicos y, además, el trastorno de la personalidad no especificado.

- *Personality Inventory for DSM-Adult* (PID-5; Krueger et al., 2012). Esta es una prueba de 220 ítems que evalúan 25 facetas contenidas en 5 dominios. Cada ítem se califica en una escala de 0 (si la afirmación es “muy falsa o con frecuencia falsa”) a 3 (si la afirmación es “muy cierta o con frecuencia cierta”). Cada faceta cuenta con 4 a 14 ítems, los cuales fueron asignados de acuerdo con lo propuesto en el apéndice B del material suplementario de Krueger et al. (2012). La calificación de la prueba se hizo siguiendo los lineamientos propuestos en la página electrónica de la APA (2013b). Se utilizó la versión en español de la validación realizada para Colombia por Ferrer et al. (2019), la cual obtuvo alfas de Cronbach entre .71 y .94.
- *The Personality Belief Questionnaire-SF* (PBQ-SF; Butler et al., 2007). Como fue planteado en la introducción, esta es una prueba de 65 ítems que evalúa 10 creencias asociadas a trastornos de la personalidad. Cada creencia se valora con 7 preguntas, con puntuación en escala Likert, de 0 a 4. Las únicas preguntas que se repiten, y que por lo tanto se comparten con otras creencias, son las preguntas del trastorno límite de la personalidad, ya que sus 7 ítems son procedentes de las subescalas *paranoide* (ítems 49 y 64 de la versión larga), *evitativa* (ítem 31 de la versión larga) y *dependiente* (ítems 44, 45, 56 y 65 de la versión larga). El cuestionario evalúa las siguientes creencias: esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónica, límite, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsiva y pasivo-agresiva. Se utilizó la adaptación al español de la validación en población no clínica colombiana (Londoño et al., 2012), en la cual se obtuvieron alfas de Cronbach entre .68 y .84. Tras esta investigación, se consolidó la validación de esta prueba en muestra clínica colombiana, obteniendo alfas de Cronbach entre .71 y .90 (Ferrer et al., 2018).
- Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP; Londoño et al., 2007). De este cuestionario se utilizaron especi-

ficamente las preguntas que forman parte del factor *Creencias centrales del trastorno de la personalidad esquizotípico / límite*, con el fin de evaluar las creencias disfuncionales asociadas al trastorno de la personalidad esquizotípico, aspecto que el PBQ-SF no mide. Este factor está conformado por los ítems 2, 16, 30, 43, 53, 59, 63 y 65.

Procedimiento

Se realizó un evento académico, en la ciudad de Medellín, al cual fueron invitados un grupo de psiquiatras y psicólogos. En este evento se les informó de la investigación e invitó a remitir a los pacientes de los cuales tuvieran la certeza o la sospecha de que tenían un trastorno de la personalidad. Se recibieron 81 pacientes; solo 1 no cumplió el requisito de tener un trastorno de la personalidad. A cada uno de ellos les fue leído el consentimiento informado por los auxiliares de investigación, siguiendo los criterios éticos planteados en la resolución 8430 de 1993. Todos los pacientes firmaron este consentimiento y contestaron los cuestionarios. Los investigadores y auxiliares de investigación realizaron las entrevistas estructuradas, atendiendo las preguntas de los pacientes. Todo esto se realizó en dos sesiones individuales, con una hora de duración cada una. Los resultados de todas las evaluaciones fueron remitidos al terapeuta de cada paciente, a quienes les explicarían estos los resultados, de tal manera que pudieran beneficiarse de haber participado en la investigación.

En relación con el procedimiento estadístico, la base de datos se procesó con el programa SPSS 20. Se analizó la distribución de las variables con la prueba de Shapiro-Wilk y se calcularon los coeficientes de correlación entre estas: coeficiente de Pearson, si la distribución de las variables era normal; y coeficiente de Spearman, en caso de que no lo fueran. Se procedió a someter a contrastación los tres grupos de hipótesis de la investigación y se destacaron los resultados que cumplieron dos condiciones: ser estadísticamente significativos al nivel de .01 y tener un coeficiente de correlación mayor o igual a .40.

Resultados

Dada la extensión de sus resultados, a continuación se describen los principales hallazgos de la encuesta de antecedentes médicos y psiquiátricos: el tipo de tratamiento actual con mayor porcentaje para los problemas emocionales es el psiquiátrico y psicológico (57.5%), seguido de tratamiento únicamente psicológico (23%), y tratamiento únicamente psiquiátrico (19.5%). En cuanto al medicamento actual para los problemas emocionales, el mayor porcentaje de pacientes está sin medicación (28.7%), seguido del uso de antidepresivos (23.8%). Respecto al tiempo de tratamiento para los problemas emocionales, la mayoría de los pacientes tienen un mes de tratamiento (15%), seguido de aquellos con 6 meses (8.8%). En el tipo de tratamiento anterior para los problemas emocionales, la mayoría de los pacientes no reportó ningún tratamiento (36.3%), seguido de haber contado con tratamiento psicológico (31.3%). Referente al tiempo de tratamiento anterior para los problemas emocionales, en consecuencia, la mayoría de los pacientes (36.3%) reportó 0 meses (sin tratamiento), seguido de 12 meses (11.3%). Respecto al tipo de antecedentes familiares, la mayoría de los pacientes no reportó antecedentes familiares (27.5%), seguido de antecedentes en primer grado (padres, hijos; 12.5%) y segundo grado de consanguinidad (abuelos, nietos, hermanos; 11.3%).

En lo concerniente a enfermedades actuales diferentes a los problemas emocionales, la mayoría de los pacientes no reportaron ninguna (61.3%), seguido de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (11.3%). Acerca del tipo de tratamiento de estas enfermedades, la mayoría de los pacientes reporta, justamente, no recibir tratamiento porque no refiere enfermedades (63.7%), seguido del tratamiento hormonal (12.5%). En cuanto al tiempo de tratamiento para la enfermedad actual diferente de los problemas emocionales, la mayoría de los pacientes (67.5%) reporta, de manera congruente, 0 meses (sin tratamiento), seguido de 48 meses (5%). Sobre las enfermedades importantes sufridas durante la vida, la mayoría de los pacientes no reportaron enfermedades (47.5%), seguido de enfermedades infecciosas y parasitarias (10%) y del sistema respiratorio (5%). En el tipo de tratamiento para las enfermedades du-

rante la vida, la mayoría de los pacientes no reportaron tratamiento (62.5%), seguido de cirugía y hospitalización (12.5%).

Los trastornos mentales de mayor prevalencia en la muestra de pacientes, de acuerdo con la entrevista estructurada MINI, fueron: trastorno de ansiedad generalizada (57.5%), riesgo de suicidio (47.5%), episodio depresivo mayor actual (46.3%), episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual (42.5%), trastorno distímico actual (31.3%) y fobia social (31.3%).

Tabla 2. *Análisis de frecuencias y porcentajes de los diagnósticos basados en la MINI*

Diagnóstico	Presencia/ ausencia y total	f	%	Diagnóstico	Presencia/ ausencia y total	f	%
Episodio depresivo mayor actual	No	43	53.8	Trastorno obsesivo-compulsivo actual	No	58	72.5
	Sí	37	46.3		Sí	22	27.5
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio depresivo mayor del pasado	No	59	73.8	Estado por estrés post-traumático actual	No	70	87.5
	Sí	21	26.3		Sí	10	12.5
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio depresivo con síntomas melancólicos actual	No	46	57.5	Dependencia de alcohol actual	No	72	90.0
	Sí	34	42.5		Sí	8	10.0
	Total	80	100		Total	80	100
Trastorno distímico actual	No	55	68.8	Abuso de alcohol actual	No	69	86.3
	Sí	25	31.3		Sí	11	13.8
	Total	80	100		Total	80	100
Riesgo de suicidio	No	42	52.5	Dependencia de sustancia actual	No	74	92.5
	Sí	38	47.5		Sí	6	7.5
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio hipomaniaco actual	No	77	96.3	Abuso de sustancia actual	No	76	95.0
	Sí	3	3.8		Sí	4	5.0
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio hipomaniaco pasado	No	68	85.0	Trastorno psicótico actual	No	73	91.3
	Sí	12	15.0		Sí	7	8.8
	Total	80	100		Total	80	100

Episodio maníaco actual	No	78	97.5	Trastorno psicótico alguna vez en la vida	No	69	86.3
	Sí	2	2.5		Sí	11	13.8
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio maníaco pasado	No	71	88.8	Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual	No	74	92.5
	Sí	9	11.3		Sí	6	7.5
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio de angustia sin agorafobia actual	No	74	92.5	Anorexia nerviosa actual	No	80	100
	Sí	6	7.5		Sí	0	0.0
	Total	80	100		Total	80	100
Episodio de angustia con agorafobia actual	No	73	91.3	Bulimia nerviosa actual	No	76	95.0
	Sí	7	8.8		Sí	4	5.0
	Total	80	100		Total	80	100
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	No	75	93.8	Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo actual	No	80	100
	Sí	5	6.3		Sí	0	0.0
	Total	80	100		Total	80	100
Fobia social actual	No	55	68.8	Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	34	42.5
	Sí	25	31.3		Sí	46	57.5
	Total	80	100		Total	80	100

Nota. f = frecuencia.

En relación con los trastornos de la personalidad, la gran mayoría de los participantes reportaron más de un diagnóstico. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno de la personalidad paranoide (17.8%), trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (17.8%), trastorno de la personalidad límite (16%) y trastorno de la personalidad por evitación (14.7%). Es importante hacer notar que un paciente puede tener más de un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Tabla 3. *Diagnóstico de los TP de acuerdo con el IPDE*

Trastorno de la personalidad	f	%
Paranoide	40	17.8
Esquizoide	14	6.3
Esquizotípico	17	7.6
Antisocial	7	3.1
Límite	36	16
Histriónico	7	3.1
Narcisista	13	5.8
Evitación	33	14.7
Dependiente	15	6.7
Obsesivo-compulsivo	40	17.8
No especificado	2	0.9

Nota. f = frecuencia.

Los resultados muestran que de las 10 hipótesis del grupo 1, que establecen la relación entre las facetas y dominios patológicos de la personalidad con los trastornos de la personalidad, la hipótesis que se cumplió de forma casi perfecta fue la relación entre facetas y dominios patológicos con el trastorno de la personalidad antisocial (hipótesis 1.1); parcialmente se cumplieron las hipótesis con los trastornos de la personalidad por evitación (hipótesis 1.2), límite (hipótesis 1.3), narcisista (hipótesis 1.4), obsesivo-compulsivo (hipótesis 1.5), esquizotípico (hipótesis 1.6), paranoide (hipótesis 1.7), esquizoide (hipótesis 1.8) y dependiente (hipótesis 1.10); finalmente, no se cumplió la hipótesis para el trastorno de la personalidad histriónico (hipótesis 1.9).

Tabla 4. *Correlaciones entre las facetas y dominios patológicos de la personalidad y los trastornos de la personalidad (hipótesis 1)*

Rasgos patológicos	Trastornos de personalidad									
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antisocial	Límite	Histriónico	Narcisista	Evitativo	Dependiente	Obsesivo-compulsivo
Anhedonia	.328**	.301**	.364**	.069	.369**	.040	-.081	.457**	.257**	.113
Ansiedad	.266**	.060	.203	-.079	.298**	.099	.075	.253*	.077*	.390**
Búsqueda de atención	-.039	-.046	-.041	.145	.192	.236*	.398**	-.111	-.084	.233*
Insensibilidad	.214	.333**	.291**	.588**	.317**	.018	.244*	.092	-.237*	-.225*
Falsedad	.063	.189	.284*	.500**	.411**	.192	.338**	.049	-.069	.030

Depresividad	.280*	.197	.386**	.124	.470**	.091	.028	.421**	.256*	.182
Distractibilidad	.296**	.200	.169	.226*	.247*	.116	.071	.191	.185	.061
Excentricidad	.276*	.221*	.462**	.389**	.416**	-.043	.197	.205	-.039	.162
Inestabilidad emocional	.109	.014	.125	.187	.505**	.190	.018	.034	.111	.204
Grandiosidad	-.132	.034	-.141	.317**	.012	.000	.355**	-.210	-.342**	.085
Hostilidad	.441**	.249*	.343**	.337**	.515**	.122	-.007	.146	-.218	.237*
Impulsividad	.174	.162	.276*	.401**	.526**	.245*	.054	.099	.111	-.125
Evitación de la intimidad	.227*	.455**	.272*	.092	-.012	-.191	.013	.283*	-.022	-.075
Irresponsabilidad	.193	.247	.340**	.450**	.354**	.067	.133	.178	-.044	-.126
Manipulación	.020	.088	.067	.502**	.327**	.213	.433**	-.268*	-.335**	.137
Desregulación perceptual	.368**	.266*	.505**	.328**	.463**	.021	.044	.363**	.144	.118
Perseveración	.342**	.187	.223*	.160	.240*	.014	-.055	.279*	.131	.329**
Afectividad restringida	.283*	.265*	.208	.340**	.082	-.279	-.052	.187	-.217	-.100
Perfeccionismo rígido	.216	.088	.053	-.086	.017	-.164	-.073	.152	-.168	.561**
Toma de riesgos	.002	.032	.113	.534**	.289**	.018	.214	.232*	-.296**	-.193
Inseguridad por separación	.155	-.030	.164	.059	.275*	.200	.004	.204	.458**	.055
Sumisión	.133	.104	.081	-.200	.064	.136	-.018	.408**	.550**	.030
Suspiciacia	.450**	.266*	.371**	.186	.449**	.033	-.010	.254*	.102	.206
Creencias y experiencias inusuales	.247*	.169	.420**	.442**	.413**	-.031	.148	.166	-.026	.035
Retirada	.437**	.468**	.479**	.109	.129	-.194	-.051	.501**	-.046	.118
Afecto negativo	.302**	.102	.227*	.085	.453**	.195	.003	.245*	.230*	.361**
Desapego	.425**	.415**	.507**	.124	.406**	-.052	-.009	.534**	.173	.186
Antagonismo	.081	.165	.176	.559**	.334**	.210	.459**	-.073	-.205	.056
Desinhibición	.085	.172	.268*	.583**	.427**	.220*	.211	-.027	.032	-.371**
Psicoticismo	.330**	.245*	.513**	.438**	.508**	-.009	.165	.264*	.023	.128

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

De las 10 hipótesis del grupo 2, que establecen la relación entre las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad, se cumplieron perfectamente para los trastornos de la personalidad antisocial (hipótesis 2.1), obsesivo-compulsivo (hipótesis 2.5), paranoide (hipótesis 2.7) y esquizoide (hipótesis 2.8). Por otra parte, las hipótesis se cumplieron adecuadamente para los trastornos de la personalidad por evitación (hipótesis 2.2.), límite (hipótesis 2.3), narcisista (hipótesis 2.4), esquizotípico (hipótesis 2.6) y por dependencia (hipótesis 2.10). Por último, no se cumplió la hipótesis que rela-

ciona las creencias disfuncionales con el trastorno de la personalidad histriónica (hipótesis 2.9).

Tabla 5. *Correlaciones entre las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad (Hipótesis 2)*

Creencias disfuncionales	Trastornos de la personalidad									
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antisocial	Límite	Histriónico	Narcisista	Evitativo	Dependiente	Obsesivo-compulsivo
Creencia esquizoide	.207	.403**	.176	.185	.037	-.102	.151	-.030	.357**	.094
Creencia paranoide	.398**	.402**	.512**	.270*	.358**	.018	.156	.310**	.061	.110
Creencia antisocial	.184	.329**	.314**	.418**	.328**	.094	.393**	.045	-.239*	-.007
Creencia narcisista	-.015	.158	.039	.254*	.088	.103	.393**	-.115	-.190	.078
Creencia histriónica	-.019	.172	.105	.137	.177	.181	.365**	.046	.009	.086
Creencia límite	.327**	.280*	.424**	.037	.373**	.106	.036	.443**	.347**	.111
Creencia evitativa	.386**	.291**	.296**	-.112	.247*	.060	-.036	.363**	.171	.245*
Creencia dependiente	.253*	.137	.302**	-.009	.292**	.141	.070	.337**	.375**	.055
Creencia obsesivo-compulsiva	.129	.164	.165	-.179	.045	-.033	.101	.092	-.135	.406**
Creencia pasivo-agresiva	.101	.358**	.296**	.182	.130	-.097	.133	.027	-.240*	.144
Creencia esquizotípica	.277*	.367**	.482**	.154	.232*	-.120	.131	.362**	.014	.092

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

En cuanto a las 10 hipótesis del grupo 3, que relacionan las facetas y dominios patológicos de la personalidad con las creencias disfuncionales, se cumplieron de forma muy adecuada con las creencias disfuncionales narcisista (hipótesis 3.4) y esquizoide (hipótesis 3.8); de forma adecuada con las creencias disfuncionales antisocial (hipótesis 3.1), evitativa (hipótesis 3.2), obsesivo-compulsiva (hipótesis 3.5) y esquizotípica (hipótesis 3.6); y parcialmente con las creencias disfuncionales límite (hipótesis 3.3), paranoide (hipótesis 3.7) y dependiente (hipótesis 3.10). La hipótesis de este grupo que tuvo menos respaldo empírico fue la que relacionó las facetas y dominios patológicos de la personalidad con la creencia disfuncional histriónica (hipótesis 3.9).

Tabla 6. *Correlaciones entre las facetas y dominios patológicos de la personalidad y las creencias disfuncionales (Hipótesis 3)*

Rasgos disfuncionales	Creencias disfuncionales										
	Esquizoide	Paranoide	Antisocial	Narcisista	Histriónica	Límite	Evitativa	Dependiente	Obsesivo-compulsiva	Pasivo-agresiva	Esquizotípica
Anhedonia	.058	.348**	.113	-.128	.094	.468**	.397**	.330**	.131	.120	.360**
Ansiedad	.147	.484**	.216	.189	.309**	.675**	.693**	.538**	.396**	.249*	.397**
Búsqueda de atención	.173	.349**	.474**	.663**	.758**	.346**	.147	.307**	.304**	.366**	.129
Insensibilidad	.459**	.379**	.580**	.266	.224	.147	.053	.044	.000	.306**	.294**
Falsedad	.246	.369**	.616**	.295**	.462**	.292**	.081	.264	.131	.336**	.254
Depresividad	.200	.453**	.224*	-.003	.210	.545**	.497**	.404**	.200	.209	.468**
Distractibilidad	.131	.161	.172	.141	.249*	.405**	.308**	.370**	-.014	.162	.213
Excentricidad	.345**	.530**	.427**	.236*	.280*	.267*	.240*	.179	.314**	.381**	.578**
Inestabilidad emocional	.124	.374**	.215	.157	.242*	.487**	.388**	.331**	.334**	.230*	.339**
Grandiosidad	.308**	.359**	.534**	.719**	.634**	.102	.033	.110	.300**	.413**	.111
Hostilidad	.378**	.585**	.467**	.210	.251*	.410**	.356**	.208	.290**	.365**	.439*
Impulsividad	.120	.401**	.442**	.219	.408**	.479**	.130	.421**	-.025	.301**	.174
Evitación de la intimidad	.476**	.174	.149	-.052	-.081	.145	.287**	.023	.060	.128	.404**
Irresponsabilidad	.141	.354**	.483**	.156	.295**	.252*	.157	.168	.002	.341**	.366**
Manipulación	.342**	.331**	.592**	.333**	.357**	.101	-.001	.060	.127	.364**	.221*
Desregulación perceptual	.247*	.529**	.303**	.216	.305**	.570**	.355**	.459**	.296**	.297**	.415**
Perseveración	.218	.407**	.327**	.185	.284*	.530**	.570**	.473**	.364**	.298**	.354**
Afectividad restringida	.386**	.191	.178	-.026	-.047	-.030	.028	-.068	-.016	.178	.211
Perfeccionismo rígido	.361**	.368**	.214	.258*	.191	.331**	.413**	.265*	.747**	.240*	.251*
Toma de riesgos	.168	.218	.326**	.212	.055	-.152	-.359**	-.237	-.071	.227*	.086
Inseguridad por separación	-.167	.363**	.187	.174	.466**	.543**	.343**	.631**	.190	.100	.080
Sumisión	-.012	.126	-.092	-.006	.208	.476**	.387**	.543**	.174	-.153	.194
Suspiciacia	.396**	.682**	.434**	.271*	.213	.559**	.474**	.336**	.246*	.392**	.475**
Creencias y experiencias inusuales	.333**	.499**	.409**	.386**	.303**	.338**	.159	.296**	.255*	.210	.302**
Retirada	.548**	.421**	.212	-.037	-.003	.405**	.391**	.223*	.305**	.135	.591**
Afecto Negativo	.108	.563**	.319**	.230*	.406**	.718**	.634**	.580**	.439**	.284*	.390**
Desapego	.407**	.541**	.316**	.000	.147	.568**	.555**	.391**	.274*	.273*	.599**
Antagonismo	.396**	.469**	.730**	.535**	.610**	.243*	.098	.250*	.160	.480**	.258*
Desinhibición	.031	.208	.343**	.142	.231*	.109	-.193	.094	-.362**	.227*	.120
Psicoticismo	.353**	.572**	.430**	.284*	.317**	.416**	.276*	.321**	.318**	.350**	.506**

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Discusión

En principio, es necesario aclarar que en el modelo alternativo del DSM-5, cuatro trastornos de la personalidad no fueron definidos: paranoide, esquizoide, dependiente e histriónico, con lo cual en esos casos las hipótesis de la relación de estos trastornos con las facetas patológicas y creencias disfuncionales se realizaron con base en la teoría de rasgos patológicos (Krueger et al., 2012) y en la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1995, 2005).

Como se mostró, para los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial la hipótesis que lo relaciona significativamente con las facetas y dominios patológicos (hipótesis 1.1) se cumplió bastante bien: de los siete rasgos patológicos propuestos para este trastorno (manipulación, insensibilidad, falsedad, hostilidad, toma de riesgos, impulsividad e irresponsabilidad), seis se cumplieron completamente; el único que no correlacionó en un nivel alto fue el de hostilidad. También fue uno de los trastornos en los cuales se encontraron menos rasgos no esperados (se halló una correlación estadísticamente significativa con el rasgo de creencias y experiencia inusuales). La relación con los dos dominios predichos, antagonismo y desinhibición, se cumplió perfectamente y solo se encontró un dominio no predicho: psicoticismo. Esto evidencia que el modelo es altamente confiable en lo que respecta a este trastorno, dado que lo delimita muy bien.

En cuanto a la hipótesis que relaciona el trastorno de la personalidad antisocial con la creencia disfuncional antisocial (hipótesis 2.1), puede decirse que se cumplió en un alto grado, lo que avala el modelo cognitivo para este trastorno (Beck et al., 1995, 2005) y contradice los resultados de otras investigaciones (McMurrin y Christopher, 2008), en las cuales se encontró que esta creencia no era la más representativa dentro del trastorno. Así mismo, la hipótesis que relaciona las facetas y dominios patológicos de la personalidad con la creencia disfuncional antisocial (hipótesis 3.1) se cumplió de forma bastante adecuada, puesto que esta creencia disfuncional correlacionó alto con las facetas predichas: manipulación, insensibilidad, falsedad, hostilidad, impulsividad e irresponsabilidad. La faceta de toma de riesgos tuvo una correlación alta, aunque no tanto como las facetas anteriores. De otro lado, el dominio de an-

tagonismo tuvo la correlación más alta con la creencia disfuncional antisocial, tal como se esperaba teóricamente.

En los pacientes con trastorno de la personalidad narcisista, la hipótesis que relaciona este trastorno con las facetas y dominios patológicos (hipótesis 1.4) se cumplió muy bien: tuvo correlaciones altas con sus dos rasgos característicos, grandiosidad y búsqueda de la atención. También se encontró una alta correlación con el dominio, esperado, de antagonismo, y con un rasgo no esperado: manipulación. Esto no es extraño, porque aunque el DSM-5 no presentó este rasgo como constitutivo del trastorno narcisista, la literatura sí lo reseña (Beck et al., 1995, 2005). Sería posible pensar que, en el futuro, el modelo de rasgos del trastorno de la personalidad narcisista incluirá, además de los dos consabidos de grandiosidad y búsqueda de atención, el de manipulación.

Respecto a la hipótesis que relaciona el trastorno de la personalidad narcisista con la creencia disfuncional narcisista (hipótesis 2.4), puede decirse que se cumplió parcialmente porque no se encontró la relación fuerte y directa con esta creencia que es predicha; en lugar de ello, se hallaron relaciones no tan fuertes con esta y otras dos creencias disfuncionales: antisocial e histriónica. Estas relaciones están ampliamente sustentadas por la literatura (Beck et al., 1995, 2005; Millon y Everly, 1994). En cuanto a la hipótesis que relaciona las facetas y dominios patológicos de la personalidad con la creencia disfuncional narcisista (hipótesis 3.4), se cumplió de forma adecuada: se encontraron relaciones altas, predichas por la teoría, con las dos facetas de grandiosidad y búsqueda de atención.

Para la hipótesis 1.7, respecto al trastorno de la personalidad paranoide, se predijeron relaciones con tres facetas: hostilidad, suspicacia y evitación de la intimidad. Con las dos primeras la relación esperada se cumplió perfectamente, mientras que con la tercera fue más baja. Además, se encontró una relación no esperada con la faceta de retirada, que puede ser explicada dada la naturaleza evitativa de este trastorno de la personalidad: la preferencia por estar a solas antes que en compañía, el recelo y falta de iniciativa en las situaciones sociales, la elusión del contacto y la actividad social. Lo anterior muestra que existen evidencias empíricas suficientes para extender el modelo alternativo del DSM-5

al trastorno de la personalidad paranoide.

En cuanto a la hipótesis 2.7, este trastorno correlacionó con la creencia disfuncional paranoide en un poco menos de lo esperado, pero como fue la única creencia que lo hizo, y teniendo en cuenta que la relación estaba muy cercana a lo predicho, se considera que esta hipótesis se cumple. Con relación a la hipótesis 3.7, la creencia disfuncional paranoide se relacionó con dos facetas predichas teóricamente: hostilidad y suspicacia. No se encontró relación con evitación de la intimidad, pero sí altas relaciones con facetas no predichas teóricamente (véase tabla 6), por lo cual puede decirse que esta hipótesis se cumplió parcialmente.

Para el trastorno de la personalidad esquizoide, la hipótesis 1.8 se cumplió de forma muy adecuada. De las tres facetas predichas por la teoría (evitación de la intimidad, retirada y afectividad restringida), dos: evitación de la intimidad y retirada, se cumplieron perfectamente. Afectividad restringida tuvo una relación alta, pero no en los niveles esperados. Estos resultados muestran que podría ser posible extender el modelo alternativo al trastorno de la personalidad esquizoide.

La hipótesis 2.8 también se cumplió de forma muy adecuada: la creencia disfuncional esquizoide exclusivamente se relacionó, bajo un coeficiente de correlación alto, con este trastorno. Estos resultados coinciden bastante con los encontrados en las investigaciones de Jones, Burrell-Hodgson y Tate (2007) y Fournier et al. (2012). Igualmente, la hipótesis 3.8 se cumplió de manera adecuada. La creencia disfuncional esquizoide tuvo una relación fuerte con dos de las tres facetas propuestas teóricamente: evitación de la intimidad y retirada. La otra faceta (afectividad restringida) también tuvo una correlación alta, pero no como era esperado. Así mismo, se encontró una correlación alta con una faceta no predicha teóricamente: insensibilidad, que, sin embargo, encaja bastante bien con la descripción cognitiva del trastorno de la personalidad esquizoide (Beck et al., 1995, 2005), pues es propuesta como una característica definitoria de este trastorno.

En cuanto al trastorno de la personalidad evitativa, en la hipótesis 1.2 el modelo alternativo del DSM-5 predice cuatro facetas para este trastorno: ansiedad, retirada, anhedonia y evitación de la intimidad. Para las dos primeras

facetas estas predicciones se cumplieron perfectamente; para las dos últimas, parcialmente. Se encontraron, además, relaciones con facetas no esperadas, como depresividad y sumisión, las cuales podrían complementar el modelo de rasgos del trastorno de la personalidad evitativa. Cabe anotar que los pacientes con este trastorno tienen una gran vulnerabilidad a la depresión (Beck et al., 1995, 2005), porque terminan evitando actividades que pueden ser potencialmente reforzantes, y al hacerlo, afectar su autoestima. Al ser evitativos es posible que también sean sumisos y poco asertivos.

La hipótesis 2.2 se cumplió moderadamente en este trastorno, dado que la creencia disfuncional evitativa se relacionó parcialmente con el trastorno de la personalidad evitativo. Se encontró que la creencia disfuncional límite tuvo, con este trastorno, una relación superior a la evitativa. La explicación a esto podría estar dada en la forma como se construyó la escala límite del PBQ-SF (Butler et al., 2007), pues contiene ítems de la escala evitativa. En cuanto a la hipótesis 3.2, la creencia disfuncional evitativa correlacionó muy fuerte con las facetas esperadas teóricamente: ansiedad, retirada y anhedonia. La faceta de evitación de la intimidad también se relacionó con la creencia disfuncional evitativa, aunque en un nivel menor que las tres facetas anteriores.

El trastorno de la personalidad límite fue bien definido desde las 7 facetas que lo caracterizan en el modelo alternativo: inestabilidad emocional, ansiedad, inseguridad por separación, depresividad, impulsividad, toma de riesgos y hostilidad. La hipótesis 1.3 se cumplió parcialmente para este trastorno, porque si bien cuatro facetas de las predichas se cumplieron perfectamente: depresividad, inestabilidad emocional, hostilidad e impulsividad, las tres restantes no tuvieron relaciones tan altas como las esperadas. Se encontraron, adicionalmente, relaciones con muchas facetas no predichas, que puede explicarse por la alta comorbilidad de este trastorno con otros.

La hipótesis 2.3 también se cumplió parcialmente porque este trastorno se relacionó con la creencia disfuncional límite en un nivel inferior a lo esperado. La baja especificidad de la escala límite del PBQ-SF podría explicar este resultado. A pesar de los argumentos de Butler et al. (2002) a favor de esta escala, es posible que no logre tener la especificidad para identificar las sutilezas del trastorno de la personalidad límite. Finalmente, la hipótesis 3.3 también se

cumplió parcialmente, porque aunque la creencia disfuncional límite se relacionó de forma alta con las facetas predichas teóricamente desde el modelo alternativo, la relación con toma de riesgos fue negativa. Esto podría tener como explicación que al ser la escala del PID-5 que, entre los demás trastornos, tiene mayor cantidad de ítems invertidos, se aumenta la posibilidad de error en las respuestas. De todas formas, las altas relaciones con facetas no predichas llevan a calificar el cumplimiento de esta hipótesis como parcial.

La hipótesis 1.5 se cumplió de forma parcial para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, porque de las cuatro facetas predichas en el modelo alternativo del DSM-5 para este trastorno (perfeccionismo rígido, perseveración, evitación de la intimidad y afectividad restringida), solo una de ellas (perfeccionismo rígido) se cumplió de forma adecuada. La faceta de perseveración tuvo una correlación significativa con este trastorno, pero no en los niveles exigidos. La baja relación de las facetas de evitación de la intimidad y afectividad restringida con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo puede deberse a que, en nuestro medio, los pacientes con este trastorno sean menos tendientes a evitar la intimidad y a tener menor afectividad restringida que los pacientes con el mismo diagnóstico en otras poblaciones. Podría haber una cierta tendencia general a la extraversión en nuestro medio, independientemente del tipo de diagnóstico (Ferrer, 2015).

La hipótesis 2.5, por el contrario, se cumplió de forma muy adecuada: la creencia disfuncional obsesivo-compulsiva fue la única que se relacionó en un alto grado con este trastorno de la personalidad. Estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura (Beck et al., 2001; Fournier et al., 2012). Por su parte, la hipótesis 3.5 se cumplió de forma parcial, debido a que de las relaciones predichas entre las cuatro facetas previamente mencionadas con la creencia disfuncional obsesivo-compulsiva, solo se alcanzó una correlación alta con la faceta de perfeccionismo rígido.

En los pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípico, la hipótesis 1.6 se cumplió parcialmente: solo cuatro de las seis facetas predichas en el modelo alternativo del DSM-5 se cumplieron de forma muy adecuada (excentricidad, desregulación perceptual, creencias y experiencias inusuales, y retirada). La relación con suspicacia fue significativa, pero no en los niveles

esperados, y la de afectividad restringida no fue alta con este trastorno. Esto reafirmaría algo de lo dicho anteriormente en relación con los hallazgos del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo: en general, en nuestro medio los pacientes son mucho más abiertos emocionalmente, con tendencia a tener puntajes más bajos en aquellos rasgos “restringidos” (Ferrer, 2015).

La hipótesis 2.6 también se cumplió moderadamente, porque el trastorno se relacionó de forma alta con tres creencias disfuncionales: esquizotípica, paranoide y límite. Ahora, la hipótesis 3.6 sí se cumplió de una manera adecuada: cuatro de las seis facetas (ya enunciadas en la hipótesis 1.6) que se esperaba correlacionaran alto con la creencia disfuncional esquizotípica lo hicieron (desregulación perceptual, excentricidad, retirada y suspicacia). Las facetas de afectividad restringida y de creencias y experiencias inusuales no tuvieron, con la creencia disfuncional esquizotípica, el nivel de relación exigido.

Respecto a la hipótesis 1.10, se predijeron seis facetas altamente relacionadas con el trastorno de la personalidad dependiente: ansiedad, búsqueda de atención, depresividad, manipulación, inseguridad por separación y sumisión; no obstante, solo se comprobaron las últimas dos. Con esto puede afirmarse que esta hipótesis se cumple parcialmente; y si este trastorno fuera a ser definido en un modelo de rasgos patológicos, probablemente debería incluir solo las facetas de inseguridad por separación y sumisión, pues las otras facetas no parecieran ser fundamentales.

La hipótesis 2.10 también se cumplió parcialmente: la creencia disfuncional dependiente tuvo un bajo nivel de relación con este trastorno. Para la hipótesis 3.10 se predijo que las seis facetas ya mencionadas, en este caso, se relacionaban de forma consistente con la creencia disfuncional dependiente. Su cumplimiento fue parcial porque solo se encontraron relaciones altas con cuatro facetas: ansiedad, inseguridad por separación, sumisión y depresividad.

Para la hipótesis 1.9 se predijeron relaciones altas entre el trastorno de personalidad histriónico y las siguientes facetas: ansiedad, búsqueda de atención, distractibilidad, inestabilidad emocional e impulsividad, pero ninguna de ellas fue significativa. Búsqueda de atención —que se supone es el gran rasgo histriónico— tuvo una relación más alta con el trastorno de la personalidad narcisista, e impulsividad también fue otra faceta que tuvo una mayor

relación con otro trastorno de la personalidad: el límite. En consecuencia, esta hipótesis no se cumplió; de hecho, puede decirse que si hay un trastorno difícil de delimitar por facetas y dominios patológicos, es justamente el trastorno de la personalidad histriónico. Sucedió lo mismo con la hipótesis 2.9: no se cumplió la relación entre este trastorno de la personalidad y la creencia disfuncional histriónica. A nivel general, ninguna creencia disfuncional tuvo una relación significativa con este trastorno de la personalidad.

Para la hipótesis 3.9 se predijeron relaciones altas de seis facetas con la creencia disfuncional histriónica: búsqueda de atención, impulsividad, ansiedad, distractibilidad, inestabilidad emocional y manipulación, de las cuales únicamente las dos primeras tuvieron el nivel de relación exigido. Un punto importante es que se encontraron relaciones no predichas con otras facetas. Estos resultados permiten afirmar, entonces, que la hipótesis 3.9 tuvo muy bajo respaldo empírico. Es posible que se deba al bajo número de pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad histriónico en la muestra, sin desconocer que este trastorno no es fácilmente definible ni por rasgos patológicos ni por creencias disfuncionales.

La presente investigación contribuye a proporcionar evidencia empírica sobre el modelo alternativo del DSM-5 de los trastornos de la personalidad y sobre el modelo cognitivo de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1995, 2005; Leahy et al., 2005), aportando resultados favorables respecto a la unión de estos dos modelos, tal como lo propone Hopwood, et al. (2013). Sin embargo, la evidencia empírica, tanto para el modelo de rasgos como para el modelo cognitivo, no es igual para todos los trastornos de la personalidad: en el trastorno de la personalidad antisocial ambos modelos fueron muy exactos en sus predicciones de rasgos y creencias disfuncionales, al mismo tiempo que se encontró una relación muy elevada entre ellos; mientras que en otros trastornos, como el trastorno histriónico de la personalidad, las relaciones predichas por el modelo no fueron significativas, encontrándose también una relación muy baja entre rasgos y creencia disfuncional. Esto muestra la necesidad de realizar más estudios que profundicen en los rasgos y creencias disfuncionales de esos trastornos de la personalidad cuyo resultado no fue tan consistente en esta investigación.

Como limitaciones del estudio se plantea el método no probabilístico e intencional con el que se obtuvo la muestra, la no homogeneidad de las variables sociodemográficas, y el bajo número de algunos diagnósticos de trastornos de la personalidad. Estos aspectos deberán ser tenidos en cuenta en estudios futuros.

Referencias

- American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III-revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5 (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013b). *Online Assessment Measures*. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5 (5.ª ed.)*. España: Médica Panamericana.
- Anderson, J., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O. C., Markon, K. E., y Krueger, R. F. (2012). On the Convergence Between PSY-5 Domains and PID-5 Domains and Facets: Implications for Assessment of DSM-5 Personality Traits. *Assessment, 20*(3), 286–294.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., Vanwalleghem, D. Vermote, R. B. L., Claes, S., y De Hert, M. (2015). The Construct Validity Of The Dutch Personality Inventory For DSM-5 Personality Disorders (PID-5) In A Clinical Sample. *Assessment, 23*(1), 42–51. doi: <https://doi.org/10.1177/1073191115575069>
- Beck, A. T., y Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*. Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C. A., Meyer, J., y Trexler, L. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., y Beck, J. S. (2001). Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 39(10), 1213–1225.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., Butler, A. C., Fusco, G., Simon, K. M., Beck, J. S., Morrinson, A., Padesky, C. A., y Renton, J. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (2.^a ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (1998). Complex Cognitive Therapy Treatment For Personality Disorders Patients. *Bulletin of the Menninger Clinics*, 62(2), 170–194.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., y Simonsen, E. (2016). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 112–129. doi: https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_187
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., y Grisham, J. R. (2002). Assessment Of Dysfuntional Beliefs In Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 1231–1240.
- Butler, A. C., Beck, A. T., y Cohen, L. H. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and Preliminary Findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 357–370.
- Campbell, W. K., Bonacci, A. M., Shelton, J., Exline, J. J., y Bushman, B. J. (2004). Psychological Entitlement: Interpersonal Consequences and Validation of a Self-Report Measure. *Journal of Personality Assessment*, 83, 29–45.
- Clark, L. A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., y Casillas, A. (2014). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP-2)* (2nd Ed.). Minnesota: University of Minnesota Press.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1990). Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362–371.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992a). *Revised NEO Personality Inventory NEO-PI-R and NEO Five-Factor Inventory NEO-FFI. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992b). The Five-Factor Model of Personality and its Relevant to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359.
- Costa, P. T. y Widiger, T. A. (2001). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd Ed.). American Psychological Association.

- Daguerre, L., Cordero, S., y Costa-Ball, D. (2015). Propiedades psicométricas del PBQ-SF en su versión en español, en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 163–175.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., y Mervielde, I. (2006). The Structure of Maladaptive Personality Traits in Childhood: A Step Toward an Integrative Developmental Perspective for DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 639–657.
- Dyce, J. A. (1997). The Big Five Factors of Personality and Their Relationship to Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 3(6), 587–593.
- Ferrer, A. (2015). Trastornos de la personalidad: rasgos y cognición. En Y. Alarcon Vásquez, F. Vásquez De la Hoz, W. Pineda Alhucema, y Y. Martínez de Biava (eds.), *Estudios actuales en Psicología* (pp. 33-50). Cúcuta: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Ferrer, A. (2018). *Relación entre los rasgos patológicos, las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad*. Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín.
- Ferrer, A., Londoño, N. H., y Calvete, E. (2018). Validación del “Cuestionario de Creencias de Personalidad-Versión Breve” (PBQ-SF) con muestra clínica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(2), 281-301.
- Ferrer, A., Londoño, N. H., Calvete, E., y Krueger, R. F. (2019). The Psychometric Properties of the Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) in a Colombian Sample. *Universitas Psychologica*, 18(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.ppoi>
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., y Maffei, C. (2013). Reliability and Validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV Personality Disorders and Psychopathy in Community-Dwelling Italian Adults. *Assessment*, 20(6), 689–708.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., y Beck, A. T. (2012). Dysfunctional Cognitions in Personality Pathology: The Structure and Validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 2(4), 795–805.
- Gutiérrez, F., Alija, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A. Gárriz, M., Caseras, X., Markon, C., y Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and Community Sample. *Assessment*, 24(3), 326–336.
- Harkness, A. R. (1992). Fundamental Topics in the Personality Disorders: Candidate Trait Dimensions From Lower Regions of the Hierarchy. *Psychological Assessment*, 4(2), 251–259.

- Harkness, A. R. y McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue From the Pages of a Diagnostic Manual Instead of a Dictionary. -En S. Strack y M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. Springer.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., y Ben-Porath, J. S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 Scales. *Psychological Assessment*, 7(1), 104–114.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., y Shields, S. M. (2012). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Recent Constructive Replication and Assessment Literature Review. *Psychological Assessment*, 24(2), 432–443.
- Hopwood, C. J., Schade, N., Krueger, R. F., Wright, A. G. C., y Markon, K. E. (2013). Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 35, 162–172.
- Jeong-Hoon, P., Youl-Ri, K., y Soon-Taek, H. (2016). A Validation Study of Korean Version of Personality Beliefs Questionnaire-Short Form (PBQ-SF). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 55(2), 103–113.
- Jones, S. H., Burrell-Hodgson, G., y Tate, G. (2007). Relationships Between the Personality Beliefs Questionnaire and Self-Rated Personality Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 247–251.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., Skodol, A., y Livesley, W. J. (2011). Deriving an Empirical Structure of Personality Pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 170–191.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., y Skodol, A. E. (2012). Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879–1890.
- Kumar, V. K., Ryan, R., y Wagner, K. (2012). Structure of the Personality Beliefs Questionnaire-Short Form: Smallest Space Analysis. *Current Psychology*, 31(4), 386–392.
- Leahy, R. L., Beck, J. S., y Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Personality Disorders. En S. Strack (Ed.), *Handbook of personality and psychopathology* (pp. 442–461). John Wiley y Sons, Inc.
- Leite, D. T., Lopes, E. J., y Fernandes, R. F. (2012). Psychometric Characteristics of the Personality Belief Questionnaire-Short Form. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(3), 70–87.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a Framework for an Empirically Based Classification of Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137–147.

- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and Taxonomic Issues. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (pp. 3–38). New York: The Guilford Press.
- Londoño, N. H., Calvete, E., y Palacio, J. (2012). Validación del “Cuestionario de Creencias de Personalidad-Versión Breve” (PBQ-SF) en población no clínica colombiana. *Psicología Conductual*, 20(2), 305-321.
- Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. A., Schnitter, M., Castrillón, D., Ferrer, A., y Chaves, L. (2007). Validación del Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances En Psicología Lationamericana*, 25(2), 138-162.
- Manrique, R. D., y Moratto, N. S. (2015). Psychometric Properties and Structural Validity of the Short Version of the Personality Beliefs Questionnaire (PBQ-SF). *International Journal of Psychological Research*, 8(2), 49–60.
- Markon, K. E. (2010). Modeling Psychopathology Structure: A Symptom-Level Analysis of Axis I and II Disorders. *Psychological Medicine*, 40, 273–288.
- McMurran, M. y Christopher, G. (2008). Dysfunctional Beliefs and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 19(4), 533–542.
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Manual* (2nd Ed.). NCS Pearson.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. España: Martínez Roca.
- Morey, L. C., Krueger, R. F., y Skodol, A. E. (2013). The Hierarchical Structure of Clinician Ratings of Proposed DSM-5 Pathological Personality Traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 836–841.
- O’Connor, B. P. (2005). A Search for Consensus on the Dimensional Structure of Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 323–345.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *IPDE. International Personality Disorders Examination. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo DSM-IV*. Meditor.
- Parslow, R. A., Christensen, H., Griffiths, K. M., y Groves, C. (2006). The Warpy Thoughts Scale: A New Instrument to Measure Dysfunctional Attitudes. *Cognitive Behavior Therapy*, 35, 106–116.
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., y Rolland, J. P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the

Personality Inventory for DSM-5. *PLoS ONE*, 10(7), e0133413. doi: <https://doi.org/10.1371>

- Resolución nro. 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre de 1993. Recuperado de https://urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
- Ryan, R. B., Kumar, V. K., y Wagner, K. (2014). The Personality Beliefs Questionnaire-Short-Form: Relationship of Personality Disorders Schemata With Entitlement and Dysfunctional Thoughts. *Current Psychology*, 34(2), 239–247. doi: <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9254-1>
- Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326–1342.
- Schroeder, M. L., Wormwoth, J. A., y Livesley, W. J. (1992). Dimensions of Personality Disorders and their Relationships to the Big Five Dimensions of Personality. *Psychological Assessment*, 4(1), 47–53.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). *MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0 DSM-IV*. Sheehan DV y Lecrubier Y.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 20), 22–33.
- Taymur, I., Turkcapar, M. H., Orsel, S., Sargin, E., y Akkoyunlu, S. (2011). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Personality Belief Questionnaire-Short Form (PBQ-STF) in the University Students. *Klinik Psikiyatri*, 14, 199–209.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G. C., Markon, K. E., y Hopwood, C. J. (2012). The Convergent Structure of DSM-5 Personality Trait Facets and Five-Factor Model Traits Domains. *Assessment*, 20(3), 308–311.
- Trull, T. J., y Widiger, T. A. (2013). Dimensional Models of Personality: the Five-Factor and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–146.

Westen, D. y Shedler, J. (2007). Personality Diagnosis With the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating Clinical and statistical Measurement and Prediction. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 810–822.

Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130.

World Health Organization. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision* (2nd Ed.). World Health Organization.

Wright, A. G. C., y Simms, L. J. (2014). On the Structure of Personality Disorder Traits: Conjoint Analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 Traits Models. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 5*(1), 43–54.

Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsh, J., Alexopoulos, J., Spitzer, C., Benecke, C., Krueger, R. F., Markon, K. F., y Leising, D. (2014). The Structure and Correlates of Self-Reported DSM-5 Maladaptive Personality Traits: Finding From two German-Speaking Sample. *Journal of Personality Disorders, 28*(4), 518–540.