

Trastornos de la personalidad: Rasgos y cognición*

Alberto Ferrer Botero¹

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación: *Relación entre los Trastornos de la personalidad, los rasgos patológicos y las creencias disfuncionales de la personalidad*, inscrito en el Centro de Investigación de la Universidad de San Buenaventura (Medellín).

1 Profesor Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia; Candidato a Doctor en Psicología de la Universidad de San Buenaventura (Medellín). Perteneciente al Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva (Universidad de Antioquia) y al Grupo de Estudios Clínicos y Sociales en Psicología (Universidad San Buenaventura). Email: aferrer@une.net.co

El objetivo del presente capítulo es presentar la conceptualización actual de los trastornos de la personalidad, tanto desde el punto de vista de la Teoría Cognitiva como desde el punto de vista de la Teoría de los Rasgos, y mostrar la forma como pueden relacionarse estas dos conceptualizaciones.

La relación entre estas dos conceptualizaciones está fundamentada en cuatro líneas argumentativas:

Relación teórica y empírica entre los “Cinco Grandes” Dominios de la personalidad (normal y patológica) y sus Facetas (normales y patológicas) con los trastornos de la personalidad

La relación de estos dos conceptos está enmarcada en la discusión de “Enfoques categóricos vs. Enfoques dimensionales”. El DSM-IV-TR –Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– (American Psychiatric Association, 2002) utiliza para los trastornos de la personalidad (Eje II) un enfoque categórico. En este enfoque, los trastornos de la personalidad se presentan como síndromes cualitativamente distintos. Como lo señala Widiger (1992), los enfoques categóricos tienen la ventaja de la claridad y de la facilidad de comunicación, además de la familiaridad que ya le tienen los clínicos. Sin embargo, para algunos autores (Clark, 1999), los enfoques categóricos suelen tener cuatro dificultades: hay un alto grado de solapamiento de etiquetas diagnósticas y diagnosis mezcladas entre los trastornos de la personalidad, no hay claridad en los umbrales para distinguir los pacientes con trastornos de la personalidad y los que no lo tienen, existe una inestabilidad temporal de los diagnósticos de trastornos de la personalidad, y existe una notable falta de acuerdo en la apropiada conceptualización de los diferentes trastornos de la personalidad. Otro problema adicional, es la variación que presentan los cuadros, ya que los diagnósticos están basados en un número mínimo de criterios a partir de una lista prototípica.

Los problemas anteriormente descritos, llevaron a muchos autores a pensar en la posibilidad que los trastornos de la personalidad pudieran verse desde otro enfoque: el dimensional. El modelo dimensional más importante que se aplicó a este campo fue el llamado “Modelo de los Cinco Factores de Personalidad” (también llamado “Big-Five”), que plantea que la personalidad está conformada por cinco factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad (Costa & McCrae, 1992). Este modelo se extendió rápidamente al campo de los trastornos de la personalidad, como lo demuestra la publicación de un volumen dedicado exclusivamente a este aspecto (Costa & Widiger, 2009). Existe evidencia que muestra que este modelo es muy adecuado para estudiar los trastornos de la personalidad (Costa & McCrae, 1990; Widiger & Costa, 1994; Costa & McCrae, 1992; Schroeder, Wormwoth & Livesley, 1992; Dyce, 1997).

El modelo teórico de los “cinco grandes” llevó a algunos autores a pensar en la posibilidad de que al igual que lo que ocurría en la personalidad normal, que estaba compuesta por cinco factores, ocurriera también en la personalidad patológica (trastornos de la personalidad), que estuviera compuesta por una versión patológica de esos factores. Es decir, que pudieran encontrarse cinco factores patológicos de la personalidad. Harkness (1992); Harkness y McNulty (1994); Harkness, McNulty y Ben-Porath (1995); Harkness, Finn, McNulty y Shields (2012), elaboraron un modelo denominado “los cinco de la personalidad patológica” (PSY-5). El objetivo de este trabajo era “ayudar al clínico a discriminar una personalidad normal de un trastorno de personalidad y como potencial fuente de información a la hora de interpretar el perfil del MMPI-2” (Jiménez Gómez, Sánchez Crespo & Ampudia Rueda, 2009, p. 32). Después de estas primeras publicaciones el concepto de “los Cinco de la Personalidad Psicopatológica” (PSY-5) se popularizó enormemente: se realizaron comparaciones entre el MMPI-2 (con el modelo PSY-5), el NEO-PI y el NEO-PI-R (Trull, Useda, Costa,

McCrae, 1995); se hizo una revisión en la cual se mostró que el modelo fue replicado y se evaluó la literatura concerniente a él (Harkness, Finn, McNulty & Shields, 2012); y se exploró la estructura jerárquica del MMPI-2 (con el modelo PSY-5) en pacientes psiquiátricos y en estudiantes universitarios (Bagby *et al.*, 2013).

Cambios en la concepción de los trastornos de la personalidad en el DSM-5

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) propuso una profunda reconceptualización de la psicopatología de la personalidad, de tal forma que estos trastornos quedaron clasificados en dos partes: en la Sección II (Criterios diagnósticos y códigos) y en la Sección III (Surgingimiento de la Medición y Modelos).

En la sección II del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), se presentan los mismos criterios diagnósticos para Trastornos de la Personalidad que aparecían en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Se presentan los criterios diagnósticos de los 10 Trastornos clásicos y se agregan otros dos: cambio de personalidad debido a alguna condición médica y otros trastornos específicos de la personalidad. El Trastorno de la Personalidad no Especificado se conserva tal como estaba en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

En la Sección III se presenta la nueva propuesta de un modelo alternativo para los Trastornos de la Personalidad, propuesta hecha por el Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM-5. La nueva propuesta comenzó a plantearse por las limitaciones que muchos autores creían que tenía clasificación categórica del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Autores como Krueger *et al.* (2011a); Krueger *et al.* (2011b); Krueger, Derringer, Markon, Watson, y Skodol (2012); Hopwood, Thomas, Markon, Wright y

Krueger (2012); Wright *et al.* (2012); plantearon un modelo de rasgos alternativo para explicar los Trastornos de la Personalidad.

Este modelo parte de la idea de que los Trastornos de la Personalidad se caracterizan por discapacidades en el funcionamiento multidimensional de la personalidad y en la existencia de rasgos patológicos de personalidad. En esa sección se incluyen siete criterios generales de Trastorno de la Personalidad. El criterio A hace referencia a impedimentos en el funcionamiento de la personalidad, que pueden ser moderados o graves (el funcionamiento de la personalidad tiene dos elementos: sí mismo –que consta a su vez de identidad y autodirección–, e interpersonal –que consta a su vez de empatía e intimidad–); el criterio B hace referencia a la existencia de uno o más rasgos patológicos de personalidad (el DSM-5 hace referencia a 25 rasgos patológicos, clasificados en 5 dominios); el criterio C hace referencia a que el impedimento en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos individuales de la personalidad, son relativamente inflexibles y persistentes a través de un amplio rango de situaciones personales y sociales; el criterio D plantea que el impedimento en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos individuales de la personalidad son relativamente estables a través del tiempo, con un comienzo que puede ser trazado atrás, al menos en la adolescencia o en la adultez temprana; el criterio E refiere que el impedimento en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos individuales de la personalidad, no pueden ser explicados mejor por otro trastorno mental; el criterio F plantea que el impedimento en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos individuales de la personalidad, no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica (por ejemplo, un trauma severo en la cabeza); el criterio G hace referencia a que el impedimento en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos indi-

viduales de la personalidad, no son explicados mejor a partir de una etapa del desarrollo del individuo o del ambiente sociocultural.

En la sección III del DSM-5 se plantean seis trastornos específicos de la personalidad: Trastorno Antisocial de la Personalidad, Trastorno Evitativo de la Personalidad, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Narcisista de la Personalidad, Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Además de estos trastornos específicos, el DSM-5 menciona otro tipo de trastorno de la personalidad, llamado: Trastorno de Personalidad-Rasgo Especificado.

Esta definición de Trastorno de la Personalidad parte del Modelo de Rasgos de la Personalidad. Como se afirmó antes, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye cinco amplios dominios de rasgos de la personalidad: afecto negativo (vs. Estabilidad emocional), Desapego (vs. Extraversión), Antagonismo (vs. Agradabilidad), desinhibición (vs. Conciencia) y Psicoticismo (vs. Lucidez). Estos dominios o dimensiones son variantes maladaptativas de los cinco dominios o dimensiones del extensamente validado y replicado modelo de la personalidad conocido como “Cinco Grandes” (“Big-Five”) o Modelo de los Cinco Factores de Personalidad (FFM: Five Factor Model of Personality, por sus siglas en inglés), y son además similares a los dominios de los cinco de la personalidad patológica (PSY-5) (Harkness *et al.*, 1995).

Los cinco dominios o dimensiones se distribuyen en 25 facetas de rasgos específicos de la personalidad:

Afecto Negativo: Incluye las siguientes facetas de Labilidad Emocional, Ansiedad, Inseguridad por Separación, Sumisión, Hostilidad, Perseveración, Depresividad, Susplicacia, Afectividad Restringida (falta de).

Desapego: Incluye las siguientes facetas de Retirada, Evitación de la intimidad, Anhedonia, Depresividad, Afectividad Restringida y Suspiciencia.

Antagonismo: Incluye las siguientes facetas de Manipulación, Falsedad, Grandiosidad, Búsqueda de Atención, Insensibilidad y Hostilidad.

Desinhibición: Incluye las siguientes facetas de Irresponsabilidad, Impulsividad, Distractibilidad, Toma de Riesgos y Perfeccionismo Rígido (falta de).

Psicoticismo: Incluye las siguientes facetas de Creencias y experiencias Inusuales, Excentricidad y Desregulación Cognitiva y Perceptual.

Estas facetas representan una lista de las facetas de personalidad elegidas por su relevancia clínica. Además de las definiciones operacionales de los dominios y de las facetas, el DSM-5 propende por la utilización formal de instrumentos psicométricos diseñados para medir las facetas específicas y los dominios de la personalidad. El modelo de rasgos de la personalidad es operacionalizado en el Inventario de Personalidad para DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2013). Este cuestionario es un autorreporte que puede ser llenado por los pacientes, convirtiéndose en un reporte informal que permite conocerlos muy bien. Algunos investigadores han establecido las propiedades psicométricas de este cuestionario (Markon, Quilty, Bagby & Krueger, 2013).

Relación teórica y empírica entre creencias disfuncionales y trastornos de la personalidad

Aunque en los últimos años, diferentes autores, han abordado el tema de los Trastornos de la Personalidad desde modelos cognitivos (Beck *et al.*, 1990; Beck, *et al.*, 2005; Young, 1994; Linehan, 1993), para efectos de

este capítulo se profundizará en el modelo de Beck y sus colaboradores. Beck, *et al.* (1990), Beck, *et al.* (2005), plantean una Teoría Cognitiva que explique los Trastornos de la Personalidad. Esa teoría tiene los siguientes aspectos:

Evolución de las estrategias interpersonales: La teoría parte del supuesto de que los seres humanos tenemos estrategias genéticamente determinadas que facilitaron la supervivencia y la reproducción, y que fueron favorecidas por la selección natural.

El procesamiento de información precede a la puesta en práctica de estas estrategias: La teoría afirma que la evaluación de las exigencias particulares de una situación es anterior y desencadena una estrategia adaptativa (o inadaptable).

La manera de evaluar una situación depende de las creencias subyacentes pertinentes: Esas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas “esquemas”, que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Los esquemas son las unidades fundamentales de la personalidad.

Según Beck *et al.* (1990) y Beck *et al.* (2005), la secuencia que se pone en acción en un Trastorno de la Personalidad es la siguiente: evaluación, activación afectiva y motivacional, y finalmente, la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Beck *et al.* (1990) y Beck *et al.* (2005), sostienen que al asignar significados a los acontecimientos, los esquemas inician una reacción en cadena que culmina en los tipos de conducta abierta (estrategias) que se atribuyen a los rasgos de la personalidad. De acuerdo a lo planteado, existe una relación, en cada trastorno de la personalidad, entre creencias y actitudes básicas y la estrategia (que corresponde a la conducta manifiesta). Por ejemplo, en el Trastorno de Personalidad por Dependencia, la creencia y

actitud básica es “estoy desvalido”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de apego. En el Trastorno de Personalidad por Evitación, la actitud básica es “pueden hacerme daño”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de evitación. En el Trastorno de la Personalidad Paranoide, la actitud básica es “la gente es peligrosa”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de cautela. En el trastorno de Personalidad Narcisista, la actitud básica es “soy especial”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de autoexaltación. En el Trastorno Histriónico de la Personalidad, la actitud básica es “necesito impresionarles”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de dramatismo. En el Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo, la actitud básica es “los errores son malos”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de perfeccionismo. En el Trastorno Antisocial de la Personalidad, la actitud básica es “los demás están para dominarlos”, y ella pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de ataque; y en el Trastorno Esquizoide de la Personalidad, la actitud básica es “necesito mucho espacio”, que pone en acción la estrategia o conducta manifiesta de aislamiento.

A partir de la anterior propuesta, la evaluación de las creencias se convirtió en un componente importante de la Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad (Beck *et al.*, 2005; Leahy, Beck & Beck, 2005), ya que son centrales en la conceptualización cognitiva de casos, siendo un blanco importante de intervención. Cuando estas creencias disfuncionales se identifican de forma correcta, es porque están asociadas al desarrollo del paciente, a su historia, a sus estrategias de compensación y a sus reacciones disfuncionales ante eventos corrientes (Beck, 1998). Un trabajo muy importante en la Terapia Cognitiva, que se desarrolla entre paciente y terapeuta, es la identificación y la modificación de esas creencias. Esta identificación debe hacerse en cada área de funcionamiento. Por tanto, las creencias propuestas para cada

trastorno de la personalidad, constituyen un foco y un mecanismo primario de cambio en las intervenciones cognitivas de estos trastornos (Bhar, Beck & Butler, 2012).

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, que evalúa las creencias disfuncionales asociadas a cada uno de los 10 Trastornos de la Personalidad (se incluye el Trastorno Pasivo Agresivo y en el que no se evalúa el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, por razones que se explicarán enseguida), consta de 126 ítems (nueve escalas, cada una de las cuales tiene 14 ítems). Este cuestionario está acorde con la clasificación de los Trastornos de la Personalidad que propone el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988). La última categoría incorporada en este cuestionario fue la de Trastorno Límite, cuyos ítems se superponen con los de los trastornos de dependencia, evitación y paranoide. El cuestionario no incluye creencias sobre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, debido a su rareza cognitiva. Este cuestionario fue validado en población clínica por Fournier, DeRubeis y Beck (2012). Al cumplirse los 20 años de la publicación de este cuestionario, Bhar *et al.* (2012) hicieron un completo estudio sobre sus propiedades psicométricas.

Butler, Beck y Cohen (2007) desarrollaron una versión breve de este cuestionario denominado PBQ-Short Form (PBQ-SF). La estructura de la versión breve de este cuestionario fue establecida por Kumar, Ryan y Wagner (2012), y su validez convergente fue probada por Ryan, Kumar y Wagner (2014). En nuestro medio, el PBQ-SF fue validado en población no clínica colombiana (Londoño, Calvete & Palacio, 2012) y en otros países latinoamericanos fue validado en Brasil (Tadeu Leite, José Lopes & Fernandes Lopes, 2012).

El cuestionario ha sido muy exitoso para estudiar trastornos de la alimentación (Waller, Evans & Stringer, 2012; Waller, Ormonde & Kuteyi, 2013; Gabriel & Waller, 2014; Park, Waller & Gannon, 2014), depresión (Yucens, Kuru, Safak, Karadere & Turkcapar, 2014; Prosser, 2012), y para realizar la fundamentación cognitiva de los casos clínicos (Toro & Ochoa, 2010).

Relación de los dominios y facetas (normales y patológicas) del Modelo de la Personalidad de los Cinco Factores con creencias disfuncionales de la personalidad

La relación entre estos dos elementos no tiene tantas investigaciones empíricas como la reseñada en los tres puntos anteriores. Sin embargo existen investigaciones que relacionan el modelo de los “Cinco Grandes” con creencias asociadas a trastornos de la personalidad. Hay una línea de investigación que relaciona este modelo con los planteamientos de la Terapia Racional Emotivo Comportamental (REBT), siendo un ejemplo de esto la investigación de Davies (2006). En esta investigación se relacionan las ideas irracionales, la autoaceptación incondicional, la autoestima y las dimensiones de la personalidad del Big-Five. Se encontró que la autoaceptación incondicional estaba significativamente correlacionada (aunque de forma negativa) con el Neuroticismo, pero no con las otras dimensiones del Big-Five.

Otra investigación relaciona el modelo de los “Cinco Grandes” con la teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (Muris, 2006): En esta investigación se les aplica a adolescentes no clínicos las siguientes pruebas: YSQ, Percepción de Conductas de Crianza Parental, Rasgos de Personalidad y Síntomas Psicopatológicos. Los resultados indicaron que un detrimento en las conductas de crianza estaba relacionado con la presencia de esquemas maladaptativos. También se encontró alguna evidencia que indica que el neuroticismo y el detrimento en las conductas parentales de crianza explican una única proporción de la

varianza en patrones de pensamientos distorsionados. Finalmente, los Esquemas Maladaptativos fueron vinculados a varios tipos de síntomas psicopatológicos, incluyendo síntomas de trastornos de ansiedad, depresión, conductas disruptivas, problemas relacionados con la comida y uso de sustancias.

Existe una investigación en la que se relaciona los Esquemas Maladaptativos Tempranos y el modelo de los “Cinco Grandes” (Thimm, 2010). En esta investigación se les pidió a 147 adultos, pacientes de consulta externa, llenar el NEO PI-R, el YSQ Short Form (YSQ-SF) y el Beck Depression Inventory (BDI). Se encontró un solapamiento entre los EMT y el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (FFM), particularmente con el neuroticismo, y que los EMT podían predecir los síntomas depresivos, más allá de las dimensiones de la personalidad.

La investigación de Gore (2009), relaciona el Modelo de los Cinco Factores de la estructura de la personalidad general (evaluada con el NEO PI), con la Lista para Personalidades no Adaptativas y Adaptativas (The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP), y con tres medidas cognitivas de esquemas: El Cuestionario de Esquemas de Young (Young Schema Questionnaire, YSQ), el Cuestionario de Creencias de Personalidad (Personality Belief Questionnaire, PBQ) y el Cuestionario de Creencias de Trastornos de la Personalidad (Personality Disorder Belief Questionnaire, PDBQ). En este estudio, las tres medidas cognitivas de esquemas estuvieron correlacionadas con las escalas de Trastornos de la Personalidad del SNAP (Análisis I). Los puntajes del NEO PI fueron correlacionados con las descripciones de los casos prototípicos de cada trastorno de la personalidad en términos del Modelo de los Cinco Factores (FFM). Estas correlaciones fueron usadas en esa investigación como un indicador de Trastornos de la Personalidad. Las tres medidas cognitivas de esquemas fueron correlacionadas con esos indicadores de Trastornos de la Personalidad del Modelo de los Cin-

co Factores (Análisis II). Por último, las correlaciones obtenidas en el análisis I fueron correlacionadas con las correlaciones obtenidas en el análisis II. Esto demostraría que la relación entre esquemas cognitivos con los trastornos de la personalidad puede ser entendida desde la perspectiva del Modelo de los Cinco Grandes (FFM).

Estas cuatro líneas argumentativas muestran que en los Trastornos de la Personalidad es posible establecer una relación entre las dos conceptualizaciones más importantes que los estudian: La Teoría de los Rasgos y la Teoría Cognitiva.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III-Revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Ayearst, L. E., Chmielewski, M. S., Anderson, J. L. & Quilty, L. C. (2013). Exploring the Hierarchical Structure of the MMPI-2RF Personality Psychopathology Five in Psychiatric Patient and University Student Samples. *Journal of Personality Assessment*. Artículo en prensa.
- Beck, A. T. & 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. & Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., Butler, A., Fusco, G., Simon, K. M., Beck, J., Morrinson, A., Padesky, C. A. & Renton, J. (2005). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. 2ª edición. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (1998). Complex cognitive therapy treatment for personality disorders patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(2), 170-194.
- Bhar, S. S., Beck, A. T. & Butler, A. (2012). Beliefs and Personality Disorders: An Overview of the Personality Beliefs Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 88-100.
- Butler, A. C., Beck, A. T. & Cohen, L. H. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 357-370.
- Clark, L. A. (1999). Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. En C. R. Cloninger (Comp.), *Personality and psychopathology* (pp. 219-244). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevant to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343-359.
- Costa, P. T. & Widiger, Th. A. (2009). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Second edition. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Davies, M. F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(2), 113-124.

- Dyce, J. A. (1997). The Big Five Factors of Personality and Their Relationship to Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 3(6), 587-593.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J. & Beck, A. T. (2012). Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 2(4), 795-805.
- Gabriel, C. & Waller, G. (2014). Personality Disorder Cognitions in the Eating Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2(2), 172-176.
- Gore, W. L. (2009). *Cognitive Chemas Personality Disorders and the Five-Factor Model*. Poster. University of Kentucky.
- Harkness, A. R. (1992). Fundamental topics in the personality disorders: Candidate trait dimensions from lower regions of the hierarchy. *Psychological Assessment*, 4, 251-259.
- Harkness, A. R. & 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 & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L. & Ben-Porath, J. (1995). The personality Psychopathology Five (PSY-5): constructs and MMPI-2 Scales. *Psychological Assessment*, 7, 104-114.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L. & Shields, S. M. (2012). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Recent Constructive Replication and Assessment Literature Review. *Psychological Assessment*, 24(2), 432-443.
- Hopwood, Ch. F., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C. & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 2(2), 424-432.
- Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G. & Ampudia Rueda, A. (2009). La contribución de la Escala PSY-5 al MMPI-2. *Ridep*, 2(28), 31-43.

- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, I., Skodol, A. & Livesley, J. (2011a). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 170-191.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. & Skodol, A. E. (2011b). Personality in DSM-5: Helping delineate Personality Disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 325-339.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 879-1890.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) –adult*. Washington: American Psychiatric Association.
- Kumar, V. K., Ryan, R. & 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. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 442-461). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Londoño, N. H., Calvete, E. & 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.
- Markon, K. E., Quilty, L. C., Bagby, R. M. & Krueger, R. F. (2013). The Development and Psychometric Properties of an Informant-Report Form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*. DOI: 1073191113486513.

- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405-413.
- Park, E. C., Waller, G. & Gannon, K. (2014). Early improvement in eating attitudes during Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: the impact of personality disorder cognitions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42(2).
- Prosser, J. A. (2012). *Cognitive Therapy for depression: the moderating effect of personality beliefs on homework adherence and outcome for depression: a thesis presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology at Massey University, Auckland, New Zealand*. URI: <http://hdl.handle.net/10179/4171>
- Ryan, R. B., Kumar, V. K. & Wagner, K. (2014). The Personality Beliefs Questionnaire-Short-Form: Relationship of personality disorders schemata with entitlement and dysfunctional thoughts. *Current Psychology*, 1-9. DOI: 10.1007/s12144-014-9254-1
- Schroeder, M. L., Wormwoth, J. A. & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorders and their relationships to the Big Five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 4(1), 47-53.
- Tadeu Leite, D., José Lopes, E. & Fernandes Lopes, R. F. (2012). Psychometric characteristics of the Personality Belief Questionnaire-Short Form. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIV(3), 70-87.
- Toro, R. & Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 97-110.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schema: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-380.

- Trull, T. J., Useda, J. D., Costa Jr., P. T. & McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5), the NEO-PI and the NEO-PI-R. *Psychological Assessment*, 7(4), 508-516.
- Waller, G., Evans, J. & Stringer, H. (2012). The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 63-69.
- Waller, G., Ormonde, L. & Kuteyi, Y. (2013). Clusters of Personality Disorders Cognitions in the Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 28-31.
- Widiger, Th. A. (1992). Categorical versus dimensional classification: Implications from and for research. *Journal of Personality Disorders*, 6, 287-300.
- Widiger, Th. A. & Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 78-91.
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, Ch. J., Markon, K. E., Pinkus, A. L. & Krueger, R. F. (2012). The hierarchic structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 951-957.
- Young, J. F. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL, US: Professional Resource Press.
- Yucens, B., Kuru, E., Safak, Y., Karadere, M. E. & Turkcapar, M. H. (2014). Comparison of ppersonality beliefs between depressed patients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.07.020