

La Personalidad como Vulnerabilidad Unidimensional y Bidimensional: el Papel Mediador de las Variables Cognitivas en la Gravedad Sintomatológica en una Muestra de Personas con Trastorno Grave de Personalidad

Juan M. Ramos, Laura Broco, Aintzane Sánchez y Aurora Doll

Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. R. Lafora, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 14 de mayo de 2019
Aceptado el 1 de julio de 2019
Avance online 31 de julio de 2019

Palabras clave:
Trastorno de personalidad
Pensamientos automáticos
Dimensionalidad
Análisis de mediación

Keywords:
Personality disorder
Automatic thoughts
Dimensionality
Mediation analysis

RESUMEN

Los problemas de conceptualización de los trastornos de personalidad (TP) y su acomodo con el resto de las patologías siguen suscitando un prometedor esfuerzo investigador y clínico que va dando frutos al identificar procesos transdiagnósticos y proponer modelos heurísticos de interacción. Desde el marco de la personalidad como diátesis, estudiamos en una muestra de personas con TP grave ($N = 310$) el papel mediador de diversas variables en la gravedad sintomatológica. Mediante análisis de conglomerados hallamos una tipología bidimensional que divide de manera exhaustiva y exclusiva al 100% de los participantes. El análisis de mediación revela que el efecto de la personalidad como continuum unidimensional en gravedad sintomatológica está mediado por pensamientos automáticos negativos y fusión cognitiva; su efecto como tipología bidimensional (internalización y externalización) parece mediado solo por pensamientos automáticos. Se discuten los hallazgos e implicaciones de cara al nuevo paradigma de una ciencia clínica basada en procesos.

Personality as unidimensional and bidimensional vulnerability: The mediator role of cognitive variables in symptom severity in a sample of people with severe personality disorder

ABSTRACT

The problems of conceptualization of personality disorders (PD) and their adjustment within the rest of pathologies continue to boost a promising research and clinical effort that helps to identify transdiagnostic processes and suggest heuristic interaction models. Understanding personality from the framework of diathesis, we analyzed the mediating role of a number of variables in symptom severity in a sample of people with severe PD ($N = 310$). By means of cluster analysis, we found a two-dimension typology that divides exhaustively and exclusively 100% of the participants. Mediation analyses found that personality as a one-dimension continuum has an effect on symptomatic severity mediated by negative automatic thoughts and by cognitive fusion; its effect as a two-dimension typology (internalization and externalization) appears to be mediated only by automatic thoughts. These findings and their implications are discussed in the context of a new paradigm of a process-based clinical science.

Se ha debatido sobre el concepto de trastorno de la personalidad (TP) desde sus orígenes. No sólo ha planteado problemas de definición, categorización y tipología, sino que tampoco ha estado exento de debate su encaje con el resto de los diagnósticos psicopatológicos. La polémica categorial-dimensional ha sido generatriz de ideas e investigación particularmente activa en la primera década de este siglo (Fowler et al., 2015; Krueger, Skodol, Livesley, Shrout y Huang, 2007; Widiger y Trull, 2007; Wright, 2011) y la solución híbrida adoptada en

2013 por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con la publicación del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) aún la dejó abierta hasta el presente (Hengartner y Lehmann, 2017). Además, si la propuesta de la versión IV de 1994 de singularizar al TP en un eje II frente al resto de los trastornos mentales del eje I ha sido revertida (Ruocco, 2005), aún no ha llegado la hora del consenso entre expertos para entender la relación que entabla el TP con el resto de la patología (Fowler y Oldham, 2013; Hopwood et al., 2007; Krueger et al., 2018;

Para citar este artículo: Ramos, J. M., Broco, L., Sánchez, A. y Doll, A. (2020). La personalidad como vulnerabilidad unidimensional y bidimensional: el papel mediador de las variables cognitivas en la gravedad sintomatológica en una muestra de personas con trastorno grave de personalidad. *Clínica y Salud*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a18>

Correspondencia: jmramos@cop.es (J. M. Ramos).

ISSN: 1130-5274/© 2020 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tyrer, 2015). Los problemas de conceptualización y los de acomodo con el resto de las patologías van de la mano. Se presentan a continuación los primeros para poder plantear después vías de solución de los segundos.

Por una parte, la constatación de la alta comorbilidad que hay en los diferentes tipos de TP y entre éstos y el resto de diagnósticos (Frankenburg y Zanarini, 2006; Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler, 2005; McGlashan et al., 2000; Newton-Howes et al., 2010) parece esconder un artefacto del sistema taxonómico empleado por los clínicos más que representar una acumulación objetiva de entidades morbosas en la persona atendida. Al excesivo codiagnóstico que deriva de una falta de exclusividad de las categorías y a la elevada frecuencia de diagnósticos “no especificados” que emana de su falta de exhaustividad se añaden los importantes problemas de fiabilidad, validez y utilidad que ha constatado la investigación (Krueger et al., 2018; Tyrer et al., 2007). Por las consecuencias evidentes que la práctica diagnóstica pone en marcha tanto a nivel de tratamiento individual como a nivel de organización de recursos institucionales en los ámbitos sanitario, social y legal, la mejora de las tipologías diagnósticas es de sumo interés para clínicos e investigadores, por lo que no es de extrañar la proliferación de propuestas, unas renovadoras, que pretenden mejorar los diagnósticos psiquiátricos (Borsboom y Cramer, 2013; Insel, 2014; Kotov et al., 2017; Westen, Shedler, Bradley y DeFife, 2012; Widiger y Simonsen, 2005), y otras revolucionarias, que propugnan otra manera de entender la psicopatología (Johnstone et al., 2018; Nielsen y Ward, 2018; Timimi, 2014).

Por otra parte, el característico teoricismo del que ha hecho gala el propio DSM para aumentar consensos ha subrayado el esfuerzo descriptivo y ha evitado propuestas explicativas de los síndromes descritos; pero esta opción tiene entre sus inconvenientes el peligro de un ejercicio diagnóstico superficial y la necesidad de fundamentar la sintomatología en una teoría psicopatológica consolidada (Pérez-Álvarez, 2018). Tal inquietud de fundamentación teórica está en la base de la influyente aportación de Theodore Millon a la estructura y tipología de los TP (Pincus y Krueger, 2015), su teoría evolutiva bio-social (Millon, 1990) y el desarrollo de su instrumento de evaluación psicométrica, el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI). La expansión de su uso no elimina las cautelas de los críticos ante las limitaciones de los resultados que aporta (Choca y Grossman, 2015; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011), ni la búsqueda de una simplificación de prototipos de personalidad basados en procesos identificables subyacentes a las categorías que la tradición taxonómica ha ido manteniendo (Hofmann y Hayes, 2019).

En esta línea transdiagnóstica y dimensional se ha movido el propio DSM 5 cuando en su modelo de TP alternativo relegado a la sección III del manual ha propuesto los cinco dominios de psicoticismo, desapego, desinhibición, afecto negativo y antagonismo. La misma línea en la que el modelo metaestructural de Wright y Simms (2015) agrupa la psicopatología en los cinco dominios de internalización, desinhibición, psicoticismo, antagonismo y desapego o los factores propuestos por el modelo HiTOP (Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2018): desapego, externalización/antagonismo, internalización/malestar y alteración del pensamiento. Desde la tradición de las dimensiones de la personalidad, años antes se habían propuesto modelos de dos dimensiones (afiliación y dominancia) (Wiggins y Pincus, 1989), tres dimensiones (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) (Eysenck, 1987), cuatro dimensiones (desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad) (Livesley, Jang y Vernon, 1998), cinco dimensiones (neuroticismo, extraversión, apertura, agradabilidad y escrupulosidad) (Costa y McCrae, 1992), siete dimensiones (cuatro temperamentos y tres caracteres) (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) u ocho dimensiones (Besteiro, Lemos y Muñiz, 2007). Parece que aunque aún no se ha llegado a un consenso general las propuestas van aglutinándose en torno a núcleos compartidos. La más reciente versión de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud opta por abolir

los tipos específicos, proponer la única dimensión de disfuncionalidad de la personalidad en un continuum de gravedad y seleccionar cinco dimensiones correspondientes a la estructura subyacente de la personalidad disfuncional: afectividad negativa, disocialidad, desinhibición, anancastia y desapego (World Health Organization, 2019).

La búsqueda de procesos que subyacen a múltiples categorías diagnósticas se va incrementando en proyectos de investigación que van dando resultados prometedores. Los procesos transdiagnósticos pueden ayudar a entender la psicopatología mejor que las categorías diagnósticas tradicionales, a explicar el fenómeno de la comorbilidad y a potenciar la eficacia de las intervenciones terapéuticas cuando ponen el foco en su modificación (Mansel, Harvey, Watkins y Shafran, 2009; Rodríguez-Seijas, Eaton y Krueger, 2015). Pero este campo está también encontrando dificultades de integración, sistematización y explicación (Hayes et al., 2018; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Hayes et al. (2018) han sugerido avanzar desde en una perspectiva evolutiva, con la propuesta de una “tabla periódica funcional” multidimensional y multinivel de procesos de cambio. Nolen-Hoeksema y Watkins (2011), por su parte, proponen un punto de partida heurístico para avanzar en el desarrollo de modelos transdiagnósticos que den razón de la multifinalidad (por qué un mismo factor puede ser la base de variados síntomas) y de la divergencia de trayectorias (por qué tal factor produce síntomas diferentes en diferentes individuos). Distinguen entre factores en distales y proximales: factores distales de riesgo de psicopatología serían aquellas variables ambientales y congénitas que conducen a la psicopatología sólo mediante los factores proximales, que serían aquellas variables intrapersonales causantes directamente de los síntomas. Los factores distales conducirían a los proximales a través de, al menos, tres procesos: (1) configurando respuestas al entorno, (2) formando creencias, esquemas y autoconceptos y (3) posibilitando aprendizajes asociativos, operantes y observacionales. Los factores proximales pueden clasificarse en tres categorías relacionadas: factores biológicos (por ejemplo, la hipoactividad del córtex prefrontal que dificulta el control de impulsos y la regulación emocional), factores cognitivos (como sesgos atencionales ligados a diversos trastornos) y factores de personalidad (diferencias individuales estables como el neuroticismo o afectividad negativa). Estos factores proximales, a través de moderadores (ambientales y biológicos), determinarían los síntomas particulares que sufriría el individuo y explicarían la divergencia (por ejemplo, individuos con tendencia al neuroticismo expuestos a un entorno amenazante pueden desarrollar trastornos de ansiedad y, en cambio, expuestos a experiencias de pérdida pueden sufrir trastornos depresivos). Una acumulación de factores de riesgo se relacionaría con un aumento de la vulnerabilidad individual para sufrir algún trastorno psicopatológico.

Esta propuesta supone un marco teórico según el cual los TP pueden ser considerados como factores generales de vulnerabilidad que dificultan la capacidad adaptativa del individuo a su entorno familiar, social y laboral y que propician una sintomatología amplia y diversa, según el dinamismo interactivo de los procesos que entran en juego (Svrakic, Lecic-Tosevski y Divac-Jovanovic, 2009; Tyrer, 2007, 2011, 2015). Desde esta perspectiva teórica, se puede deducir que la personalidad patológica se relaciona distalmente con la sintomatología a través de unos procesos mediadores y moduladores proximales sobre los que, una vez identificados, habría de ser focalizada la intervención terapéutica individualizada (Hofmann y Hayes, 2019). Pero el TP no es factor de riesgo distal sólo en un sentido temporal pasado, sino también en un sentido esencial, pues está omnipresente tras cada condición patológica o episodio mórbido (Tyrer, 2015). En sí mismo, más que un mero trastorno sería un factor trastornante de la adaptación esperada del individuo a su contexto personal, social y cultural. Esta idea de TP como diátesis implica, por una parte, que una mejora en el TP estaría asociada a una mejora en los trastornos mentales que sufra el individuo en situaciones de estrés personal y, por otra parte, implica que no aliviar el TP supondría un pronóstico de recurrencia

de sintomatología en nuevas situaciones adversas. Además, las posibilidades de intervención se ampliarían considerablemente porque el TP sería susceptible de cambio no sólo con un tratamiento individual, sino también en respuesta a circunstancias ambientales favorables (Tyrrer, Sensky y Mitchard, 2003).

Siguiendo esta línea, parece relevante identificar y analizar los procesos que pudieran mediar la relación entre personalidad y sintomatología. Numerosas investigaciones han relacionado la autoestima con sintomatología depresiva (Babore, Trumello, Candelori, Paciello y Cerniglia, 2016; Hilbert et al., 2019) y problemas de comportamiento y emocionales (Arslan, 2016), apareciendo como una variable mediadora relevante entre resiliencia y estrés psicológico (Liu, Wang, Zhou y Li, 2014), conciencia plena y síntomas de ansiedad y depresión (Bajaj, Robins y Pande, 2016) y personalidad y sintomatología (Ramos, 2012). Por otra parte, la percepción de autoeficacia se ha relacionado con síntomas depresivos (Santos, Kossakowski, Schwartz, Beeber y Fried, 2018), depresión postparto (Zhang y Jin, 2016), nivel de bienestar (Soysa y Wilcomb, 2015), desarrollo de estrés postraumático y depresión en veteranos de guerra (Blackburn y Owens, 2015) e ideación suicida en TP (Ramos, Delgado y Broco, 2018). La percepción de falta de habilidades sociales parece implicar mayores niveles de estrés y soledad que finalmente repercuten en una peor salud física y mental (Segrin, 2019), media la relación de victimización entre iguales y autoestima (Resnik y Bellmore, 2019) e interviene en la eficacia terapéutica en TP (Ramos, 2013). Por otro lado, los pensamientos automáticos parecen ser un mediador significativo en la relación entre depresión y comportamiento suicida (Choon et al., 2015), intervienen en la ansiedad social (Iancu, Bodner, Joubran, Lupinsky y Barenboim, 2015) y se han relacionado con una amplia variedad de síntomas como somatización, ansiedad, depresión o dificultades para conciliar el sueño en mujeres postmenopáusicas (Ertekin, Beyazit y Sahin, 2018). Las actitudes disfuncionales se han relacionado con síntomas depresivos en el postparto (Fonseca y Canavaro, 2018), predicen de forma significativa las recaídas y recurrencias en depresión (Brouwer, Williams, Forand, DeRubeis y Bockting, 2019) y dificultan el cambio en TP (Ramos, Franquelo, Franesqui y López, 2017). Por último, la fusión cognitiva es un importante predictor de estrés, depresión, ansiedad y problemas de rol (Krafft, Haeger y Levin, 2019; Pinto-Gouveia, Dinis, Gregório y Pinto, 2018) además de asociarse con ideación suicida (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2006) y con mayor gravedad en TP (Ramos, Rodríguez, Sánchez y Mena, 2018). Dada la relación de estos seis procesos con la sintomatología y su papel como variables mediadoras en otras investigaciones, se entiende que es posible que estas variables actúen como procesos mediadores entre la personalidad y la sintomatología, hipótesis que se pone a prueba en este estudio.

En suma, teniendo en cuenta el replanteamiento dimensional, transdiagnóstico y reductor de la tipología tradicional de los TP en los sistemas de clasificación DSM y CIE, la aportación evaluadora y taxométrica de Millon, la búsqueda y organización de procesos explicativos, la propuesta estratégica de investigar modelos basados en procesos y el marco interpretativo del TP como factor de vulnerabilidad que dificulta la adaptación equilibrada y satisfactoria del individuo a las demandas de su entorno personal y social, nuestro trabajo persigue varios objetivos. En primer lugar, identificar en una muestra de personas con diagnóstico de TP grave las agrupaciones en las que se puedan simplificar los patrones de personalidad que permite obtener el MCMI, de tal manera que se maximice la diferencia entre los grupos para conseguir unas categorías exhaustivas y exclusivas, esto es, que clasifiquen a cada individuo en un grupo y sólo en uno. Después, en un segundo momento, observar la eventual relación que presenten estos conglomerados de personalidad con diferentes procesos subyacentes potenciales: autoestima, autoeficacia, habilidades sociales, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y fusión cognitiva. Finalmente, verificar el modelo de vulnerabilidad o diátesis analizando si tales procesos ejercen un papel mediador-moderador entre la sintomatología y la

personalidad, entendida esta en un doble sentido: unitariamente como un continuum de gravedad y pluralmente como agrupaciones diferenciadas de rasgos tipológicos.

Método

Participantes

Adultos con diagnóstico de TP que ingresan sucesivamente en una unidad de TP para participar de manera voluntaria en un programa de intervención hospitalaria ($N = 310$). Todos cumplen criterios de TP grave. Su rango de edad va de 18 a 58 años ($M = 35.7$, $DT = 8.6$); la mayoría son mujeres (79.4%), solteros (66.2%), conviven con algún familiar (80%), sin vivienda propia (55.5%). Su situación laboral es el desempleo (61.6%), la incapacidad temporal (24.4%) o la incapacidad permanente (14%). Sólo el 13.1% cuenta con estudios universitarios y el 38.4% tiene reconocido un grado de discapacidad (entre el 33% y el 81%). El 59.7% había recibido diagnóstico de TLP; el resto, de TP sin especificar (20.6%) o mixto (17.1%).

Instrumentos y Procedimiento

Los participantes, tras la firma de un contrato terapéutico, se incorporan al programa de tratamiento multiprofesional de 6 meses inspirado en el modelo de comunidad terapéutica (Comas, 2010; Haigh y den Hartog, 2012). Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito y recibieron en la primera semana del ingreso hospitalario una batería de instrumentos de autoinforme de los que se obtienen los datos empleados en la presente investigación, que cumple con las directrices éticas y legales de la institución donde se realiza. Los instrumentos seleccionados para esta investigación se relacionan a continuación.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II; Millon, 1999, versión española). Autoadministrado, consta de 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso) y aporta un perfil de 10 escalas básicas de personalidad más 3 escalas de personalidad patológica severa, así como otras escalas de síndromes clínicos. La consistencia interna es satisfactoria, con coeficientes KR entre .81 y .95. Se define el variable "gravedad de trastorno de personalidad" (GTP) como el sumatorio de las puntuaciones en las 13 escalas de personalidad cuya tasa base es mayor de 75.

Cuestionario de 90 Síntomas (*Symptom Checklist 90 Revised*, SCL90-R; Derogatis, 1992; versión en español de González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido, 2002). Evalúa una amplia gama de características psicopatológicas (somatización, ansiedad, depresión, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo). Autoadministrado, el individuo puntúa en una escala de tipo Likert de 0 a 4 hasta qué punto se siente molesto en las últimas semanas por cada uno de los 90 síntomas indicados. Cuenta con 10 escalas y tres índices globales. Su fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > .81$) y test-retest superiores a .78. Para esta investigación se usa el índice global de gravedad (GSI), que es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento sintomático.

Escala de Autoeficacia General (*Generalized Self-Efficacy Scale*, GSE; Schwarzer y Baessler, 1996). Con 10 frases puntuadas de 1 a 4, se valora un sentido general de agencia personal. Su validez es adecuada y su consistencia interna (α) varía entre .79 y .93 (De las Cuevas y Peñate, 2015; Sanjuán-Suárez, Pérez-García y Bermúdez, 2000).

Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Efficacy Scale*, RSS; Rosenberg, 1989; versión española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007). Mediante un listado de 10 afirmaciones, el sujeto expresa la percepción que tiene de su propia valía en una escala tipo Likert de 1 a 5. Se han hallado niveles de fiabilidad y validez adecuados, tanto en muestras clínicas como no clínicas (Baños y Guillén,

2000; Martín-Albo et al., 2007; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). En nuestra muestra, la consistencia interna obtenida fue $\alpha = .77$.

Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2000). Evalúa la asertividad y las habilidades sociales con 33 frases, 28 de las cuales indican falta de aserción y los 5 restantes conducta asertiva. El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro alternativas. Cuenta con 6 escalas (autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado y disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto), además de una puntuación global. Cuenta con una fiabilidad α de .88.

Escala de Actitudes Disfuncionales (Dysfunctional Attitude Scale, DAS; Weissmann y Beck, 1978; versión de D. Burns adaptada al castellano por Bas y Andrés, 1994, pp. 206-209). Consta de 35 frases mediante las cuales la persona muestra su grado de acuerdo entre -2 (*muy de acuerdo*) y +2 (*muy en desacuerdo*), agrupadas en 7 escalas cuya puntuación oscila entre -10 y +10 (la puntuación negativa es indicador de vulnerabilidad y la positiva de protección). La versión original presenta adecuada consistencia interna ($\alpha = .89-.92$) y fiabilidad test-retest (.84) (Oliver y Baumgart, 1985; Sanz y Vázquez, 1993; Weissmann, 1979; Weissmann y Beck, 1978). Para esta investigación se utiliza la puntuación global invertida: a mayor puntuación (siendo el rango entre -70 y +70) mayor disfuncionalidad actitudinal.

Cuestionario de Fusión Cognitiva (Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ; Gillanders et al., 2014), versión española de Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández (2014). Escala de 7 afirmaciones puntuadas de 1 (*nunca*) a 7 (*siempre*) en una escala de tipo Likert. Las puntuaciones más altas reflejan mayor fusión cognitiva. Posee una estructura unifactorial, adecuada fiabilidad (α de Cronbach entre .87 y .93 según diferentes muestras), estabilidad temporal y validez convergente, divergente y discriminante, así como sensibilidad al cambio tras el tratamiento.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ; Hollon y Kendall, 1980); versión española de Cano García y Rodríguez Franco, 2002). Es una lista de 30 ítems puntuados de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*), indicando mayor frecuencia de pensamientos negativos a mayor puntuación (entre 30 y 150). La consistencia interna (α) original es de .96.

Análisis de Datos

Sirviéndonos de las puntuaciones en cada una de las 13 escalas de personalidad del MCMI-II, se realizan análisis de conglomerados jerárquicos con el método de Ward para minimizar la varianza, así como diversos análisis de conglomerados de k-medias y de correlación (r de Pearson) para elegir la estructura que optimice la agrupación de escalas más discriminativa de los individuos. Con la prueba t de Student se verifica si los conglomerados de rasgos de personalidad obtenidos presentan diferencias en las medias de los procesos y mediante un análisis discriminante se obtienen las dimensiones de personalidad que distinguen mejor a los conglomerados. Se realizan también análisis de correlación de cada una de las escalas del MCMI-II y de la estructura seleccionada (conglomerados) entre sí y con el resto de las variables, con el objeto de identificar su validez concurrente y discriminante de potenciales procesos subyacentes. Posteriormente se realizan análisis de regresión por pasos para encontrar el mejor modelo que relacione los procesos (autoeficacia, autoestima, habilidades sociales, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y fusión cognitiva) con la gravedad de la sintomatología (GSI del SCL90-R, variable criterio). Finalmente se analizan diversos modelos de mediación con el programa PROCESS (Hayes, 2018) proponiendo la personalidad como variable independiente (en su doble aspecto de continuum de vulnerabilidad - GTP y de tipología diferencial - conglomerados), los procesos como variables mediadoras y la gravedad de sintomatología como variable

dependiente. Siguiendo las recomendaciones de Baron y Kenny (1986) y de Preacher y Hayes (2004), se comparan los efectos directos de la personalidad sobre la sintomatología, con los efectos indirectos a través de las variables mediadoras y se calcula el intervalo de confianza (95%) de las diferencias mediante la técnica de *bootstrap* de 5,000 iteraciones y el test de Sobel. Se utiliza el programa SPSS Statistics v.22 (IBM Corp., 2013).

Resultados

Las escalas de personalidad del MCMI-II presentan una importante correlación entre sí (Tabla 1), cuyos patrones emergen en un análisis de conglomerados. Como aquí interesa clasificar personas más que agrupar variables, se realizan análisis de conglomerados de diferentes medias (k-medias) con el objetivo de maximizar la discriminación de los casos y se encuentra una solución de dos grupos que clasifica al 100% de los de los pacientes en dos categorías exhaustivas y excluyentes (Tabla 2). El análisis discriminante permite identificar qué dimensiones distinguen mejor a los dos conglomerados. El grupo A ($n = 141$, 45.5%) es caracterizado sobre todo por los rasgos esquizoides, fóbico-evitativos, esquizotípicos y dependientes; el grupo B ($n = 169$, 54.5%) exhibe rasgos narcisistas, histriónicos, antisociales y agresivo-sádicos (Tabla 3).

Entre ellos no hay diferencias por edad, $t_{(308)} = 1.75$, $p = .081$, ni sexo, $\chi^2 = 0.19$, $p = .663$; tampoco en gravedad de TP, $\chi^2 = 0.84$, $p = .361$. Sí hay diferencias en diagnóstico inicial ($\chi^2 = 12.40$, $p = .000$); en el grupo B predominan los pacientes que han recibido un diagnóstico de TLP (el 62.7% del grupo total).

En la Tabla 4 se muestran las diferencias entre los grupos A y B de personalidad en los diferentes síndromes que recogen el SCL90-R y el MCMI-II. Se observa que el grupo A de personalidad presenta mayor malestar subjetivo y síntomas más intensos de somatización, histeria, obsesión-compulsión, depresión, distimia, ansiedad y pensamiento psicótico. El grupo B, a su vez, presenta mayor hostilidad, hipomanía, abuso de alcohol y de drogas.

Las diferencias que caracterizan a ambos grupos de personalidad en el resto de las variables se exponen en la Tabla 5. El grupo A presenta, con respecto al grupo B, actitudes más disfuncionales y mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos, así como menor autoestima, menor autoeficacia y menores habilidades sociales.

Mediante análisis de regresión lineal por pasos se comprueba qué procesos de entre los seleccionados predicen la gravedad de sintomatología (GSI del SCL90-R), controlando las interacciones entre los mismos (Tabla 6). El modelo cumple los supuestos de independencia (Durbin-Watson = 2.18) y no colinealidad (tolerancia = .79, VIF = 1.27); la distribución de los residuos estandarizados resultó ser algo asimétrica ($M = -0.01$, $DT = 0.99$), por lo que la distribución no parece ajustarse bien al modelo de probabilidad normal y la varianza tiende a ser mayor en los valores más bajos; por ello se hace preciso interpretar los resultados con cautela. Se obtienen sólo dos variables (pensamientos automáticos disfuncionales y fusión cognitiva) que explican más de la mitad de la varianza de la gravedad de síntomas, $F_{(2, 129)} = 67.50$, $p = .000$, $R^2 = .51$, y que se proponen, por tanto, como mediadoras del efecto que ejerce la personalidad (variable independiente) sobre la gravedad de síntomas.

De esta manera se pueden examinar, finalmente, dos modelos de mediación: en el primero se propone la gravedad del trastorno de personalidad (GTP) como variable independiente (X) y en el segundo los conglomerados de personalidad (CP); en ambos modelos las variables mediadoras (M) son los pensamientos automáticos (ATQ) y la fusión cognitiva (CFQ); la variable dependiente (Y), en los dos modelos, es la gravedad de síntomas (GSI). En el primer modelo de mediación (Figura 1) se verifican las condiciones de mediación:

Tabla 1. Análisis de correlación (*r* de Pearson) de las escalas de personalidad del MCMI-II

	1	2	3	4	5	6a	6b	7	8a	8b	S	C
Esquizoide												
Fóbico/evitativa	.540**											
Dependiente	.207**	.223**										
Histriónica	-.706**	-.578**	-.135*									
Narcisista	-.508**	-.462**	-.398**	.692**								
Antisocial	-.366**	-.202**	-.587**	.472**	.638**							
Agresivo/sádica	-.257**	-.187**	-.529**	.365**	.656**	.657**						
Compulsiva	.266**	-.040	.196*	-.347**	-.191**	-.421**	-.113*					
Pasivo/agresiva	-.250**	.177**	-.273**	.227**	.375**	.569**	.537**	-.468**				
Autodestructiva	.111	.547**	.346**	-.128*	-.200**	-.072	-.073	-.211**	.416**			
Esquizotípica	.538**	.714**	.119*	-.479**	-.357**	-.108	-.098	-.073	.200**	.378**		
Límite	-.068	.263**	-.025	.110	.134*	.354**	.308**	-.416**	.703**	.596**	.310**	
Paranoide	-.081	-.124*	-.212**	.210**	.395**	.271**	.418**	.029	.216**	-.119*	.072	.155**

p* < .05, *p* < .01.

Tabla 2. Análisis discriminante de los dos conglomerados de personalidad tomando como predictores las diferentes escalas del MCMI-II y como criterio la clasificación derivada del análisis de conglomerados

Predictores ¹	Función 1			
	Coefficientes estandarizados	Coefficientes estructurales		
Narcisista	.34	.73	Lambda de Wilks	.37
Histriónica	.32	.67		
Antisocial	.22	.54	Chi-cuadrado	299.92
Esquizoide	.04	-.48		
Fóbico/evitativa	-.18	-.46	Sig.	.000
Agresivo/sádica	.11	.45		
Esquizotípica	-.43	-.42	Autovalor	1.70
Dependiente	-.22	-.34		
Pasivo/agresiva	-.02	.23	Correlación canónica	.79
Compulsiva	-.15	-.22		
Paranoide	.04	.19	Casos correctamente clasificados	100%
Autodestructiva	.05	-.15		
Límite	.13	.10		

¹Variables ordenadas por el tamaño absoluto de la correlación dentro de la función.

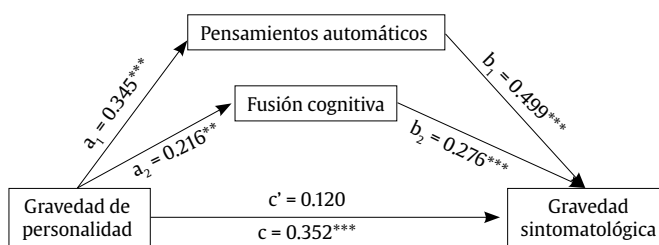


Figura 1. Primer modelo de mediación.

- 1) X predice Y (*path c*): la gravedad de personalidad (GTP) predice la gravedad sintomatológica (GSI). El modelo es significativo, $F_{(1, 134)} = 18.94, p = .000, R^2 = .12$, y los coeficientes son: $B = 0.001, \beta = .352, t_{(134)} = 4.35, p = .000$.
- 2) X predice M_1 (*path a₁*): la gravedad de personalidad (GTP) predice a los pensamientos automáticos disfuncionales (ATQ). El modelo es significativo, $F_{(1, 134)} = 18.15, p = .000, R^2 = .12$, y los coeficientes son: $B = 0.046, \beta = .345, t_{(134)} = 4.26, p = .000$. X predice M_2 (*path a₂*): GTP predice también a la fusión cognitiva (CFQ). El modelo es significativo, $F_{(1, 134)} = 6.54, p = .012, R^2 = .05$, y los coeficientes son: $B = 0.010, \beta = .216, t_{(134)} = 2.56, p = .012$.
- 3) X y M predicen Y: El modelo es significativo, $F_{(3, 132)} = 48.05, p = .000, R^2 = .52$. Los pensamientos automáticos (M_1) predicen la gravedad de sintomatología (Y) (*path b₁*): $B = 0.014, \beta = .499, t_{(132)} = 7.07, p =$

.000. La fusión cognitiva (M_2) también predice Y (*path b₂*): $B = 0.023, \beta = .276, t_{(132)} = 4.06, p = .000$. La gravedad de personalidad (X) “no predice” Y (*path c'*): $B = 0.0004; \beta = .120, t_{(132)} = 1.86; p = .064$).

Se cumplen, por tanto, las condiciones de mediación del primer modelo. La diferencia entre los efectos indirecto (c) y directo (c') es 0.232 (IC 95% = [0.11 – 0.35], test de Sobel: $z_1 = 3.59, p = .000, z_2 = 2.09, p = .036$).

Con respecto al análisis de mediación del segundo modelo (Figura 2), se obtienen los siguientes resultados:

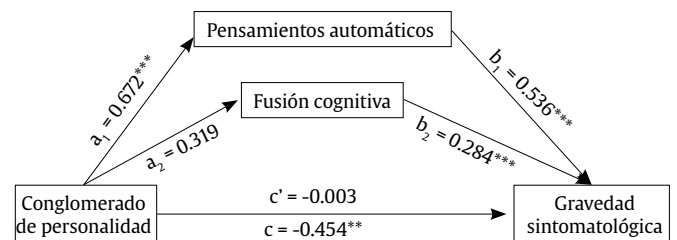


Figura 2. Segundo modelo de mediación.

- 1) X predice Y (*path c*): el conglomerado de personalidad (CP) predice la gravedad sintomatológica (GSI). El modelo es significativo, $F_{(1, 134)} = 7.32, p = .008, R^2 = .05$, y los coeficientes son: $B = -0.310, \beta = -.454, t_{(134)} = -2.71, p = .008$.
- 2) X predice M_1 (*path a₁*): el conglomerado de personalidad (CP) predice a los pensamientos automáticos disfuncionales (ATQ).

Tabla 3. Descriptivos de las escalas de personalidad del MCMI-II en la muestra total y en cada uno de los dos conglomerados (Grupo A y Grupo B), y significación de las diferencias entre ambos

	Total (N = 310)		Grupo A (n = 141)		Grupo B (n = 169)		Lambda de Wilks	F	Sig.
	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Esquizoide	73.84	18.96	84.91	17.24	64.60	15.00	.71	123.07	.000
Fóbico/evitativa	90.95	14.87	99.38	10.86	83.92	14.11	.73	113.29	.000
Dependiente	71.35	25.60	82.58	16.69	61.97	27.90	.84	59.22	.000
Histriónica	60.63	23.56	43.72	21.51	74.74	13.97	.57	233.53	.000
Narcisista	59.69	23.34	42.14	19.68	74.34	14.32	.53	276.70	.000
Antisocial	73.06	19.75	60.59	14.76	83.47	17.23	.67	154.24	.000
Agresivo/sádica	69.31	17.55	59.65	16.91	77.37	13.59	.75	104.68	.000
Compulsiva	55.00	24.29	62.39	20.15	48.83	25.75	.92	25.86	.000
Pasivo/agresiva	91.67	19.58	85.46	20.84	96.86	16.84	.92	28.35	.000
Autodestructiva	92.83	14.96	96.01	12.13	90.18	16.54	.96	12.09	.001
Esquizotípica	85.18	25.00	98.28	23.82	74.25	20.31	.77	91.92	.000
Límite	97.05	19.13	94.35	18.91	99.31	19.08	.98	5.22	.023
Paranoide	65.32	11.48	62.35	9.64	67.79	12.31	.94	18.21	.000

El modelo es significativo, $F_{(1, 134)} = 17.18$, $p = .000$, $R^2 = .11$, y los coeficientes son: $B = -16.603$; $\beta = -0.672$; $t_{(134)} = 17.64$; $p = .000$. X predice M_2 (*path a*₂): CP no predice a la fusión cognitiva (CFQ). El modelo no es significativo, $F_{(1, 134)} = 3.52$, $p = .063$, $R^2 = .03$, y los coeficientes son: $B = -2.647$, $\beta = -.319$, $t_{(134)} = -1.88$, $p = .063$.

- 3) X y M predicen Y: El modelo es significativo, $F_{(3, 132)} = 45.68$, $p = .000$, $R^2 = .51$. Los pensamientos automáticos (M_1) predicen la gravedad de sintomatología (Y) (*path b*₁): $B = 0.015$, $\beta = .536$, $t_{(132)} = 7.45$, $p = .000$. La fusión cognitiva (M_2) también predice Y (*path b*₂): $B = 0.023$, $\beta = .284$, $t_{(132)} = 4.14$, $p = .000$. El conglomerado de personalidad (X) "no predice" Y (*path c*): -0.002 , $\beta = -.003$, $t_{(132)} = -0.020$, $p = .984$.

Se cumplen parcialmente, por tanto, las condiciones de mediación del segundo modelo. La diferencia entre los efectos indirecto (c) y directo (c') es -0.45 (IC 95% = $[-0.69, -0.23]$, test de Sobel: $z_1 = 3.63$, $p = .000$, $z_2 = 1.69$, $p = .092$). Los pensamientos automáticos disfuncionales median la relación entre los conglomerados de personalidad y la gravedad sintomatológica, pero la fusión cognitiva no desempeña un papel mediador sino moderador en esa relación.

Discusión

Los problemas de conceptualización de los TP van unidos a los problemas de interacción con el resto de la patología. Con este trabajo se ha pretendido avanzar en la comprensión del concepto de TP verificando si la perspectiva teórica de personalidad como vulnerabilidad (Tyrrer, 2007, 2011, 2015) se adecúa empíricamente a los datos obtenidos con una muestra de personas diagnosticadas de TP grave. Se ha examinado la personalidad en una doble vertiente: por una parte, como un continuum unitario de vulnerabilidad o gravedad, como aconseja la propia Organización Mundial de la Salud y realiza en su más reciente clasificación internacional de enfermedades (World Health Organization, 2019); por otra parte, como una tipología diferenciada basada en la taxonomía clásica (American Psychiatric Association, 2013), pero siguiendo la tradición taxométrica (Meehl y Golden, 1982).

Los resultados muestran que la relación de la gravedad del TP con la gravedad de la sintomatología general no es directa sino indirecta, esto es, mediada por procesos intermedios. Esto apoya el modelo teórico de partida y explica el efecto cronificador que señala la investigación clínica cuando concurren un TP y otro trastorno (Gunderson et al., 2014; Mulder, 2011; Tyrrer, 2015), haciendo más difícil la recuperación y más probable la recaída cuando solo se atiende a la remisión de la sintomatología patente y no se modifica la condición latente de vulnerabilidad (Tyrrer, Reed y Crawford, 2015). De los procesos intermedios (transdiagnósticos) responsables de la sintomatología general

examinados, dos han destacado como responsables más poderosos del malestar psíquico: los pensamientos automáticos disfuncionales y la fusión cognitiva. Su efecto predictivo sobre la sintomatología explica el 51.1% de la varianza y ensombrea el efecto directo de otras variables tales como las actitudes disfuncionales, la autopercepción de habilidades sociales, la autoestima y la percepción de autoeficacia.

Otro interés de este trabajo consistía en avanzar en la clarificación de la tipología del TP. Los tres conglomerados tradicionales (clústeres A, B y C) en los que agrupa el DSM-5 sus 10 categorías de TP reflejan tres de los cuatro tipos que ya Galeno en el año 192 proponía, a partir de los respectivos humores hipocráticos: flemático, colérico y melancólico (siendo considerado sano el tipo sanguíneo). Ahora, mediante el análisis de conglomerados con las puntuaciones en el MCMI-II, se han encontrado dos grupos básicos de personalidad en los que quedan clasificados todos los participantes de manera exhaustiva y exclusiva: ninguno queda fuera (sin especificar) y ninguno cabe en los dos (comorbilidad). Las características diferenciales de sendos perfiles pueden identificarse bien con los conceptos de internalización o hipercontrol (conglomerado A) y externalización o hipocontrol (conglomerado B), clasificación que corresponde con los resultados pioneros de Achenbach y Edelbrock (1984) en el campo de la psicopatología infanto-juvenil y con los resultados contemporáneos a los que está llegando la investigación basada en el modelo HiTOP (Eaton, Rodríguez-Seijas, Carragher y Krueger, 2015; Forbes et al., 2017; Kessler, Petukhova y Zaslavsky, 2011; Kotov et al., 2017; Rodríguez-Seijas et al., 2015). En la investigación de Forbes et al. (2017), analizando taxométricamente datos obtenidos de entrevistas semiestructuradas con 2,900 pacientes con 24 diagnósticos clínicos y TP, se obtiene una organización jerárquica de la patología según la cual, en el nivel intermedio aparecen tres espectros: externalización, internalización y trastorno del pensamiento. Este último está caracterizado principalmente por los diagnósticos de manía y psicosis; no resulta inesperado, por tanto, que no aparezca en nuestro estudio, dado que un diagnóstico de psicosis es un factor de exclusión del programa. El espectro de externalización se caracteriza por los dominios de desinhibición (impulsividad) y antagonismo, ambos relacionados con TP antisocial, y el antagonismo relacionado con los TP histriónico, narcisista, límite, y paranoide. El espectro de internalización, que correlaciona con la dimensión neuroticismo hasta un .96 (Griffith et al., 2010), agrupa los diagnósticos de TP dependiente, por evitación, obsesivo-compulsivo y límite. En correspondencia con nuestros datos, la externalización agrupa el uso de sustancias y el consumo de alcohol y la internalización se asocia a depresión, ansiedad, pánico, obsesión, estrés post-traumático y trastornos por somatización. El TP límite forma parte de ambos espectros, algo ya conocido previamente (p. ej., Hudson, Zanarini, Mitchell, Choi-Kain y Gunderson, 2014) y que apoya la

Tabla 4. Prueba de *t* de Student para la comparación de medias de los dos grupos de personalidad (A y B) en las escalas del SCL90-R y en las escalas de síndromes clínicos del MCMI-II

		Clúster	Media	DT	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Dif.	95% IC	<i>g</i>	
SCL90-R	Somatización	A	2.35	0.98	3.03	308	.003	0.35	0.12	0.57	0.35
		B	2.00	1.02							
	Obsesión/ compulsión	A	2.82	0.69	4.62	307.7	.000	0.40	0.23	0.57	0.51
		B	2.42	0.85							
	Sensibilidad interpersonal	A	2.71	0.78	4.78	308	.000	0.47	0.27	0.66	0.55
		B	2.25	0.92							
	Depresión	A	3.67	5.08	1.97	308	.050	0.78	0.00	1.56	0.23
		B	2.89	0.81							
	Ansiedad	A	2.79	0.80	3.37	307.68	.001	0.34	0.14	0.54	0.38
		B	2.45	0.99							
	Hostilidad	A	1.86	1.09	-2.26	308	.024	-0.29	-0.54	-0.04	-0.26
		B	2.15	1.13							
	Ansiedad fóbica	A	2.20	1.48	3.25	308	.001	0.48	0.19	0.77	0.37
		B	1.72	1.11							
	Ideación paranoide	A	2.18	0.93	-0.09	308	.928	-0.01	-0.22	0.20	-0.01
		B	2.18	0.92							
Psicoticismo	A	2.00	0.85	2.57	308	.011	0.26	0.06	0.45	0.29	
	B	1.75	0.89								
Escala adicional	A	2.61	0.95	1.61	308	.108	0.17	-0.04	0.37	0.18	
	B	2.44	0.86								
Gravedad total	A	2.53	0.61	3.58	308	.000	0.28	0.13	0.43	0.41	
	B	2.25	0.74								
MCMI-II	Ansiedad	A	90.01	19.63	4.33	307.99	.000	10.59	5.78	15.40	0.49
		B	79.43	23.42							
	Histeriforme	A	73.66	15.58	3.89	275.43	.000	6.45	3.19	9.72	0.45
		B	67.21	13.19							
	Hipomanía	A	48.38	13.12	-9.70	307.99	.000	-15.94	-19.18	-12.71	-1.09
		B	64.33	15.82							
	Distimia	A	96.68	17.95	4.41	308	.000	9.91	5.49	14.32	0.50
		B	86.78	21.01							
	Abuso de alcohol	A	64.29	16.34	-2.63	308	.009	-5.02	-8.77	-1.27	-0.30
		B	69.31	16.99							
	Abuso de drogas	A	58.78	13.63	-10.61	307.65	.000	-17.73	-21.02	-14.44	-1.20
		B	76.51	15.80							
	Pensamiento psicótico	A	77.26	14.62	5.09	308	.000	8.16	5.01	11.31	0.58
		B	69.09	13.55							
Depresión mayor	A	85.04	18.52	1.63	308	.105	7.86	-1.65	17.38	0.19	
	B	77.17	54.86								
Delirios psicóticos	A	59.47	8.88	-1.80	308	.073	-1.98	-4.14	0.19	-0.21	
	B	61.44	10.21								

propuesta reciente del editorial del Lancet en el sentido de “repensar” el diagnóstico, reconociendo su complejidad, sus matices y su contexto (The Lancet, 2015).

Los factores internalización-externalización presentan una estructura bidimensional, al ajustarse a un modelo de variables latentes continuas (Eaton et al., 2015). Y cuando se analiza el modelo mediacional de estos dos conglomerados sobre la sintomatología aparecen de nuevo los pensamientos automáticos disfuncionales en el papel mediador que jugaban en el caso de la gravedad de TP, pero la fusión cognitiva queda desplazado. Los pensamientos automáticos negativos son un proceso mediador que explica la predicción que los diferentes tipos de TP ejercen sobre el malestar psíquico. Ya era conocido el papel mediador de los pensamientos automáticos entre los esquemas cognitivos y la sintomatología depresiva (Estévez y Calvete, 2009), pero aquí observamos una mediación más amplia en origen (personalidad) y criterio (gravedad global). Los hipercontrolados (grupo A) sufren mayor sintomatología mediante el proceso de los pensamientos automáticos negativos; se da la paradoja de que cuanto mayor control pretende uno ejercer pensando sobre sus problemas mayor perturbación encuentra al ser víctima de pensamientos intrusivos y

recurrentes, un fenómeno ya conocido por la investigación (Barraca, 2012). Los hipocontrolados (grupo B), en cambio, parecen más protegidos frente a los pensamientos negativos desencadenadores de malestar; sin embargo, son más vulnerables para la experiencia de hostilidad ($p = .024$, $g = 0.26$) y más tendentes al consumo de alcohol ($p = .001$, $g = 0.30$) y al abuso de sustancias ($p = .000$, $g = 1.20$), lo que les hace tener más conflicto con normativas sociales y mayor agresividad en las disputas interpersonales. El proceso de fusión cognitiva, por su parte, quedó desplazada del efecto mediador entre la tipología de personalidad y la perturbación global; puesto que entre los dos conglomerados de personalidad no hay diferencias significativas en CFQ ($p = .063$), la fusión cognitiva es interpretable como un proceso general de todos los TP, compartido por los internalizadores y los externalizadores, relacionado con el continuo gravedad-vulnerabilidad de TP. Se trata, por ello, de un proceso relevante en la investigación sobre TP, como se mostró en una publicación previa (Ramos et al., 2018).

Este trabajo tiene relevancia para la clarificación de la relación que se plantea entre la personalidad y la psicopatología al confirmar que, no siendo una relación directa, la perspectiva diátesis-estrés encaja

Tabla 5. Prueba *t* de Student para la comparación de medias de los dos grupos de personalidad (A y B) en las variables de estudio

	Clúster	Media	DT	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Dif. de medias	95% IC	<i>g</i>	
ATQ	A	90.82	24.57	4.72	307	.000	14.10	8.22	19.99	0.54
	B	76.72	27.45							
DAS	A	16.79	23.23	2.10	306	.037	5.52	0.34	10.70	0.24
	B	11.27	22.79							
CFQ	A	40.28	7.56	1.88	134	.063	2.65	-0.14	5.44	0.32
	B	37.63	8.84							
EAG	A	17.67	6.26	-5.27	307	.000	-3.99	-5.47	-2.50	-0.60
	B	21.66	6.90							
RSS	A	18.00	4.95	-5.93	306	.000	-3.53	-4.71	-2.36	-0.68
	B	21.53	5.40							
EHS	A	19.84	23.45	-10.78	305.01	.000	-32.75	-38.73	-26.78	-1.21
	B	52.60	29.83							

Nota. ATQ = Cuestionario de Pensamientos Automáticos; CFQ = Cuestionario de Fusión Cognitiva; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; EAG = Escala de Autoeficacia General; EHS = Escala de Habilidades Sociales; RSS = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Tabla 6. Análisis de regresión por pasos (*stepwise*) de las variables independientes ATQ, DAS, CFQ, EHS, EAG y RSS sobre la variable dependiente sintomatología (GSI del SCL90-R)

Modelo	Variables	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>	β	<i>B</i>	95% IC
1	ATQ	.44		102.92	.66***	0.02	0.01
2	ATQ	.51	0.07***	67.50	.53***	0.01	0.01
	CFQ				.30***	0.02	0.01
Variables excluidas		DAS, EHS, EAG, RSS					

Nota. ATQ = Cuestionario de Pensamientos Automáticos; CFQ = Cuestionario de Fusión Cognitiva; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; EAG = Escala de Autoeficacia General; EHS = Escala de Habilidades Sociales; RSS = Escala de Autoestima de Rosenberg.

****p* < .001.

con los datos mejor que la consideración del TP como un trastorno más de los incluidos en los elencos oficiales. Una consecuencia importante de cara a la intervención clínica se deduce de esto: ante cualquier patología, habrían de ser exploradas las características de personalidad para detectar eventuales factores de vulnerabilidad susceptibles de abordaje y evitar mejor el fenómeno de la puerta giratoria de las consultas en salud mental. Es preciso subrayar, además, la importancia de detectar procesos transdiagnósticos, tales como los pensamientos automáticos y la fusión cognitiva, en un momento histórico en el que la investigación basada en categorías diagnósticas tradicionales está dando paso a un nuevo paradigma que potencia la investigación de procesos, la sistematización de sus interacciones (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011) y los efectos de mediación y moderación entre ellos (Hofmann y Hayes, 2019). Los pensamientos automáticos y la fusión cognitiva se perfilan como procesos destacados en las personas con TP que sufren episodios de malestar psíquico o sintomatología diversa. Ambos, pues, pueden constituir el foco de intervenciones puntuales para revertir el sufrimiento. Una vez superado el episodio crítico (el que suele motivar la solicitud de ayuda terapéutica), sería preciso intervenir sobre los aspectos de la personalidad que constituyen el factor de vulnerabilidad para la reaparición de nuevos episodios en el futuro, con el objetivo de prevenir cronificación o ciclicidad.

Entre las limitaciones del trabajo cabe señalarse que las características de la muestra impiden extender las conclusiones a otros grupos de TP con menor gravedad, por lo que verificar los hallazgos en muestras de otras características, incluso sin diagnóstico de TP, sería una sugerencia para ulteriores estudios. Que los datos sean procedentes únicamente de autoinforme también resta validez a su interpretación, aunque las variables investigadas como procesos no dejan de ser “cognitivas” y el sujeto personal es la fuente más directa para su comunicación, incluso tratándose de procesos como las habilidades sociales, que podrían haber sido observadas desde fuera con otros procedimientos, ha interesado el juicio que el propio informador tiene de ellas. Se han realizado análisis de mediación tomando 6 variables como potenciales procesos mediadores; nuevos trabajos que se sirvan de esta metodología podrían profundizar más en las

relaciones de mediación moderada para descubrir, con otras variables que capten diferentes procesos transdiagnósticos, los efectos mediadores y moderadores de la psicopatología (Hayes, 2018) y contribuir así a dibujar un panorama alternativo. Los investigadores han ido seleccionando otras variables transdiagnósticas como la afectividad negativa (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010), la regulación emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010), sesgos atencionales y tendencias evitativas (Barlow, Allen y Choate, 2004), evitación experiencial (Hayes et al., 2004), rumiación (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008), etc. Si consideramos que la afectividad negativa equivale a neuroticismo y este a desregulación emocional (Larstone, Jang, Livesley, Vernon y Wolf, 2002), se constata que aún hay mucho campo por delante para la clarificación y delimitación consensuada de los conceptos de personalidad, procesos intermedios y psicopatología. Propuestas como las de Sauer-Zavala et al. (2017) sugiriendo la distinción entre procesos “descriptivamente transdiagnósticos” y procesos “mecanicamente transdiagnósticos” pueden ser de utilidad, así como la propuesta heurística ya comentada de Nolen-Hoeksema y Watkins (2011) y la sistematización de Hayes et al. (2018).

Si la dimensión central de la patología de la personalidad es un continuo consistente en disfunciones de la identidad y de la relación interpersonal (Bender, Morey y Skodol, 2011), estas dificultades constituirían la propensión o diátesis para poner en marcha un conjunto de procesos que causarían proximalmente una sintomatología diversificada (y por ello serían identificables como transdiagnósticos). Las tipologías o conglomerados en los que clasificamos la personalidad podrían aludir entonces a las diferentes configuraciones de tales procesos intermedios. Por ejemplo, la diferenciación entre un TP internalizador o hipercontrolado y un TP externalizador o hipocontrolado residiría en los procesos diferentes que tenderían a activarse de manera característica en los individuos así clasificados. En un nivel más central (y compartido por ambos tipos) estaría la disfunción de la identidad y de la interacción como dos caras de la misma moneda. Si la activación de pensamientos automáticos negativos parece un proceso más característico del tipo internalizador, sin embargo la fusión cognitiva parece un proceso interviniente en el núcleo más central y

compartido de toda la patología de personalidad. Este planteamiento podría ser desarrollado en investigaciones futuras.

Parece, pues, que la era de los protocolos y síndromes ha pasado (Hofmann y Hayes, 2019) y la ciencia clínica actual está haciendo emerger un nuevo paradigma que, según estos autores citados, está otorgando centralidad a la investigación de los efectos de moderación y mediación que vinculan entre sí a los diferentes procesos que subyacen a la sintomatología y al cambio terapéutico. Esta perspectiva puede dar cuenta de la etiología de la psicopatología y la salud mejor que los enfoques categoriales tradicionales psiquiátricos basados en una enfermedad latente. Creemos, como Hofmann y Hayes (2019), que el cambio que ya se ha iniciado hacia una "terapia basada en procesos" va a poder integrar diferentes orientaciones terapéuticas, diferentes procedimientos, diferentes encuadres y diferentes culturas.

Extended Summary

The concept of personality disorder (PD) has been discussed since its origins. Not only has it planted problems of definition, categorization and typology, but even its fitting with the rest of the diagnoses is a matter of debate. Added to the excessive codiagnosis that derives from a lack of exclusivity of the categories, and the high frequency of "unspecified" diagnoses that emanate from their lack of completeness, there are important problems of reliability, validity, and utility. Improving the diagnostic practice has important individual and institutional consequences, so it is not strange that there has been a proliferation of proposals, some renovating (Borsboom y Cramer, 2013; Insel, 2014; Kotov et al., 2017; Westen, Shedler, Bradley y DeFife, 2012; Widiger y Simonsen, 2005) and others revolutionary (Johnstone et al., 2018; Nielsen y Ward, 2018; Timimi, 2014). The proposals are agglutinated around shared nuclei in a transdiagnostic and dimensional view. Even the most recent version of the International Classification of Diseases chooses to abolish specific types, propose the single dimension of dysfunctionality of the personality in a continuum of gravity, and select 5 dimensions corresponding to the underlying structure of the dysfunctional personality: negative affectivity, disociality, disinhibition, anankastia, and detachment (World Health Organization, 2019). Transdiagnostic processes can help to understand psychopathology better than traditional diagnostic categories, explain the phenomenon of comorbidity, and enhance the effectiveness of therapeutic interventions when they focus on their modification (Mansel, Harvey, Watkins, & Shafraan, 2009; Rodríguez-Seijas, Eaton, & Krueger, 2015).

PD can be considered as a general vulnerability factor (diathesis) that hinders an individual's adaptive capacity to their family, social, and work environment, and causes a wide and diverse symptomatology, according to the interactive dynamism of the processes that come into play (Svrakic, Lecic-Tosevski, & Divac-Jovanovic, 2009; Tyrer, 2007, 2011, 2015). From this theoretical perspective, we can deduce that the pathological personality is distally related to the symptomatology through some mediating and modulating proximal processes on which, once identified, the individualized therapeutic intervention should be focused.

Our work pursues several objectives. First, identify clusters in which the personality patterns of people diagnosed with severe PD can be simplified in an exhaustive and exclusive way. Then, observe the relationship of these personality clusters with different potential underlying processes: self-esteem, self-efficacy, social skills, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and cognitive fusion. Finally, the diathesis model is verified by analyzing the role of such processes as mediators or moderators between the symptomatology and the personality in a double sense: unitarily as a continuum of severity and plurally as differentiated typological traits.

Method

The sample consists of 310 in-patients with a diagnosis of severe PD who participate voluntarily in an specialized intervention program. Age ranges from 18 to 58 years ($M = 35.7$, $SD = 8.6$); 79.4% are women. Using the scores in each of the 13 personality scales of the MCMI-II, hierarchical and k-means cluster analyses are performed to choose the structure that optimizes the discriminative grouping of individuals. By means of a discriminant analysis we obtain which dimensions of personality distinguish the conglomerates better. Regression analyses are performed to find the best model that relates cognitive processes (self-efficacy, self-esteem, social skills, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and cognitive fusion) with severity of symptoms (GSI of the SCL90-R). Finally, we analyze different models of mediation with the PROCESS program (Hayes, 2018), proposing personality as the independent variable (in its double aspect of continuum of vulnerability – severity of PD – and of differential typology – clusters), cognitive processes as the mediating variables, and severity of symptoms (GSI) as the dependent variable.

Results

We found two exhaustive and excluding clusters that classify 100% of the patients: group A (45.5%) is characterized mainly by schizoid, phobic-avoidant, schizotypal, and dependent traits; group B (54.5%) exhibits narcissistic, histrionic, antisocial, and aggressive-sadistic traits. There are no differences by age, $t_{(308)} = 1.75$, $p = .081$, sex, $\chi^2 = 0.19$, $p = .663$, or PD severity, $\chi^2 = 0.84$, $p = .361$. Group A presents greater subjective discomfort and more intense symptoms of somatization, hysteria, obsession-compulsion, depression, dysthymia, anxiety and psychotic thinking. Group B, in turn, presents greater hostility, hypomania, and alcohol and drug abuse.

Two cognitive variables (automatic thoughts and cognitive fusion) explain 51.1% of the severity of symptoms' variance, covering the predictive power of the rest; both are included in the two mediation analyses. In the first model of mediation, severity of personality disorder (GTP) is proposed as the independent variable (X) and, in the second, personality conglomerates (PC) is used; in both models, automatic thoughts (ATQ) and cognitive fusion (CFQ) are the mediating variables (M); the dependent variable (Y), in the two models, is severity of symptoms (GSI). The mediation conditions of the first model are met: the difference between the indirect (c) and direct (c') effects is 0.23 (95% IC = [0.11, 0.35], Sobel test: $z_1 = 3.59$, $p = .000$, $z_2 = 2.09$, $p = .036$). The mediation conditions of the second model are partially fulfilled: the difference between the indirect (c) and direct (c') effects is -0.451 (95% IC = [-0.69, -0.23], Sobel test: $z_1 = 3.63$, $p = .000$, $z_2 = 1.69$, $p = .092$).

Discussion

The results show that the relationship of the severity of the PD with the severity of the general symptomatology is not direct but indirect, that is, mediated by intermediate processes. This supports the initial theoretical model and explains the chronifying effect observed when a diagnosis of PD coexists with other disorders (Gunderson et al., 2014; Mulder, 2011; Tyrer, 2015), making recovery more difficult; relapse is also likely when only the remission of the patent symptoms is attended to and the latent condition of vulnerability is not modified (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

We found two basic personality clusters in which all participants are classified exhaustively and exclusively: none is left out (without specifying) and none fits in both (comorbidity). The differential characteristics of the two profiles can be identified well with the concepts of internalization or hypercontrol (cluster A) and externalization or hypocontrol (cluster B), a classification that

corresponds to the pioneering results of Achenbach and Edelbrock (1984) in the field of child psychopathology and with the contemporary results obtained by research based on the HiTOP model (Eaton, Rodriguez-Seijas, Carragher, & Krueger, 2015; Forbes et al., 2017; Kessler, Petukhova, & Zaslavsky, 2011; Kotov et al., 2017; Rodriguez-Seijas et al., 2015). The borderline PD is part of both spectra, something previously known (e.g., Hudson, Zanarini, Mitchell, Choi-Kain, & Gunderson, 2014); this supports the recent call of The Lancet editorial to “rethink” the diagnosis, recognizing its complexity, nuances, and context (The Lancet, 2015).

Negative automatic thoughts are a mediating process that explains the prediction of different traits of PD over psychic discomfort. Hypercontrolled patients (cluster A) suffer through the process of negative automatic thoughts; there is a paradox that the more control one tries by thinking about their problems, the more disturbed they find themselves being the victim of intrusive and recurrent thoughts (Barraca, 2012). Hypocontrolled patients (group B), on the other hand, seem more protected against negative thoughts; however, they are more vulnerable to the experience of hostility, alcohol, and substance abuse, conflict with social norms, and greater aggression in interpersonal disputes.

Cognitive fusion seems to be a common process shared by internalizers and externalizers, therefore related to the PD's unidimensional vulnerability (Ramos, Rodríguez, Sánchez, & Mena, 2018). Activation of negative automatic thoughts seems to be a characteristic process of internalizers; cognitive fusion, nonetheless, seems to be an intervening process in the most central and shared nucleus of the whole personality pathology, and hence related to dysfunctions of identity and interpersonal relationship (Bender, Morey, & Skodol, 2011). This approach could be developed in future research, taking other variables that capture different transdiagnostic processes, such as negative affectivity (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010), emotional regulation (Aldao, 2010), attentional biases and avoidant tendencies (Barlow, Allen, & Choate, 2004), experiential avoidance (Hayes et al., 2004), rumination (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008), etc.

Detecting transdiagnostic processes such as automatic thoughts and cognitive fusion has to be emphasized in a historical moment in which research based on traditional diagnostic categories is giving way to a new paradigm that promotes process research, the systematization of their interactions (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), and the effects of mediation and moderation between them. This perspective may account for the etiology of psychopathology and health better than traditional psychiatric categorical approaches based on a latent disease. We believe, like Hofmann and Hayes (2019), that the change that has already begun towards a “process-based therapy” will be able to integrate different therapeutic orientations, procedures, settings, and cultures.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.35.020184.001303>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arslam, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M. y Cerniglia, L. (2016). Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent-child relationship in early adolescence. *Frontiers in Psychology*, 7, 982. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00982>
- Bajaj, B., Robins, R. W. y Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.085>
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.1.269>
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barraca, J. (2012). «Mental control» from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 109-121.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid, España Fundación Universidad-Empresa.
- Beck A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión* (17ª Ed). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bender, D. S., Morey, L. C. y Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-46. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Besteiro, J., Lemos, S. y Muñoz, J. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 295-306.
- Blackburn, L. y Owens, G. P. (2015). The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 219-228. <https://doi.org/10.1002/jclp.22133>
- Borsboom, D. y Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Brouwer, M. E., Williams, A. D., Forand, N. R., DeRubeis, R. J. y Bockting C. L. (2019). Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 234, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.002>
- Cano García, F. J. y Rodríguez Franco, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20, 329-346.
- Choca, J. P. y Grossman, S. D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 97, 541-549. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055753>
- Choon, M. W., Abu Talib, M., Yaacob, S. N., Awang, H., Tan, J. P., Hassan, S. e Ismail, Z. (2019). Negative automatic thoughts as a mediator of the relationship between depression and suicidal behaviour in an at-risk sample of Malaysian adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 88-93. <https://doi.org/10.1111/camh.12075>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Comas, D. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- De las Cuevas, C. y Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema*, 27, 410-415.
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N. y Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Ertekin, H., Beyazit, F. y Sahin, B. (2018). Evaluation of psychiatric symptoms and automatic negative thoughts among menopausal women. *Medicine Science*, 7, 507-510. <https://doi.org/10.5455/medscience.2018.07.8771>
- Estévez, A. y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25, 27-35.
- Eysenck, H. J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders*, 1, 211-219. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.3.211>

- Fonseca, A. y Canavarro, M. C. (2018). Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, e96-e106. <https://doi.org/10.1002/cpp.2145>
- Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., Watson, D., Zimmerman, M. y Krueger, R. F. (2017). Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 19-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.04.006>
- Fowler, J. C. y Oldham, J. M. (2013). Disorders and treatment complexity within personality disorders. *Focus The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11, 123-128. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.123>
- Fowler, J. C., Sharp, C., Kalpakci, A., Madan, A., Clapp, J., Allen, J. G., ... Oldham, J. M. (2015). A dimensional approach to assessing personality functioning: Examining personality trait domains utilizing DSM-IV personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.001>
- Frankenburg, F. R. y Zanarini, M. C. (2006). Personality disorders and medical comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 428-431. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228766.33356.44>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid, España TEA.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid, España: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M. y Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40, 1125-1136. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991449>
- Gunderson, J. G., Stout, R.L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., ... Skodol, A. E. (2014). Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 829-34. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08972>
- Haigh, R. y Den Hartog, H. (2012). Contemporary therapeutic communities: Complex treatment for complex needs. En J. Sarkar y G. Adshad (Eds.), *Clinical topics in personality disorders* (pp. 307-320). London, UK: Royal College of Psychiatrists.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E. y Ciarrochi, J. (2018). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hengartner, M. P. y Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00101>
- Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Übleis, A., Jobst, A., ... Sarubin, N. (2019). The role of self-esteem in depression: A longitudinal study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47, 244-250. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000243>
- Hofmann, S. G. y Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7, 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., ... Skodol, A. E. (2007). Personality traits predict current and future functioning comparably for individuals with major depressive and personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 266-269. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.00000253747.44836.61>
- Hudson, J. I., Zanarini, M. C., Mitchell, K. S., Choi-Kain, L. W. y Gunderson, J. G. (2014). The contribution of familial internalizing and externalizing liability factors to borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44, 2397-2407. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003140>
- Iancu, I., Bodner, E., Joubran, S., Lupinsky, Y. y Barenboim, D. (2015). Negative and positive automatic thoughts in social anxiety disorder. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 52(2), 129-135.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics, v. 22.0* [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171, 395-397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., ... Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Kessler, R. C., Petukhova, M. y Zaslavsky, A. M. (2011). The role of latent internalizing and externalizing predispositions in accounting for the development of comorbidity among common mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 307-312. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477b22>
- Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 186, 190-196. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.190>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "Big" Personality Traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-8221. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krafft, J., Haeger, J. A. y Levin, M. E. (2019). Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48, 241-252. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1513556>
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17, 282-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E. y Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis I. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S65-S73. <https://doi.org/10.1002/mpr.212>
- Larstone, R. M., Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A. y Wolf, H. (2002). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 33, 25-37. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00132-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00132-5)
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C. y Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>
- Livesley, W. J., Jang, K. L. y Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Mansel, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256-264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Meehl, P. E. y Golden, R. (1982). Taxometric methods. En P. Kendall & J. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 127-181). New York, NY: Wiley.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: An evolutionary model*. New York, NY: Wiley.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid, España: TEA. (Orig. 1987).
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. y Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 453-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0084-7>
- Nielsen, K. y Ward, T. (2018). Towards a new conceptual framework for psychopathology: Embodiment, enactivism, and embedment. *Theory & Psychology*, 28, 800-822. <https://doi.org/10.1177/0959354318808394>
- Nolen-Hoeksema, S. y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Oliver, J. M. y Baumgart, B. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties in an unselected adult population. *Cognitive Theory Research*, 9, 161-169. <https://doi.org/10.1007/BF01204847>

- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 49-59. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10350>
- Pérez Álvarez, M. (2018). Giro transdiagnóstico y vuelta de la psicopatología: propuesta. *Formación Continuada a Distancia*, 1, 1-28.
- Pincus, A. L. y Krueger, R. F. (2015). Theodore Millon's contributions to conceptualizing personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 97, 537-540. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1031376>
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S. y Pinto, A. M. (2018). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms—the role of cognitive fusion. *Current Psychology*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9767-5>
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments y Computers*, 36, 717-731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>
- Ramos, J. M. (2012). Autoestima y trastornos de personalidad de lo lineal a lo complejo. *Clínica y Salud*, 23, 123-139. <https://doi.org/10.5093/cl2012a8>
- Ramos, J. M. (2013). Capacitación social en trastornos de personalidad graves. Diferencias pre-post tratamiento en medidas de autoinforme. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco (comp.), *Avances en Psicología Clínica*, 2013 (pp. 447-454). Granada: AEPIC.
- Ramos, J. M., Delgado, E. y Broco, L. (2018). *Autoeficacia en la reducción de ideación suicida en personas con trastorno grave de la personalidad*. En XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica, Avances en Psicología Clínica, 2018. Granada, España: AEPIC.
- Ramos, J. M., Franquelo, A., Franesqui, B. y López, A. (2017). Actitudes disfuncionales en pacientes con trastorno grave de personalidad: inespecificidad sintomatológica y cambio. *Clínica y Salud*, 28, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.002>
- Ramos, J. M., Rodríguez, A., Sánchez, A. y Mena, A. (2018). Fusión cognitiva en trastornos de personalidad: una contribución a la investigación sobre mecanismos de cambio. *Clínica y Salud*, 29, 49-57. <https://doi.org/10.5093/cl2018a8>
- Resnik, F. y Bellmore, A. (2019). Connecting online and offline social skills to adolescents' peer victimization and psychological adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 386-398. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0953-z>
- Rodríguez-Seijas, C., Eaton, N. R. y Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97, 425-435. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055752>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. T. y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology*, 22, 117-132.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Ruocco, A. C. (2005). Reevaluating the distinction between Axis I and Axis II disorders: The case of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1509-1523. <https://doi.org/10.1002/jclp.20205>
- Sanjuán-Suárez, P., Pérez-García, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Supl.2), 509-513.
- Santos Jr, H. P., Kossakowski, J. J., Schwartz, T. A., Beeber, L. y Fried, E. I. (2018). Longitudinal network structure of depression symptoms and self-efficacy in low-income mothers. *PLoS one*, 13(1), e0191675. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191675>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-746.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48, 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schwarzer, R. y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Segrin, C. (2019). Indirect effects of social skills on health through stress and loneliness. *Health Communication*, 34, 118-124. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1384434>
- Soysa, C. K. y Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, 6, 217-226. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1>
- Svrakic, D. M., Lecic-Tosevski, D. y Divac-Jovanovic, M. (2009). DSM axis II: Personality disorders or adaptation disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 111-117. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32831a4763>
- The Lancet. (2015). Rethinking personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60272-0)
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- Tyrer, P. (2007). Personality diatheses: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1521-1525. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000153>
- Tyrer, P. (2011). Personality diathesis explains the interrelationships between personality disorder and other mental conditions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10, 108-109. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00026.x>
- Tyrer, P. (2015). Personality dysfunction is the cause of recurrent non-cognitive mental disorder: A testable hypothesis: Personality dysfunction is cause of recurrent mental disorder. *Personality and Mental Health*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.1002/pmh.1255>
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahim, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., ... Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s51-s59. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s51>
- Tyrer, P., Reed, G. M. y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385, 717-726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Tyrer, P., Sensky, T. y Mitchard, S. (2003). Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 350-356. <https://doi.org/10.1159/000073032>
- Vázquez, J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Weissmann A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389B-1390B. <https://doi.org/10.1037/t00091-000>
- Weissmann A., y Beck A. T. (1978, November). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Canada.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B. y DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169, 273-284. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020274>
- Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110-130. <https://doi.org/10.1521/pe.19.2.110.62628>
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 305-316. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.305>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases ICD-11* (11th ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wright, A. G. C. (2011). Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 93, 370-379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577477>
- Wright, A. G. C. y Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine*, 45, 2309-2319. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000252>
- Zhang, Y y Jin, S. (2016). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 21, 720-726. <https://doi.org/10.1177/1359105314536454>