

VALIDACIÓN DEL “CUESTIONARIO DE CREENCIAS DE PERSONALIDAD-VERSIÓN BREVE” (PBQ-SF) CON MUESTRA CLÍNICA

Alberto Ferrer¹, Nora H. Londoño² y Esther Calvete³

¹*Universidad de Antioquia*; ²*Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia)*; ³*Universidad de Deusto (España)*

Resumen

El objetivo de este trabajo fue validar el “Cuestionario de creencias de personalidad, versión breve” (PBQ-SF), utilizando una muestra clínica ($n= 343$) y otra no clínica ($n= 355$), de entre 18 y 60 años. Mediante un análisis factorial confirmatorio se probó la estructura factorial del modelo de nueve factores (esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo) y la estructura del modelo del de siete factores (dependiente/evitativo, obsesivo compulsivo, narcisista, autónomo, paranoide, histriónico y esquizoide). El modelo de medida del factor de creencias asociadas a personalidad límite se evaluó separadamente dado que se compone de ítems incluidos en los otros factores. Los mejores indicadores de ajuste fueron los del modelo de nueve factores. La consistencia interna de todas las escalas del PBQ-SF fue buena (entre 0,71 y 0,90). La muestra clínica obtuvo puntuaciones más altas que la no clínica en todas las creencias disfuncionales, excepto para las escalas antisocial y narcisista. Los hombres puntuaron más alto en las escalas paranoide, antisocial y narcisista.

PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, creencias disfuncionales, PBQ-SF, análisis factorial confirmatorio, teoría cognitiva.

Abstract

The purpose of this project was to validate the “Personality Belief Questionnaire, Short Form” (PBQ-SF), using a clinical sample ($n= 343$) and a non-clinical sample ($n= 355$), with participants between 18 and 60 years of age. Through a confirmatory factorial analysis the factor structure of the nine factor model (schizoid, paranoid, antisocial, narcissistic, histrionic, avoidant, dependent, obsessive compulsive, and aggressive passive), and the structure of the seven factors model (dependent/avoidant, obsessive compulsive, narcissistic, autonomous, paranoid, histrionic, and schizoid) was tested. The model for measuring the belief factor associated with borderline personality was evaluated separately, since it is composed of items included in the other factors. The best adjustment indicators were those in the nine factor model. The internal consistency of all PBQ-SF scales was good (between .71 and .90). The clinical sample obtained higher scores than the nonclinical sample in all dysfunctional

beliefs, except for the antisocial and narcissistic scales. Men scored higher on the paranoid, antisocial, and narcissistic scales.

KEY WORDS: *personality disorders, dysfunctional beliefs, PBQ-SF, confirmatory factor analysis, cognitive theory.*

Introducción

Aunque en los últimos años diferentes autores han abordado el estudio de los trastornos de la personalidad desde diversos modelos cognitivos (Linehan, 1993; Young, 1994), este trabajo se centra en el modelo de la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad de Beck y sus colaboradores (Beck *et al.*, 1995, 2005). Esa teoría hace referencia a tres aspectos: 1) la *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; 2) el *procesamiento de información precediendo 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 desadaptativa); y 3) la *evaluación de la situación dependiendo de las creencias subyacentes pertinentes (esquemas)*, la evaluación de una situación depende de 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 el modelo, la secuencia que se pone en acción en un trastorno de la personalidad es la siguiente: evaluación, activación afectiva/motivacional, y finalmente, selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Según Beck y colaboradores, 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 (Beck *et al.*, 1995, 2005). 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).

Además de esta relación creencia/actitud básica con estrategias o conductas manifiestas, en los trastornos de la personalidad es posible identificar las estrategias típicas hiper o infradesarrolladas que hay en cada uno de ellos. La teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad incluye la descripción de los perfiles cognitivos específicos (o "modos") que se infieren de cada uno de los trastornos de la personalidad. Estos perfiles obedecen al concepto de Beck de "especificidad de contenido". Este concepto implica que cada trastorno "tiene un perfil cognitivo distintivo que se hace evidente en el contenido informacional, el tipo de cogniciones negativas y la manera de procesar la información asociada con el desorden en cuestión" (Riso, 2006, p. 109). Es la idea de especificidad de contenido la que hace posible que se puedan trazar perfiles cognitivos de cada trastorno mental, en este caso de los trastornos de la personalidad. Para cada uno de los trastornos de la personalidad, Beck *et al.* (1995, 2005) especifican la

concepción que el paciente tiene de sí mismo, la concepción que tiene de los demás, las creencias (tanto nucleares como condicionales), las amenazas, las estrategias y el afecto.

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.*, 1995, 2005; Leahy, Beck y Beck, 2005), ya que al ser centrales en la conceptualización cognitiva de los casos, son un blanco importante de intervención. Cuando estas creencias disfuncionales se identifican, es porque están asociadas al desarrollo del paciente, su historia, sus estrategias de compensación y sus reacciones disfuncionales ante eventos congruentes con el esquema (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 los trastornos de personalidad (Bhar, Beck y 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 evalúa las creencias disfuncionales asociadas a 10 de los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-III-R (*American Psychiatric Association [APA]*, 1988) y el DSM-IV (APA, 1994). En este cuestionario se incluye el trastorno pasivo agresivo de la personalidad, y no se evalúa el trastorno esquizotípico de la personalidad, por la rareza de sus cogniciones. La última categoría incorporada fue la de trastorno límite de la personalidad, construida con algunos ítems provenientes de otras escalas (Butler, Brown, Beck y Grisham, 2002). Otro desarrollo importante que tuvo la prueba fue la construcción de su versión corta, el "Cuestionario de creencias de personalidad-forma breve" (*Personality Belief Questionnaire-Short Form*; PBQ-SF; Butler, Beck y Cohen, 2007). Para ello se escogieron los siete ítems de cada subescala con más altas correlaciones. La construcción de la subescala límite para esta versión corta se realizó con ítems de las subescalas paranoide, por evitación, dependiente y antisocial. Según Butler *et al.* (2007), los 65 ítems del PBQ-SF están agrupados en 10 creencias disfuncionales de los distintos trastornos de la personalidad. Este es el fundamento de la teoría de los 10 factores del PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007). Sin embargo, estos autores no establecieron la estructura factorial de la prueba.

El estudio que estableció la estructura factorial y validación del PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007), en población clínica, fue el de Fournier *et al.* (2012). En ese estudio los autores realizaron un análisis factorial exploratorio y otro confirmatorio. En el análisis factorial exploratorio se encontró que de los 65 ítems originales del PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007), 57 ítems se agruparon claramente en siete factores: dependiente/evitativo, obsesivo compulsivo, narcisista, autónomo, paranoide, histriónico y esquizoide. El primer factor (dependiente/evitativo), estuvo compuesto de las creencias dependiente, evitativo y límite. Este factor incluye creencias sobre la necesidad de otros, el peligro de situaciones y sentimientos y la tendencia a la evitación como estrategia de afrontamiento (Fournier *et al.*, 2012). El segundo

factor (obsesivo compulsivo), estuvo compuesto por las creencias de perfeccionismo y la importancia de los sistemas y los detalles (Fournier *et al.*, 2012). El tercer factor (narcisista) es una mixtura de ítems con saturaciones factoriales altas provenientes de la escala antisocial y narcisista. Los ítems reflejan grandiosidad, las creencias de tener derecho y la necesidad de reconocimiento (Fournier *et al.*, 2012). El cuarto factor estuvo compuesto por ítems de la escala pasivo agresiva, pero, según Fournier *et al.* (2012), no describen el trastorno de la personalidad pasivo agresiva tal como es definida en el DSM-IV (APA, 1994). Más bien muestran la tendencia a la independencia y la resistencia a las consecuencias de ser dominado por otros. Fournier *et al.* (2012) propusieron que un nombre adecuado para describir este factor es el de autonomía, porque se acerca bastante al constructo de la personalidad del mismo nombre descrito por A. T. Beck (1983) y a la configuración de la personalidad "introyectiva" de Blatt, Shahar y Zuroff (2001). Este patrón de autonomía se caracteriza por el logro individualista, por la libertad del control de otros, y por mantener la atención en el self, acompañado de un fuerte concepto de sí mismo. El quinto factor (paranoide) contiene las siete creencias originales de la escala paranoide y una creencia adicional proveniente de la escala límite. El sexto factor (histriónico) contiene los ítems que están dirigidos a la importancia de agradar a otros y de las consecuencias negativas de no hacerlo. Finalmente, el séptimo factor (esquizoide) está relacionado con creencias concernientes a la privacidad, independencia y falta de preocupación acerca del juicio de los otros (Fournier *et al.*, 2012).

En el análisis factorial confirmatorio se encontró que todas las saturaciones factoriales de los 57 ítems estuvieron por encima de 0,50 en sus respectivos factores. Los índices de ajuste fueron moderados, RMSEA= 0,076 y CFI= 0,88 (Fournier *et al.*, 2012). Un problema que tiene la validación de Fournier *et al.* (2012) es que excluyeron de la investigación a pacientes con trastornos de la personalidad antisocial, límite y esquizotípico. Otra dificultad deriva de la agrupación de ítems correspondientes a factores de personalidad diferentes. La investigación de Fournier *et al.* (2012) es el fundamento de los modelos de siete factores del PBQ-SF.

La solución factorial de siete factores para el PBQ-SF encontrada por Fournier *et al.* (2012) no es la única. Se han encontrado otras que amplían este número de factores. Por ejemplo, Leite, Lopes y Fernandes (2012), en Brasil, estudiaron las características psicométricas del PBQ-SF en una muestra de 700 estudiantes. Realizaron un análisis factorial exploratorio y obtuvieron nueve factores que coinciden bastante bien con las creencias descritas en la prueba. El factor 1, "Los otros son malos", está formado por ítems de las escalas paranoide (siete ítems), antisocial (tres ítems) y límite (un ítem). El factor 2, "yo soy frágil e incapaz", está formado por ítems de las escalas dependiente (cinco ítems) y límite (un ítem). El factor 3, "yo soy superior", está formado por ítems de las escalas narcisista (cinco ítems) e histriónica (un ítem). El factor 4, "no puedo fallar", está formado por ítems exclusivos de la escala obsesivo compulsiva (siete ítems). El factor 5, "no soporto sentimientos desagradables", está formado por ítems de las escalas evitativa (tres ítems) y narcisista (un ítem). El factor 6, "necesito encantar y seducir", está formado por ítems de las escalas histriónica (seis ítems) y antisocial

(un ítem). El factor 7, "me resisto a ser controlado por las reglas", está formado por ítems de las escalas pasivo agresiva (cinco ítems) y evitativa (dos ítems). El factor 8, "puedo saltarme las reglas", está formado por ítems de las escalas antisocial (dos ítems) y narcisista (un ítem). Por último, el factor 9, "prefiero estar solo", está formado exclusivamente por ítems de la escala esquizoide (seis ítems). Fueron excluidos ocho ítems por tener saturaciones factoriales inferiores a 0,40.

Otro estudio en el cual se realizó un análisis factorial exploratorio del PBQ-SF y en el cual se encontró una solución diferente a los siete factores de Fournier *et al.* (2012) fue el de Daguerre, Cordero y Costa-Ball (2015) en Uruguay. Estos autores encontraron una estructura factorial de 10 factores: factor 1, "las personas son peligrosas", que está formado por los siete ítems de la subescala paranoide, un ítem de la antisocial y un ítem de la límite; factor 2, "se debe rendir al máximo", compuesto por los siete ítems de la escala obsesivo compulsiva; factor 3, "no puedo solo", formado por dos ítems de la escala dependiente, un ítem de la escala evitativa y un ítem específico de la escala límite; factor 4, "tengo que hacer las cosas a mi manera", formado por cinco ítems de la escala antisocial, cuatro ítems de la escala pasivo agresiva y un ítem de la escala narcisista; factor 5, "soy especial", formado por ítems de la escala narcisista pero que saturaban también para otros factores; factor 6, "necesito gustar", formado por los ítems de la escala histriónica; factor 7, "debo evitar los sentimientos desagradables", formado por cuatro ítems de la escala evitativa y uno de la escala pasivo agresiva; factor 8, "prefiero estar solo", formado por seis ítems de la escala esquizoide; factor 9, "las relaciones interpersonales son difíciles", formado por ítems de las escalas evitativo, pasivo agresiva, antisocial, dependiente y esquizoide; y factor 10, "necesito del otro", formado por cuatro ítems de la escala de dependencia.

Respecto a los estudios que emplean el análisis factorial confirmatorio del PBQ-SF, se encuentra el de Londoño, Calvete y Palacio (2012), quienes realizaron la validación de esta prueba en población no clínica colombiana. Estos autores aplicaron el PBQ-SF a 665 personas y realizaron un análisis factorial confirmatorio, a partir de las matrices policórica y de covarianza asintótica. Los modelos fueron probados con el método de mínimos cuadrados ponderados del LISREL (Jöreskog y Sörbom, 2013), utilizándose el RMSEA como el indicador más extendido. Londoño *et al.* (2012) encontraron apoyo para la hipótesis de que la estructura del PBQ-SF podía estar representada por los nueve factores básicos correlacionados (sin incluir el límite), de siete ítems cada uno: paranoide, esquizoide, histriónico, narcisista, antisocial, por evitación, pasivo agresivo, obsesivo compulsivo y por dependencia. La solución factorial mostró excelentes índices de ajuste, $\chi^2(1854; N= 665)= 2720$; $p < 0,001$; RMSEA= 0,027 (95% IC= 0,025; 0,029); CFI= 1,00. La saturación de los factores osciló entre 0,58 y 0,96" (Londoño *et al.*, 2012). Se estimaron otros dos modelos alternativos que no tuvieron tan buenos indicadores de ajuste como el modelo de nueve factores ortogonales. Además se evaluó el modelo para las creencias límite, encontrándose que la solución fue muy moderada según el valor RMSEA pero excelente según el CFI, $\chi^2(14, N= 665)= 97$; $p < 0,01$; RMSEA= 0,09 (95% IC= 0,078; 0,11); CFI= 1,00. La saturación de los factores osciló entre 0,54 y 0,71 (Londoño *et al.*, 2012).

Un estudio muy similar al anterior en el cual se establecieron las propiedades psicométricas y la validez estructural del PBQ-SF en población no clínica colombiana (1423 personas entre 18 y 25 años, 527 mujeres), utilizando el análisis factorial confirmatorio, fue el de Manrique y Moratto (2015). El estudio se realizó entre contraventores de tránsito en nueve ciudades colombianas. Se tomaron los siguientes indicadores de ajuste para los 10 factores del PBQ-SF: RMSEA (cuyos valores estuvieron entre 0,016 y 0,048 para las 10 escalas), CFI (cuyos valores estuvieron entre 0,994 y 0,999 para las 10 escalas), TLI (*Tucker-Lewis Index*, cuyos valores estuvieron entre 0,966 y 0,997 para las 10 escalas), SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*, cuyos valores estuvieron entre 0,010 y 0,017 para las 10 escalas) y CD (coeficiente de determinación, cuyos valores estuvieron entre 0,641 y 0,827). Las saturaciones factoriales de los ítems estuvieron entre 0,35 y 0,79.

Otros estudios exploran la estructura del PBQ-SF utilizando otros métodos distintos al análisis factorial, por ejemplo Kumar, Ryan y Wagner (2012) utilizaron el análisis espacial menor de Guttman (*Guttman's Smallest Space Analysis*), y encontraron que la estructura de las subescalas de los trastornos de la personalidad pueden agruparse en cuatro espacios resultados del cruce de dos facetas (a manera de una equis "x"). La primera faceta denominada "preocupaciones del ego" (ego concerns) va desde "autoencendido" (*self-enhancement*) hasta "autoprotección" (*self-protection*). La segunda faceta denominada "preocupaciones de control" (*control concerns*) va desde "sentimientos de perder el control" (*feelings lack of control*) hasta "necesidad de control" (*need for control*). Los cuatro espacios resultantes son: el espacio 1, formado por las subescalas dependiente y límite (espacio comprendido entre la falta de control y el autoencendido); el espacio 2, formado por las subescalas narcisista, histriónica, antisocial y esquizoide (espacio comprendido entre el autoencendido y la necesidad de control); el espacio 3, formado por la subescala obsesivo compulsiva (espacio comprendido entre la necesidad de control y la autoprotección); y el espacio 4, formado por las subescalas evitativa, pasivo agresiva y paranoide (espacio comprendido entre la autoprotección y la falta de control).

En otra investigación, Ryan, Kumar y Wagner (2014) evaluaron la validez de constructo del PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007) explorando la relación de éste con dos escalas, la "Escala psicológica de derecho" (entendido como merecimiento) (*Psychological Entitlement Scale*; Campbell, Bonacci, Shelton, Exline y Bushman, 2004) y la "Escala de pensamientos de Warpy" (*Warpy Thoughts Scale*; Parslow, Christensen, Griffiths y Groves, 2006). Los autores encontraron que las creencias disfuncionales de derecho/merecimiento eran más altas en individuos antisociales y narcisistas, y más bajas en dependientes. También encontraron que aunque las creencias disfuncionales acerca de las relaciones eran más altas en narcisistas y esquizoides, eran más características de los individuos límite. Las creencias disfuncionales de logro fueron más altas en personas obsesivo compulsivas (Ryan *et al.*, 2014).

Además de las validaciones mencionadas en Colombia (Londoño *et al.*, 2012; Manrique y Moratto, 2015), Brasil (Leite *et al.*, 2012) y Uruguay (Daguerre *et al.*,

2015), el PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007) se ha validado en Corea (Jeong-Hoon, Youl-Ri y Soon-Taek, 2016) y en Turquía (Taymur, Turkcapar, Orsel, Sargin y Akkoyunlu, 2011).

El objetivo de la presente investigación fue el de validar el PBQ-SF utilizando una muestra clínica. Además, se compararon las puntuaciones de la muestra clínica con las obtenidas en una muestra normal, en espera de encontrar diferencias significativas entre ellas y de encontrar pruebas de que las creencias disfuncionales de la personalidad están más presentes en la población clínica que en la normal, tal como la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad lo predice. Esta investigación forma parte de una mucho más amplia en la cual se relacionaron los rasgos patológicos, las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad (Ferrer, 2018).

Método

Participantes

En esta investigación la muestra clínica fue no probabilística y el tipo de muestreo fue intencional. Los criterios para seleccionar a los pacientes que quisieran colaborar con la investigación fueron los siguientes: (1) estar, en el momento de la selección, en tratamiento psicológico, psiquiátrico o ambos; (2) tener un mínimo de escolaridad básica primaria; (3) tener entre 18 y 60 años de edad; y (4) no estar hospitalizado en el momento de la selección. La investigación se realizó con 343 pacientes, cuyos datos sociodemográficos y diagnósticos de trastornos mentales clínicos se presentan en la tabla 1. También en esta tabla se presentan los diagnósticos de trastornos de la personalidad de 80 de estos 343 pacientes. Estos pacientes procedían de otra investigación, en donde además de tener los diagnósticos de trastornos mentales, se hizo el diagnóstico de trastornos de la personalidad con el "Examen internacional de los trastornos de la personalidad" (*International Personality Disorders Examination*, IPDE; Organización Mundial de la Salud, 1995). Es claro que un paciente podía tener más de un diagnóstico, tanto de los trastornos mentales como de los trastornos de la personalidad.

Tabla 1

Características sociodemográficas y diagnósticas de las muestras clínica y no clínica

Variables	Muestra clínica (n= 343)		Muestra no clínica ^a (n= 355)	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	137	39,9	143	40,28
Mujer	206	60,1	212	59,72
Edad				
18-25	123	35,9	123	34,65
26-35	103	30,0	103	29,02

Variables	Muestra clínica (n= 343)		Muestra no clínica ^a (n= 355)	
	n	%	n	%
36-45	70	20,4	76	21,41
46-55	31	9,0	37	10,41
56-60	16	4,7	16	4,51
Estado civil				
Soltero	213	62,1	213	60,00
Casado/unión libre	95	27,7	101	28,45
Separado/divorciado	33	9,6	39	10,99
Viudo	2	0,6	2	0,56
Estrato socioeconómico				
Bajo (estratos 1, 2)	53	15,5	59	16,62
Medio (estrato 3 y 4)	99	28,9	105	29,58
Alto (estrato 5 y 6)	191	55,7	191	53,80
Nivel académico				
Primaria completa	6	1,7	12	3,38
Bachillerato incompleto	23	6,7	29	8,17
Bachillerato completo	44	12,8	44	12,39
Estudios superiores incompletos	79	23,0	79	22,25
Estudios superiores completo	102	29,7	102	28,73
Estudios de posgrado	89	25,9	89	25,08
Diagnóstico de trastorno mental				
Trastornos depresivos	155	31,63	—	—
Trastorno bipolar	26	5,31	—	—
Trastornos de angustia/agorafobia	12	2,45	—	—
Fobia social	25	5,11	—	—
Trastorno obsesivo compulsivo	22	4,49	—	—
Ansiedad generalizada	46	9,39	—	—
Estrés postraumático	10	2,04	—	—
Abuso de sustancias (alcohólicas y no alcohólicas)	29	5,92	—	—
Trastorno psicótico	24	4,89	—	—
Trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)	4	0,81	—	—
Otros problemas objeto de atención clínica	137	27,96	—	—
Diagnóstico de trastorno de la personalidad (n= 80)				
Paranoide	40	17,86	—	—
Esquizoide	14	6,25	—	—
Esquizotípico	17	7,59	—	—
Antisocial	7	3,13	—	—
Límite	36	16,07	—	—
Histriónico	7	3,13	—	—
Narcisista	13	5,80	—	—
Evitativa	33	14,73	—	—
Dependiente	15	6,70	—	—
Obsesivo compulsivo	40	17,85	—	—
No especificado	2	0,89	—	—

Nota: ^aDatos obtenidos del estudio de Londoño *et al.* (2012).

La muestra no clínica procede de un estudio anterior (Londoño *et al.*, 2012) en el cual participaron 665 personas (391 mujeres y 272 hombres) entre los 15 y los 69 años de edad. Para este estudio se han utilizado únicamente los 355 participantes con edades entre 18 y 60 años (212 mujeres, 56,7%; 143 hombres, 40,3%), con el fin de maximizar la equivalencia entre las muestras (tabla 1).

Instrumento

Se aplicó el "Cuestionario de creencias de personalidad-versión breve" (*Personality Belief Questionnaire, Short Form; PBQ-SF; Butler, Beck y Cohen, 2007*). El PBQ-SF consta de 65 ítems que evalúan 10 creencias disfuncionales asociadas a trastornos de personalidad. Cada grupo de creencias se evalúa con siete preguntas, y cada pregunta se responde mediante una escala Likert de cinco puntos (0= No lo creo para nada, 1= Lo creo un poco, 2= Lo creo moderadamente, 3= Lo creo mucho y 4= Lo creo totalmente). Las siguientes son las creencias de personalidad evaluadas: esquizoide (ítems 12, 25, 28, 29, 36, 50 y 53), paranoide (ítems 3, 13, 14, 17, 24, 48 y 49), antisocial (ítems 23, 32, 35, 38, 42, 59 y 61), narcisista (ítems 10, 16, 26, 27, 46, 58 y 60), histriónico (8, 22, 34, 37, 52, 54 y 55), evitativa (1, 2, 5, 31, 33, 39 y 43), dependiente (15, 18, 44, 45, 56, 62 y 63), obsesivo compulsiva (ítems 6, 9, 11, 19, 30, 40 y 57) y pasivo agresiva (ítems 4, 7, 20, 21, 41, 47 y 51). Las creencias límite se evalúa con siete ítems procedentes de las subescalas paranoide (ítem 49 y 64 de la versión larga), evitativa (ítem 31) y dependiente (ítems 44, 45, 56 y 65 de la versión larga). En el presente estudio se utilizó la versión al español validada en Colombia por Londoño *et al.* (2012).

Procedimiento

Se organizó un encuentro académico en un hotel de la ciudad de Medellín, por iniciativa de un psiquiatra de la ciudad y de una casa farmacéutica, al cual fueron invitados 30 psicólogos clínicos y psiquiatras de la ciudad. El psiquiatra organizador, introdujo el tema y posteriormente uno de los investigadores (AF) dictó una conferencia sobre el proyecto de investigación. Después de ella, se invitó a los profesionales a participar en la investigación, se les dio una carpeta que contenía 20 paquetes de pruebas. Cada paquete contenía el consentimiento informado, una encuesta sociodemográfica y el PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007). La forma de participar en la investigación era pedirles que les explicaran a sus pacientes la investigación que se estaba realizando en Medellín. Después de eso, si algún paciente decidía colaborar, debería completar el paquete de pruebas. Una vez que el paciente contestaba el paquete de pruebas, el psicólogo clínico o psiquiatra se ponía en contacto con los investigadores para que ellos lo recogieran. Se obtuvieron datos de 343 pacientes. Se procedió a calificar las pruebas de los pacientes y sus resultados fueron entregados, en un formato especialmente diseñado para ello, a los terapeutas remitentes. Esto se hizo con el fin de que fueran ellos los que finalmente les explicaran los resultados a sus pacientes.

Análisis de datos

La estructura del PBQ-SF se examinó mediante análisis factoriales confirmatorios con LISREL 9.2 (Jöreskog y Sörbom, 2013). Dado que la distribución de los ítems no era normal, los modelos se estimaron utilizando las matrices policórica y de covarianza asintótica de los ítems y mediante el método de mínimos cuadrados ponderados. Se utilizaron la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste no normativo (NNFI) para evaluar la bondad de ajuste del modelo. Según diversos autores (Hu y Bentler, 1999) valores del CFI y NNFI mayores que 0,90 y valores del RMSEA menores que 0,06 reflejan un buen ajuste. En todos los modelos utilizamos el método de codificación de efectos propuesto por Little, Slegers y Card (2006) para identificar y fijar la escala de las variables latentes. Este método consiste en hacer que la suma del conjunto de medias de los indicadores sea igual a cero y que el conjunto de saturaciones factoriales para un constructo dado tenga una media de uno, lo que es lo mismo que igualar su suma al número de indicadores. Según Little *et al.* (2006), este método es el idóneo cuando se trata de confirmar la estructura factorial de un constructo a partir de ítems particulares.

Para comparar las puntuaciones entre la muestra clínica y la no clínica, se realizaron análisis univariantes de la varianza incluyendo el sexo como factor y la edad como covariante. Se calculó el tamaño del efecto (*d*) siguiendo las orientaciones de Cohen (1988), según las cuales un tamaño del efecto entre 0,2 y 0,3 sería pequeño, en torno a 0,5 sería medio y a partir de 0,8 sería grande.

Resultados

Estructura factorial del PBQ-SF

En primer lugar se probó la hipótesis de que la estructura del PBQ-SF podría estar representada por 9 factores correlacionados, de siete ítems cada uno: paranoide (3, 13, 14, 17, 24, 48, 49), esquizoide (12, 25, 28, 29, 36, 50, 53), histriónico (8, 22, 34, 37, 52, 54, 55), narcisista (10, 16, 26, 27, 46, 58, 60), antisocial (23, 32, 35, 38, 42, 59, 61), por evitación (1, 2, 5, 31, 33, 39, 43), pasivo agresivo (4, 7, 20, 21, 41, 47, 51), obsesivo compulsivo (6, 9, 11, 19, 30, 40, 57) y por dependencia (15, 18, 44, 45, 56, 62, 63). La solución mostró excelentes índices de ajuste, χ^2 (1854, *N*= 343)= 2073; *p*< 0,001; RMSEA= 0,019 (IC 90%= 0,013-0,023); CFI= 0,99; NNFI= 0,99. La saturación de los factores fue muy alta excepto para el ítem 53 en la escala de esquizoide. La tabla 2 muestra las saturaciones factoriales de los ítems en los nueve factores.

Se estimaron dos modelos factoriales alternativos con los que comparar el anterior, entre ellos un modelo de un solo factor y un modelo de nueve factores, similar al anterior, pero de naturaleza ortogonal, es decir asumiendo la independencia entre factores. El modelo de un solo factor obtuvo también excelentes indicadores de ajuste, χ^2 (1890, *N*= 343)= 2160; *p*< 0,001; RMSEA= 0,020 (IC 90%= 0,016-0,025); CFI= 0,99; NNFI= 0,99. Sin embargo, implicó un aumento significativo del valor χ^2 , $\Delta\chi^2$ (36, *N*= 343)= 87; *p*< 0,05. El modelo de

nueve factores ortogonales obtuvo indicadores de ajuste inadecuados, χ^2 (1890, $N= 343$)= 13117; $p < 0,001$; RMSEA= 0,13 (IC 90%= 0,13-0,13); CFI= 0,49; NNFI= 0,47, y aumentó significativamente el valor de χ^2 , $\Delta\chi^2$ (36, $N= 343$)= 11044; $p < 0,001$.

Tabla 2

Saturaciones factoriales del modelo de nueve factores y saturaciones del factor límite (independiente) del PBQ-SF

Ítem	Creencias					Ítem	Creencias					Lím.
	Ant.	Evi.	Dep.	His.	Nar.		Obs.	Par.	Pas.	Esq.		
23	0,95					6	0,94					
32	0,90					9	0,86					
35	0,70					11	0,76					
38	0,81					19	0,71					
42	0,99					30	0,91					
59	0,96					40	0,99					
61	0,86					57	0,98					
1		0,79				3		0,99				
2		0,73				13		0,99				
5		0,92				14		0,95				
33		0,61				17		0,99				
39		0,81				24		0,99				
43		0,89				48		0,99				
31		0,99				49		0,99				
15			0,87			4			0,70			
18			0,70			7			0,89			
62			0,94			20			0,84			
63			0,99			21			0,97			
44			0,93			41			0,99			
45			0,99			47			0,83			
56			0,88			51			0,99			
8				0,98		12				0,86		
22				0,83		25				0,97		
34				0,99		28				0,66		
37				0,99		29				0,95		
52				0,99		36				0,78		
54				0,92		50				0,89		
55				0,99		53				0,22		
10					0,99	31						0,68
16					0,99	44						0,81
26					0,95	45						0,81
27					0,90	49						0,69
46					0,89	56						0,62
58					0,93	64						0,70
60					0,84	65						0,70

Notas: Ant.= antisociales; Evi.= evitativas; Dep.= dependientes; His.= histriónicas; Nar.= narcisistas; Obs.= obsesivo compulsivas; Par.= paranoides; Pas.= pasivo agresivas; Esq.= Esquizoides; Lím.= límite. En negrita las saturaciones de los ítems correspondientes a las creencias del límite.

Se evaluó también el modelo de medida para una escala correspondiente a las creencias límite. La tabla 2 muestra también las saturaciones de los ítems de este factor (en negrita). Tal y como se describió en la introducción, el PBQ-SF permite obtener esta escala a partir de siete ítems, todos ellos procedentes de otras escalas. La solución no presentó buenos índices de ajuste, χ^2 (14, $N= 343$)= 87; $p < 0,001$; RMSEA= 0,12 (IC 90%= 0,099-0,15); CFI= 0,91, NNFI= 0,86. La saturación de los factores osciló entre 0,62 y 0,81. El examen de los índices de modificación sugirió que el modelo podía mejorar considerablemente liberando la asociación entre los errores de medida de los ítems 49 y 64. El modelo se reestimó con dicha especificación mostrando un ajuste adecuado, χ^2 (13, $N= 343$)= 43; $p < 0,001$; RMSEA= 0,08 (IC 90%= 0,056-0,11); CFI= 0,96; NNFI= 0,94.

También se probó el modelo de siete factores (tabla 3) de Fournier *et al.* (2012) basado en solo 57 ítems. Este modelo mostró buenos indicadores de ajuste aunque ligeramente peores a los mostrados por el modelo original, χ^2 (1518, $N= 343$)= 1906; $p < 0,001$; RMSEA= 0,027 (IC 90%= 0,023-0,031); CFI= 0,98, NNFI= 0,98. Al no estar anidado con el modelo de referencia no puede compararse mediante diferencia en χ^2 . Todas las saturaciones factoriales oscilaron entre 0,61 y 1.

Tabla 3

Saturaciones factoriales del modelo de siete factores (con 57 ítems) del PBQ-SF

Ítem	Dep/ Evi.	Obs. com.	Narc.	Aut.	Par.	Hist.	Esquiz.
45. Cuando me dejan solo, quedo indefenso.	0,98						
44. Soy una persona necesitada y débil.	0,94						
56. Necesito a alguien que esté siempre a mi lado para que me ayude en caso de que algo salga mal.	0,88						
65. No puedo resolver las cosas tan bien como lo hacen los demás.	0,84						
18. Necesito que los demás me ayuden a tomar decisiones diciéndome qué hacer.	0,73						
63. Estoy básicamente solo – a menos que me pueda apegar a una persona más fuerte.	0,99						
15. Ser abandonado es lo peor que me podría pasar.	0,87						
33. Debería evitar situaciones en las que llamo la atención, o ser lo más discreto posible.	0,65						
62. Debo tener acceso a la persona que me apoya todo el tiempo.	0,93						
2. Debo evitar a toda costa sentimientos desagradables.	0,69						
31. Los sentimientos desagradables aumentarán y se volverán incontrolables.	0,98						
5. No puedo tolerar sentimientos desagradables.	0,91						
43. Si la gente se acerca a mí, descubrirá mi yo "real" y me rechazarán.	0,90						

Ítem	Dep/ Evi.	Obs. com.	Narc.	Aut.	Par.	Hist.	Esquiz.
30. Es necesario ceñirse siempre a los estándares más altos, de lo contrario todo se vendrá abajo.		0,89					
40. Si no me desempeño al más alto nivel, fracasaré.		1,00					
11. Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.		0,75					
57. Cualquier imperfección o defecto en mi desempeño podría llevar a la catástrofe.		0,97					
6. Las imperfecciones, los defectos o los errores son intolerables.		0,92					
9. Si no soy sistemático, todo se derrumbará.		0,84					
19. Los detalles son extremadamente importantes.		0,72					
27. Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato especial y a privilegios.			0,87				
23. Debo hacer lo que sea para poderme salir con la mía.			0,91				
59. Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.			0,93				
46. Otras personas deberían satisfacer mis necesidades.			0,88				
60. A mí no me obligan las reglas que aplican para los demás.			0,82				
58. Como soy tan talentoso, la gente debería preocuparse por promocionarme.			0,90				
35. Si quiero algo, debería hacer lo que sea necesario para conseguirlo.			0,67				
26. Solo me comprenden las personas tan brillantes como yo.			0,93				
16. Los demás deberían reconocer lo especial que soy.			0,96				
42. He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.			0,98				
61. La fuerza o la astucia es la mejor manera de hacer las cosas.			0,84				
47. Si sigo las reglas de la forma en que la gente lo espera, limitaré mi libertad de acción.				0,82			
51. Las reglas son arbitrarias y me asfixian.				0,99			
41. Establecer plazos, satisfacer requerimientos, y adaptarme a los demás son golpes directos a mi orgullo y auto-suficiencia.				1,00			
21. Las figuras con autoridad tienden a ser impertinentes, exigentes, entrometidas y controladoras.				0,97			
20. Si considero a la gente muy mandona, tengo derecho a no tener en cuenta sus exigencias.				0,81			

Ítem	Dep/ Evi.	Obs. com.	Narc.	Aut.	Par.	Hist.	Esquiz.
4. Busco no ser dominado por personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservo su aprobación y aceptación.				0,66			
13. Si no me mantengo alerta, los otros intentarán usarme o manipularme.					1,00		
48. Las personas se aprovecharán de mí si les doy la oportunidad.					0,99		
3. Si las personas se comportan de forma amigable, quizás traten de usarme o explotarme.					0,99		
14. La gente actúa por motivos ocultos.					0,95		
49. Tengo que estar en guardia todo el tiempo.					1,00		
64. No puedo confiar en los demás.					0,98		
17. Los demás intentarán menospreciarme a propósito.					1,00		
24. Si los demás descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.					0,99		
34. Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.						0,98	
37. Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.						1,00	
22. La forma en que consigo lo que quiero es impresionando o divirtiendo a la gente.						0,80	
54. Necesito que los demás me pongan atención para ser feliz.						0,90	
55. Si entretengo a la gente, no notarán mis debilidades.						0,99	
52. Es horrible que la gente me ignore.						1,00	
12. Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.							0,85
29. En muchas ocasiones, estoy mucho mejor si me dejan solo.							0,94
36. Es mejor estar solo que sentirme "pegado" a otras personas.							0,77
50. Mi privacidad es mucho más importante para mí que la cercanía con la gente.							0,86
28. Es importante para mí ser libre e independiente de los demás.							0,61
25. Las relaciones son complicadas e interfieren con la libertad.							0,95

Nota: Dep/Evi.= dependiente/evitativo; Obs. com.= obsesivo compulsivo; Narc.= narcisista; Aut.= autónomo; Par.= paranoide; Hist.= histriónico; Esquiz.= esquizoide.

Consistencia interna del PBQ-SF

Los coeficientes α de Cronbach de todas las escalas están entre aceptable y buenos, oscilando desde 0,71 (creencias evitativas) hasta 0,90 (creencias

paranoides). Estos resultados muestran una buena consistencia interna de todas las creencias (tabla 4).

Tabla 4
Fiabilidad (α de Cronbach) y coeficientes de correlación entre los factores del PBQ-SF

Creencias disfuncionales de la personalidad	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Esquizoide	0,75									
2. Paranoide	0,90	0,54								
3. Antisocial	0,77	0,44	0,59							
4. Narcisista	0,80	0,48	0,57	0,59						
5. Histriónica	0,86	0,29	0,51	0,51	0,67					
6. Límite	0,83	0,36	0,72	0,52	0,47	0,54				
7. Evitativa	0,71	0,48	0,59	0,45	0,44	0,48	0,68			
8. Dependiente	0,84	0,22	0,51	0,48	0,45	0,55	0,84	0,55		
9. Obs. compulsiva	0,83	0,38	0,46	0,41	0,45	0,48	0,49	0,53	0,46	
10. Pasiv. agresiva	0,76	0,57	0,64	0,61	0,63	0,54	0,56	0,55	0,47	0,45

Nota: Todas las correlaciones fueron significativas a $p < 0,001$.

Correlaciones entre factores

La tabla 4 muestra también los coeficientes de correlación entre los factores. Tal y como puede observarse, fueron en todos los casos estadísticamente significativos entre moderados y altos.

Comparación de los resultados entre la población clínica y no clínica

Se procedió a comparar los resultados encontrados en esta población con los encontrados en población no clínica colombiana (Londoño *et al.*, 2012). Para ello se realizaron análisis univariantes de la varianza (tabla 5). En la población clínica se encontraron puntuaciones significativamente más altas respecto a la población no clínica en todas las creencias excepto en narcisista y en antisocial. En esta última, las puntuaciones fueron más altas en la población no clínica. Los tamaños del efecto (d de Cohen) fueron en general pequeños, excepto para las creencias límite, en la que fue medio. También se encontró que los hombres puntuaron más alto que las mujeres en paranoide, 8,14 (6,03) vs 7,20 (5,83); $F(1, 693) = 5,78$; $p = 0,017$; antisocial, 9,10 (5,57) vs 7,99 (5,07); $F(1, 693) = 7,14$; $p = 0,008$, y narcisista, 7,87 (5,14) vs 7,03 (4,61); $F(1, 693) = 5,49$; $p = 0,019$. No hubo ninguna interacción sexo x grupo estadísticamente significativa, indicando que las diferencias según sexo se mantienen constantes en muestra clínica y no clínica.

Tabla 5

Diferencia de medias entre las creencias disfuncionales en la muestra clínica y no clínica

Creencias de la personalidad	Muestra clínica (n= 343)		Muestra no clínica ^a (n= 355)		F	p	IC 90%		d
	M	DT	M	DT			Inf.	Sup.	
Esquizoide	13,11	5,63	11,97	5,33	9,29	0,002	0,32	1,95	0,21
Paranoide	8,27	6,33	6,84	5,42	14,37	<0,001	0,56	2,31	0,24
Antisocial	7,62	5,27	9,26	5,22	9,60	0,002	-2,42	-0,86	-0,31
Narcisista	7,34	5,17	7,41	4,52	0,46	0,496	-0,79	0,66	-0,01
Histriónica	7,82	6,02	6,11	4,67	23,36	<0,001	0,91	2,51	0,32
Límite	8,50	6,07	5,93	4,60	38,34	<0,001	1,77	3,37	0,48
Evitativa	12,12	5,24	10,12	5,01	25,04	<0,001	1,24	2,77	0,39
Dependiente	8,96	6,10	7,25	4,95	15,68	<0,001	0,89	2,54	0,31
Obsesivo compulsiva	13,52	5,99	11,72	5,21	17,18	<0,001	0,97	2,64	0,32
Pasivo agresiva	10,65	5,37	9,87	4,89	8,03	0,005	0,03	1,55	0,15

Nota: ^aDatos obtenidos del estudio de Londoño *et al.* (2012).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007) presenta propiedades psicométricas adecuadas en esta muestra clínica. En primer lugar, resalta la confirmación parcial de la estructura factorial de 10 factores para el PBQ-SF propuesta por Butler *et al.* (2007). Consideramos que la confirmación es parcial porque el modelo se calculó con todos los factores (paranoide, esquizoide, histriónico, narcisista, antisocial, por evitación, pasivo agresivo, obsesivo compulsivo y por dependencia) menos el límite, que fue probado separadamente. La solución de nueve factores mostró excelentes índices de ajuste. Las saturaciones de todos los factores fueron muy altas (superiores a 0,60) excepto en el ítem 53 ("No me importa lo que piensan los demás") en la escala esquizoide que tuvo una saturación factorial 0,22. Es interesante resaltar el hecho de que este ítem fue el que menor valor de r (0,273) tuvo en la investigación de Daguerre *et al.* (2015) y el de menor saturación factorial (0,35) en la investigación de Manrique y Moratto (2015). Este modelo de nueve factores fue mejor que los dos modelos alternativos con los cuales se comparó. El factor límite fue evaluado separadamente, al igual que en el estudio previo con una muestra no clínica (Londoño *et al.*, 2012) mostrando una adecuación satisfactoria.

Se probó también el modelo de siete factores de Fournier *et al.* (2012), basado en solo 57 ítems. Este modelo mostró adecuados indicadores de ajuste, aunque no tan buenos como el modelo de 9 factores, a pesar de que las saturaciones de todos los factores fueron muy altas (no se presentó ningún ítem con saturación inferior a 0,60, como sí ocurrió con el ítem 53 del factor esquizoide, en el modelo de 9 factores).

Consideramos que una solución factorial nueve factores (excluyendo el factor límite) es la más adecuada para el PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007) y hay varias razones para sustentar esta afirmación. En primer lugar, el modelo de 9 factores fue sustentado por un análisis factorial confirmatorio en una muestra no clínica colombiana (Londoño *et al.*, 2012), que encontró excelentes índices de ajuste para nueve escalas e índices de ajustes moderadamente buenos en la escala límite (la misma dificultad encontrada en la presente investigación). En segundo lugar, existen análisis factoriales exploratorios que extrajeron nueve factores (Leite *et al.*, 2012) y 10 factores (Daguerre *et al.*, 2015) que coinciden bastante bien con los hallazgos que permitieron el desarrollo del PBQ-SF (Butler *et al.*, 2007). En tercer lugar, en la investigación de Fournier *et al.* (2012), en la cual se hizo el análisis factorial exploratorio que derivó en los siete factores, estos no coinciden en buena medida con los trastornos de personalidad. Estas tres razones nos llevan a preferir el modelo original excluyendo el factor límite.

Discusión aparte merece el factor límite. Sus indicadores de ajuste fueron, como se afirmó arriba, moderadamente buenos. La razón de ello podría encontrarse en la forma como fue construida la subescala límite. Butler *et al.* (2002) construyeron esta escala tomando ítems de otras subescalas del PBQ versión larga (Beck y Beck, 1991). Ellos buscaron los ítems que más fuertemente discriminaran entre pacientes con un diagnóstico de la personalidad límite y pacientes que tuvieran otros trastornos de la personalidad. Finalmente concluyeron que 14 ítems tenían ese poder de discriminación y con estos ítems se construyó la subescala de creencias límite. Estos ítems provenían de las subescalas evitativa, dependiente, antisocial, histriónico y paranoide; y estarían reflejando los temas fundamentales del paciente límite: la dependencia, la desesperanza, la desconfianza, el miedo al rechazo/abandono/pérdida de control, y la conducta extrema de llamar la atención (Butler *et al.*, 2002). De esta forma, cada uno de estos ítems puntuaba para dos factores: para su subescala original y para la subescala límite. La consistencia interna de esos 14 ítems fue moderadamente alta ($\alpha = 0,89$) (Butler *et al.*, 2002). En otro artículo, Bhar, Brown y Beck (2008) examinaron la estructura factorial de la subescala del trastorno de la personalidad límite del PBQ, versión larga (Beck y Beck, 1991). En este estudio los autores encontraron que de los ítems de la subescala límite, emergían tres factores: un primer factor haría referencia a creencias que las otras personas no son dignas de confianza, son potencialmente abusivas y explotadoras (factor de desconfianza); un segundo factor estaría formado por creencias de ser necesitado, indefenso y dependiente del apoyo constante de los demás (factor de dependencia); y un tercer factor reflejaría la creencia de que es necesario tomar medidas preventivas para protegerse de los resultados interpersonales adversos, tales como ser ignorado, rechazado o emocionalmente atacado (Bhar *et al.*, 2008). A partir de la identificación de estos tres factores, Bhar *et al.* (2008), los relacionaron con depresión, ideación suicida y desesperanza. Encontraron que los tres factores estaban significativamente asociados con depresión; que dependencia y desconfianza estaban relacionadas con desesperanza; y que desconfianza era el único factor que estaba relacionado significativamente con ideación suicida. Lo importante de este último estudio es evidenciar de que la subescala límite del PBQ

versión larga (Beck y Beck, 1991) no es homogénea y esta puede ser la razón por la cual los indicadores de ajuste no son tan buenos.

Respecto a las diferencias entre las muestras clínica y no clínica, se encontraron diferencias significativas, con puntuaciones mayores en la muestra clínica en las siguientes creencias: esquizoide, paranoide, histriónica, límite, evitativo, dependiente, obsesivo compulsiva y pasivo agresiva. Es decir, la predicción de la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck *et al.*, 1995, 2005) se cumplió en ocho de las 10 creencias disfuncionales. En las creencias antisociales se encontró que las puntuaciones fueron más altas en la muestra no clínica que en la clínica. No hubo diferencias en cuanto a las creencias narcisistas. La razón por la cual las puntuaciones de las creencias antisociales fueron significativamente más altas en la muestra normal que en la clínica podría estar en una limitación de esta escala. En un estudio de McMurrin y Christopher (2008) se utilizó la escala antisocial del PBQ, en su versión larga (Beck y Beck, 1991), comparando sus resultados en tres grupos de prisioneros: el primer grupo diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad solamente; un segundo grupo diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad y otro trastorno de la personalidad; y un tercer grupo sin diagnóstico de trastorno de la personalidad. Los resultados encontrados contradijeron en mucho las hipótesis que los autores esperaban: no encontraron que los puntajes más altos en la escala antisocial fueran en el primer grupo (como debería esperarse), si encontraron que los puntajes en esta escala en el primer grupo fueran más altos que los que no tenían trastornos de la personalidad (lo cual correspondía a lo esperado); también encontraron que los pacientes con trastorno antisocial solo, tenían otras creencias más altas, particularmente evitativa y paranoide (lo que no correspondía a lo esperado). De allí que estos autores concluyan que las creencias antisociales no se relacionan tanto con el trastorno antisocial de la personalidad como otras creencias parecen hacerlo (McMurrin y Christopher, 2008).

En cuanto a las creencias narcisistas, no se encontraron diferencias significativas entre las muestras clínica y no clínica. Es posible que esta escala no enfatice lo suficiente las características patológicas del narcisismo y que esta justamente sea la razón por la cual no se encontraron diferencias significativas. También es posible que en la muestra clínica hubiera una representación bastante pequeña de individuos con trastorno de la personalidad narcisista (solo se tuvieron 13 diagnósticos de ese trastorno de la personalidad, lo que corresponde a un 5,8% de los diagnósticos de trastornos de la personalidad en la muestra clínica).

La escala que mostró mayores diferencias entre las muestras clínica y la no clínica fue la de creencias límite (con un tamaño del efecto de 0,48, que es un tamaño medio). Esto es muy lógico si se tiene en cuenta que esta escala en la versión larga del PBQ (Beck y Beck, 1991) se construyó con los 14 ítems que discriminaban más fuertemente entre el trastorno de la personalidad límite y cualquier otro trastorno de la personalidad. Esto explicaría la gran potencia de esta escala para discriminar patología.

Respecto a las diferencias de sexo, se encontró que los hombres puntuaron más alto que las mujeres en las creencias paranoide, antisocial y narcisista. Estas diferencias por sexo coinciden totalmente con lo esperado. Por ejemplo, para el

trastorno de la personalidad paranoide, el DSM-5 afirma "en las muestras clínicas, este trastorno se diagnostica en los hombres con más frecuencia" (APA, 2014, p. 651). Respecto al trastorno de la personalidad antisocial, el DSM-5 afirma "la prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70%) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones por trastorno por consumo de alcohol grave y en las muestras extraídas de las clínicas de tratamiento de abuso de sustancias, de los centros penitenciarios o del ámbito forense" (APA, 2014, p. 661). Respecto al trastorno de la personalidad narcisista, el DSM-5 plantea que "de las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista, entre el 50 y el 75% son varones" (APA, 2014, p. 671).

En conclusión, se encontró que la estructura del PBQ-SF en muestra clínica, podría estar representada por nueve factores correlacionados: paranoide, esquizoide, histriónico, narcisista, antisocial, por evitación, pasivo agresivo, obsesivo compulsivo y dependencia. El factor correspondiente a las creencias límite no presentó buenos índices de ajuste, ello debido, probablemente, a que no es una escala homogénea. Las saturaciones factoriales de todos los ítems dentro de sus escalas fue alta, a excepción del ítem 53 de la escala esquizoide. La prueba tiene una buena consistencia interna para todas sus creencias. Cuando se compararon los resultados entre las muestras clínica y la no clínica, se encontró que en todas las creencias, excepto en las creencias antisociales y en las narcisistas, se cumplió la hipótesis de Beck (A. T. Beck *et al.*, 1995, 2005) que predecía que estas creencias eran más frecuentes en la muestra clínica que en la muestra no clínica. Además, las diferencias según sexo fueron similares a las obtenidas en la muestra no clínica con mayores puntuaciones en paranoide, antisocial y narcisista en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a limitaciones, la principal limitación de este estudio hace referencia a la forma con la cual se obtuvo la muestra. Como el muestreo fue no probabilístico, sino de tipo intencional, las diferentes categorías de las variables sociodemográficas no fueron homogéneas. Tampoco se utilizó otro instrumento para corroborar la validez externa. Estos aspectos deberían ser abordados por estudios futuros.

Referencias

- American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III-revisado*. Barcelona: Masson. (Orig. 1987).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5* (5ª ed.). Buenos Aires: Panamericana. (Orig. 2013).
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Barret (dirs.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. Nueva York, NY: Raven.
- Beck, A. T. y Beck, J. S. (1991). *The personality Belief Questionnaire*. Manuscrito no publicado, Universidad de Pensilvania. Estados Unidos.

- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C. y Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of the personality disorders*. Nueva York, NY: Guilford.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C. y Trexler, L. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., Butler, A. Fusco, G., Simon, K. M., Beck, J. S., Morrison, T., Padesky, C. A y Renton, J. (2003). *Cognitive therapy of the personality disorders* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., Butler, A. Fusco, G., Simon, K. M., Beck, J. S., Morrison, T., Padesky, C. A y Renton, J. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (1998). Complex cognitive therapy treatment for personality disorders patients. *Bulletin of the Menninger Clinics*, 62, 170-194.
- Bhar, S. S., Beck, A. T. y Butler, A. (2012). Beliefs and personality disorders: an overview of the Personality Beliefs Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 88-100.
- Bhar, S. S., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 165-177.
- Blatt, S. J., Shahar, G. y Zuroff, D. C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 449-454.
- Butler, A. C., Beck, A. T. y Cohen, L. H. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 357-370.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. y Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 1231-1240.
- Campbell, W. K., Bonacci, A. M., Shelton, J., Exline, J. J. y Bushman, B. J. (2004). Psychological entitlement: interpersonal consequences and validation of a self-report measure. *Journal of Personality Assessment*, 83, 29-45.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daguere, L., Cordero, S. y Costa-Ball, D. (2015). Propiedades psicométricas del PBQ-SF en su versión en español, una población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 9, 163-175.
- Ferrer, A. (2018). *Relación entre los rasgos patológicos, las creencias disfuncionales y los trastornos de la personalidad* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J. y Beck, A. T. (2012). Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 2, 795-805.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jeong-Hoon, P., Youl-Ri, K. y Soon-Taek, H. (2016). A validation study of korean version of Personality Beliefs Questionnaire-Short Form (PBQ-SF). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 55, 103-113.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2013). *LISREL*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kumar, V. K., Ryan, R. y Wagner, K. (2012). Structure of the Personality Beliefs Questionnaire-Short Form: smallest space analysis. *Current Psychology*, 31, 386-392.

- Leahy, R. L., Beck, J. S. y Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the personality disorders. En S. Strack (dirs), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 442-461). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Leite, D. T., Lopes, E. J. y Fernandes, R. F. (2012). Psychometric characteristics of the Personality Belief Questionnaire-Short Form. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14, 70-87.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Little, T. D., Slegers, D. W. y Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling*, 13, 59-72.
- Londoño, N. H., Calvete, E. y Palacio, J. (2012). Validación del "Cuestionario de creencias de personalidad-versión breve" (PBQ-SF) en población no clínica colombiana. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 305-321.
- Manrique, R. D. y Moratto, N. S. (2015). Psychometric properties and structural validity of the short version of the Personality Beliefs Questionnaire (PBQ-SF). *International Journal of Psychological Research*, 8, 49-60.
- McMurrin, M. y Christopher, G. (2008). Dysfunctional beliefs and antisocial personality disorder. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 19, 533-542.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *IPDE. International Personality Disorders Examination. Examen internacional de los trastornos de la personalidad. módulo DSM-IV*. Madrid: Meditor.
- Parslow, R. A., Christensen, H., Griffiths, K. M. y Groves, C. (2006). The Warpy Thoughts Scale: a new instrument to measure dysfunctional attitudes. *Cognitive Behavior Therapy*, 35, 106-116.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Ryan, R. B., Kumar, V. K. y Wagner, K. (2014). The Personality Beliefs Questionnaire-Short-Form: relationship of personality disorders schemata with entitlement and dysfunctional thoughts. *Current psychology*, 34, 239-247.
- Taymur, I., Turkcapar, M. H., Orsel, S., Sargin, E. y Akkoyunlu, S. (2011). Validity and reliability of the turkish version of the Personality Belief Questionnaire-Short Form (PBQ-STF) in the university students. *Klinik Psikiyatri*, 14, 199-209.
- Young, J. F. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (ed. rev.) Sarasota, FL: Professional Resources Press.

RECIBIDO: 31 de enero de 2017

ACEPTADO: 1 de noviembre de 2017