

## Actitudes disfuncionales en pacientes con trastorno grave de personalidad: inespecificidad sintomatológica y cambio



Juan M. Ramos\*, Amelia Franquelo, Bárbara Franesqui y Amanda López

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

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 5 de abril de 2016  
Aceptado el 25 de septiembre de 2017  
On-line el 24 de octubre de 2017

#### Palabras clave:

Actitudes disfuncionales  
Trastorno de personalidad  
Comorbilidad  
Cambio terapéutico

#### Keywords:

Dysfunctional attitudes  
Personality disorder  
Comorbidity  
Therapeutic change

### R E S U M E N

Se ha descrito una gran concurrencia entre los trastornos afectivos y de personalidad, produciéndose una interacción entre ambos que ensombrece el pronóstico. Examinamos el papel de las actitudes disfuncionales (AD) en esa interacción, analizando diversas variables de autoinforme en personas con diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) ( $n = 262$ ) con y sin depresión. No hallamos diferencias por edad, sexo ni adherencia. Las AD aparecen asociadas a sintomatología depresiva, gravedad general y de TP, rasgos patológicos (sobre todo límites y autodestructivos, con un tamaño del efecto  $d > 0.80$ ) y, en sentido inverso, a autoeficacia, autoestima y habilidades sociales. Quienes consiguen revertir las AD tras una intervención hospitalaria de 6 meses (el 37.4%) obtienen mejores resultados. Una perspectiva no lineal ayuda a explicar la compleja interacción entre el sentido incrementado de agencia personal e interpersonal (promotor de cambio conductual), las AD (esquema cognitivo) y la preservación del bienestar (homeostasis afectiva).

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Dysfunctional attitudes in patients with severe personality disorder: Symptom non-specificity and change

#### A B S T R A C T

The frequent co-occurrence of affective and personality disorders (PD) is associated with poor prognosis. We examined the role of dysfunctional attitudes (DA) in this interaction, analysing different self-reporting variables in people with a diagnosis of PD ( $n = 262$ ) with and without depression. We found no differences by age, sex, or therapeutic adherence; DA are associated with depressive symptoms, general and PD severity, pathological traits (especially borderline and self-destructive, with  $d > 0.80$ ) and, in the opposite way, with self-efficacy, self-esteem, and social competence. Those who manage to reverse DA after 6 months' intervention (37.4%) also obtained a better outcome. A non-linear perspective may help explain the complex interaction between the increased sense of personal and interpersonal agency (preparing behavioural change), DA (cognitive schemata), and the preservation of well-being (emotional homeostasis).

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Se ha documentado una elevada concurrencia diagnóstica de los trastornos afectivos con los trastornos de personalidad (TP), estimada entre el 23% y el 87% (Friborg et al., 2014; Kool, Dekker, Duijsens y Dejonghe, 2000). Los motivos que puedan explicar esta

alta comorbilidad aún permanecen oscuros (Yoshimatsu y Palmer, 2014). Cuando co-ocurre con TP límite, la depresión mayor no responde igual al tratamiento antidepresivo (Beatson y Rao, 2013) y ambas condiciones se influyen mutuamente para retrasar el tiempo de remisión y acelerar el tiempo de recaída (Gunderson et al., 2014); la intervención terapéutica resulta menos efectiva, el pronóstico empeora y el trastorno del estado de ánimo tiende a la cronicación (Prieto, Vera, Pérez y Ramírez, 2007; Rijsbergen, Kok, Elgersma, Hollon y Bockting, 2015). El tratamiento exitoso de la

\* Autor para correspondencia. Hospital Dr. R. Lafora. Ctra. Colmenar Viejo, Km. 13,800. 28049 Madrid.  
Correo electrónico: [jmramos@cop.es](mailto:jmramos@cop.es) (J.M. Ramos).

depresión aparece asociado necesariamente a una mejora en el TP (Mulder, Joyce y Frampton, 2010) y el abordaje conjunto mejora el resultado de ambas patologías (Bajaj y Tyrer, 2005). Múltiples problemas metodológicos explican el amplio rango de porcentajes señalado y dificultan enormemente su interpretación (Mulder, 2004, 2011).

Desde el modelo original de la terapia cognitiva se asume que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento (Beck, 1967) y que el contenido negativo de pensamientos acerca de uno mismo, del mundo y del futuro antecede a la sintomatología depresiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Además, se infieren “esquemas” o patrones cognitivos más estables que filtran para el individuo el impacto de los acontecimientos y afloran en las actitudes o creencias tácitas disfuncionales (Sacco y Beck, 1985). La medida operacional más empleada para evaluar los esquemas cognitivos depresivos es la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman y Beck, 1978).

Existe una elevada asociación entre las actitudes disfuncionales (AD) y la gravedad de la sintomatología (Köhler, Unger, Hoffmann, Mackert, Ross, y Fydrich, 2015) y se produce un cambio en AD cuando se ha superado el episodio depresivo (Jacobs et al., 2009; Quilty, McBride y Bagby, 2008). Que esta asociación sea de carácter causal es cuestión aún discutida (Prieto et al., 2007).

Aunque la investigación en torno al esquema cognitivo (y su operativización con DAS) trató inicialmente de desentrañar un factor cognitivo relativamente estable que explicara la sintomatología depresiva (Rodríguez, 1993), se observó que las AD no eran específicas para la depresión, sino que también se relacionaban con la ansiedad (Dyck, 1992). Se han expresado dudas acerca de si son un factor de vulnerabilidad (Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi y Pilkonis, 1999) o más bien otro síntoma más (Silverman, Silverman y Eardley, 1984), si son un rasgo o un estado (Ohrt, Thorell, Sjödin y d'Elia, 1998).

Young (1990) y sus colaboradores (Young, Klosko y Weishaar, 2003) desarrollaron un modelo conceptual arraigado en la terapia cognitiva, la teoría del aprendizaje y la psicología evolutiva que permitía un abordaje terapéutico para pacientes que no respondían adecuadamente a la terapia cognitiva tradicional y que denominaron “terapia de esquemas”. En este modelo, el foco recae no sobre los estados presentes (o “modalidades”) del paciente, sino sobre las pautas del pasado que subyacen: los esquemas inadaptados construidos desde la infancia que llegan a ser disfuncionales en la adultez. Este modelo es asumido como una adaptación básica para trabajar con los trastornos de personalidad.

Al ser un aspecto de la personalidad del individuo, puede esperarse una asociación entre las AD y los TP. De hecho, se ha encontrado tal asociación en pacientes depresivos (Köhler et al., 2015), incluso cuando se controla psicométricamente la sintomatología depresiva (van Rijsbergen et al., 2015), observándose un efecto atípico: en personas con TP permanece un nivel alto de AD incluso cuando no están deprimidos (Hill, Oei y Hill, 1989; O'Leary, Cowdry, Gardner, Leibenluft, Lucas, y DeJong-Meyer, 1991) algo que no ocurre en personas sin depresión ni en pacientes depresivos en remisión (Ilardi y Craighead, 1999).

El papel atípico y peculiar de las AD en la sintomatología depresiva cuando ésta acontece en una persona con TP apoya su inespecificidad para los trastornos afectivos (Dyck, 1992; O'Leary et al., 1991; Sanz y Vázquez, 1993) y estimula la investigación de su relación con los TP. Van Rijsbergen et al. (2015) muestran que las creencias disfuncionales se asocian a patología de personalidad en pacientes ( $n=309$ ) con depresión mayor recurrente en remisión. Farabaugh et al. (2007) sugieren que las AD que persisten tras la remisión del trastorno depresivo podrían ser marcadores de algunos TP resistentes (los del grupo C: por evitación, dependientes y obsesivo-compulsivos). Antes, O'Leary et al. (1991) habían encontrado que la puntuación en el DAS de pacientes con TP

límite ( $n=46$ ) estaba entre las más altas de todas las publicadas para cualquier otro grupo diagnóstico y además no se relacionaba con el diagnóstico concurrente de depresión mayor presente o pasada. Köhler et al. (2015), con pacientes depresivos hospitalizados ( $n=222$ ), refieren que puntuaciones mayores en el DAS se asocian a comorbilidad con TP, que la puntuación bajó tras la intervención en menor grado que la sintomatología depresiva, que las AD correlacionaban negativamente con la mejora de la sintomatología depresiva, que eran relativamente estables, comparadas con otros síntomas depresivos y que se asociaban a cronicidad, TP y menor eficacia terapéutica. Por lo mismo, sugieren que su modificación sería un adecuado objetivo terapéutico a largo plazo. El cambio de AD parece mediar la reducción de la sintomatología depresiva que consigue la terapia cognitivo-conductual (Quilty et al., 2008).

Con pocas excepciones como O'Leary et al. (1991), los estudios que examinan las AD en TP se han realizado con pacientes con trastornos afectivos que –secundariamente– eran diagnosticados también de TP, lo que resulta sorprendente, dada la inespecificidad de las AD para los trastornos afectivos y su concepción como elemento de la personalidad en cuanto esquema organizador e interpretador de la experiencia individual (Young et al., 2003). Hasta donde conocemos, aún no se han estudiado las AD en pacientes con TP grave que –secundariamente– pueden tener o no sintomatología depresiva asociada y su relación con fortalezas personales como las habilidades sociales, la autoestima y la autoeficacia.

La conceptualización de los TP está sometida en la actualidad a un intenso debate, potenciado con ocasión de la reciente actualización del DSM y la próxima actualización del CIE. El debate aún abierto entre la aproximación diagnóstica tradicional categorial y las propuestas dimensionales está vehiculando la dificultad de acuerdo en la identificación diagnóstica, etiológica y pronóstica (Tyrer, 2012; Widiger y Trull, 2007). Además, en el caso de los TP graves, el solapamiento de rasgos disfuncionales y el codiagnóstico de tipos es lo habitual (Crawford, Koldobsky, Mulder y Tyrer, 2011; Ramos, Sendra, Sánchez y Mena, 2015; Yang, Coid y Tyrer, 2010), lo que incrementa los problemas de validez discriminativa de nuestro actual arsenal evaluativo. En esta situación de solapamiento intercategorías y heterogeneidad intracategorías se hacen necesarios estudios que incorporen a pacientes típicos más que a diagnósticos-tipo (por ejemplo, a “pacientes resistentes al tratamiento”, como en Clarke, Kingston, James, Bolderston y Remington, 2014).

Nos preguntamos si las AD podrían constituir un factor relacionado con un nivel de sintomatología mayor en personas diagnosticadas de TP grave y así contribuir a la explicación de por qué el diagnóstico de TP empeora el pronóstico de los cuadros depresivos (Hart, Craighead y Craighead, 2001) y de otros trastornos (Newton-Howes et al., 2010). Nuestro objetivo en esta investigación, por tanto, es doble: en primer lugar, consiste en examinar la asociación entre AD y TP grave para comprobar las siguientes hipótesis: (1) las AD no son exclusivas de la sintomatología depresiva, (2) pueden asociarse a determinados rasgos dimensionales de personalidad patológica y (3) el grupo de mayor nivel de AD presenta mayor gravedad sintomatológica y de TP. En segundo lugar, consiste en examinar el cambio en AD tras 6 meses de intervención, con dos hipótesis más: (4) el cambio en AD correlaciona no sólo con mejora de la sintomatología depresiva sino también con mejora de la sintomatología general y de la gravedad de TP, así como con medidas de fortaleza personal como autoestima, percepción de autoeficacia y capacitación social y (5) los pacientes que cambian las AD por actitudes funcionales obtienen mejores resultados terapéuticos que los que mantienen las AD tras el tratamiento.

**Tabla 1**  
Características demográficas y clínicas de la muestra (N = 262)

		N	%
Sexo	Mujer	209	79.8
	Varón	53	20.2
Diagnóstico TP	Límite	158	60.3
	No especificado	56	21.4
	Mixto	40	15.3
	Histriónico	6	2.3
	Dependiente	1	0.4
	Esquizoide	1	0.4
	Rango	M	DT
Edad	18-58	35.61	8.16
Depresión (BDI)	1-56	28.49	12.14
Perturbación General (GSI)	5-99	76.92	21.21
Impulsividad (BIS-11)	23-106	67.06	15.21
Gravedad de TP (MCMI-II)	77-1052	586.38	198.64
Habilidades sociales (EHS)	1-99	37.55	32.04
Autoeficacia (EAG)	10-40	20.06	6.92
Autoestima (RSS)	10-38	20.21	5.43

Nota. BDI = Inventario de Depresión de Beck; BIS-11 = Escala de Impulsividad de Barrat; GSI = Índice Global de Gravedad del SCL90-R; GSE = Escala de Autoeficacia General; EHS = Escala de Habilidades Sociales; MCMI-II = Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II; RSS = Escala de Autoestima de Rosenberg.

## Método

### Participantes

Pacientes ( $n=262$ ) con diagnóstico de TP derivados desde diversos Centros de Salud Mental a la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Dr. R. Lafora (Madrid) entre los años 2008 y 2015. Tienen en común una historia de tentativas autolíticas, polimedicación, utilización reiterada de servicios de salud mental, relaciones familiares alteradas, inactividad laboral, dependencia de subsidios y ayudas sociales, además de un bloqueo sostenido en el progreso terapéutico ambulatorio (resistencia al tratamiento). Estas características los hacen representativos de una condición patológica mental grave (Slade, Powell, Rosen y Strathdee, 2000). En la tabla 1 se presentan características demográficas y clínicas de la muestra.

Todos ellos participan voluntariamente, tras la firma de un contrato terapéutico, en un programa de intervención de 6 meses inspirado en el modelo de comunidad terapéutica (Haigh y den Hartog, 2012), que combina un entorno hospitalario con un tratamiento interdisciplinar intensivo. El programa incluye intervenciones individuales (medicación, psicoterapia, asesoramiento), actividades grupales sucesivas de amplio espectro (psicoeducativas, asamblearias, propuloras de aceptación, integración, mentalización, autodirección y capacitación para afrontamiento) y sesiones familiares, en una labor integrada multiprofesional (facultativos, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) a partir de un plan terapéutico individual diseñado en equipo, desarrollado mediante una evaluación continuada e inserto en la red de recursos de salud mental de la Comunidad de Madrid. No se detalla más la intervención realizada al no ser ésta el objeto de la presente investigación. Forma parte del programa la evaluación psicométrica a partir de una batería de cuestionarios de autoinforme que el paciente libremente consiente y de la que seleccionamos los instrumentos utilizados en esta investigación.

### Instrumentos

*Escala de Actitudes Disfuncionales* (Dysfunctional Attitude Scales, DAS; Weissman y Beck, 1978; versión de D. Burns adaptada al castellano por Bas y Andrés, 1999, pp. 206-209). Consta de 35 frases con las que el individuo muestra su grado de acuerdo entre -2 (*muy de acuerdo*) y +2 (*muy en desacuerdo*), agrupadas en 5 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, 1994; Weissman, 1979; Weissman y Beck, 1978).

*Cuestionario de 90 Síntomas* (90 Symptoms Checklist-Revised, SCL90-R; Derogatis, 1992; versión en español de González de Rivera, 2002). Se puntúa de 0 a 4 hasta qué punto uno se siente molesto por cada síntoma. Tiene 10 escalas y 3 índices globales de malestar, entre los que se encuentra el GSI (*Global Severity Index*) que utilizaremos como medida de gravedad sintomatológica general en su puntuación centil. La fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ( $\alpha > .81$ ) y test-retest superiores a .78.

*Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1979; versión española de Sanz y Vázquez, 1998). Con 21 ítems evalúa sintomatología depresiva mediante la elección de una alternativa de cuatro. Tiene una consistencia interna de .90, una validez convergente con otras medidas de depresión superior a .50 y una adecuada validez discriminante. En nuestra muestra obtenemos una consistencia  $\alpha = .94$ .

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II; Millon, 1999). Consta de 175 ítems (respuesta dicotómica) y aporta un perfil de 13 escalas de personalidad más 9 escalas de síndromes clínicos. Su consistencia interna es satisfactoria (coeficientes KR = .81-.95). Mediante la suma de puntuaciones de todas las escalas que superan la tasa base de 75 para cada participante definimos un índice de gravedad de TP (GTP).

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg Self-esteem Scale, RSS; Rosenberg, 1989; versión española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007). Mediante un listado de 10 afirmaciones, el sujeto expresa la precepción que tiene de su propia valía en una escala de 1 a 5. Cuenta con fiabilidad y validez adecuadas (Martín-Albo et al., 2007; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). En nuestra muestra,  $\alpha = .77$ .

*Escala de Autoeficacia General* (Generalized Self-Efficacy Scale, GSE; Baessler y Schwarzer, 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 varía entre .79 y .93 (De las Cuevas y Peñate, 2015; Sanjuán-Suárez, Pérez-García y Bermúdez, 2000).

*Escala de Habilidades Sociales* (EHS; Gismoro, 2000). Evalúa la conducta asertiva con 33 frases puntuadas entre 0 y 4. Cuenta con 6 subescalas y una puntuación global que presentamos en centiles. Su fiabilidad es  $\alpha = .88$ .

*Escala de Impulsividad de Barrat* (The Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11; Stanford et al., 2009; Oquendo et al., 2001). Consta de 30 ítems (4 opciones de respuesta) agrupados en 3 subescalas y una puntuación total, con una consistencia interna  $\alpha$  de .70 a .90.

### Procedimiento y análisis

Los participantes completan los cuestionarios al inicio y al final del programa. El trabajo lo dividimos en dos estudios que se detallan a continuación.

En el primero se utilizan los datos de los 262 participantes que ingresaron. Se realizan análisis correlacionales del DAS con el resto de instrumentos para comprobar, por un lado, la no especificidad de las AD sobre la sintomatología depresiva (BDI) (hipótesis 1) y, por otro, el patrón de rasgos patológicos de personalidad (MCMI-II) asociados a las AD (hipótesis 2). Dicotomizamos la puntuación en el DAS (variable independiente) para obtener dos condiciones: grupo de actitudes funcionales (GAF) si  $DAS \geq 0$  y grupo de actitudes disfuncionales (GAD) si  $DAS < 0$ ; mediante la prueba *t* de Student comparamos su diferencia de medias en las variables dependientes: depresión (BDI), perturbación general (GSI

**Tabla 2**  
Correlaciones (r Pearson) de las 7 subescalas del DAS y de su puntuación total con el resto de los instrumentos

	Escala DAS							DAS total
	Aprobación	Amor	Ejecución	Perfeccionismo	Derecho sobre otros	Omni-potencia	Auto-nomía	
Edad	-.083	-.012	.028	.016	.123*	.064	-.111	.011
Depresión (BDI)	-.308**	-.184**	-.307**	-.362**	-.145**	-.262**	-.367**	-.373**
Impulsividad (BIS-11)	-.118	-.052	-.162*	-.183**	-.214**	-.219**	-.173*	-.215**
Habilidades sociales (EHS)	.368**	.301**	.351**	.342**	.209**	.331**	.281**	.419**
Autoeficacia (GSE)	.305**	.254**	.329**	.290**	.100	.222**	.348**	.355**
Autoestima (RSS)	.349**	.308**	.369**	.324**	.071	.277**	.268**	.383**
Síntomatología general (SCL90-R)								
Somatización	-.106	-.037	-.135*	-.201**	-.033	-.219**	-.177**	-.171**
Obsesión Compulsión	-.265**	-.201**	-.301**	-.374**	-.198**	-.316**	-.303**	-.377**
Sensibilidad Interpersonal	-.381**	-.337**	-.385**	-.408**	-.200**	-.340**	-.284**	-.451**
Depresión	.040	.069	.035	.067	.069	-.029	.148*	.076
Ansiedad	-.217**	-.119	-.271**	-.334**	-.200**	-.311**	-.330**	-.340**
Hostilidad	-.098	-.027	-.188**	-.278**	-.136*	-.216**	-.222**	-.223**
Ansiedad Fóbica	-.238**	-.161**	-.256**	-.313**	-.200**	-.212**	-.310**	-.323**
Ideación Paranoide	-.265**	-.215**	-.335**	-.350**	-.221**	-.282**	-.269**	-.375**
Psicoticismo	-.226**	-.196**	-.323**	-.413**	-.240**	-.376**	-.328**	-.402**
Escala adicional	-.180**	-.144*	-.224**	-.294**	-.102	-.195**	-.286**	-.272**
Gravedad global (GSI)	-.290**	-.214*	-.344**	-.427**	-.213*	-.368**	-.345**	-.423**
Rasgos de personalidad (MCMI-II)								
Esquizoide	-.063	.031	-.111	-.126	-.008	-.060	-.168*	-.096
Fóbica	-.221**	-.135*	-.175*	-.262**	-.066	-.203**	-.171*	-.241**
Dependiente	-.217**	-.120	-.040	.036	-.138*	-.237**	-.079	-.147*
Histriónica	.027	-.038	.022	.122	-.136*	-.005	.025	.007
Narcisista	.200**	.101	.065	.155*	-.079	.116	.134	.134
Antisocial	.152*	.074	.022	-.029	-.064	.089	.050	.051
Agresivo/sádica	.137*	.097	-.040	-.016	-.086	.149*	.046	.048
Compulsiva	.133	.187**	.134	.134*	.035	.097	.138*	.168*
Pasivo/agresiva	-.140*	-.159*	-.193**	-.233**	-.190**	-.116	-.154*	-.236**
Autodestructiva	-.324**	-.279**	-.280**	-.297**	-.221**	-.388**	-.245**	-.399**
Esquizotípica	-.219**	-.129	-.292**	-.322**	-.106	-.277**	-.194**	-.300**
Límite	-.246**	-.242**	-.259**	-.318**	-.234**	-.251**	-.265**	-.355**
Paranoide	-.040	.021	-.102	-.112	-.092	.011	-.087	-.080
GTP	-.154*	-.117	-.229**	-.266**	-.250**	-.207**	-.211**	-.279**

Nota. BDI=Inventario de Depresión de Beck; BIS-11=Escala de Impulsividad de Barrat; GTP=Gravedad del Trastorno de Personalidad; GSI=Índice Global de Gravedad del SCL90-R; GSE=Escala de Autoeficacia General; EHS=Escala de Habilidades Sociales; MCMI-II=Inventario Clínico Multiaxial de Millon; RSS=Escala de Autoestima de Rosenberg; SCL90-R=Cuestionario de 90 Síntomas.

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

del SCL90-R), impulsividad (BIS-11), gravedad de TP (MCMI-II), autoestima (RSS), autoeficacia (EAG) y capacitación social (EHS) (hipótesis 3).

En el segundo estudio se examina el cambio (medidas pre – medidas post) de los 126 pacientes que completaron el programa y se analizan las correlaciones del cambio en AD con el cambio en las demás variables (hipótesis 4). Finalmente definimos la variable evolución actitudinal con cuatro condiciones: mantenimiento funcional (MF) si  $DAS \geq 0$  tanto al inicio como al final del tratamiento, mantenimiento disfuncional (MD) si  $DAS < 0$  tanto al inicio como al final, cambio favorable (CF) cuando  $DAS < 0$  al inicio y  $DAS \geq 0$  al final y cambio desfavorable (CD) en caso contrario y ejecutamos un análisis MLG de medidas repetidas con el factor intersujetos evolución actitudinal y con el factor intrasujetos tiempo (pre, post) sobre las variables dependientes (hipótesis 5).

## Resultados

### Estudio primero (n = 262)

No se hallan diferencias en el DAS por sexo ( $p = .855$ ) ni por diagnóstico ( $p = .922$ ) ni hay correlación con la edad. Las 7 subescalas del

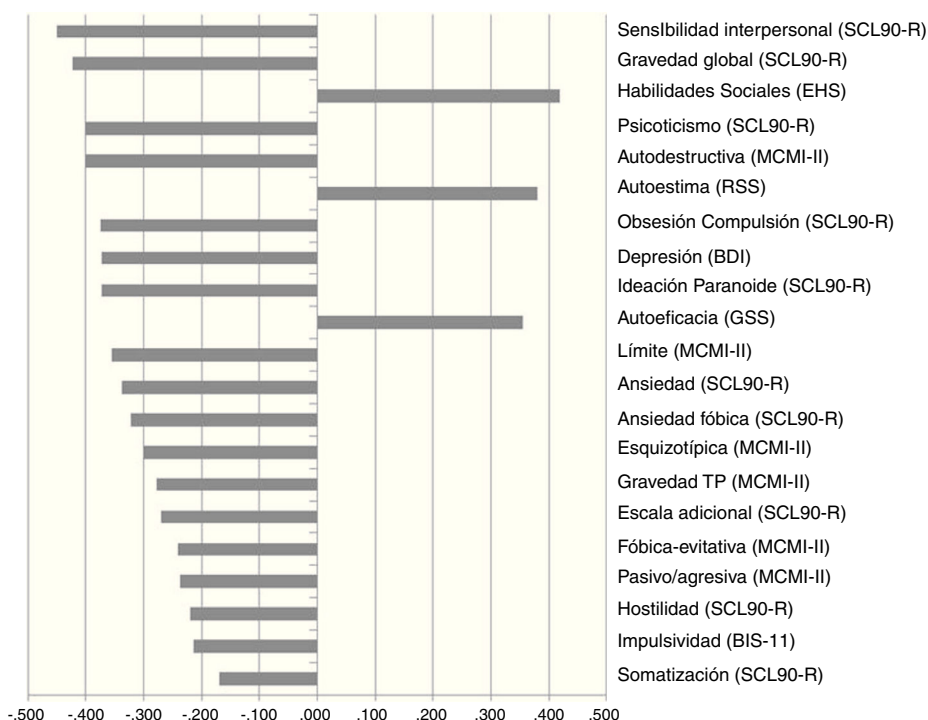
DAS tienen correlaciones positivas entre sí ( $r = .311$  a  $.611$ ,  $p = .000$ ). Se presentan las correlaciones del DAS con el resto de variables (tabla 2) y el orden de magnitud de las correlaciones significativas (fig. 1). Entre el BDI y el GSI del SCL90-R,  $r = .542$  ( $p = .000$ ). La correlación del DAS con el GSI es mayor que con el BDI y, controlando el efecto del BDI, la correlación parcial es  $r_{DAS\ GSI\ BDI} = -.286$  ( $p < .01$ ), la correlación parcial del DAS con el BDI, controlando el efecto del GSI, es menor ( $r_{DAS\ BDI\ GSI} = -.188$ ,  $p < .05$ ).

El 71.3% ( $n = 186$ ) presenta AD al inicio del tratamiento. Se diferencia del grupo con actitudes funcionales (GAF) ( $n = 75$ ) no sólo en sintomatología depresiva, sino también en el resto de variables (ver tabla 3)

En 6 de los 13 rasgos patológicos de personalidad (MCMI-II) existen diferencias en el DAS (fóbico-evitativos, compulsivo-rígidos, pasivo-agresivos, esquizotípicos, autodestructivos y límites), siendo estas dos últimas las que obtienen un tamaño del efecto elevado ( $d = 0.8$  y  $0.92$ ).

### Estudio segundo (n = 144)

El 55% de los participantes completó el programa. No aparecen diferencias con el grupo no adherente en ninguna de las variables en estudio, salvo en edad (los que abandonan son 2 años más



**Figura 1.** Escalas ordenadas según magnitud de correlación (*r* de Pearson) con el Das total (son excluidas aquellas cuya correlacion no resulta significativa con  $p < 0,01$ ). BDI=Inventario de Depresión de Beck; BIS-11=Escala de Impulsividad de Barrat; GSE=Escala de Autoeficacia General; EHS=Escala de habilidades Habilidades sociales; MCMI-II=Inventario Clinco Multiaxial de Millon; RSS=Escala de Autoestima de Rosenberg; SCL90-R=Cuestionario de 90 Sintoms.

**Tabla 3**  
Diferencias entre participantes con actitudes disfuncionales (AD,  $n = 186$ ) y actitudes funcionales (AF,  $n = 75$ ) en el resto de las variables al inicio del tratamiento

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	<i>d</i>
BDI	GAD	31.1	10.6	5.230	.000	5.7 – 12.6	0.81
	GAF	21.9	13.3				
GSI	GAD	82.1	15.4	5.202	.000	11.0 – 24.5	0.91
	GAF	64.3	27.7				
BIS-11	GAD	68.4	15.5	1.978	.049	0.1 – 8.8	0.29
	GAF	64.0	14.0				
GTP	GAD	614.4	192.3	3.624	.000	48.7 – 164.8	0.54
	GAF	507.6	208.7				
EHS	GAD	30.2	29.0	-6.027	.000	(-33.1) – (-16.8)	-0.84
	GAF	55.2	32.1				
GSE	GAD	18.6	6.3	-5.417	.000	(-6.7) – (-3.1)	-0.75
	GAF	23.5	7.1				
RSS	GAD	18.8	5.1	-6.758	.000	(-6.0) – (-3.3)	-0.94
	GAF	23.5	4.8				

*Nota.* BDI=Inventario de Depresión de Beck; BIS-11 = Escala de Impulsividad de Barrat; GTP=Gravedad del Trastorno de Personalidad; GSI=Índice Global de Gravedad del SCL90-R; GSE= Escala de Autoeficacia General; EHS= Escala de Habilidades Sociales; RSS= Escala de Autoestima de Rosenberg.

jóvenes,  $p = .039$ ) y habilidades sociales (puntuán unos 8 puntos por encima en el EHS,  $p = .029$ ). Las AD no diferencian adherentes de no adherentes.

Observamos un cambio favorable ( $d = -0.87$ ) en la puntuación total del DAS ( $M_{dif} = -3.3$ ,  $DT_{dif} = 4.3$ ,  $t = -8.677$ ,  $p = .000$ , IC 95% = -4.1 y -2.6) y en cada subescala ( $d = -0.56$  a -0.76). El cambio de cada subescala correlaciona con el cambio de las demás (entre  $r = .380$  y  $r = .737$ ,  $p = .000$ ) y también con el del resto de variables (tabla 4).

El 36.6% de los participantes ( $n = 45$ ) exhibe AD tanto al inicio como al final del programa (grupo de mantenimiento disfuncional, MD), el 26% ( $n = 32$ ) tienen AF en ambos tiempos (grupo de mantenimiento funcional, MF) y el 37.4% ( $n = 46$ ) cambia de AD a AF (grupo de cambio favorable, CF). Hay 3 personas que muestran un cambio desfavorable en actitudes, que excluimos del análisis por ser un número tan reducido. En la tabla 5 (y fig. 2) se presentan las diferencias en las variables dependientes según el grupo de evolución actitudinal. El grupo de cambio favorable (CF) mejora más en

todas las variables, situándose en la medida post al nivel de los que tuvieron inicialmente AF.

### Discusión

La coocurrencia de trastorno afectivo con TP genera una interacción que potencia los efectos indeseados de ambas patologías y dificulta su abordaje terapéutico. Hemos examinado el papel de las AD en esa interacción, analizando el comportamiento de un amplio número de variables en una muestra de personas con diagnóstico de TP grave.

Los datos obtenidos confirman que las AD influyen en el nivel de sintomatología depresiva en personas con TP, en línea con estudios previos en diversas poblaciones (Jacobs et al., 2009; Köhler et al., 2015; Quilty et al., 2008; Rodríguez, 1993), pero también revelan que no son específicas de sintomatología depresiva, al correlacionar –incluso con mayor magnitud– con habilidades sociales,

**Tabla 4**  
Correlaciones (*r* de Pearson)<sup>1</sup> del cambio en las subescalas del DAS (DASpre – DASpost) con el cambio en el resto de variables: depresión (BDIpre – BDIpost), sintomatología general (GSIpre – GSIpost), impulsividad (BISpre – BISpost), gravedad de TP (GTPpre – GTPpost), autoestima (RSSpre – RSSpost), autoeficacia (GSEpre – GSEpost) y habilidades sociales (EHSpre – EHSpost)

	Cambio en las subescalas del DAS (DASpre – DASpost)						
	Aprobación	Amor	Ejecución	Perfec-cionismo	Derecho sobre otros	Omni-potencia	Autonomía
Cambio BDI	-.327	-.347	-.464	-.511	-.320	-.376	-.345
Cambio GSI	-.391	-.427	-.537	-.543	-.434	-.511	-.435
Cambio BIS-11	-.292	-.381	-.398	-.451	-.400	-.463	-.513
Cambio GTP	-.364	-.356	-.413	-.412	-.445	-.426	-.304
Cambio RSS	.478	.521	.534	.417	.346	.457	.505
Cambio GSE	.374	.380	.428	.338	.265	.387	.370
Cambio EHS	.456	.453	.394	.313	.248	.402	.486

Nota. BDI=Inventario de Depresión de Beck; BIS-11=Escala de Impulsividad de Barrat; DAS=Escala de Actitudes Disfuncionales; EHS=Escala de Habilidades Sociales; GTP=Gravedad de Trastorno de Personalidad; GSI=Índice Global de Gravedad del SCL90-R; GSE=Escala de Autoeficacia General; RSS=Escala de Autoestima de Rosenberg; SCL90-R=Cuestionario de 90 Síntomas.

<sup>1</sup> Todas las correlaciones con  $p < .01$

**Tabla 5**  
Modelo lineal general para medidas repetidas. Evolución de la depresión (BDI), la sintomatología general (GSI del SCL90-R), impulsividad (BIS-11), habilidades sociales (EHS), autoestima (RSS) y autoeficacia (GSE). Factor intrasujetos: tiempo (pre, post); factor intersujetos: evolución actitudinal (MF = mantenimiento funcional, MD = mantenimiento disfuncional y CF = cambio favorable). Se incluyen los efectos de interacción entre ambos factores, así como la diferencia de medias entre los grupos, mediante las comparaciones dos a dos de Bonferroni

Variable dependiente	Evolución actitudinal	M (DE)		Efectos			Bonferroni		
		Pre	Post	Intra sujetos $p$ ( $\eta^2$ )	Inter acción $p$ ( $\eta^2$ )	Inter sujetos $p$ ( $\eta^2$ )	Comparac. múltiples	Diferencia de medias	IC 95%
BDI	MD	35.07 (9.8)	28.1 (13.1)	.000 (.534)	.000 (.170)	.000 (.366)	MD-CF	11.7	7.1 – 16.4
	CF	29.1 (10.8)	10.5 (9.7)				MD-MF	16.3	11.2 – 21.4
	MF	20.7 (11.1)	9.8 (8.5)				CF-MF	ns <sup>2</sup>	–
GSI <sup>1</sup>	MD	85.5 (11.3)	71.9 (25.7)	.000 (.551)	.000 (.245)	.000 (.367)	MD-CF	22.6	13.3 – 32.0
	CF	80.8 (14.6)	31.3 (25.6)				MD-MF	33.7	23.4 – 44.0
	MF	59.3 (28.8)	30.7 (29.3)				CF-MF	11.0	0.8 – 21.3
BIS-11	MD	64.8 (14.4)	58.4 (16.9)	.000 (.431)	.001 (.124)	.197 (.031)	MD-CF	ns	–
	CF	68.8 (17.2)	49.5 (15.0)				MD-MF	ns	–
	MF	62.0 (16.0)	48.8 (13.6)				CF-MF	ns	–
GTP	MD	566.3 (246.5)	550.7 (221.1)	.000 (.245)	.000 (.222)	.021 (.076)	MD-CF	ns	–
	CF	640.9 (169.4)	315.6 (190.9)				MD-MF	115.4	10.5 – 220.3
	MF	494.5 (231.7)	391.7 (216.4)				CF-MF	ns	–
EHS	MD	21.7 (23.6)	30.1 (29.1)	.000 (.247)	.001 (.111)	.000 (.192)	MD-CF	-17.9	(-31.6) – (-4.3)
	CF	29.7 (29.7)	58.0 (32.8)				MD-MF	-32.6	(-47.8) – (-17.4)
	MF	53.7 (31.5)	63.4 (32.8)				CF-MF	ns	–
GSE	MD	16.4 (5.1)	19.8 (7.1)	.000 (.431)	.000 (.120)	.000 (.328)	MD-CF	-6.4	(-9.2) – (-3.6)
	CF	19.7 (7.6)	29.2 (6.7)				MD-MF	-9.3	(-12.4) – (-6.1)
	MF	24.3 (6.9)	30.4 (5.6)				CF-MF	ns	–
RSS	MD	18.1 (5.2)	20.4 (6.1)	.000 (.455)	.000 (.250)	.000 (.297)	MD-CF	-4.6	(-7.0) – (-2.2)
	CF	18.6 (5.6)	29.0 (6.1)				MD-MF	-7.5	(-10.1) – (-4.8)
	MF	24.5 (4.9)	29.0 (5.6)				CF-MF	-2.9	(-5.5) – (-0.3)

Nota. BDI=Inventario de Depresión de Beck; GTP=Gravedad de Trastorno de Personalidad; GSI=Índice Global de Gravedad del Cuestionario de 90 Síntomas; BIS-11=Escala de Impulsividad de Barrat; EHS=Escala de Habilidades Sociales; GSE=Escala de autoeficacia general; RSS=Escala de autoestima de Rosenberg.

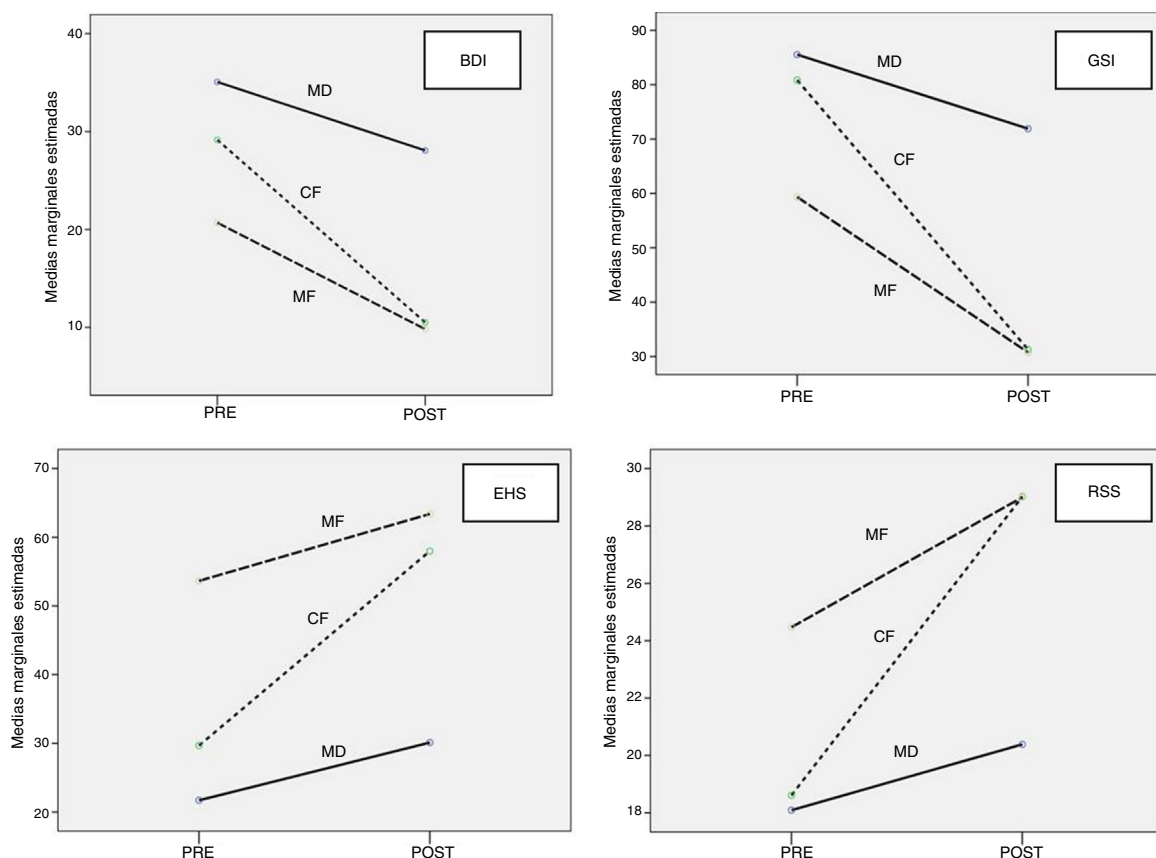
<sup>1</sup> puntuación centil

<sup>2</sup> ns = comparación no significativa ( $p > .05$ ).

autoeficacia, autoestima, impulsividad y gravedad sintomatológica general prácticamente todas las subescalas del SCL90-R, gravedad de TP y varias subescalas de personalidad del MCMI-II (autodestructiva, límite, esquizotípica, fóbico-evitativa, pasivo-agresiva, compulsiva y dependiente). Además, su cambio se asocia al cambio del resto de variables examinadas. Esto no parece sorprendente, conociendo que las interconexiones entre constructos personales son comunes en el ámbito de la salud (Kardum y Hudek-Knezevic, 2012) y que las AD son, por definición del propio constructo de esquema, un factor cognitivo personal que atañe a todo lo que la persona experimenta y que puede explicar la resistencia al cambio de las personas con TP (Young, 1990).

Al no poderse establecer una direccionalidad causal por el diseño correlacional del análisis, estos datos no pueden inclinar la balanza en el debate acerca de si los esquemas son factores causales, concomitantes o consecuentes de la sintomatología depresiva o general

(Silverman et al., 1984; Zuroff et al., 1999). Pero una perspectiva no lineal donde causa y efecto intercambian sus papeles ayuda a interpretar estos resultados: la doble experiencia de incompetencia, personal (autoeficacia, EAG) e interpersonal (inhabilidad social, EHS) va conformando un esquema autoperceptivo negativo (actitud disfuncional, DAS) que dispara el malestar que, reinterpretado con el esquema negativo, aumenta la exposición a experiencias de incompetencia que confirman el esquema negativo, cada vez más arraigado en la persona. En el nivel más elevado de perturbación personal, el esquema cognitivo irradia sus efectos negativos sobre el autoconcepto, la autoestima, la competencia interpersonal y la autoeficacia, dificultando la puesta en marcha de conductas de afrontamiento eficaz que pudieran desafiar el esquema y, en consecuencia, perpetuando (cronificando) la perturbación sintomatológica. Según el modelo conceptual de Young (1990), un esquema subyacente inadaptable formado desde la infancia y



**Figura 2.** Medias pre y post tratamiento en BDI,GSI,EHS y RSS, según la evolución actitudinal de los pacientes: MD = mantenimiento disfuncional; CF = cambio favorable; MF = mantenimiento funcional.

BDI = Inventario de Depresión de Beck; GSI = Índice Global de Gravedad Cuestionario del 90 Síntomas; EHS = Escala de Habilidades Sociales; RSS = Escala de autoestima de Rosenberg.

vivido como connatural o identitario ejerce su papel disfuncional de manera automática y desapercibida en el presente adulto, haciéndolo al paciente resistente al tratamiento convencional.

Esta concepción evolutiva permite responder a una de las preguntas generativas de esta investigación: qué implica el hallazgo de que, atípicamente en pacientes con TP, las AD pueden mantenerse a pesar de que el tratamiento sea eficaz en disminuir la sintomatología (Ilardi y Craighead, 1999). La reversión de episodios clínicos será un alivio temporal en un probable curso de episodios recurrentes (cronicidad) cuando esquemas disfuncionales sigan poniendo al paciente en una condición de vulnerabilidad ante los retos de la vida cotidiana. Autores como Tyrer (2007) conciben como trastorno de personalidad precisamente esta vulnerabilidad personal o *diathesis*.

Pero las AD no aparecen relacionadas indiscriminadamente con todos los tipos (categorías) o rasgos (dimensiones) de personalidad. La gravedad de la patología de la personalidad implica comorbilidad de varios TP (Tyrer, Crawford y Mulder, 2011; Tyrer y Johnson, 1996; Yang et al., 2010) y mayor acumulación de rasgos patológicos de personalidad (Ramos et al., 2015). Hemos encontrado en una muestra representativa de TP graves o resistentes a tratamientos previos que las AD se asocian con un perfil dimensional específico: los rasgos de personalidad límite y autodestructiva de manera más destacada y también los rasgos fóbico-evitativos, compulsivo-rígidos, pasivo-agresivos y esquizotípicos. Farabaugh et al. (2007) sugirieron que las AD podrían ser marcadores de los TP evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos, lo que sólo tangencialmente concuerda con nuestros resultados, que van más en línea del estudio de O'Leary et al. (1991), al señalar que es en el grupo de TP límite donde más elevadas se dan las AD.

Tras el tratamiento se observa una mejora de las AD, mejora que está asociada a una evolución favorable en sintomatología depresiva, gravedad general, impulsividad, gravedad de TP, autoestima, habilidades sociales y percepción de autoeficacia. No hay, por tanto, un efecto específico del cambio de AD sobre la depresión, sino una porosidad hacia el resto de las escalas. Autores como Sheppard y Teasdale (2000) sugieren que las AD, al actuar como un mecanismo metacognitivo, pueden ser objeto de intervención; Köhler et al. (2015) lo señalan como un objetivo terapéutico necesario a largo plazo y Young (1990) hace del esquema el foco central de su terapia para TP. En nuestro programa terapéutico, basado en el modelo de comunidad terapéutica (Haigh y den Hartog, 2012; Pearce y Pickard, 2013), no se aborda expresamente la modificación de AD, pero se obtiene un cambio en las mismas. Su papel puede ser conceptualizado como mediador de la mejora sintomatológica o como consecuencia de la misma (Quilty et al., 2008). Las AD se muestran como un proceso cognitivo complejo en interacción recíproca con otros procesos emocionales y motivacionales, como la autoestima –también compleja en los TP (Ramos, 2012)–, que intervienen en el cambio de conducta.

Analizando los factores específicos que comparten en diverso grado todas las intervenciones terapéuticas eficaces y cuya potenciación directa es característica de las diferentes comunidades terapéuticas, Pearce y Pickard (2013) señalan la promoción de un sentido de pertenencia y la potenciación de la responsabilidad personal. Este segundo factor requiere un cambio de actitud básico: del rol de “paciente-que-se-descontrola-porque-tiene-un-trastorno” al rol de “agente-capaz-de-llevar-las-riendas-de-su-vida”, porque confía en su capacidad de autodirección. La percepción de autoeficacia puede ser considerada un índice de esta dimensión de agencia

personal, que se asocia a mayor autoestima, a un estado afectivo positivo y a mayor bienestar (Deci y Ryan, 1987), porque pone en marcha un estilo de afrontamiento no evitativo de los problemas relacionado con mayor beneficio psicoterapéutico, como observamos en un trabajo previo (Ramos, 2014). Ahora puede añadirse que su mecanismo de acción parece tener que ver con el efecto neutralizador que opera sobre las AD, permitiendo un cambio conductual y con él una experiencia emocional correctiva.

Hay un grupo de pacientes que no ven modificada la disfuncionalidad de sus actitudes tras el tratamiento y que evoluciona peor en el resto de las variables, lo que puede apoyar la idea de Farabaugh et al. (2007) de que el DAS podría ser un marcador de formas resistentes de TP o de su gravedad.

Se han propuesto diversos modelos para explicar, cuando son codiagnosticados en una persona, la relación entre los trastornos afectivos y los TP (Shea, 1996), que viene a ser un caso particular de la enredada relación general planteada entre psicopatología y personalidad (Widiger, 2011). Concebidas como rasgos relativamente modificables o como estados relativamente estables (Ohrt et al., 1989; Zuroff et al., 1999), la relevancia que las AD muestra sobre el bienestar puede residir precisamente en su complejidad: en la red de conexiones que establece con el resto de las variables que la investigación va aislando como mecanismos nucleares transdiagnósticos del proceso salud-enfermedad (Castro, 2011; McHugh, Murray y Barlow, 2009; Sandín, Chorot y Valiente, 2012). En este debate, una perspectiva no lineal de sistemas dinámicos (Guastello, Koopmans y Pincus, 2009), que es más comprensiva con la complejidad y la no proporcionalidad de los procesos psíquicos, puede integrar los diversos modelos en circunstancias diversas, no obligando a elegir uno para todos los casos.

Este trabajo aporta un enfoque de las AD poco habitual en las publicaciones revisadas: observar sus interacciones con un abanico amplio de procesos en una muestra numerosa de personas con TP grave y evaluar su cambio tras 6 meses de intervención. No obstante, los resultados han de interpretarse en el contexto de sus limitaciones, entre las que destacamos los sesgos de deseabilidad y mixtificación que entrañan variables procedentes de instrumentos de autoinforme.

Los TP graves coexisten muy frecuentemente con otros trastornos mentales (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler, 2005; Newton-Howes et al., 2010), como los afectivos y los de ansiedad, que pueden destacar más y ser más evidentes para los clínicos, pero sería un error considerar los problemas de personalidad como algo secundario a la sintomatología afectiva y no intervenir convenientemente sobre ellos, no sólo porque el tratamiento de la depresión puede ser infructuoso en una situación de comorbilidad con TP (Beatson y Rao, 2013; Gunderson et al., 2014; Prieto et al., 2007; van Rijsbergen et al., 2015), sino también porque el TP puede ser una de las explicaciones más poderosas de la recurrencia de los demás trastornos (Tyrrer, Reed y Crawford, 2015). El paradigma de los sistemas dinámicos (Bornas, Noguera, Pincus y Buela-Casal, 2014; Guastello et al., 2009; Hayes, Hope y Hayes, 2007) puede ser más fecundo que un modelo lineal (donde se suman comorbilidades de etiquetas diagnósticas) a la hora de concebir los procesos interactivos que diferencialmente hacen que las personas, en circunstancias personales y socio-culturales concretas, vean cronificada su psicopatología o puedan devolver a su vida el sentido, la funcionalidad y el bienestar perseguidos. Nuevas investigaciones diseñadas a partir de este paradigma habrán de corroborarlo.

### Extended Summary

Several authors report a frequent co-occurrence of affective disorders and personality disorders (PD) (between 23% and 87%), and this comorbidity is associated with poor prognosis. From the tradition of cognitive therapy (Beck, 1967), dysfunctional attitudes

(DA) translate automatic patterns of thought (schemata) associated, although not exclusively, with severity of depression. The Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978) is the most extended measurement of DA.

Doubts have been expressed about whether DA and depressogenic cognitions in general are a factor of vulnerability for depression (Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis 1999) or, rather, a symptom of depression (Silverman, Silverman, & Eardley, 1984); a trait or, rather, a state (Ohrt, Thorell, Sjödin, & d'Elia, 1998). But, in any case, whether more stable trait between situations or more context-dependent state, they are an aspect of the individual personality. Young and his colleagues (Young, Klosko y Weishaar, 2003) developed the Schema-focused Therapy as an adaptation for personality disorders of the general cognitive model. So, it is to expect an association between DA and TP. This association has been found, indeed, in depressive patients (Köhler et al., 2015), even when controlling depressive symptoms (Rijsbergen Kok Elgersma Hollon & Bockting, 2015). Depressive patients in remission show a low level of DA equivalent to the level of people without depression (Ilardi & Craighead, 1999); however, patients with TP maintain a high DA level even when they are not depressed (Hill, Oei, & Hill, 1989; O'Leary et al., 1991).

The unusual behaviour of DA in depression symptoms when they occur in patients with PD supports the idea of a complex relationship DA-PD. van Rijsbergen et al. (2015), for instance, found dysfunctional beliefs linked to personality pathology in patients with recurrent major depression in remission. Farabaugh et al. (2007) suggest that persistent DA maintained after remission of depression could be a marker of some resistant PD maintained after a long-term treatment. Other studies assert borderline PD is the diagnostic group with higher scores in the DAS (O'Leary et al., 1991), DA are negatively related to outcome (Köhler et al., 2015), changes in DA could mediate therapy efficacy (Quilty, McBride, & Bagby, 2008), and their modification could be an adequate target.

Unravelling the association between DA and PD may contribute to the clarification of some of the mechanisms by which the diagnosis of PD worsens the prognosis of depressive features. Being an aspect of personality, we expect DA to show a complex interaction with other personality variables relevant to the process of pathology and health. We also expect that the group who achieves functional attitudes after the intervention would obtain not only higher reduction in depressive symptoms, general disturbance, and severity of PD, but also higher increase of self-esteem, self-efficacy and social competence.

### Method

Participants are inpatients with PD diagnosis enrolled voluntarily in a 6-month intervention program based on the principles of therapeutic community in a hospital unit between 2008 and 2015. The program includes individual interventions (medication, psychotherapy, counselling), successive group activities of broad spectrum (psychoeducational, psychotherapeutic, skill training, assemblies), and family sessions, in an integrated multi-professional work. Psychometric evaluation is part of the program that the patient freely consents, and from which we selected the instruments used in this research.

They complete the following self-report questionnaires at the beginning ( $n=292$ ) and in the end ( $n=144$ ) of the intervention: Dysfunctional Attitude Scales (DAS; Weissman & Beck, 1978), 90 Symptoms Checklist-Revised (SCL90-R; Derogatis, 1992), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II; Millon, 1999), Rosenberg Self-esteem Scale (RSS; Rosenberg, 1989), Generalized Self-Efficacy Scale (GSE; Baessler & Schwarzer, 1996), Social Skills



Scale (EHS; [Gismero, 2000](#)), and The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; [Stanford et al., 2009](#)). Correlational, bivariate and multivariate analyses were performed.

## Results

The age of participants ranged from 18 to 58 ( $M=35.46$ ,  $SD=8.28$ ); 79.8% ( $n=209$ ) were females; main diagnosis which were referred to the program was borderline PD (60.3%), followed by unspecified PD (21.4%), and mixed PD (15.3%). There are no differences between women and men in DAS scores ( $p=.855$ ) nor between borderline and the rest of PD labels ( $p=.922$ ). DA do not correlate only with BDI nor this is the strongest correlation amongst other scales.

We found DA differences in 6 out of 13 scales of MCMI-II, borderline, and self-destructive scales having higher effect size ( $d>0.80$ ).

Post-treatment measures show a reduction of DA ( $M_{dif}=-3.3$ ,  $SD_{dif}=4.3$ ,  $t=-8.677$ ,  $p=.000$ , IC 95% = -4.1 to -2.6), with an important effect size ( $d=-0.87$ ), correlated with the change of the rest of variables ( $r=.38$  to  $.73$ ,  $p=.000$ ).

There is a group of patients ( $n=46$ , 37.4%) who change pre-treatment DA for post-treatment functional attitudes (FC=favourable change group), 45 patients (36.6%) maintain DA (DM=dysfunctional maintenance group), 32 patients (26%) maintain functional attitudes pre- and post-treatment (FM=functional maintenance group). The general linear model of repeated measures (pre-post) analysis shows that the FC group obtains higher change in depression, general symptomatology, PD severity, social skills, self-esteem, and self-efficacy. We also find a greater change of FC group in some MCMI-II scales: phobic-avoidance, self-destructive, borderline, passive-aggressive, and schizotypal.

## Discussion

As expected from previous research, the level of depression is related to DA, but not exclusively, as far as the rest of variables are also correlated. DA are characteristic of borderline, self-destructive, phobic, compulsive, passive-aggressive, and schizotypal pathological traits. DA are connected with self-concept, self-esteem, self-efficacy, and perceived interpersonal skills, hindering the performance of adequate coping behaviour which could defy the cognitive schema; as a result, disturbance and suffering are perpetuated. The harm of DA seems to be neutralized by self-efficacy.

After the treatment, we observed a modification of DA, and this change is associated with a favourable evolution in depressive symptomatology, general disturbance, impulsivity, PD severity, self-esteem, social skills, and self-efficacy. There is again a confirmation of the non-specificity of DA: their change impacts the rest of variables. Some authors have suggested that DA act as a meta-cognitive mechanism; therefore, it can be susceptible of being a direct therapeutic target. Our intervention programme, based on the model of therapeutic community ([Haigh & den Hartog, 2012](#); [Pearce & Pickard, 2013](#)), does not address DA as a direct objective, but a favourable change is achieved. The relevance of functional attitudes for wellbeing and health resides probably in their complexity, in the interweaving connections that DA establish with the rest of variables that research is identifying as core transdiagnostic mechanisms of the process of health and pathology ([Castro, 2011](#); [McHugh, Murray, & Barlow, 2009](#); [Sandín, Chorot, & Valiente, 2012](#)).

There is a group of patients for whom the intervention seems to be inefficient in promoting DA change, a fact that can support the suggestion of DA as a marker of disorder severity, a condition or type of PD that remains stable across long-term treatment ([Farabaugh et al., 2007](#)).

Different models have been proposed in order to understand the effects of comorbidity between affective disorder and PD ([Shea, 1996](#)): vulnerability or predisposition model, complication or scar model, pathoplasty model, common cause model, and spectrum or subclinical model; but their relation appears to be a particular case of the complex interaction between psychopathology and personality ([Widiger, 2011](#)). In this debate, a non-linear perspective such as dynamic systems ([Guastello, Koopmans, & Pincus, 2009](#)) could integrate diverse models in diverse circumstances, without forcing to choose a unique model for all the cases.

Our work contributes to filling the gap of DA's research in people with severe PD, with and without associated affective disorder, contemplating its change after a 6-month intervention and the correlates of that change in pathology and resilience. The results have to be taken carefully, as the information derives from self-reporting measures.

Severe PD usually co-occurs with other mental disorders ([Khan et al., 2005](#); [Newton-Howes et al., 2010](#)) such as affective and anxiety disorders. It would be a mistake to treat affective or anxiety symptoms without considering personality pathology as a primary target, not only because treatment of depression can be useless in a situation of PD comorbidity ([Beatson & Rao, 2013](#); [Gunderson et al., 2014](#); [Prieto, Vera, Pérez, & Ramírez, 2007](#); [van Rijsbergen et al., 2015](#)), but also because PD used to be one of the strongest explanations of other disorders' recurrence ([Tyrer, Reed, & Crawford, 2015](#)).

The paradigm of dynamic systems ([Bornas, Noguera, Pincus, & Buela-Casal, 2014](#); [Guastello, Koopmans, & Pincus, 2009](#); [Hayes, Hope, & Hayes, 2007](#)) can be more fruitful than a linear model, when it comes to understanding interactive processes that differentially make people, in specific personal and socio-cultural circumstances, develop a chronic psychopathology or achieve direction, functionality, and well-being in their life. New research designed from this paradigm will have to corroborate it.

## Conflicto de intereses

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

## Referencias

- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1–8.
- Bajaj, P. y Tyrer, P. (2005). Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 27–31.
- Bas y Andrés, V. (1999). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beatson, J. A. y Rao, S. (2013). Depression and borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*, 199(6 Suppl), S24–S27.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bornas, X., Noguera, M., Pincus, D. y Buela-Casal, G. (2014). Emotional inertia: A key to understanding psychotherapy process and outcome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 232–239.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En: V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (Coord.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 45–78). Madrid: Pirámide.
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H. y Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179–188.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R. y Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25, 321–330.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024–1037.
- 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.
- Dyck, M. J. (1992). Subscales of the Dysfunctional Attitude Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 333–335.

- Farabaugh, A., Mischoulon, D., Schwartz, F., Pender, M., Fava, M. y Alpert, J. (2007). Dysfunctional attitudes and personality disorder comorbidity during long-term treatment of MDD. *Journal of Depression and Anxiety*, 24, 433–439.
- Friborg, O., Martinussen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T. y Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 1–11.
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA ediciones.
- González de Rivera, J. L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas (versión española del SCL-90-R)*. Madrid: TEA.
- Guastello, S., Koopmans, M., y Pincus, D. (Eds.). (2009). *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamical systems*. Nueva York: Cambridge University Press.
- 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.
- 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). Londres: Royal College of Psychiatrists.
- Hart, A. B., Craighead, W. E. y Craighead, L. W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: a prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 633–643.
- Hayes, A., Hope, D. A. y Hayes, S. (2007). Towards an understanding of the process and mechanisms of change in cognitive behavioral therapy: Linking innovative methodology with fundamental questions. *Clinical Psychology Review*, 27, 679–681.
- Hill, C. V., Oei, T. P. S. y Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 291–311.
- Ilardi, S. S. y Craighead, W. E. (1999). The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 51–57.
- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kratochvil, C. J. y March, J. S. (2009). Dysfunctional attitudes scale perfectionism: a predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 803–813.
- Kardum, I. y Hudek-Knezevic, J. (2012). Relationships between five-factor personality traits and specific health-related personality dimensions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 373–387.
- 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.
- Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Mackert, A., Ross, B. y Fydrich, T. (2015). Dysfunctional cognitions of depressive inpatients and their relationship with treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 50–56.
- Kool, S., Dekker, J., Duijens, I. J. y Dejonghe, F. (2000). Major Depression, double depression and personality-disorders. *Journal of Personality Disorders*, 14, 274–281.
- 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.
- McHugh, R. K., Murray, H. W. y Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: the promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946–953.
- Millon, T. (1999). MCMI-II. In *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA (Orig. 1987).
- Mulder, R. T. (2004). Depression and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 51–57.
- Mulder, R. T. (2011). The influence of personality on the treatment outcome of psychopathology. *World Psychiatry*, 10, 116–117.
- Mulder, R. T., Joyce, P. R. y Frampton, C. M. (2010). Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 219–225.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., Weaver, T., & the COSMIC study team. (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.
- Ohr, T., Thorell, L. H., Sjödin, I. y d'Elia, G. (1998). Are dysfunctional attitudes in depressive disorder trait or state dependent? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 419–422.
- O'Leary, K. M., Cowdry, R. W., Gardner, D. L., Leibenluft, E., Lucas, P. B. y DeJong-Meyer, R. (1991). Dysfunctional attitudes in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5, 233–242.
- 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.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147–155.
- Pearce, S. y Pickard, H. (2013). How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 636–645.
- Prieto, M., Vera, M. A., Pérez, M. N. y Ramírez, I. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y Salud*, 18, 203–219.
- Quilty, L. C., McBride, C. y Bagby, R. M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 38, 1531–1541.
- Ramos, J. M. (2012). Autoestima y trastornos de personalidad: de lo lineal a lo complejo. *Clínica y Salud*, 23, 123–139.
- Ramos, J. M. (2014, noviembre). Intervención en trastornos de personalidad: influencia del estilo de afrontamiento en el cambio sintomatológico y caracterial. En G. Buela-Casal, J. C. Sierra y T. Ramiro-Sánchez (Dirs.), *Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology*. 14–22. Granada: AEP.
- Ramos, J. M., Sendra, J. M., Sánchez, A. y Mena, A. (2015). Perturbación sintomática general y afectiva en el trastorno de personalidad: influencia de la severidad frente al tipo de trastorno. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 65–83.
- Rodríguez, M.C. (1993). *Estudio de los patrones de vulnerabilidad a la depresión: su naturaleza y tratamiento* (tesis doctoral). Departamento de Psicología Social y de la Personalidad de la facultad de psicología de la Universidad de Málaga.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sacco, W. P. y Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy for depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185–203.
- Sanjuán-Suárez, P., Pérez-García, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509–513.
- 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, 707–750.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669–673.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303–318.
- Shea, M. T. (1996). The role of personality in recurrent and chronic depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 117–120.
- Sheppard, L. C. y Teasdale, J. D. (2000). Dysfunctional thinking in major depressive disorder: a deficit in metacognitive monitoring? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 768–776.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A. y Eardley, D. A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28–30.
- Slade, M., Powell, R., Rosen, A. y Strathdee, G. (2000). Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 78–85.
- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N. y Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385–395.
- Tyrer, P. (2007). Personality diathesis: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1521–1525.
- Tyrer, P. (2012). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: a classification of personality disorders that has had its day. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 274–372.
- Tyrer, P., Crawford, M. y Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet*, 377, 1814–1815.
- Tyrer, P. y Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1593–1597.
- Tyrer, P., Reed, G. M. y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385, 71–726.
- van Rijsbergen, G. D., Kok, G. D., Elgersma, H. J., Hollon, S. D. y Bockting, C. L. (2015). Personality and cognitive vulnerability in remitted recurrently depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 173, 97–104.
- 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.
- Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389B–1390B.
- Weissman, A. y Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association. Toronto.
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10, 103–106.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, 62, 71–83.
- Yang, M., Coid, J. y Tyrer, P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry*, 197, 193–199.
- Yoshimatsu, K. y Palmer, B. (2014). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 22, 266–273.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Practitioner's Resource Series*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: a practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M. y Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 76–89.