



AESPPU - Málaga 2022



CLÍNICA UNIVERSITARIA
PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

PERFILES PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD E IMPLICACIONES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

M. Nieto; E. Cerezo; E. Zamalloa;
I. Fernández-Arias; B. Lozano; C. Larroy

INTRODUCCIÓN



Numerosos estudios observan que la presencia de Trastornos de Personalidad (TPs) supone ciertas particularidades en los procesos terapéuticos

MOTIVOS DE CONSULTA

TTO NO COMPLETADO

HH TERAPÉUTICAS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS

(Belloch et al., 2011; Dimaggio y Semerari, 2003; Ward, 2004)

INTRODUCCIÓN

2/20

MOTIVOS DE CONSULTA



ALEJADOS DE LOS SIGNOS
PROPIOS DEL TP

PROBLEMAS AFECTIVOS

TTO NO COMPLETADO



MENOR ADHERENCIA

HH TERAPÉUTICAS

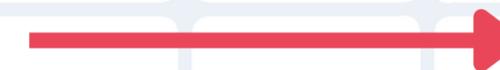


CLUSTER A: CLARIDAD + POSTURA
PROFESIONAL

CLUSTER B: LÍMITES + COMUNICACIÓN
NO PUNITIVA

CLUSTER C: DAR SEGURIDAD, ROL
ACTIVO

DIFICULTADES ESPECÍFICAS



HH METACOGNITIVAS Y DE R.E.



SIN EMBARGO...



CRECIENTE INTERÉS POR PERFILES SUBCLÍNICOS



CAMBIO DE PARADIGMA: ENFOQUE DIMENSIONAL



DETECCIÓN DE ESTOS PERFILES EN NUESTRO SERVICIO

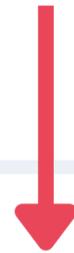
TENIENDO EN CUENTA AMBOS HECHOS, PARECE RAZONABLE PENSAR QUE PODRÍAN EXISTIR IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN EL PERFIL, Y NO SOLO EN PRESENCIA DE TPS.

INTRODUCCIÓN

4/20

El estudio de las variables mencionadas y su aplicación al ámbito clínico es muy relevante, ya que influyen en la vinculación con el terapeuta y el éxito del proceso

IMPORTANTE



**PODEMOS ANTICIPARNOS A POSIBLES
DIFICULTADES**

OBJETIVO

5/20



Contrastar si existe relación entre los perfiles de personalidad significativos y las implicaciones a nivel terapéutico

- ✓ **MOTIVO DE CONSULTA** Referido por el paciente al pedir cita
- ✓ **TTO NO COMPLETADO** Finalización de la terapia antes del cumplimiento del 60% objetivos
- ✓ **INTERFERENCIA** Gravedad sintomatología ansiosa y depresiva

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES
101 PACIENTES
CUP-UCM



70,3%
MUJERES

EDAD
RANGO: 18-79
M = 28,64
DT = 12,38

METODOLOGÍA

7/20

VARIABLES DE INTERÉS

- ★ Perfil de personalidad
- ★ Motivo de consulta
- ★ Tto no completado
- ★ Interferencia

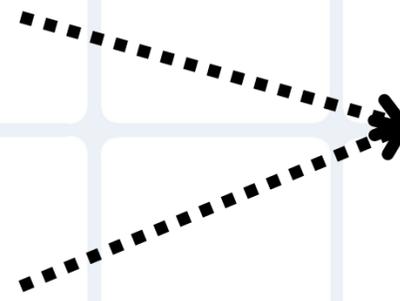
INSTRUMENTOS

Inventario Clínico
Multiaxial de Millon
(MCMI-IV)



H^a Clínica Parametrizada
(HCP)

Symptom Checklist
90- Revised
(SCL90-R)





MCMII-IV

Codificación según 2 criterios:

Patrón predominante: **TB > 85**

Perfil clínicamente significativo: **TB > 75**

SCL90-R

Se toma en cuenta el índice de severidad global, como indicador de **interferencia**

**INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-IV
FACETAS DE GROSSMAN CON LA PUNTUACIÓN MÁS ALTA**

FACETAS DE GROSSMAN	Puntuación			Perfil de las tasas base			
	PD	PC	TB	0	35	75	100
Antisocial 6A	Interpretable						
Interpers. irresponsable 6A.1	2	65	65	[Barra]			
Autoimagen autónoma 6A.2	4	86	70	[Barra]			
Dinámicas de irreflexión (paso al acto) 6A.3	6	93	80	[Barra]			
Tempestuoso 4B							
Expresivamente impetuoso 4B.1	7	90	75	[Barra]			
Interpers. eufórico 4B.2	6	86	75	[Barra]			
Autoimagen sobreestimada 4B.3	5	69	68	[Barra]			
Histriónico 4A							
Expresivamente dramático 4A.1	1	54	60	[Barra]			
Interpers. buscador de atención 4A.2	7	80	75	[Barra]			
Temperamentalmente inconstante 4A.3	10	90	85	[Barra]			

MCM-IV

SCL90-R

Codificación según
Patrón predominant
Perfil clínicamente sigr

en cuenta el índice de
severidad global

PUNTUACIONES DE LAS FACETAS DE GROSSMAN

	PD	PC	TB		PD	PC	TB
1 Esquizoide				6B Sádico			
1.1 Interpers. desvinculado	1	22	20	6B.1 Expresivamente precipitado	4	70	64
1.2 Contenido escaso	2	20	30	6B.2 Interpers. desagradable	0	22	0
1.3 Temperamentalmente apático	2	40	40	6B.3 Arquitectura eruptiva	1	47	60
2A Evitativo				7 Compulsivo			
2A.1 Interpers. aversivo	2	24	30	7.1 Expresivamente disciplinado	8	99	100
2A.2 Autoimagen alienada	1	20	15	7.2 Cognitivamente constreñido	6	49	51
2A.3 Contenido vejatorio	2	40	40	7.3 Autoimagen responsable	4	11	34
2B Melancólico				8A Negativista			
2B.1 Cognitivamente fatalista	3	28	30	8A.1 Expresivamente resentido	1	28	20
2B.2 Autoimagen inútil	0	24	0	8A.2 Autoimagen descontenta	3	36	45
2B.3 Temperamentalmente afligido	0	21	0	8A.3 Temperamentalmente irritable	1	32	20
3 Dependiente				8B Masoquista			
3.1 Expresivamente pueril	2	23	24	8B.1 Autoimagen desmerecedora	2	32	30
3.2 Interpers. sumiso	3	61	60	8B.2 Arquitectura invertida	1	25	20
3.3 Autoimagen inepta	1	22	15	8B.3 Temperamentalmente disfórico	2	23	24
4A Histriónico				S Esquizotípico			
4A.1 Expresivamente dramático	1	54	60	S.1 Cognitivamente circunstancial	6	66	70
4A.2 Interpers. buscador de atención	7	80	75	S.2 Autoimagen disociada	0	12	0
4A.3 Temperamentalmente inconstante	10	90	85	S.3 Contenido caótico	1	32	30
4B Tempestuoso				C Límite			
4B.1 Expresivamente impetuoso	7	90	75	C.1 Autoimagen inestable	1	35	20
4B.2 Interpers. eufórico	6	86	75	C.2 Arquitectura disgregada	2	38	40
4B.3 Autoimagen sobreestimada	5	69	68	C.3 Temperamentalmente lábil	1	31	20
5 Narcisista				P Paranoide			
5.1 Interpers. explotador	2	64	65	P.1 Expresivamente defensivo	1	28	20
5.2 Cognitivamente expansivo	7	78	71	P.2 Cognitivamente desconfiado	2	50	60
5.3 Autoimagen admirable	2	69	65	P.3 Dinámicas de proyección	0	20	0
6A Antisocial							
6A.1 Interpers. irresponsable	2	65	65				
6A.2 Autoimagen autónoma	4	86	70				
6A.3 Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	6	93	80				

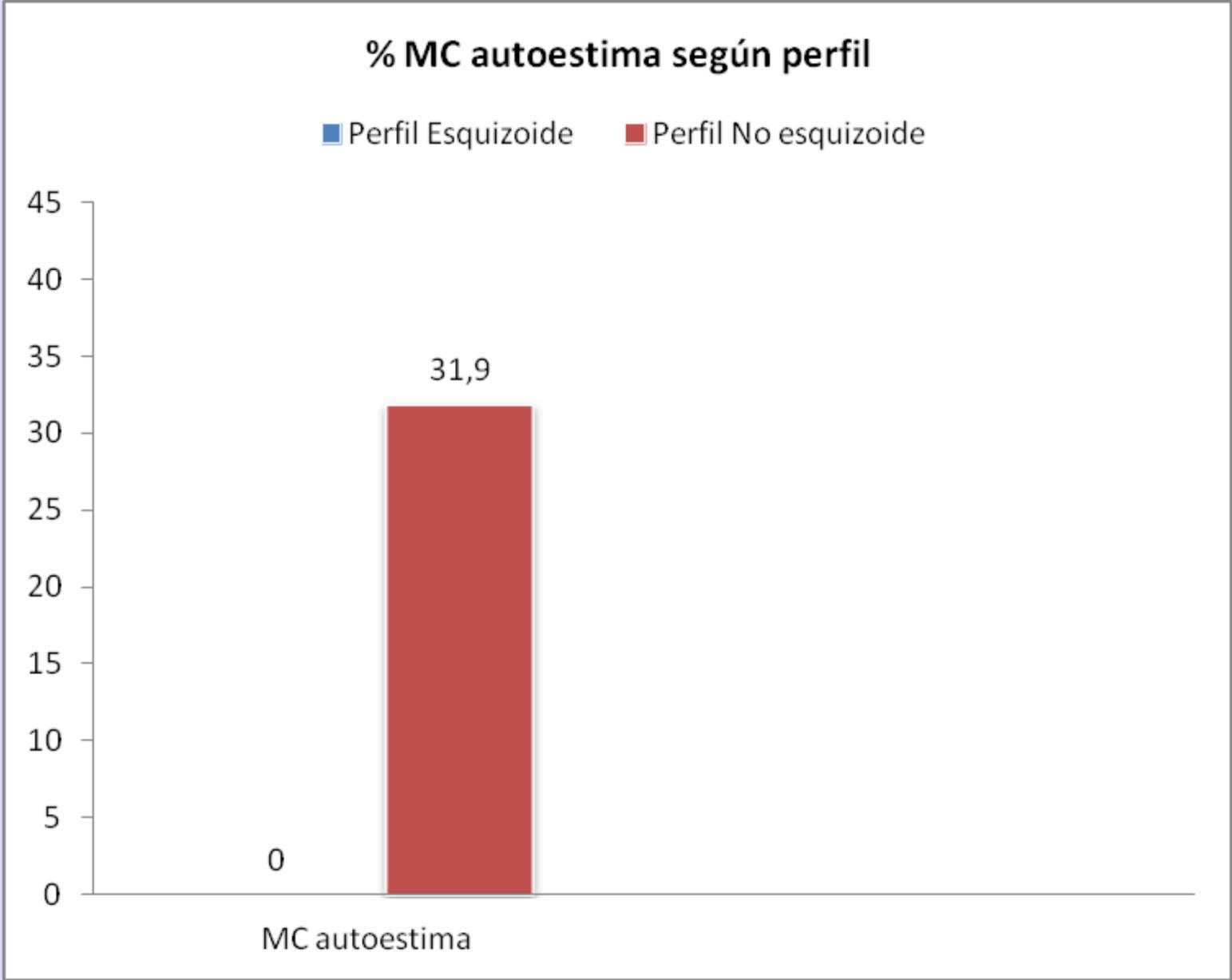
RESULTADOS



- El patrón de personalidad predominante (TB > 85) fue el **dependiente (14,9%)**
- Ningún perfil se relacionó con más **ttos no completados**
- Se evidenciaron **diferencias en cuanto al motivo de consulta en función del perfil** de personalidad (TB > 75)

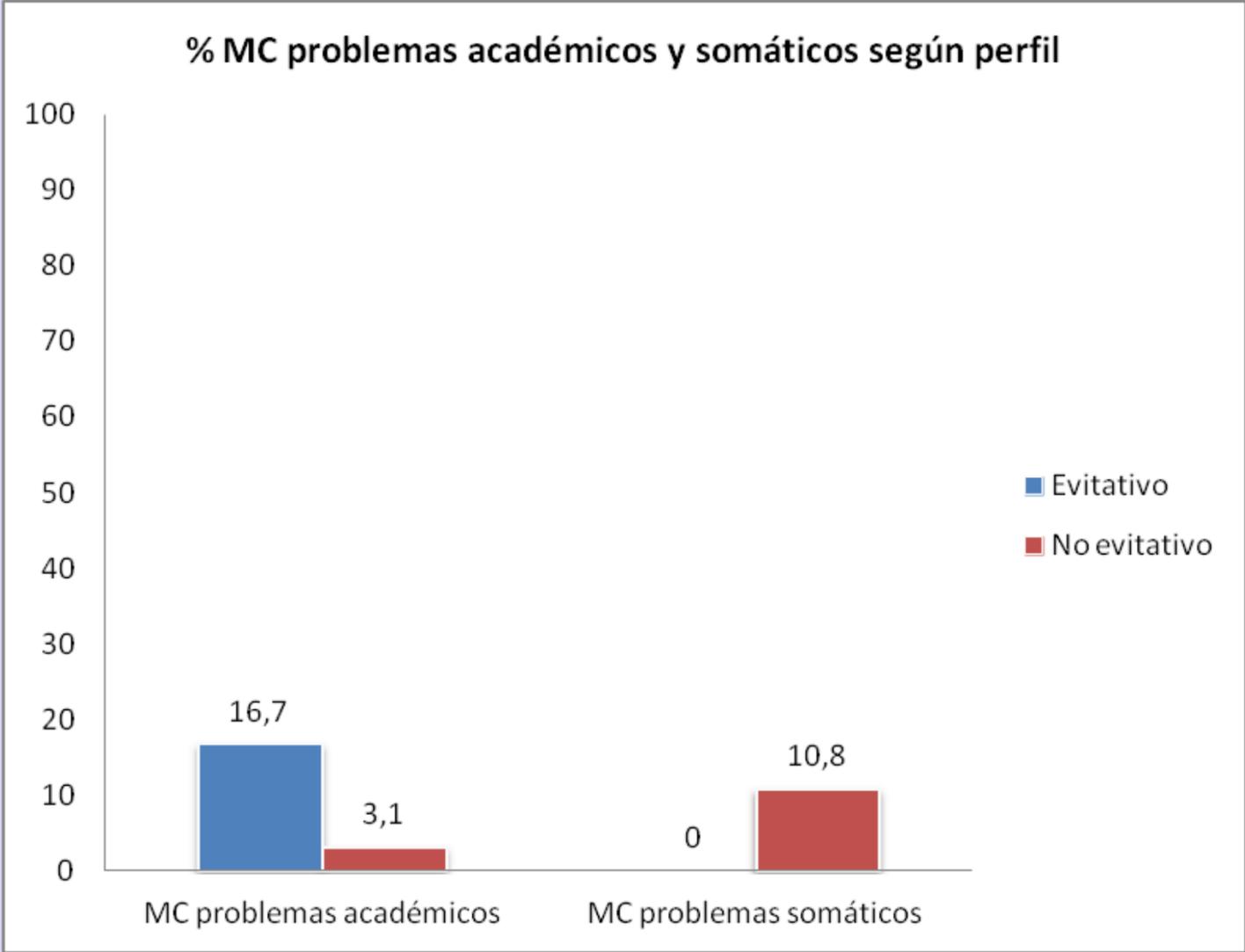
PERFIL	MOTIVO
Esquizoide	autoestima (p =0.034)
Evitativo	ámbito académico (p =0.015) somáticos (Fisher = 0.048)
Melancólico	suicidio (Fisher = 0.111)
Dependiente	autoestima (p=0.032) problemas de pareja (p= 0.025)

RESULTADOS



$p = 0.034$

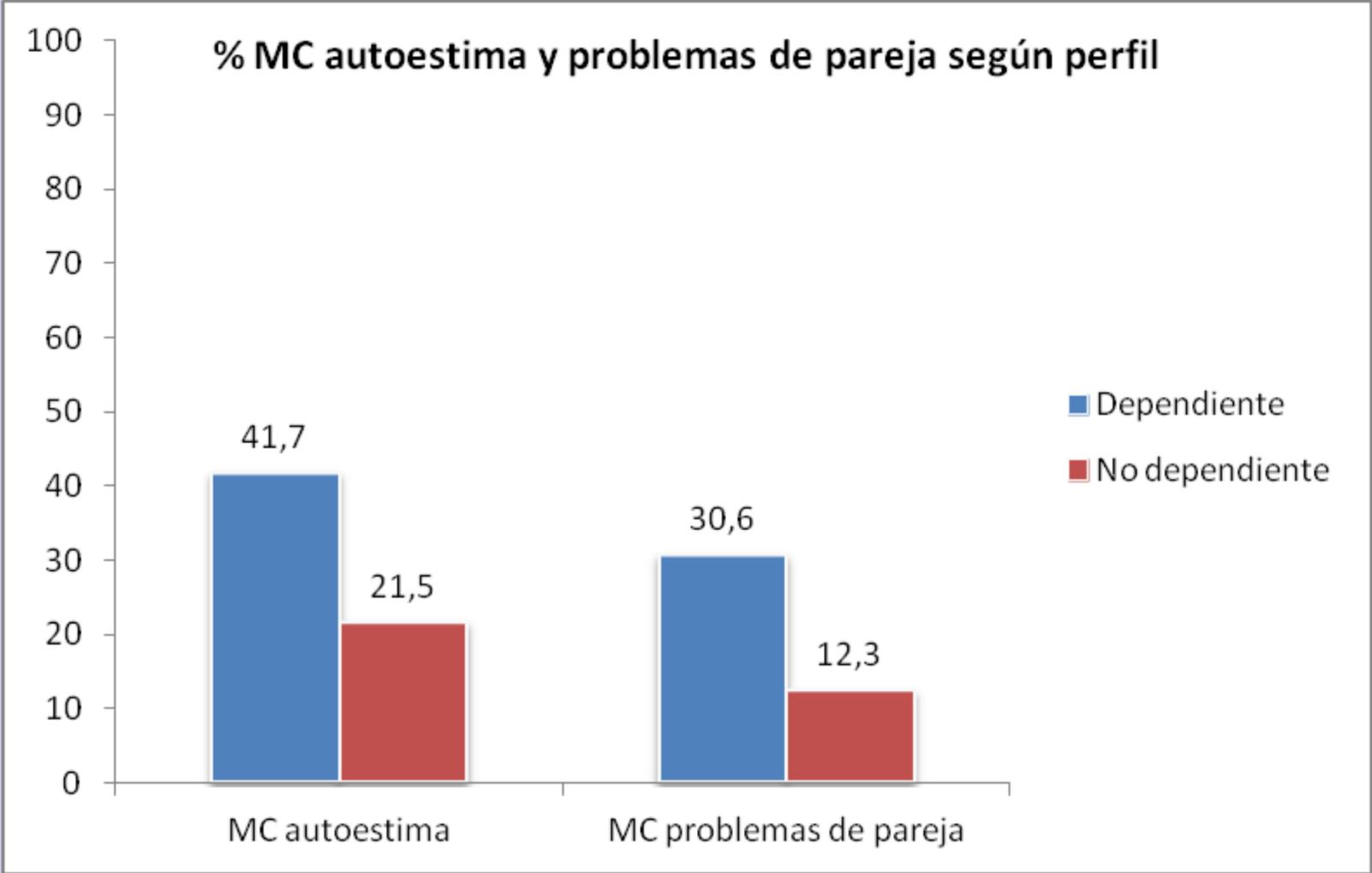
RESULTADOS



$p = 0.015$

$pFisher = 0.048$

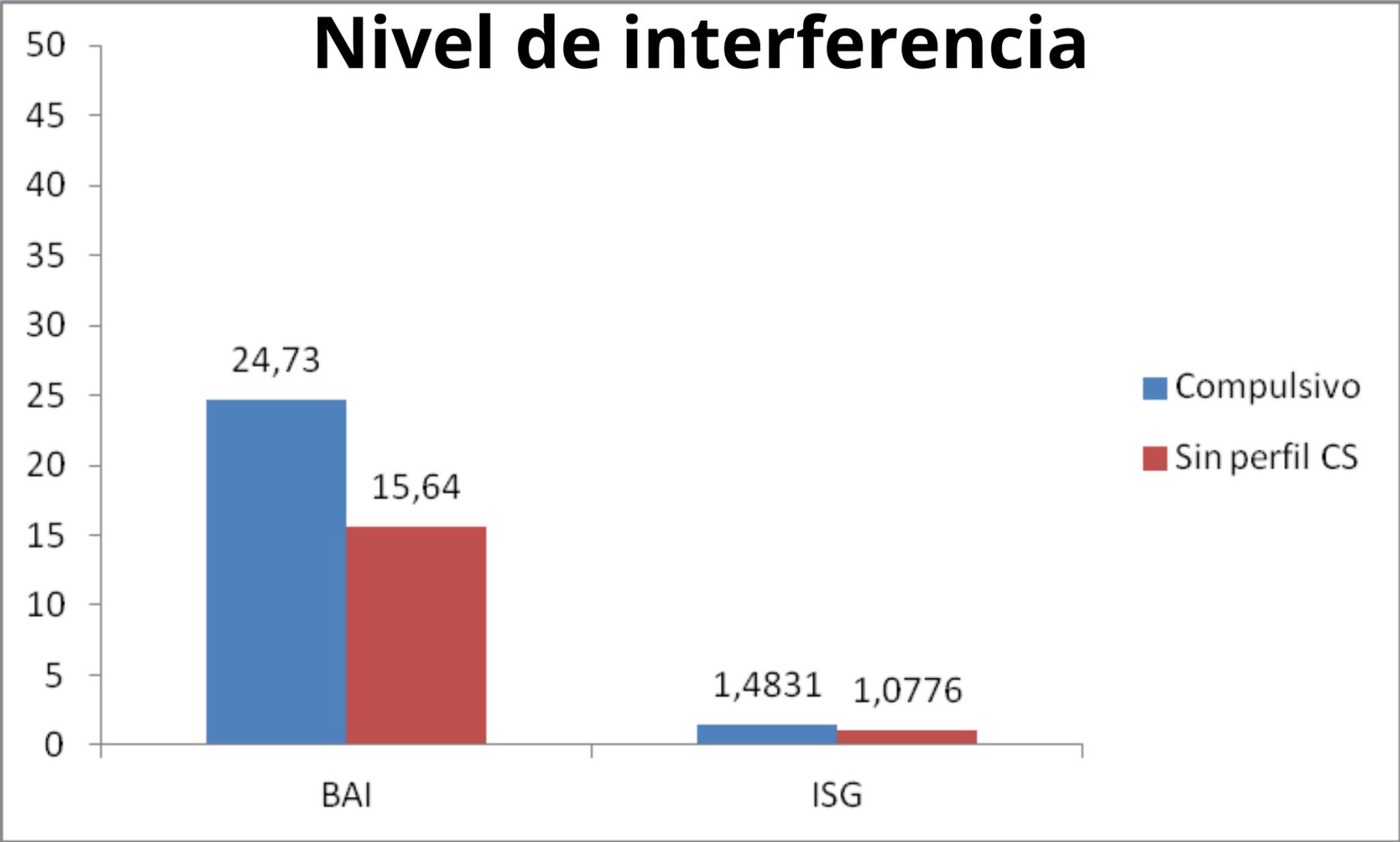
RESULTADOS



$p= 0.032$

$p= 0.025$

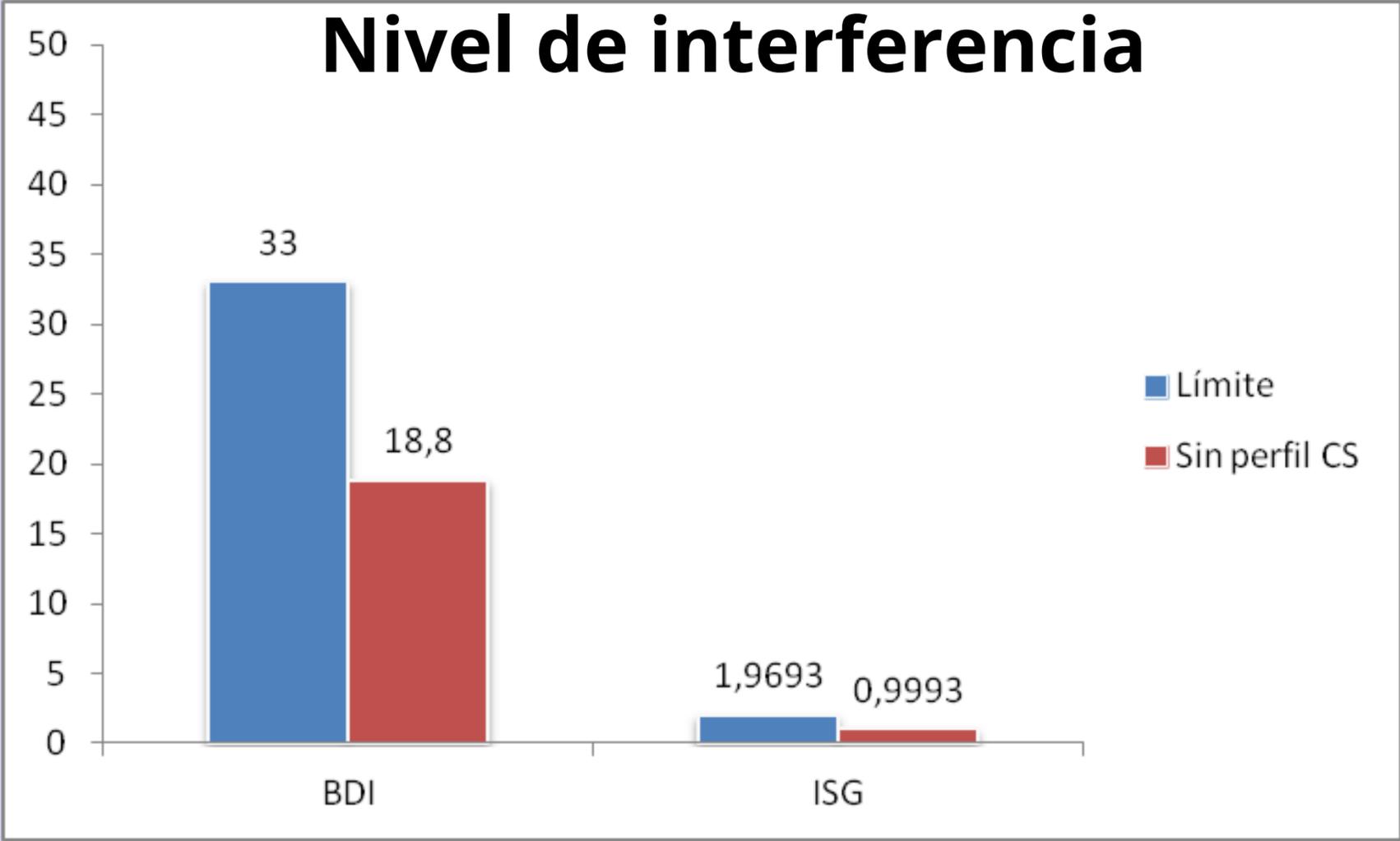
RESULTADOS



$F = 10,685; p = 0.002$

$F = 10,248; p = 0.002$

RESULTADOS

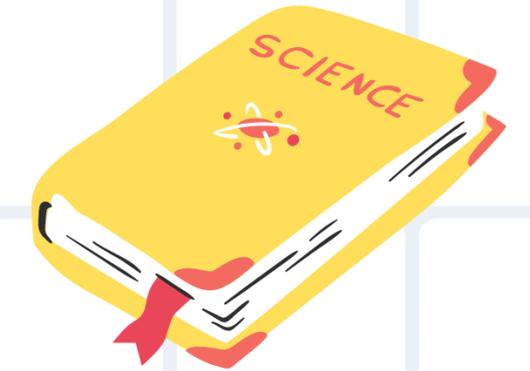


$F = 6,278 ; p = 0.014$

$F = 7,416 ; p = 0.008$

DISCUSIÓN

RELEVANCIA CLÍNICA



Los datos de este estudio apuntan a la importancia de analizar y tener en cuenta estos patrones (más allá del diagnóstico primario), sus motivos de consulta y adaptar los tratamientos a sus necesidades para lograr mayores índices de éxito terapéutico.

Ya que pueden pasar desapercibidos hasta muy entrado el tratamiento

Tratamientos focalizados en problemas afectivos fracasan cuando de base hay un TP

DISCUSIÓN

15/20



MOTIVOS DE CONSULTA

Atender a posibles perfiles significativos con motivos de consulta diferenciales:

- **Perfil evitativo y problemas académicos y/o somáticos:**
menos casos de los esperados en cuanto a problemas somáticos
¿evitación de otros temas más centrales?
- **Perfil esquizoide y autoestima:**
congruente con la literatura
- **Perfil melancólico e ideación suicida:**
necesario interpretarlo con cautela, pero tendencia congruente con investigaciones previas
- **Perfil dependiente y problemas de autoestima y/o pareja:**
evitar replicar dinámicas similares en la terapia

DISCUSIÓN



TTO NO COMPLETADO

No encontramos diferencias según el perfil



Podría deberse a que:

- en este trabajo estudiamos perfiles, en lugar de TPs (menor gravedad)
- no hay diferencias en el curso terapéutico (enfoque dimensional)

DISCUSIÓN

17/20

INTERFERENCIA

Perfiles obsesivo y límite con mayor severidad global



SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA



tendencias perfeccionistas y
necesidad de control



miedo al abandono, labilidad
emocional, entornos hostiles...

LIMITACIONES Y PROPUESTAS



¿RIESGO DE INFRADIAGNÓSTICO DE TP EN LA CUP?



ESTUDIO DE PERFILES VS. TP



SEGUIR EXPLORANDO RELACIÓN ENTRE PERFILES Y LA NO TERMINACIÓN DEL TTO EN MUESTRAS MÁS AMPLIAS



AHONDAR EN LAS RAZONES POR LAS QUE EXISTEN MOTIVOS DE CONSULTA DIFERENCIALES SEGÚN EL PERFIL Y PROCESOS IMPLICADOS



PROFUNDIZAR EN QUÉ TIPO DE MEDIDAS HABRÍA QUE ARTICULAR PARA OPTIMIZAR RESULTADOS

REFERENCIAS

19/20

- Belloch, A., & Fernández, H. (2010). Tratado de Trastornos de la Personalidad. Madrid. *Síntesis*.
- Monzón Peña, N. Bauzà Siddons, M.J. Serrano Ripoll, M. Vives Forteza, M. Gili Planas, F. Ortega Vila y M. Roca ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Bannasar XII Congreso Nacional de Psiquiatría;
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Illescas, C., & Lorea, i. & Zarzuela, A., & López, José Javier, & Fernández-Montalvo, Javier, & Landa, Natalia (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283. [fecha de Consulta 24 de Mayo de 2022]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740202>
- Ward, R. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American family physician*, 70(8), 1505-1512.
- Ruiz, E., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2012). Emotional intelligence, emotional regulation and personality styles/disorders. *BEHAVIORAL PSYCHOLOGY-PSICOLOGIA CONDUCTUAL*, 20(2), 281-304.
- Moroni, F., Procacci, M., Pellecchia, G., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., ... & Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 752-757.
- del Valle, M., Zamora, E. V., Khalil, Y., & Altamirano, M. (2020). Rasgos de personalidad y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad.*, 20(1), 56-67.



AESPPU - Málaga 2022



CLÍNICA UNIVERSITARIA
PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!



AESPPU - Málaga 2022



CLÍNICA UNIVERSITARIA
PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

PERFILES PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD E IMPLICACIONES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

M. Nieto; E. Cerezo; E. Zamalloa;
I. Fernández-Arias; B. Lozano; C. Larroy