

# MCFI-III

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

Th. Millon  
R. Davis y C. Millon

Manual



Ediciones





**Theodore Millon**

Roger Davis y Carrie Millon

Adaptación y baremación españolas:  
Violeta Cardenal Hernández y M.<sup>a</sup> Pilar Sánchez López  
(Universidad Complutense de Madrid)



TEA Ediciones, S. A.  
Madrid, 2007



## EQUIPO TÉCNICO DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

**Adaptadoras:** Violeta Cardenal Hernández y M.<sup>a</sup> Pilar Sánchez López.

**Realización de análisis estadísticos:** Juan Francisco Díaz Morales. *Universidad Complutense de Madrid*.

**Asesora de psicopatología:** Margarita Ortiz-Tallo Alarcón. *Universidad de Málaga*.

**Coordinadora principal:** Adela Fusté Escolano. *Universidad de Barcelona*.

**Revisión técnica de la adaptación española:** David Arribas Águila. *Departamento de I+D de TEA Ediciones*.

### Coordinadores:

Adela Fusté Escolano, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Dr. José Ruiz Rodríguez, Psicólogo del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).

Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

Juan Francisco Díaz Morales, Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Francisco Javier Corbalán Berná, Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.

Rosa María Limiñana Gras, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Miguel Hernández (Murcia).

### Equipo clínico de colaboradoras de la Universidad Complutense de Madrid

Susana Bernal Albilla

Sara Mercedes Clariana Martín

Carla Camino Contreras Contreras

Sonia Encinas Caballero

Sonia Fernández Ceballos

Mariana Fombella Mourela

Myrta Galache Vielba

Sheila García Garcimartín

María Ruth García Pernia

Cristina Gutiérrez Sánchez

Ana Belén López Rodríguez

Rosa María López Sánchez

### Equipo general de colaboradoras de la Universidad Complutense de Madrid

M.<sup>a</sup> Isabel Álvarez González

Marta Evelia Aparicio García

Virginia Dresch

Raquel Rivas Díez

M.<sup>a</sup> Eugenia Sáez Roche

**Traducción del Inglés:** Virginia Navascues Howard, Rosa María López Sánchez, Susana Bernal Albilla e Isabel Álvarez González.

## Centros y profesionales participantes

- Dra. M.<sup>a</sup> Asunción Abril García, Psiquiatra del Hospital Central de la Defensa (Madrid).
- Isabel Aldarna Besga, Enfermera del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Mental «Rodríguez Paterna» (La Rioja).
- Julio Arbej Sánchez, Psicólogo Clínico del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» (Zaragoza).
- Marta Aures Serrat, Psicóloga Clínica del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud «Siete Infantes de Lara» (La Rioja).
- Gemma Balaguer Fort, Psicóloga de la «Clínica de la Ansiedad» (Barcelona).
- Dr. Xavier Batalla Garangou, Psiquiatra del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Dr. Jordi Blanch Andreu, Psiquiatra del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Teresa Blanch, Psicóloga Clínica del Hospital «Doctor Peset» (Castellón).
- Cristina Botella Arbona, Catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Jaume I (Castellón).
- Carmen Bragado Álvarez, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Juan José Buiza Navarrete, Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.
- Inés Carrasco Galán, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- M.<sup>a</sup> Adela Checa Caruana, Psicóloga del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga.
- Dra. Bàrbara Corbella Santomà, Psiquiatra del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Dr. Joan Corbella Roig, Psiquiatra del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Dr. Sergi Corbella Santomà, Psicólogo del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- M.<sup>a</sup> Antonia de la Riva Marín, Psicóloga Clínica de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (Logroño).
- M.<sup>a</sup> Victoria del Barrio, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia).
- Ángeles Enriquez Soriano, Psicóloga Clínica del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» (Zaragoza).
- Marta Fernández Martín, Psicóloga Clínica del Hospital Psiquiátrico (La Rioja).
- Encarna Fernández Ros, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.
- Nieves Gámiz Jiménez, Psicóloga Clínica del Centro Psicológico «Clínica Nilo» (Málaga).
- Antonio Gamonal García, Psicólogo de los Servicios Sociales Generales del Ayuntamiento de Collado Villalba (Madrid).
- Azucena García Palacios, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Jaume I (Castellón).
- Dra. M.<sup>a</sup> Paz García López, Psiquiatra del Hospital «Vega Baja» de Orihuela (Alicante).
- Carmen Godoy Fernández, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia.
- Dr. Manuel González de Chávez Méndez, Psiquiatra y Jefe del Servicio de Psiquiatría I del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).
- Esther Gordillo Carretero, Psicóloga Clínica (Ciudad Real).
- Verónica Guillén, Psicóloga del Centro Clínico «PREVI» (Castellón).
- Carmen Gutiérrez Gamarra, Psicóloga de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de la Rioja.
- M.<sup>a</sup> Luz Hernández Terres, Psicóloga Clínica de la Unidad de Rehabilitación de Adultos del Centro de Salud Mental de San Andrés (Murcia).

- Jesús Herranz Bellido, Psicólogo Clínico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante).
- Ana Hidalgo Moratal, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de la Diputación de Alicante.
- M.<sup>a</sup> Carmen Jarabo Frasés, Psicóloga Clínica del Servicio de Salud Mental de la Diputación de Alicante.
- M.<sup>a</sup> Jesús Jiménez Moreno, Psicóloga del Centro de Salud Mental de San Andrés (Murcia).
- Francisco Javier Labrador Encinas, Catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Cristina Larroy García, Profesora Titular y Directora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Dr. Jesús Larrubia, Psiquiatra del Centro Neuropsiquiátrico «Nuestra Señora del Carmen» (Zaragoza).
- Dolores Lechuga Navarro, Psicóloga Clínica del Centro Psicológico «Clínica Nilo» (Málaga).
- Dra. Isabel López Arteche, Psiquiatra y Coordinadora del Área 20 de Salud Mental del Hospital «Vega Baja» de Orihuela (Alicante).
- Manuel López Herranz, Psicólogo de los Servicios Sociales Generales del Ayuntamiento de Collado Villalba (Madrid).
- Antonio López López, Psicólogo Clínico del Centro de Salud Mental de San Andrés (Murcia).
- M.<sup>a</sup> Cruz López Martínez, Psicóloga Clínica-Jefe de Departamento de la Clínica «Doctor León» (Madrid).
- Isabel López Molina, Psicóloga, Unidad de Salud Mental de la Diputación de Alicante.
- Eduardo López Ortega, Psicólogo Clínico de la «Clínica ES@N» (Centro para el control del estrés y la ansiedad) (Madrid).
- Ana López Torroba, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud «Siete Infantes de Lara» (La Rioja).
- Helio Marco, Psicólogo del Centro Clínico «PREVI» (Castellón).
- Juan José Marín Marín, Psicólogo Clínico del Hospital Psiquiátrico Provincial de Mérida (Badajoz).
- M.<sup>a</sup> José Martín, Psicóloga Clínica del Centro Salud Mental «Mutua de Terrassa» (Barcelona).
- Raquel Martín Escudero, Psicóloga del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante).
- M.<sup>a</sup> Pilar Martínez Díaz, Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta familiar y de pareja. Unidad de Psicología Clínica de la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid).
- Carmen Miguel Sesma, Psicóloga Clínica del Centro Neuropsiquiátrico «Nuestra Señora del Carmen» (Zaragoza).
- Reyes Moliner Albero, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Jaume I (Castellón).
- Concepción Moñino Martínez, Psicóloga del Centro «Doctor Esquerdo» de la Diputación de Alicante.
- María José Moraga García, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de la Diputación de Alicante.
- Mirian Morales, Psicóloga del Centro Salud Mental «Mutua de Terrassa» (Barcelona).
- Jesús Moreno Fauste, Psicólogo Clínico del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud de Calahorra (La Rioja).
- Mercedes Muñoz, Psicóloga Clínica del Centro Neuropsiquiátrico «Nuestra Señora del Carmen» (Zaragoza).
- Susana Navarides Arenzada, Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental «Rodríguez Paterna» (La Rioja).
- Jorge Osma López, Profesor de la Universidad Jaume I (Castellón).
- Dr. Pablo Padilla, Director Médico del Centro Neuropsiquiátrico «Nuestra Señora del Carmen» (Zaragoza).
- Esther Palomares García, Psicóloga Clínica (Ciudad Real).
- M.<sup>a</sup> Cruz Parrondo, Psicóloga Clínica del Gabinete de Psicología «M.<sup>a</sup> Cruz Parrondo» (Málaga).
- Emma Pascual Gómez, Psicóloga del Centro «Doctor Esquerdo» de la Diputación de Alicante.
- Francisca Violeta Perán López, Psicóloga del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).
- M.<sup>a</sup> Antonia Pérez Rojo, Psicóloga Clínica del centro «IAMCO» (Madrid).
- Ernesto Quiroga Romero, Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería.

- Natalia Ramos Díaz, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.
- Ana Regueiro Ávila, Psicóloga Clínica del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga.
- Nadine Riesco Sáinz, Psicóloga Clínica del Centro Salud Mental «Mutua de Terrassa» (Barcelona).
- Dra. María José Rodado Martínez, Psiquiatra del Hospital «Vega Baja» de Orihuela (Alicante).
- M.<sup>a</sup> Angustias Roldán Franco, Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta Individual de la Unidad de Psicología Clínica de la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid).
- Ángel Ruiz Ramírez, Psicólogo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (Murcia).
- Dr. José Ruiz Rodríguez, Psicólogo del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Sonia Salvador, Profesora de la Universidad Jaume I (Castellón).
- Luis Miguel Sánchez Rodríguez, Psicólogo del Centro Penitenciario Alhaurín de la Torre (Málaga).
- Dra. María Sánchez Pérez, Psicóloga del «Institut Corbella d'Assistència Psiquiàtrica i Psicològica» (Barcelona).
- Juan Carlos Sánchez Sánchez, Psicólogo Clínico y Director del Centro de Salud Mental de San Andrés (Murcia).
- Gema Santamaría Sáenz de Jubera, Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental «Rodríguez Paterna» (La Rioja).
- Soledad Santiago López, Directora de Psicología del Centro Asistencial San Juan de Dios (Málaga).
- Juan Carlos Sanz de la Torre, Jefe de la Unidad de Psicología del Hospital Psiquiátrico Provincial de Mérida (Badajoz).
- Carlos J. Van-Der Hofstad Román, Psicólogo del Hospital «Vega Baja» de Orihuela (Alicante) y Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Miguel Hernández.
- Isaura Valls, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de la Diputación de Alicante.
- Flor Zaldívar Basurto, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería.



## AGRADECIMIENTOS

**L**a labor de adaptación de un instrumento de evaluación a otro idioma no es una simple traducción del mismo. Implica la colaboración y participación de un numeroso grupo de personas. La tarea se complica mucho más cuando es la adaptación de un instrumento *clínico*, como en nuestro caso, ya que la muestra ha de ser cuidadosamente seleccionada y ha de cumplir unos requisitos muy exigentes que hacen difícil el acceso a los pacientes.

Por este motivo el proceso ha sido muy largo y complicado: nuestra empresa comenzó a finales del año 2002, cuando el propio Millon depositó su confianza en nuestro grupo de investigación (después de la experiencia positiva de haber realizado la adaptación al español del MIPS, su instrumento para la evaluación de la personalidad normal) y nos encomendó este trabajo, el cual finaliza ahora con esta publicación tan deseada como ardua.

Estos años han estado sembrados de mucho trabajo, discusiones científicas, análisis pormenorizados, realizaciones de informes clínicos individualizados (se han elaborado más de 900 informes particulares de los pacientes que han participado en este proceso de estandarización), algunos de los cuales se muestran en la guía práctica para la interpretación.

Por todo ello, todas y cada una las personas que se señalan en los apartados precedentes de coordinación, asesoría, colaboración, centros y profesionales colaboradores, etc. son coautores de la adaptación de esta obra. Ha sido una auténtica labor de equipo y aquí sí que podemos decir que cada uno de nosotros ha sido imprescindible.

La dedicación, el esfuerzo y la ilusión —mucha ilusión— han dirigido esta obra orquestada, en la que cada nota musical ha sintonizado en una sinfonía armónica que espera ayudar a las personas que sufren por problemas mentales a encontrar un camino de salud en compañía de los muchos profesionales que entregan su tiempo y energía en nuestra sociedad.

Violeta Cardenal Hernández y M.<sup>a</sup> Pilar Sánchez-López.



## ÍNDICE

<b>Ficha técnica .....</b>	13
<b>Capítulo 1: Introducción .....</b>	15
1.1. Avances desde el MCMI-II .....	15
Progreso teórico .....	15
Progreso profesional .....	16
Desarrollo empírico .....	16
1.2. Rasgos característicos del MCMI .....	17
Longitud del inventario .....	17
Base teórica .....	18
Características estructurales .....	18
Tres fases de validación .....	20
Umbráles diagnósticos .....	20
Mejoras en la presentación de resultados .....	21
1.3. Investigación y uso clínico .....	21
1.4. Requisitos y limitaciones .....	22
Uso en ámbitos apropiados .....	22
Interpretación por profesionales cualificados .....	23
Sesgos del método de autoinforme .....	23
Limitaciones diagnósticas .....	24
1.5. Resumen .....	25
<b>Capítulo 2: Validez teórica-sustantiva .....</b>	27
2.1. El triple modelo de validación .....	27
2.2. El marco teórico-sustantivo .....	29
El papel de la teoría en la construcción de los tests .....	32
2.3. Una teoría evolutiva de los trastornos de personalidad .....	33
Patrones de personalidad graves .....	35
Explicación de los prototipos del Eje II .....	35
<i>Esquizoide (escala 1)</i> .....	36
<i>Evitativo (escala 2A)</i> .....	36
<i>Depresivo (escala 2B)</i> .....	36
<i>Dependiente (escala 3)</i> .....	37
<i>Histríónico (escala 4)</i> .....	37
<i>Narcisista (escala 5)</i> .....	37

<i>Antisocial (escala 6A)</i> . . . . .	38
<i>Agresivo (sádico) (escala 6B)</i> . . . . .	38
<i>Compulsivo (escala 7)</i> . . . . .	38
<i>Negativista (Pasivo-Agresivo) (escala 8A)</i> . . . . .	38
<i>Autodestructiva (escala 8B)</i> . . . . .	39
<i>Esquizotípico (escala S)</i> . . . . .	39
<i>Límite (escala C)</i> . . . . .	39
<i>Paranoide (escala P)</i> . . . . .	39
<b>2.4. Ámbitos estructurales y funcionales de los prototipos de personalidad del Eje II</b> . . . . .	39
Ámbitos funcionales . . . . .	41
<i>Comportamiento observable</i> . . . . .	42
<i>Comportamiento interpersonal</i> . . . . .	42
<i>Estilo cognitivo</i> . . . . .	42
<i>Mecanismos de defensa</i> . . . . .	42
Ámbitos estructurales . . . . .	43
<i>Autoimagen</i> . . . . .	43
<i>Representaciones objetales</i> . . . . .	43
<i>Organización morfológica</i> . . . . .	44
<i>Estado de ánimo/Temperamento</i> . . . . .	44
<b>2.5. Características clínicas en cada ámbito de la personalidad</b> . . . . .	44
<b>2.6. Síndromes clínicos del Eje I</b> . . . . .	45
Síndromes clínicos moderadamente graves (escalas de la A a la R, ambas inclusive). . . . .	45
<i>Trastorno de ansiedad (escala A)</i> . . . . .	45
<i>Trastorno somatomorfo (escala H)</i> . . . . .	45
<i>Trastorno bipolar (escala N)</i> . . . . .	46
<i>Trastorno distímico (escala D)</i> . . . . .	46
<i>Dependencia del alcohol (escala B)</i> . . . . .	46
<i>Dependencia de sustancias (escala T)</i> . . . . .	46
<i>Trastorno de estrés postraumático (escala R)</i> . . . . .	47
Síndromes clínicos graves (escalas SS, CC y PP) . . . . .	47
<i>Trastorno del pensamiento (escala SS)</i> . . . . .	47
<i>Depresión mayor (escala CC)</i> . . . . .	47
<i>Trastorno delirante (escala PP)</i> . . . . .	47
<b>2.7. Validación racional de los ítems del MCMI</b> . . . . .	47
Creación de un banco de ítems . . . . .	48
Reducción del banco de ítems de acuerdo a criterios racionales . . . . .	48
Creación de formas provisionales sustancialmente válidas . . . . .	49
Generación y refinamiento de los ítems del MCMI-III . . . . .	50
<b>Capítulo 3: Validez interna y estructural</b> . . . . .	85
<b>3.1. Validez estructural</b> . . . . .	86
<b>3.2. La naturaleza de los problemas teóricos</b> . . . . .	87
<b>3.3. Desarrollo de los ítems para la versión experimental del MCMI-II</b> . . . . .	88
<b>3.4. Descripción del estudio de investigación</b> . . . . .	89
<b>3.5. Desarrollo de las escalas e índices del MCMI-III</b> . . . . .	90
<b>3.6. Descripción del estudio de investigación en la adaptación a población española</b> . . . . .	90
Traducción del cuestionario al castellano . . . . .	91
Procedimiento . . . . .	92



3.7. Consistencia interna y fiabilidad test-retest .....	94
Consistencia interna .....	94
Fiabilidad test-retest .....	96
3.8. Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia .....	96
Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia para las escalas clínicas .....	98
Definición de los puntos de corte de las puntuaciones de prevalencia .....	99
Definición de las puntuaciones de prevalencia .....	99
Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia para las escalas X, Y y Z .....	100
Tablas finales de la transformación a puntuaciones de prevalencia .....	101
3.9. Relaciones entre las puntuaciones de prevalencia del MCMI-II y el MCMI-III .....	102
3.10. Correlación entre las puntuaciones directas y las puntuaciones de prevalencia del MCMI-III .....	102
3.11. Matriz de correlaciones de las puntuaciones de prevalencia de las escalas del MCMI-III .....	102
<b>Capítulo 4: Validez externa y de criterio .....</b>	<b>105</b>
4.1. La validez externa del MCMI-III: Juicios diagnósticos de profesionales .....	105
Método .....	106
Resultados del Eje II .....	107
<i>Estadísticos de frecuencia</i> .....	107
<i>Eficiencia diagnóstica</i> .....	108
Resultados del Eje I .....	110
Tres generaciones del MCMI: el Eje I .....	111
Tres generaciones del MCMI: el Eje II .....	113
4.2. Correlaciones entre el MCMI-III y otras escalas .....	115
4.3. Resumen .....	118
<b>Capítulo 5: Normas de aplicación y corrección .....</b>	<b>119</b>
5.1. Poblaciones adecuadas de examinandos .....	119
5.2. Preparación y contexto .....	119
5.3. Instrucciones y aclaraciones .....	120
5.4. Comprobación de la información .....	120
5.5. Normas de corrección .....	121
Los procedimientos informáticos .....	121
Transformación a puntuaciones de prevalencia (PREV) .....	122
Ajustes de las puntuaciones de prevalencia .....	122
Condiciones de invalidación de la prueba .....	123
Codificación de los perfiles .....	124
<b>Capítulo 6: Normas de interpretación .....</b>	<b>127</b>
6.1. La evaluación de inventarios dudosos .....	127
El índice de Validez (escala V) .....	128
El índice de Sinceridad (escala X) .....	128
El índice de Deseabilidad Social (escala Y) .....	128
El índice de Devaluación (escala Z) .....	129
Consideraciones sobre el estilo de respuesta .....	129
6.2. La filosofía del modelo multiaxial .....	130
6.3. La lógica interpretativa de primer orden: realización del diagnóstico .....	131
6.4. La interpretación configuracional de las escalas de personalidad .....	133

La síntesis de ámbitos configuracionales .....	133
Interpretación de cuestionarios con escalas de personalidad de igual puntuación .....	134
6.5. La severidad y la fiabilidad de las personalidades patológicas .....	135
Las escalas Narcisista, Histriónica y Compulsiva .....	137
La interpretación de las escalas de patología grave de la personalidad .....	138
6.6. La interpretación de las escalas moderadas y severas del Eje I .....	138
6.7. La integración de los resultados del Eje I y del Eje II .....	139
Estudio de un caso clínico .....	139
Otros ejemplos clínicos .....	142
6.8. La integración de los datos evolutivos .....	145
6.9. El uso de las respuestas llamativas .....	146
<b>Capítulo 7: Aplicaciones del MCMI-III .....</b>	<b>149</b>
7.1. Ámbito forense .....	149
7.2. Neuropsicología .....	150
7.3. Abuso de sustancias .....	151
7.4. Trastorno de estrés postraumático .....	152
7.5. Ámbitos penitenciarios .....	152
7.6. El MCMI y el Rorschach .....	152
7.7. Consejo de pareja .....	153
7.8. Planificación del tratamiento y psicoterapia .....	154
<b>Capítulo 8: Perspectivas futuras .....</b>	<b>157</b>
8.1. Desarrollos teóricos: subtipos de personalidad .....	157
8.2. Desarrollos empíricos: subescalas de rasgos para el Eje II .....	159
8.3. Refinamiento a través de diversas fuentes de datos .....	159
<b>Apéndice A: Composición de las escalas .....</b>	<b>165</b>
<b>Apéndice B: Instrucciones y hoja del clínico de la tipificación española .....</b>	<b>167</b>
<b>Apéndice C: Tabla de puntuaciones de prevalencia españolas .....</b>	<b>175</b>
<b>Apéndice D: Respuestas llamativas .....</b>	<b>179</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>183</b>

## FICHA TÉCNICA

**Nombre:** MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III.

**Nombre original:** *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory - III.*

**Autores:** Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon.

**Procedencia:** NCS Pearson (1997).

**Adaptación española:** V. Cardenal y M. P. Sánchez (2007).

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Ámbito de aplicación:** Adultos.

**Duración:** Variable, entre 20 y 30 minutos.

**Finalidad:** Evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

**Baremación:** Baremos en puntuaciones de prevalencia (PREV) a partir de una muestra clínica española.

**Material:** Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y PIN de corrección.

# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

**H**ay muchas razones para no revisar un instrumento. Los enormes recursos financieros y logísticos requeridos para reunir grandes muestras representativas, la inversión de tiempo por parte de los autores y el gran número de «mini-estudios» intermedios que hay que llevar a cabo antes de la publicación del producto final constituyen formidables obstáculos. Además, está la familiaridad con el test anterior y el hecho de que los usuarios están acostumbrados a él, se adaptan y adoptan la idiosincrasia propia de un instrumento en particular y se resisten a aceptar el reto de aprender algo nuevo.

Sin embargo, el MCMI pretende ser una herramienta de evaluación en constante desarrollo que pueda perfeccionarse según las necesidades en función de los avances significativos. Cada versión sucesiva del MCMI ha sido pulida y fortalecida para incorporar los desarrollos en la lógica teórica, los datos de la investigación y la nosología profesional. Demorar una revisión sería pedirle a un instrumento, construido sobre la base de teorías y esquemas taxonómicos en decadencia, que hiciera un trabajo para el que no se construyó. No podemos continuar usando herramientas de evaluación que no tienen en cuenta los hallazgos teóricos recientes, desfasadas en cuanto a los últimos avances taxonómicos y poco pulidas en cuanto al progreso en la investigación empírica. El MCMI-I es casi un recuerdo, hoy día utilizado sólo por unos pocos de sus adeptos originales. El MCMI-II está desapareciendo. Con el MCMI-III continuamos un plan de perfeccionamiento sistemático, algo que brilla por su ausencia en otros instrumentos de evaluación.

## 1.1. Avances desde el MCMI-II

La decisión de revisar el MCMI-II fue motivada por razones teóricas, profesionales y empíricas.

### Progreso teórico

La teoría sobre la que fueron construidos el MCMI y el MCMI-II ha experimentado un considerable desarrollo. Ya no se basa principalmente en los principios comportamentales del refuerzo y el condicionamiento (Millon, 1969/1983, 1981; Millon y Everly, 1985); en vez de eso se sustenta amplia y firmemente en una teoría evolutiva (Millon, 1990; Millon y Davis, 1996). Con este cambio, se considera que los trastornos de personalidad son constructos evolutivos que se derivan de las tareas fundamentales a las que todos los organismos se enfrentan, es decir, la lucha por exis-

tir o sobrevivir (placer frente a dolor), el esfuerzo de adaptarse al medio o de adaptar el medio a uno mismo (pasivo frente a activo) y la estrategia del organismo para invertir de forma reproductiva en los parientes o descendientes frente a una inversión en su propia replicación personal (otros frente a uno mismo).

Estas tres polaridades fundamentales conforman los cimientos basados en el extenso marco de una teoría evolutiva, que trascienden cualquier escuela concreta o perspectiva tradicional sobre la personalidad. De acuerdo con ello, los trastornos del Eje II ya no se consideran como derivados principalmente de un único nivel de datos clínicos, ya sea conductual, fenomenológico, intrapsíquico o biofísico (es decir, dentro de una de las cuatro aproximaciones tradicionales a la ciencia psicológica). En vez de eso, se considera que los trastornos de personalidad se reflejan en toda la matriz de la persona y se expresan en varios dominios clínicos. Consecuentemente, se ha articulado una gran base de criterios diagnósticos y conceptos de personalidad (por ej., Millon, 1984, 1990, 1994) y un marco mucho más extenso que el *DSM*, el cual incluye el *DSM-IV*. El cuerpo creciente de bibliografía clínica proporciona una base sustancial de conocimiento para el MCMI-III. Teniendo en cuenta que el *DSM-IV* refleja estos avances, su correspondencia con el MCMI-III se ha fortalecido aún más.

## Progreso profesional

Además del desarrollo teórico orientado hacia la comprensión del Eje II, la propia área de los trastornos de personalidad disfruta ahora de un interés científico mundial. El desarrollo del *Journal of Personality Disorders* y de la *International Society for the Study of Personality Disorders* ilustran la importancia que se le ha dado a estos síndromes como componentes significativos de los trastornos mentales. Estos dos foros principales informan y reflejan el renacimiento de las teorías de personalidad y de su evaluación, que comenzó a finales de 1970 y 1980 (Millon, 1984, 1990) y que continúa hoy día.

Además, el campo clínico en general ha experimentado numerosos desarrollos profesionales. El más significativo de ellos es, por supuesto, la publicación del *DSM-IV* (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Se ha encontrado una base cada vez más sólida para tomar decisiones diagnósticas finas más allá de lo que permitía la bibliografía de finales de 1970 y principios de 1980. Se han introducido 95 nuevos ítems en el MCMI-III que reemplazan otros tantos del MCMI-II para proporcionar escalas adicionales, para optimizar la correspondencia entre los ítems del MCMI y los criterios del *DSM-IV* y para reflejar los estudios de generalización. Se han añadido dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínica (Depresivo) y una escala de síndrome clínico (Trastorno de estrés postraumático). Por último, se ha añadido un pequeño grupo de elementos para fortalecer la utilidad de la sección de respuestas llamativas del informe interpretativo en las áreas de abuso infantil, anorexia y bulimia.

## Desarrollo empírico

Se han publicado ya más de 400 artículos de investigación que emplean el MCMI como instrumento de evaluación principal. Esta sustancial base empírica, aunque difícil de digerir en su totalidad, llevó a realizar varias mejoras importantes en la estructura del MCMI-III.

Se han hecho y continúan haciéndose numerosos estudios de validación cruzada y generalización cruzada, con el objetivo de evaluar y mejorar cada uno de los elementos que constituyen el

MCMI: sus ítems, escalas, procedimientos de puntuación, algoritmos y textos interpretativos (Choca, Shanley y Van Denburg, 1992; Choca y Van Denburg, 1997; Craig, 1993; Hsu y Maruish, 1992; Maruish, 1994). Estas investigaciones (que siguen haciéndose) suponen una base empírica para una mejora más profunda de cada uno de estos componentes. Con la información previa como base, se han introducido una serie de cambios para crear el MCMI-III.

En primer lugar, la influencia del sistema de ponderación de los ítems introducida en el MCMI-II ha sido moderada. Mientras que antes a los ítems prototípicos se les daba un peso de 3 puntos, ahora reciben un peso de 2 puntos. Los estudios generalmente han mostrado correlaciones muy altas entre las escalas compuestas por ítems ponderados y no ponderados. Los autores continúan considerando que la distinción entre los ítems que son más centrales y aquellos que son más periféricos a la definición de un constructo es esencial y que los ítems deben ser ponderados de acuerdo con sus demostradas características sustantivas, estructurales y externas (Loevinger, 1957). Sin embargo, ahora se considera que 2 puntos, en vez de 3, son adecuados para captar esta distinción. Los clínicos aún pueden decidir inspeccionar los ítems de cada escala cuando busquen apoyo para un criterio particular y cuando hagan juicios diagnósticos. El abandono del sistema de ponderación de los ítems, aunque quizás no sea empíricamente reprobable, habría dado lugar a escalas compuestas exclusivamente de ítems ponderados individualmente, una característica que no sólo es incompatible con el modelo prototípico que subyace al sistema de diagnóstico oficial, sino que también es inconsistente con la lógica tripartita que ha guiado el desarrollo del propio test, la cual sostiene que las consideraciones empíricas son sólo una de las bases en las que los rasgos estructurales de un instrumento deberían apoyarse.

En segundo lugar, se hicieron también modificaciones en los procedimientos para corregir los efectos de distorsión (por ejemplo, las respuestas al azar, los engaños, la negación, las quejas). Estas modificaciones simplifican los procedimientos de puntuación que se desarrollaron para el MCMI-II.

## 1.2. Rasgos característicos del MCMI

Numerosos rasgos distinguen al MCMI de otros inventarios. Entre estos se incluyen la brevedad relativa del inventario, su base teórica, su formato multiaxial, su construcción mediante tres etapas de validación, el uso de puntuación de prevalencia y su profundidad interpretativa.

### Longitud del inventario

Los autores del MCMI siempre han tratado de mantener un número total de elementos lo suficientemente pequeño como para fomentar su uso en toda clase de contextos diagnósticos y de tratamiento, aunque lo suficientemente extenso como para permitir la evaluación de un amplio rango de conductas clínicamente relevantes. Con 175 ítems, el MCMI es mucho más corto que otros instrumentos similares. Los ítems potencialmente discutibles han sido descartados y el vocabulario ha sido ajustado a un nivel de lectura de alumnos de secundaria. Como consecuencia de esto, la gran mayoría de los pacientes pueden completar el MCMI-III en 20 ó 30 minutos, facilitándose así una aplicación rápida y simple mientras que se minimiza la resistencia y el cansancio de los pacientes.

## Base teórica

Los instrumentos diagnósticos son más útiles cuando están sistemáticamente unidos a una teoría clínica comprehensiva. Desafortunadamente, como muchos autores han resaltado (por ej., Butcher, 1972), las técnicas de evaluación y la teoría de la personalidad se han desarrollado casi independientemente. Como resultado, pocas medidas diagnósticas se han basado o han evolucionado a partir de la teoría clínica. El MCMH-III es diferente. Cada una de sus escalas del Eje II es una medida operativa de un síndrome derivado de una teoría de la personalidad (Millon, 1969/1983, 1981, 1986a, 1986b, 1990; Millon y Davis, 1996). Aunque las escalas del Eje I no están derivadas explícitamente de la teoría, no obstante se han elaborado en relación con su marco teórico. Las escalas y perfiles del MCMH-III miden las variables derivadas y elaboradas a partir de la teoría de forma directa y cuantificable. Las elevaciones y configuraciones de las escalas pueden usarse para sugerir diagnósticos específicos concretos de pacientes y dinámicas clínicas, así como hipótesis comprobables acerca del historial social y el comportamiento actual.

## Características estructurales

No menos importante que su vínculo con la teoría es la coordinación entre un instrumento clínicamente orientado y el sistema de diagnóstico oficial y sus categorías de síndromes. Pocos instrumentos diagnósticos actualmente disponibles se han construido para ajustarse tanto a la nosología oficial como el MCMI. Con la llegada del *DSM-III*, el *DSM-III-R* y el *DSM-IV* las categorías diagnósticas se especificaron de forma precisa y se definieron de forma operativa. La estructura del MCMI es análoga a la del DSM a diferentes niveles. Primero, las escalas del MCMI se agrupan en las categorías personalidad y psicopatología para reflejar la distinción que hace el DSM entre el Eje II y el Eje I. Se distingue mediante escalas diferentes las características de personalidad más duraderas de los pacientes (Eje II) de los trastornos clínicos agudos que presentan (Eje I), una distinción considerada de gran utilidad por los que desarrollan los tests y por los clínicos (Dahlstrom, 1972). Los perfiles basados en las 24 escalas clínicas pueden interpretarse para esclarecer la interacción entre los patrones caracterológicos de larga duración y los síntomas clínicos distintivos que se están manifestando en un momento determinado.

Más allá de la distinción del DSM entre los síntomas psiquiátricos y las disposiciones duraderas de personalidad, las escalas dentro de cada eje se agrupan además de acuerdo con el nivel de severidad de la psicopatología. Así, el patrón caracterológico premórbido de un paciente se evalúa independientemente de su grado de patología. Las escalas Esquizotípica, Límite y Paranoide representan niveles más altos de personalidad patológica y se han separado de las 11 escalas básicas de personalidad, desde Esquitoide hasta Autodestructiva (véase tabla 1.1). De forma similar, los síndromes clínicos moderadamente severos o neuróticos se han separado y se evalúan de forma independiente de los síndromes clínicos graves (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante) que presumiblemente tienen una naturaleza más psicótica.

En segundo lugar, en referencia a las escalas, cada eje se compone de dimensiones que reflejan sus síndromes más destacables. Así, las escalas del Eje II incluyen aquellas dimensiones de personalidad que han formado parte del DSM desde su tercera revisión y las escalas del Eje I reflejan aquellos síndromes que son los más notables e importantes en el trabajo clínico.

**Tabla 1.1 Las escalas del MCMI-III****Patrones clínicos de la personalidad**

1	Esquizoide
2A	Evitativo
2B	Depresivo
3	Dependiente
4	Histriónico
5	Narcisista
6A	Antisocial
6B	Agresivo (sádico)
7	Compulsivo
8A	Negativista (pasivo-agresivo)
8B	Autodestructivo

**Patología grave de la personalidad**

S	Esquizotípico
C	Límite
P	Paranoide

**Síndromes clínicos**

A	Trastorno de ansiedad
H	Trastorno somatomorfo
N	Trastorno bipolar
D	Trastorno distímico
B	Dependencia del alcohol
T	Dependencia de sustancias
R	Trastorno de estrés postraumático

**Síndromes clínicos graves**

SS	Trastorno del pensamiento
CC	Depresión mayor
PP	Trastorno delirante

**Índices modificadores**

X	Sinceridad
Y	Deseabilidad social
Z	Devaluación
V	Validez



## Tres fases de validación

La selección de los elementos y el desarrollo de las escalas pasó por una secuencia de validación de tres fases: (a) validación teórico-sustantiva, (b) validación interna-estructural y (c) validación mediante criterios externos. Utilizando diferentes estrategias de validación, el MCMI-III cumple con los criterios que siguen los constructores de tests, los cuales usan diversos métodos de construcción y validación (Hase y Goldberg, 1967).

En la fase teórico-sustantiva se generaron ítems para evaluar cada síndrome que se ajustasen a los requerimientos teóricos y a la esencia de los criterios del DSM.

En la fase interna-estructural estos ítems «racionales» se sometieron a análisis de consistencia interna. Los elementos que tenían las correlaciones más altas con escalas para las que no estaban destinados se eliminaron en su totalidad o se examinaron de nuevo sobre la base de los criterios teóricos, para reasignarlos o ponderarlos de nuevo. Sólo los ítems que sobrevivieron a cada fase sucesiva de validación se incluyeron en los análisis siguientes.

En la fase de criterio externo los elementos se examinaron en función de su capacidad para discriminar entre grupos clínicos, en vez de entre grupos clínicos y sujetos normales. El grupo normal no es un grupo apropiado de referencia ni de comparación (Rosen, 1962). La fase externa de cada desarrollo del MCMI puso énfasis en los datos en los que grupos diagnósticos «objetivos» se contrastaban con una población representativa aunque indiferenciada de pacientes psiquiátricos. La comparación con un grupo psiquiátrico general en vez de con un grupo «normal» ayuda a optimizar la eficiencia discriminativa de las escalas y así se mejora el diagnóstico diferencial. Una proporción favorable de clasificaciones de válidos positivos comparado con los falsos positivos apoya esta estrategia (véase capítulo 4).

En realidad, más que convertirse en un producto de compromiso, el modelo tripartito de la construcción del test intenta sintetizar los puntos fuertes de cada fase de desarrollo rechazando los ítems que son deficientes en algún aspecto. Esto garantiza que las escalas finales de un inventario no estén formadas por ítems que optimizan un parámetro concreto de la construcción del test, sino que en vez de eso satisfacen conjuntamente múltiples requerimientos, aumentando la generalización del producto final. Por medio del perfeccionamiento secuencial, los ítems prototípicos finales de las escalas MCMI, MCMI-II y MCMI-III cumplen los criterios básicos de cada uno de estos métodos de construcción.

## Umbráles diagnósticos

Un rasgo importante que distingue al MCMI de otros inventarios es el uso de datos de prevalencia<sup>1</sup> en lugar de transformaciones a puntuaciones típicas normalizadas. Debido a que las puntuaciones T se desarrollan de modo que un porcentaje fijo de la muestra se sitúa por encima de un determinado punto de corte, dichas puntuaciones asumen implícitamente que las tasas de prevalencia de todos los trastornos son iguales, es decir, el número de depresivos y esquizofrénicos es igual, por ejemplo. Por el contrario, el MCMI intenta diagnosticar los porcentajes de los pacientes que real-

1. N. de las adaptadoras. Se utilizará a lo largo del manual esta nomenclatura de puntuación de prevalencia (PREV) para referirse a la puntuación típica o Tasa Base (TB) descrita por Millon.



mente presentan trastornos en los ámbitos diagnósticos. Estos datos no sólo facilitan una base para seleccionar los puntos de corte óptimos de diagnóstico diferencial, sino que también garantizan que la frecuencia de los diagnósticos generados por el MCMI-III y de los patrones de perfiles será comparable con las tasas representativas de prevalencia clínica. En cualquier caso, todavía deben desarrollarse puntuaciones de prevalencia y puntos de corte para contextos especiales. Sin embargo, los datos de validación con una gran variedad de poblaciones (por ejemplo, pacientes hospitalizados o no, clientes de centros de drogodependencias y alcoholismo) sugieren que el MCMI-III puede usarse con un nivel razonable de confianza en la mayoría de los contextos clínicos.

### Mejoras en la presentación de los resultados

El perfil del MCMI-III generado por ordenador integra los rasgos de personalidad y los síntomas de un paciente. Preparado al estilo de los perfiles realizados por psicólogos clínicos, TEA Ediciones facilita la salida impresa automática e individualizada. El perfil sintetiza las puntuaciones de las escalas y la configuración gráfica del paciente; se basa en los resultados de una investigación sobre la prevalencia española en el modelo teórico del MCMI (Millon, 1969/1983, 1981, 1990) y en diagnósticos relevantes del *DSM* dentro de un sistema multiaxial. El perfil resume las informaciones a lo largo de varias dimensiones o ejes: severidad del desorden, síndrome clínico presente y patología de personalidad básica.<sup>2</sup>

### 1.3. Investigación y uso clínico

Debido a la simplicidad en la aplicación y a la disponibilidad de un programa informático de corrección, el MCMI se puede emplear con pacientes clínicos no hospitalizados, agencias comunitarias, centros de salud mental, programas de orientación universitarios, hospitales generales y mentales, centros privados o gabinetes multidisciplinares y juicios. El propósito fundamental del MCMI es facilitar información a los clínicos -psicólogos, psiquiatras, consejeros, trabajadores sociales, médicos y enfermeras- que tienen que realizar evaluaciones y tomar decisiones sobre el tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales.

El perfil de puntuaciones del MCMI-III es útil para seleccionar e identificar a los pacientes que puedan requerir una evaluación más intensiva o atención profesional. Los puntos de corte en las escalas del MCMI-III pueden usarse para tomar decisiones referidas a trastornos primarios de comportamiento o síndromes diagnósticos. De forma similar, los niveles más elevados en los subconjuntos de escalas pueden apoyar los juicios acerca de deterioro, severidad o cronicidad de la patología. A partir del examen del patrón de configuración de las 24 escalas clínicas en su conjunto pueden derivarse interpretaciones más dinámicas y comprehensivas de las relaciones entre sintomatología, conducta de afrontamiento, estilo interpersonal y estructura de la personalidad.

Los esfuerzos para maximizar la aplicabilidad clínica del MCMI-III se centran actualmente en reunir cantidades significativas de datos en subpoblaciones y grupos minoritarios. Además, se han llevado a cabo traducciones de versiones anteriores del MCMI a varios idiomas, preferentemente al español (Cuba, Méjico, Puerto Rico y dialectos castellanos) aunque también al danés, alemán, hebreo, flamenco, holandés, italiano, tailandés, chino, noruego y sueco. Varias de estas traducciones tienen una base de datos adecuada para la investigación o la clínica (con fines limitados), aunque ninguna está completamente establecida con respecto a sus poblaciones normativas y su validez discriminativa.

No menos importantes que su uso clínico son las posibilidades de emplear el MCMI para fines de investigación. Como se resaltó previamente, más de 400 estudios de investigación han utilizado el MCMI de una manera significativa. La conformidad creciente con los criterios del *DSM-IV* y el uso de puntuaciones de prevalencia pueden ser especialmente valiosos al seleccionar grupos para la investigación. De esta forma se pueden usar puntuaciones objetivas, cuantificadas y con base teórica, junto con patrones de perfiles clínicos, para generar y poner a prueba una gran variedad de hipótesis clínicas, experimentales y demográficas.

## 1.4. Requisitos y limitaciones

Los siguientes apartados detallan algunas limitaciones y requisitos que deben ser tenidos en cuenta al utilizar el MCMI-III.

### Uso en ámbitos apropiados

Primero, el MCMI-III no es un instrumento de personalidad general para ser utilizado con población normal o para una finalidad diferente a la de evaluación psicológica.<sup>1</sup> En esto difiere de otros inventarios aplicados más ampliamente, pero cuya supuesta utilidad para poblaciones diversas puede no ser tan amplia como se piensa a menudo.

Los datos normativos y las puntuaciones transformadas del MCMI-III se basan totalmente en muestras clínicas, y son aplicables sólo a individuos que presenten problemas emocionales y síntomas interpersonales o que estén en psicoterapia o evaluación psicodiagnóstica. Aunque su uso como una medida operativa de constructos teóricos relevantes está totalmente justificado, es mejor extraer las muestras para esos objetivos sólo a partir de poblaciones clínicas comparables. Aplicar el MCMI-III a un rango más amplio de problemas o de clases de sujetos, como individuos procedentes de las empresas y la industria, para identificar lesiones neurológicas o para la evaluación de rasgos de personalidad generales en estudiantes universitarios, es aplicar el instrumento en ámbitos y muestras para los que no se creó ni es, por tanto, apropiado.

A los clínicos que trabajan con personas con algún trastorno físico, con medicina comportamental o en la rehabilitación de pacientes, se les recomienda que usen uno de los inventarios asociados al MCMI-III, como por ejemplo el MBHT, *Millon Behavioral Health Inventory* (Millon, Green y Meagher, 1982a). De forma similar, si el individuo que va a ser evaluado es un adolescente con problemas psicológicos que se encuentra en el instituto o comenzando la universidad, se recomienda a los clínicos utilizar el MACI, *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon* (Millon, Millon y Davis 1993; adaptación española publicada por TEA Ediciones). Aquellos que quieran evaluar los atributos psicológicos y rasgos de adultos no clínicos (es decir, normales) deben usar el MIPS, *Inventario Millon de estilos de personalidad* (Millon, Weiss, Millon y Davis, 1994; adaptación española publicada por TEA Ediciones), especialmente apropiado como una medida de los constructos más amplios de la teoría.

## Interpretación por profesionales cualificados

Las personas que utilizan el MCMI y sus informes asociados o supervisan su uso deben tener suficiente experiencia en la aplicación de tests, métodos psicométricos, práctica clínica y conocimientos teóricos para comprender los manuales de los tests (Asociación Americana de Psiquiatría, 1986; Normas del Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1995; Skinner y Pakula, 1986). Como mínimo, deberían poseer alguna especialización en Psicología clínica, consejo psicológico, Trabajo social o Psiquiatría. Con la excepción del campo de la investigación o la formación para licenciados, donde la supervisión suele ser a menudo obligatoria, el uso de puntuaciones automatizadas debe limitarse a los clínicos que cumplen los requisitos de miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría, la Asociación Médica Americana o sus equivalentes en España. En resumen, solo aquellos entrenados en los tests psicológicos están cualificados para interpretarlos.

Como un instrumento de autoinforme, el MCMI sólo representa una faceta de la evaluación total del paciente. La riqueza y precisión de cualquier medida de autoinforme mejora cuando sus resultados se evalúan en el contexto de otras fuentes clínicas. La combinación de varias muestras de diversos contextos no sólo aporta datos que incrementan la probabilidad de realizar inferencias correctas (Epstein, 1979, 1983), sino que también las aproximaciones multimétodicas (Campbell y Fiske, 1959) ofrecen tanto a los clínicos experimentados como a los novatos una base óptima para descifrar los rasgos únicos que caracterizan a cada paciente.

No menos importante que las revelaciones facilitadas por otras fuentes de datos clínicos diferentes del autoinforme es la orientación interpretativa proporcionada por una variedad de índices demográficos no clínicos (p. ej., edad, sexo, estado marital, vocación, etnia, factores socioeconómicos, nivel educativo). Aunque las puntuaciones mayores o menores del MCMI-III asociadas con estas características de población a menudo reflejan diferencias reales en las tasas de prevalencia (p. ej., los oficiales de policía varones puntúan más alto que los profesores varones en algunas escalas y lo hacen de una manera que es consistente con los datos de personalidad diferentes de los de los tests), es importante que los clínicos tengan una noción razonable de lo que es típico para pacientes con unos determinados antecedentes sociales. De forma similar, en el MCMI-III se usan un cierto número de «modificadores» de escala para compensar las diferencias entre pacientes en sus tendencias de distorsión, especialmente la franqueza o la exageración. Cualquiera que sea la eficacia de estas correcciones, conviene que el clínico considere cuidadosamente el impacto de variables demográficas importantes, no sólo para compensar sus efectos sino por las intuiciones que pueden proporcionar y por su habilidad para individualizar y enriquecer el significado de los datos clínicos del MCMI-III.

## Sesgos del método de autoinforme

Como resulta evidente, el formato de autoinforme adolece de importances limitaciones a la hora de evaluar la personalidad y, claramente, no es una fuente perfecta de datos. Los límites psicométricos inherentes, la tendencia de pacientes similares a interpretar las preguntas de manera diferente, el efecto de los estados afectivos del momento en la medida de los rasgos y el esfuerzo de los pacientes por simular ciertas falsas apariencias e impresiones reducen los límites superiores de la potencial precisión de este método. Sin embargo, un instrumento de autoinforme que está construido de acuerdo con técnicas de validación aceptadas (Loevinger, 1957) debe acercarse a estos límites superiores. Dado que el MCMI ha respetado estos antecedentes de desarrollo, los resultados son precisos para el 55-65% de los pacientes a los que se les aplica. Es útil y general-



mente válido, aunque con juicios parciales equivocados, en aproximadamente el 25-30% de los casos y se equivoca (esto es, es claramente erróneo) en aproximadamente el 10-15% de los casos. Estas cifras están en un rango cuantitativo de 5 a 6 veces superior de lo que sería esperable por puro azar.

Aunque los niveles de precisión varían de un contexto a otro, estos resultados reflejan en general las dificultades para detectar la presencia de un trastorno en el momento en el que se realiza la evaluación (p. ej., identificar un trastorno de personalidad histrónica durante la depresión de un paciente). Es también problemática la prevalencia de los trastornos. En términos puramente matemáticos, los grupos de diagnóstico con prevalencias notablemente bajas (p. ej., suicidio) o altas (p. ej., distimia) son estadísticamente problemáticos, porque incluso los puntos de corte óptimos a menudo producen aciertos que son sólo marginalmente mejores que los que se obtendrían por azar (Meehl y Rosen, 1955; Rorer y Dawes, 1982).

Los puntos de corte de las escalas diagnósticas del MCMI-III y las interpretaciones del perfil se orientan a la mayoría de los pacientes que llenan el inventario, esto es, a aquellos que muestran trastornos psíquicos en los rangos medios de severidad, y no a aquellos cuyas dificultades están más próximas a la normalidad (p. ej., litigantes de indemnizaciones de trabajo, pacientes en terapia de pareja) o bien son de una manifiesta severidad clínica (p. ej., psicóticos agudos, esquizofrénicos crónicos). Para optimizar la validez diagnóstica e interpretativa, se han escrito narraciones centradas en grados moderados de patología; como resultado, el grado de precisión del diagnóstico y la interpretación es ligeramente menor para los pacientes en los rangos más y menos severos de trastorno psicológico. Los análisis narrativos de los pacientes que están experimentando dificultades normales en su vida o trastornos menores de ajuste tienden a interpretarse como más problemáticos de lo que son, y a la inversa, a menudo las personas con las patologías más severas pueden considerarse como menos seriamente deteriorados de lo que realmente están.

## Limitaciones diagnósticas

No hay una división clara entre los fenómenos del Eje I y los del Eje II. Las escalas de cada inventario de personalidad, sea orientado fundamentalmente a la personalidad o a la psicopatología, reflejan en grados variables tanto los aspectos estables (p. ej., los rasgos) como las características más transitorias (p. ej., los estados). Este hecho tiene importantes implicaciones para la construcción e interpretación de los inventarios psicológicos. Son notables los efectos parciales de los estados de depresión y ansiedad sobre los resultados en las escalas de trastornos específicos de personalidad (Hirschfeld y col., 1983). Aunque estos resultados provienen, en parte, de la presencia de ítems compartidos por las escalas (Wiggins, 1982), el nivel de covariación es apreciablemente mayor que el que puede ser explicado sólo por el solapamiento de ítems (Lumsden, 1987). La experiencia con versiones anteriores del MCMI indica que la presencia de estados distímicos y ansiosos acentúa las puntuaciones en las escalas de personalidad, a la vez que disminuyen indebidamente las puntuaciones obtenidas en otras escalas, un resultado que es consistente con la investigación de Shea, Glass, Pilkonis, Watkins, y Docherty (1987). Se han hecho esfuerzos compensatorios para contrarrestar las influencias que potencialmente distorsionan el inventario, incluyendo el volver a redactar los ítems para separar más claramente los fenómenos clínicos y los estados de los que son más estables, como los rasgos de personalidad, y emplear ajustes de puntuación que corrigen automáticamente ciertas escalas donde se indican estados afectivos marcados o agudos. No obstante, los clínicos deberían tener en cuenta la posibilidad de poder malinterpretar ocasionalmente un trastorno de personalidad cuando las puntuaciones en las escalas de



Trastorno de ansiedad y Trastorno distímico parecen inusualmente o inesperadamente altas o bajas a la luz de otras fuentes de datos clínicos.

## 1.5. Resumen

El MCMI es una herramienta de evaluación en estado de evolución, que debe ser revisada de acuerdo con los progresos teóricos, profesionales y empíricos. Numerosos rasgos distinguen el MCMI-III de otros inventarios, incluyendo su relativa brevedad, su base teórica, sus características estructurales y el uso de un sistema de validación de tres fases. Aunque el MCMI tiene numerosas aplicaciones clínicas y ha sido utilizado en muchos estudios de investigación, deben tenerse en cuenta algunas limitaciones y requisitos, incluyendo entre ellos su uso en un ámbito apropiado, la interpretación por un profesional cualificado y la influencia de los sesgos del método de autoinforme y los factores estado-rasgo en los resultados del test.

## CAPÍTULO 2: VALIDEZ TEÓRICO-SUSTANTIVA

Este capítulo presenta la estrategia y el razonamiento original que guió el desarrollo del MCMI, el MCMI-II y el MCMI-III, centrándose en la fase teórico-sustantiva de la construcción de un test. La mayoría de este material, del modelo teórico y de los criterios del DSM-IV sirvió como guía en la redacción de los ítems iniciales para varias generaciones del MCMI, incluyendo el MCMI-III.

### 2.1. El triple modelo de validación

Según Loevinger (1957) y Jackson (1970), la validación debería ser un proceso continuo presente durante todas las fases de construcción de un test, no solo un proceso para corroborar la efectividad de un instrumento después de haberse desarrollado. Teniendo en cuenta este principio, la validación del MCMI, el MCMI-II y el MCMI-III fue una parte integral en cada paso del desarrollo.

Una vez que se ha aceptado esta estrategia, queda la pregunta de qué procesos de validación deberían usarse de modo que el producto final sea lo más eficiente posible para lograr los objetivos de diagnóstico diferencial y de utilidad clínica interpretativa. En su monografía, muy ilustrativa, Loevinger (1957) propuso que la validación durante el desarrollo implica tres componentes secuenciales: sustantivo, estructural y externo. Cada uno de estos es un componente necesario pero no suficiente para la construcción de un inventario. Cuando sea factible, se respetará la secuencia desde el primer estadio al tercero. Esta secuencia de validación difiere de los procedimientos empleados en la construcción de inventarios clínicos anteriores y debería producir un instrumento con propiedades óptimas. A modo de resumen de los procedimientos seguidos para desarrollar el MCMI, el MCMI-II y el MCMI-III, se presenta a continuación una descripción breve del razonamiento y los métodos usados con cada uno de estos tres componentes.

El primer estadio de validación, *teórico-sustantivo* (más recientemente denominado enfoque *deductivo* por Burisch, 1984), examina hasta qué punto los ítems que forman el instrumento derivan su contenido de un marco teórico explícito. Millon (1969/1983, 1981, 1986a, 1990) desarrolló esta teoría para el MCMI. A lo largo de las tres generaciones del MCMI esta teoría, primero basada en los principios del refuerzo y ahora anclada en los conceptos fundamentales de la evolución, aporta una serie de constructos clínicamente relevantes para la definición de rasgo de personalidad y de síndrome, los cuales sirvieron de guión al redactar los ítems relevantes de las escalas. Debido a



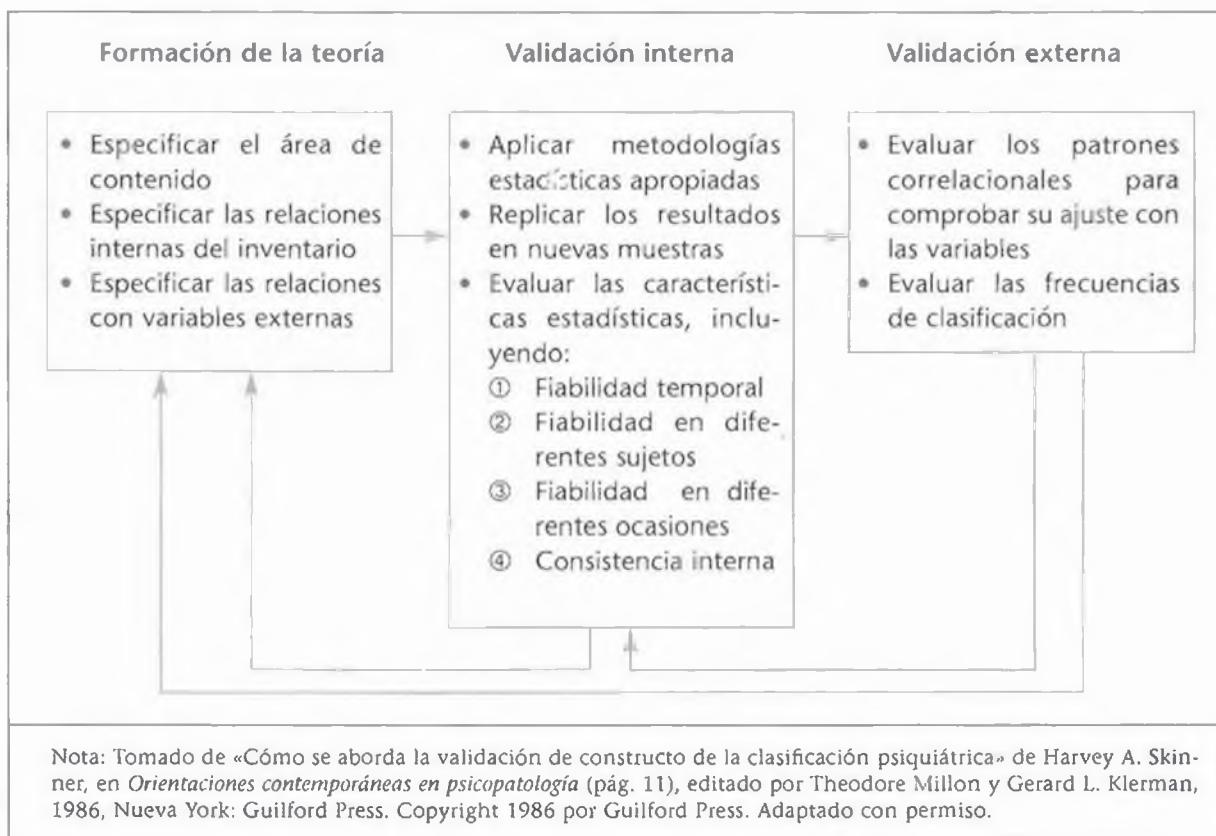
que pueden establecerse límites claros y relaciones anticipadas entre síndromes sobre bases racionales, el instrumento puede construirse tanto con escalas diferentes como interrelacionadas en las fases iniciales del desarrollo. La validación teórico-sustantiva es el tema principal de este capítulo.

El segundo estadio de validación, *interna-estructural*, se refiere al modelo al que se espera que se ajusten los elementos del instrumento. En la tradición inductiva cada escala se construye como medida de un rasgo independiente de acuerdo con un modelo factorial. En la tradición deductiva, cada escala se diseña para que posea un alto grado de consistencia interna y para que muestre un solapamiento considerable con algunas de las otras escalas. En la fase estructural, los ítems que ya han sido validados sustantivamente se aplican a poblaciones apropiadas. Los ítems que sobreviven a este segundo estadio son aquellos que maximizan la homogeneidad de las escalas, muestran cierto solapamiento con otras escalas teóricamente congruentes y demuestran niveles satisfactorios en sus índices de atracción y de estabilidad temporal. La validación interna-estructural del MCMI-III se expone en el capítulo 3.

El tercer estadio de validación, *externa-de criterio*, incluye sólo aquellos ítems y escalas que han cumplido los requisitos de las fases sustantiva y estructural anteriores. En este estadio se evalúa la correspondencia empírica de cada escala del test con varias medidas del rasgo o del síndrome bajo estudio no procedentes de una escala. Este tercer estadio implica correlacionar los resultados obtenidos en formas preliminares del inventario con comportamientos clínicos relevantes. Cuando se hace en conjunción con otros métodos de evaluación y empleando diversos criterios externos, este procedimiento también puede establecer la validez convergente y divergente de cada escala (Campbell y Fiske, 1959). La validación externa-de criterio del MCMI-III se expone en el capítulo 4.

En un conjunto de artículos clásicos, Hase y Goldberg (1967) y Goldberg (1972) compararon estrategias alternativas de construcción y encontraron que cada una mostraba niveles equivalentes de validez de acuerdo a una serie de criterios. Después de revisar varios estudios paralelos, Burisch (1984) llegó a la conclusión de que estos resultados seguían teniendo apoyo. Sin embargo, una estrategia de validación secuencial empleando estos tres enfoques probablemente será, al menos, equivalente a cualquier método único y quizás sea incluso mejor. Teniendo en cuenta este supuesto no comprobado, se comenzaron los estudios de validación del MCMI, con la esperanza de que cada estadio produciría formas del inventario progresivamente más refinadas y precisas. Esta estrategia tripartita, esquematizada en la figura 2.1, ha servido desde entonces como marco de desarrollo para todos los siguientes inventarios de Millon.

Figura 2.1. El modelo de validez del proceso de Loevinger



## 2.2. El marco teórico-sustantivo

Teoría y taxonomía están íntimamente unidas. Los filósofos de la ciencia están de acuerdo en señalar que el sistema de categorías que subyace a cualquier área de investigación debe responder a la pregunta que forma el principal punto de partida de la iniciativa científica: ¿por qué la naturaleza adopta esta forma particular en vez de otra? De acuerdo con esto, no se puede simplemente aceptar como dada de antemano cualquier lista de tipos o dimensiones. Por el contrario, un esquema taxonómico tiene que ser justificado, y para serlo científicamente debe ser justificado teóricamente. La taxonomía y la teoría, por lo tanto, están íntimamente ligadas. Quine (1977) indica un paralelismo:

El sentido de similitud o el sistema de categorías de una persona evoluciona y cambia... a medida que madura... Y con el tiempo, aparecen normas de similitud ajustadas a la ciencia teórica. Esta evolución se aleja del sentido animal inmediato y subjetivo de similitud, acercándose a la remota objetividad de una similitud determinada por hipótesis científicas... y constructos. Las cosas son similares en el sentido último o teórico según el grado en que son reveladas por la ciencia (pág. 171).

¿Es posible esta taxonomía? Está en juego nada menos que el estudio de las personas posea su propia taxonomía intrínseca o que siga siendo una pseudociencia que sirve a la sociedad en general,

estableciendo diagnósticos en función de normas extrínsecas. Aunque el *DSM* se formuló deliberadamente y apropiadamente como ateórico, finalmente requeriremos alguna manera de separar la paja del trigo.

La aproximación deductiva presentada en otras publicaciones (Millon, 1969/1983, 1981, 1990; Millon y Davis, 1996) genera una verdadera taxonomía para reemplazar el primitivo agregado de categorías que le precedía. Este poder generativo es lo que Hempel (1965) denominó la «importancia sistemática» de una clasificación científica. Meehl (1978) señaló que los sistemas teóricos consisten en afirmaciones relacionadas, términos compartidos y proposiciones coordinadas que aportan una base fértil para deducir y derivar nuevas observaciones empíricas y clínicas. Lo que se elabora y se refina desde la teoría es, por tanto, la comprensión, una habilidad para ver las relaciones con mayor claridad, para conceptualizar las categorías de forma más precisa, para crear mayor coherencia general en un sujeto y para integrar sus elementos de forma más lógica, consistente e inteligible. Los límites taxonómicos preteóricos que se impusieron en función de la intuición clínica y el estudio empírico pueden después afirmarse y refinarse de acuerdo con su constitución a lo largo de polaridades subyacentes. Estas polaridades aportan al modelo una estructura holística y cohesiva que facilita la comparación y el contraste de grupos a lo largo de ejes fundamentales, acentuando así los significados de los constructos taxonómicos derivados. Este tipo de marco es esencial en la generación de ítems para un inventario.

En palabras de Hempel (1965), todas las clasificaciones naturales son clasificaciones, pero no todas las clasificaciones son naturales. No todos los sistemas de clasificación utilizan una distinción real que existe en la naturaleza. De hecho, se podría proponer un número infinito de sistemas de clasificación, tanto dimensional como categórica, para los desórdenes de personalidad. En este sentido, el propósito de la teoría deductiva es extraer de un número infinito de formas de agrupar los fenómenos clínicos sólo aquellos que tienen el potencial de «trinchar la naturaleza», es decir, que tienen importancia sistemática en relación con otras hipótesis y, finalmente, para los métodos de terapia e intervención. Hempel (1965) distinguió estos dos tipos de clasificación:

Las distinciones entre clasificaciones «naturales» y «artificiales» bien podrían explicarse como referencias a las diferencias entre las clasificaciones que son naturales y las que no lo son: en una clasificación natural, las características de los elementos que sirven como criterio de pertenencia a una clase dada se asocian, universalmente o con una alta probabilidad, con conjuntos más o menos extensivos de otras características.

... una clasificación de este tipo debería considerarse como algo que tiene existencia objetiva en la naturaleza, «trinchando la naturaleza en las articulaciones», en contraposición a las clasificaciones «artificiales», donde las características definitorias tienen pocas conexiones explicativas o predictoras con otros rasgos.

En el curso del desarrollo científico, las clasificaciones definidas por referencias a características manifiestas y observables tenderán a ceder su puesto a sistemas basados en conceptos teóricos (págs. 146-148).

¿Qué ocurre, sin embargo, cuando se confunden ambas, es decir, cuando existen en una misma taxonomía categorías basadas en lo teórico y otras basadas en apariencias superficiales? Como se ha señalado, la diferencia entre clasificaciones naturales y artificiales se basa en la diferencia entre niveles de similitud manifiestos (o empíricos) y latentes (o teóricos). La figura 2.2 representa los posibles acuerdos y desacuerdos entre niveles manifiestos y latentes de similitud para dos individuos.

Figura 2.2. Similitud manifiesta y latente y situación taxonómica

		Similitud latente	
		SÍ	NO
Similitud manifiesta	SÍ	Dos manifestaciones empíricamente similares de hecho son taxonómicamente similares	Dos manifestaciones empíricamente similares de hecho son taxonómicamente diferentes.  PROBLEMÁTICO PARA LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	NO	Dos manifestaciones empíricamente diferentes de hecho son taxonómicamente similares.  PROBLEMATICO PARA LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA	Dos manifestaciones empíricamente diferentes de hecho son taxonómicamente diferentes

Como se indica en la figura, existen cuatro posibilidades en la manifestación de características de dos pacientes. En la dirección de las agujas del reloj, encontramos que dos manifestaciones empíricamente similares pueden ser, de hecho, similares. En este caso, lo que parece ser es realmente lo que es. En segundo lugar, dos manifestaciones empíricamente similares de hecho son diferentes. En este caso, las apariencias engañan. Se indican dos categorías taxonómicas y su similitud empírica hace que sea difícil separarlas. Tercero, dos manifestaciones que parecen diferentes son de hecho diferentes. En este caso, diferentes manifestaciones empíricas indican legítimamente la pertenencia a diferentes categorías. Cuarto, dos manifestaciones que parecen diferentes pueden ser de hecho similares.

La figura 2.2 se parece a otras figuras empleadas para presentar la lógica de las estadísticas de eficiencia diagnóstica, el poder predictivo positivo y negativo, la sensibilidad y la especificidad (p. ej., Baldessarini, Finklestein y Arana, 1983). Mientras que éstas representan el dilema diagnóstico asociado a predictores imperfectos que desconocen el «verdadero» estado de naturaleza de un único sujeto, la figura 2.2 representa el dilema nosológico, por el que debe establecerse un sistema de clasificación basado en los atributos imperfectos que ignoran el «verdadero» sistema que «trincha la naturaleza en sus articulaciones».

Nosológicamente, las posibilidades representadas en los cuadrantes II y IV de la figura 2.2 presentan enormes dificultades para la clasificación de los trastornos de personalidad. Centrarse en los patrones superficiales de covariación (cuadrante II) llevará a implantar una categoría taxonómica donde pueden ser necesarias dos o incluso muchas más. Centrarse en el cuadrante IV, llevará a implantar dos (o quizás muchas más) categorías taxonómicas donde de hecho sólo existe una. Como señaló Quine (1977) en su comentario sobre las clases naturales, nuestro apego a una taxo-

nomía disminuye para llegar a una comprensión basada en los principios subyacentes, ya que son éstos los que permitieron la deducción de la taxonomía inicialmente.

Los que están familiarizados con la taxonomía personalológica deductiva desarrollada por Millon saben que tanto la personalidad narcisista como la antisocial son tipos independientes y que ambos se orientan hacia sí mismos. Lo que les diferencia principalmente es su orientación hacia el medio ecológico. El narcisista es un tipo pasivo-independiente, el antisocial es activo-independiente. Igualmente, la personalidad dependiente es un tipo pasivo-dependiente, mientras que el narcisista es un tipo pasivo-independiente. Lo que los diferencia fundamentalmente es la orientación hacia otros frente a la orientación hacia sí mismos. Tanto la personalidad dependiente como la antisocial, pues, se relacionan con el narcisista, pero entre sí tienen poco en común. Así, el sistema deductivo nos permite ver la interrelación esencial y la diferenciación de las patologías de personalidad.

### El papel de la teoría en la construcción de los tests

Reflexionando sobre sus años de experiencia en la construcción y evaluación de tests, Loevinger (1972) concluyó:

Si tuviera que extraer una única conclusión de mis propios estudios sobre la medida de la personalidad sería ésta: considero extremadamente improbable que por casualidad o por el empleo de máquinas se descubra una medida de una variable significativa de personalidad. Es imprescindible la existencia de un psicólogo al mando que realice al menos una primera aproximación al rasgo que se quiere medir, por supuesto, siempre abierta a revisión en función de los datos. La teoría siempre ha sido la señal de una ciencia madura. Ya ha llegado la hora de que la Psicología, en general, y la medida de la personalidad, en particular, alcancen su mayoría de edad (pág. 56).

Comentando el desarrollo del MMPI, Norman (1972) ha señalado que establecer la plantilla de una prueba en función de criterios externos era el único recurso posible, ya que no se disponía de ninguna teoría adecuada o cuerpo de datos empíricos establecidos como alternativa. Meehl (1945), el exponente más persuasivo de este enfoque, modificó su posición antiteórica previa para defender que consideraba que una teoría-guía era una herramienta valiosa para desarrollar un test (Meehl, 1972). Meehl señala:

Una explicación de las dificultades de la personalología psicométrica, una explicación que no aprecié en mi trabajo «áridamente empírico» de 1945, es el triste estado de la teoría psicológica...

Ahora pienso que en todas las fases del desarrollo de tests de personalidad, desde la fase inicial de construcción de bancos de ítems hasta la fase tardía del procedimiento interpretativo clínico optimizado para el instrumento totalmente desarrollado y «validado», la teoría —y con esto quiero decir todo tipo de teoría, incluyendo teoría del rasgo, teoría evolutiva, teoría del aprendizaje, psicodinámica y genética comportamental— debería jugar un papel importante...

Creo que la Psicología ya no puede permitirse adoptar procedimientos psicométricos cuya metodología proceda sin ninguna referencia a aspectos personalológicos sustantivos. Puede que la «teoría» sólo se corrobore débilmente, pero creo que tenemos que resignarnos a ella de todos modos (pág. 149-151).



El banco preliminar de ítems debería construirse sobre la base de todos los hechos y teorías relacionados con el test. Incluso alguien que defendiera «el establecimiento de la plantilla de acuerdo a criterios puramente externos y ciega a otros aspectos», esto es relativamente ateórica... no tiene por qué privarse de la intuición teórica que esté disponible en la fase de construcción de los ítems... Ahora pienso (en contra de lo que pensaba antes) que un ítem debe tener sentido teórico (pág. 155).

Aunque Meehl mantiene su firme compromiso con el papel crítico jugado por la validación externa, su reconocimiento del valor de un modelo teórico sirvió para reforzar la estrategia llevada a cabo en el desarrollo y revisión del MCMI. Junto con Loevinger, el aprecio creciente de Meel hacia el uso de la teoría reforzó la creencia de que este camino resultaría sabio y fructífero.

### 2.3. Una teoría evolutiva de los trastornos de personalidad

Como se expone en los apartados anteriores, un sistema teórico consistente es extremadamente útil para un sistema coherente de clasificación y para las escalas paralelas de un inventario. Puede esquematizarse la teoría evolutiva de forma muy abstracta, señalando dos niveles en los que pueden operacionalizarse los constructos de personalidad: primero, en términos de las polaridades fundamentales de la teoría y, segundo, en términos de los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad.

También se revisarán los criterios del DSM de cada trastorno de personalidad y se señalará su correspondencia con los ítems del MCMI. Este capítulo es valioso para describir el punto de partida de los ítems del MCMI; también es un capítulo al que aquellos que vayan a interpretar el inventario querrán referirse a menudo debido a la profundidad del material descriptivo que contiene. Dado que el comentario acerca de la propia teoría es bastante resumido, los lectores interesados pueden dirigirse a los siguientes libros para más información: *Modern Psychopathology* (Millon, 1969/1983), *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II* (Millon, 1981), *Contemporary Directions in Psychopathology* (Millon y Kierman, 1986), *Toward a New Personology: An Evolutionary Model* (Millon, 1990) y el revisado *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*<sup>2</sup> (Millon y Davis, 1996). *Toward a new Personology* es un breve ensayo que presenta lo más esencial del modelo. Los otros trabajos describen los prototipos clínicos que pueden derivarse de la teoría.

El modelo que sigue se basa en los principios de la evolución. En esencia, intenta explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica o de estrategia reproductiva deficientes, desequilibrados o conflictivos. La proposición según la cual el desarrollo y las funciones de los rasgos de personalidad pueden ser explorados de forma útil mediante la lente de los principios evolutivos tiene una larga, aunque incompleta, tradición. Herbert Spencer y T.H. Huxley ofrecieron sugerencias de esta naturaleza aproximadamente en la época en la que se publicó el trabajo de Darwin *Sobre el origen de las especies* en 1859. En épocas más recientes hemos visto la emergencia de la sociobiología, una ciencia interdisciplinaria que explora la interrelación entre el funcionamiento social humano y la biología evolutiva (Wilson, 1975, 1978).

Las cuatro áreas o esferas en las que se demuestran los principios evolutivos son la *existencia*, la *adaptación*, la *replicación* y la *abstracción*. La *existencia* se refiere a la transformación providencial de estados azarosos o menos organizados en otros que poseen claras estructuras de mayor organización. La *adaptación* se refiere a los procesos homeostáticos empleados para salvaguardar la supervivencia.

2. Traducción española: Trastornos de personalidad, más allá del DSM-IV, Millon y Davis, 1998.

vivencia en ecosistemas abiertos. La *replicación* se refiere a los estilos reproductivos que maximizan la diversificación y selección de atributos ecológicamente efectivos. La *abstracción* se refiere a la aparición de competencias que promueven la planificación anticipatoria y la toma de decisiones razonada. Las polaridades derivadas de las tres primeras fases (placer-dolor, pasivo-activo, otro-sí mismo) se emplean para construir un sistema de clasificación de los trastornos de personalidad basado en la teoría.

Estas polaridades tienen predecesores en la teoría psicológica que pueden remontarse a principios del siglo xx. Un grupo de teóricos anteriores a la I Guerra Mundial, incluyendo a Freud, propuso un conjunto de tres polaridades que se usaban de forma reiterada como la materia prima para construir procesos psicológicos. Aspectos de estas polaridades fueron «descubiertos» y empleados por teóricos en Francia, Alemania, Rusia y otras naciones europeas y en EE.UU. Además, hay un grupo creciente de estudiosos contemporáneos cuyo trabajo ha empezado a iluminar aspectos de estas dimensiones polares, como Buss y Plomin (1975, 1984), Cloninger (1986, 1987), Eysenck (1957, 1967), Gray (1964, 1973), Russell (1980) y Tellegen (1985).

La primera fase, la *existencia*, se refiere al mantenimiento de fenómenos integradores —ya sean partículas nucleares, virus o seres humanos— contra un fondo de descompensación entrópica. Los mecanismos evolutivos derivados de este estadio se relacionan con los procesos de *refuerzo de la vida y preservación de la vida*. El primero se ocupa de orientar a los individuos hacia la mejora de la calidad de vida y el segundo se ocupa de alejar a los individuos de las acciones o los medios que disminuyan la calidad de vida o incluso arriesguen la propia existencia. Esta doble polaridad puede denominarse *objetivos existenciales*. Al máximo nivel de abstracción, dichos mecanismos forman, expresado fenomenológicamente o metafóricamente, una polaridad de placer-dolor. Algunos individuos han intercambiando o están en conflicto con respecto a estos objetivos existenciales (por ejemplo, el sádico), mientras que otros pueden poseer déficits en ambos substratos cruciales (por ejemplo, el esquizoide). En términos de estados de crecimiento neuropsicológico (Millon, 1969/1983, 1981), la polaridad de placer-dolor se recapitula en una fase de desarrollo *sensorial-apego*, cuyo propósito es la discriminación, en gran medida innata y bastante mecánica, de las señales de dolor y placer.

Una vez que existe una estructura integradora debe mantener su existencia mediante intercambios de energía e información con su entorno. La segunda etapa evolutiva se relaciona con los denominados *modos de adaptación*. También se encuadra como una doble polaridad: una orientación pasiva y una tendencia a acomodarse al propio nicho ecológico frente a una orientación activa y una tendencia a modificar o a intervenir en el entorno. Estos modos de adaptación difieren de la primera fase evolutiva ya que se centran en la posibilidad de que aquello que ya existe pueda perdurar. En términos de etapas de crecimiento neuropsicológico, estos modos se repiten en una fase del desarrollo sensoriomotor-autónomo, durante la cual el niño o adquiere una disposición activa hacia su contexto físico y social o bien perpetúa el modo más dependiente de existencia prenatal e infantil.

Aunque los organismos puedan existir bien adaptados a su entorno, la existencia de cualquier forma de vida está limitada en el tiempo. Para superar esta limitación, los organismos han desarrollado *estrategias replicatorias* mediante las cuales pueden dejar progenie. Estas estrategias se relacionan con lo que los biólogos han llamado una estrategia R- o *auto-propagadora* en un extremo y una estrategia K- o *cuidado-de-otros* en el otro extremo. Psicológicamente, la primera estrategia facilita acciones egoístas, insensibles, desconsideradas y despreocupadas, mientras que la



otra facilita acciones afiliativas, íntimas, protectoras y solícitas (Gilligan, 1981; Rushton, 1988; Wilson, 1978). Igual que la polaridad placer-dolor, la polaridad sí mismo-otros no es realmente unidimensional. Algunos trastornos de personalidad tienen conflictos en esta polaridad (por ejemplo, el compulsivo y negativista o el pasivo-agresivo). En términos de estadios de crecimiento neuropsicológico, se produce una recapitulación de una orientación individual hacia sí misma y los otros en el estadio de *identidad puberal genérica*. Una descripción más detallada de estos conceptos de polaridad puede verse en los capítulos 2 y 3 de Millon y Davis (1996), que también incluyen una discusión de la cuarta polaridad —la abstracción— y su estadio asociado *integración intracortical* de desarrollo neuropsicológico. A continuación se hace una descripción de los patrones de personalidad derivados.

Algunas personalidades exhiben un equilibrio razonable en uno u otro de los pares de polaridad. No todos los individuos caen en el centro, por supuesto. Las diferencias individuales en los rasgos de personalidad y el estilo global reflejan las posiciones relativas y los puntos fuertes de cada componente de la polaridad. Las personalidades *deficientes en placer* carecen de la capacidad de experimentar o representar ciertos aspectos de las tres polaridades (por ejemplo, el esquizoide tiene un substrato defectuoso tanto para el placer como para el dolor). Las personalidades *íntimamente desequilibradas* tienden fuertemente a uno u otro extremo de una polaridad (por ejemplo, el dependiente se orienta casi exclusivamente hacia la recepción del apoyo y el cuidado de los otros). Las personalidades con *conflicto intrapsicológico* se enfrentan con la ambivalencia entre los extremos opuestos de una bipolaridad (por ejemplo, el negativista vacila entre cumplir las expectativas de los demás y hacer lo que quisiera).

### Patrones de personalidad graves

Los estilos de personalidad reflejan características muy marcadas y generalizadas de funcionamiento que perpetúan y agravan las dificultades cotidianas. Están tan implantados y son tan automáticos que el individuo a menudo no es consciente de su naturaleza y de sus consecuencias autodestructivas. En condiciones de adversidad persistente, estos estilos desadaptativos pueden empezar a descompensarse, adquiriendo rasgos de severidad moderada o marcada.

Dentro de la teoría se han formulado tres patrones patológicos de personalidad adicionales —esquizotípico, el límite y el paranoide— para representar estados más avanzados de patología de personalidad. Estos patrones reflejan un deterioro insidioso y lento de la estructura de personalidad y difieren de los trastornos básicos de personalidad según varios criterios, especialmente los déficits en competencia social y los episodios psicóticos frecuentes (aunque en general reversibles). Menos integrados, en términos de organización de la personalidad, y menos efectivos en afrontamiento, resultan especialmente vulnerables a las dificultades cotidianas de la vida. Sin embargo, la mayoría de los pacientes continúan mostrando muchas de las características de personalidad principales que eran evidentes previamente.

### Explicación de los prototipos del Eje II

En la figura 2.3 se presentan los trastornos de personalidad derivados del modelo evolutivo. Como deducciones de primer orden de los constructos de la teoría, resulta fácil desarrollarlas en los párrafos descriptivos que siguen. Desde el punto de vista de la interpretación estas descripciones

ciones breves tienen la virtud de ser fáciles de consultar y entender. Sin embargo, no reflejan la perspectiva más rigurosa que aparece en una sección posterior, en la que la personalidad se considera basada en y operacionalizada mediante la matriz global de la personalidad.

**Figura 2.3. El modelo evolutivo y sus trastornos de personalidad derivados**

	Meta existencial		Estrategia replicatoria		
	Mejora de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Cuidados reproductivos	
Deficiencia, desequilibrio, conflicto	Placer-dolor		Sí mismo-otros		
	Placer (bajo) Dolor (bajo o alto)	Placer-Dolor (invertido)	Sí mismo (bajo) Otros (alto)	Sí mismo (alto) Otros (bajo)	Sí mismo Otros (ambivalencia)
Modo de adaptación	Trastornos de personalidad				
Pasivo: Acomodación	Esquizoide (placer bajo, dolor bajo)  Depresivo (dolor alto, placer bajo)	Autodestructivo	Dependiente	Narcisista	Compulsivo
Activo: Modificación	Evitativo	Agresivo (Sádico)	Histriónico	Antisocial	Negativista
Patología estructural	Esquizotípico	Límite, Paranoide	Límite	Paranoide	Límite, Paranoide

### **Esquizoide (escala 1)**

Son individuos que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

### **Evitativo (escala 2A)**

Los individuos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Permanecen alerta y siempre en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen un control constante de sus impulsos y sus anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Sólo pueden protegerse a sí mismos mediante una retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y mantener bastante distancia interpersonal.

### **Depresivo (escala 2B)**

Hay cosas comunes en los tres primeros patrones clínicos de personalidad, especialmente tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor.



Para el Eje II del *DSM*, en el trastorno esquizoide de la personalidad hay una incapacidad tan para sentir alegría como tristeza. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia dolor anticipado y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo ha habido una pérdida significativa, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría. Ninguno de estos tipos de personalidad experimentan placer, pero por razones diferentes. La personalidad depresiva experimenta el dolor con algo permanente. El placer ya no se considera posible. ¿Qué experiencias o factores bioquímicos pueden explicar tal tristeza persistente y caracterológica? Evidentemente, hay que tener en cuenta disposiciones biológicas. La evidencia de una predisposición constitucional es fuerte y buena parte de ella indica factores genéticos. Los umbrales implicados en permitir el placer o la sensibilización hacia la tristeza varían mucho. Algunos individuos se inclinan hacia el pesimismo y desánimo. De forma similar, la experiencia puede condicionar una orientación desesperanza hacia una pérdida significativa. Una familia desconsolada, un ambiente estéril y una perspectiva sin esperanzas pueden moldear el estilo de carácter depresivo.

#### *Dependiente (escala 3)*

Los individuos dependientes han aprendido no sólo a recurrir a los demás para obtener cuidad y seguridad, sino también a esperar pasivamente que otros tomen el mando y se lo proporcione. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse en otros para conseguir afecto, seguridad y consejos. Su falta de iniciativa y autonomía es a menudo una consecuencia de la sobreprotección paternal. En función de estas experiencias, simplemente han aprendido que es más cómodo asumir un rol pasivo en las relaciones interpersonales, aceptando la bondad y el apoyo que puedan encontrar, y se someten de buen grado a los deseos de los demás con la intención de mantener su afecto.

#### *Histríónico (escala 4)*

Aunque los individuos histrionicos recurren a los demás en igual medida que los dependientes, primera vista parecen ser bastante diferentes de sus equivalentes más pasivos. Esta diferencia en su estilo observable surge desde su manipulación fácil y emprendedora de los hechos, mediante la cual maximizan la atención y los favores que reciben y evitan la indiferencia y la desaprobación de los demás. Estos individuos a menudo muestran una insaciable, e incluso indiscriminada, búsqueda de estimulación y afecto. Su inteligente (y a menudo ingenioso) comportamiento social da la apariencia de confianza personal y seguridad en sí mismo. Sin embargo, debajo de esta apariencia subyace el miedo a la autonomía genuina y una reiterada necesidad de señales de aprobación y aprobación. El aprecio y el afecto deben ser constantemente alimentados y se buscan en cada fuente interpersonal y en todos los contextos sociales.

#### *Narcisista (escala 5)*

Los individuos narcisistas destacan por su forma egoísta de dedicarse a sí mismos, experimentando placer primario simplemente siendo pasivos o centrándose en sí mismos. Sus experiencias tempranas les han enseñado a sobrevalorarse. Su seguridad y superioridad puede estar fundada sobre premisas falsas; es decir, puede que no se apoyen en logros reales o maduros. Sin embargo, los narcisistas asumen alegremente que los demás reconocerán su calidad de ser especiales. Por tanto mantienen un aire arrogante de seguridad en sí mismos y, sin pensarlo ni pretenderlo conscientemente, explotan a los demás en beneficio propio. Aunque las atenciones de los demás son bienvenidas y alentadas, su aire de esnobismo y superioridad pretenciosa requiere poca confirmación de logros reales o de aprobación social. Su confianza sublime en que las cosas van a salir bien los motiva poco para implicarse en el «toma y daca» de la vida social.



### **Antisocial (escala 6A)**

Los individuos antisociales actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y la posible agresión a manos de los otros, al implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de explotar el entorno en beneficio propio. Su orientación engrandecida refleja su escepticismo hacia los motivos de los demás, su deseo de autonomía y el anhelo de venganza y recompensa por lo que ellos consideran que fueron injusticias pasadas. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que justifican por qué consideran poco fiables y desleales a los demás. Su insensibilidad y crueldad son sus únicos medios de evitar el abuso y convertirse en víctimas.

### **Agresivo (Sádico) (escala 6B)**

Aunque fue suprimido del *DSM-IV*, el constructo de sadismo sigue formando parte del MCMI-III. Como constructo de personalidad, este estilo o patrón amplía los límites de la formulación del *DSM-III-R* en una dirección nueva e importante, que reconoce que individuos que no se consideran antisociales pueden obtener placer y satisfacción personal humillando a otras personas y violando sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden ser análogos a los rasgos clínicos de lo que se conoce en la bibliografía como el carácter sádico, o pueden exhibir estilos de carácter parecidos a la competitiva y ambiciosa personalidad Tipo A. Denominadas como *personalidades agresivas* en la teoría de Millon, generalmente son hostiles y globalmente combativos, y parecen indiferentes o incluso complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque algunos encubren sus tendencias más maliciosas y orientadas al poder desempeñando roles y vocaciones que reciben la aprobación pública, se delatan por sus acciones dominantes, antagónicas y a menudo persecutorias.

### **Compulsivo (escala 7)**

Esta orientación ambivalente coincide con el Trastorno de personalidad Obsesivo-Compulsivo del *DSM-IV*. Los individuos compulsivos han sido intimidados y coaccionados para aceptar las demandas y los juicios impuestos por los demás. Sus formas de actuar prudentes, controladas y perfeccionistas derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia suprimiendo su resentimiento y manifestando un conformismo excesivo y exigiéndose mucho a sí mismos y a los demás. Su disciplinado dominio de sí mismos les ayuda a controlar unos sentimientos de rebeldía, intensos, aunque ocultos, dando lugar a una pasividad abierta y una aparente conformidad pública. Sin embargo, tras esta máscara de decencia y dominio, hay sentimientos de ira y de rebeldía que ocasionalmente desbordan sus controles.

### **Negativista (Pasivo-Agresivo) (escala 8A)**

Esta orientación ambivalente se aproxima al Trastorno de personalidad Pasivo-Agresivo del *DSM-III-R* y al constructo pasivo-agresivo (negativista) del *DSM-IV*. Este último es más amplio en el número y la diversidad de rasgos que abarca que la orientación pasivo-agresiva anterior. Los individuos negativistas sienten una pugna entre seguir las recompensas ofrecidas por otros y aquéllas que ellos mismos desean. Esta lucha representa una incapacidad para resolver conflictos similar a la que padecen los obsesivos compulsivos. Sin embargo, los conflictos de los individuos negativistas se mantienen cercanos a la conciencia e irrumpen en la vida diaria. Estos individuos experimentan continuas discusiones y desengaños cuando vacilan entre la deferencia y el desafío, la obediencia y la oposición agresiva. Su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o tozudez entremezclada con períodos de culpa y vergüenza.



### **Autodestructivo (escala 8B)**

Aunque fue suprimido del *DSM-IV*, esta orientación discordante se corresponde en el *DSM-III* con el Trastorno de personalidad autodestructiva (masoquista), un tipo de carácter bien descrito en la bibliografía. Las personas masoquistas se relacionan con otros de forma servil y autosacrificada, permiten y, quizás incluso, alientan a los demás a explotarlos o aprovecharse de ellos. Si manifiestan sus peores rasgos, muchos mantienen que merecen ser avergonzados y humillados. Para agravar su dolor y angustia, que pueden experimentar como reconfortantes, las personas con personalidad autodestructiva rememoran sus desgracias pasadas activa y reiteradamente y esperan resultados problemáticos de circunstancias que se considerarían afortunadas. Actúan típicamente de un modo modesto y humilde. A menudo intensifican sus déficits y se colocan en una posición inferior o despreciable.

### **Esquizotípico (escala S)**

El trastorno esquizotípico de personalidad del *DSM-IV* representa una orientación cognitivamente disfuncional e interpersonalmente indiferente. Los individuos esquizotípicos prefieren el aislamiento social con relaciones y obligaciones personales mínimas. Se inclinan a comportarse de forma autista o cognitivamente confusa, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos. Sus excentricidades son notables y a menudo los demás las perciben como extrañas o diferentes. Dependiendo de si su patrón básico es pasivo o activo muestran cautela ansiosa e hipersensibilidad o aplazamiento emocional y deficiencia de afecto.

### **Límite (escala C)**

La personalidad límite a menudo es la base de otros trastornos de personalidad menos graves. Cada variante límite tiene defectos estructurales y experimenta intensos estados de ánimo encadenados, con períodos recurrentes de depresión y apatía, a menudo salpicados con rachas de ira, ansiedad o euforia. Lo que les distingue claramente de otros patrones graves (esquizotípico y paranoide) es la falta de regulación del afecto, que se ve más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos tienen pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio, parecen demasiado preocupados en asegurarse cariño, tienen dificultades en mantener un sentido claro de identidad y exhiben una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

### **Paranoide (escala P)**

La personalidad paranoide del *DSM-IV* muestra una vigilante desconfianza hacia los demás y una actitud defensiva tensa ante la anticipación de las críticas y los engaños. Presentan una irritabilidad abusiva y tienden a provocar la exasperación y el enfado de otros. Los individuos paranoideos a menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que les lleva a resistirse vigorosamente a las influencias y al control externo, mientras los otros dos patrones graves se identifican ya sea por la inestabilidad de sus afectos (límite) ya por la falta de regulación de su cognición (esquizotípico). Los sujetos paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento.

## **2.4. Ámbitos estructurales y funcionales de los prototipos de personalidad del Eje II**

¿A qué dominios deberían adscribirse (y por tanto evaluarse) los trastornos de personalidad? La personalidad puede considerarse exclusivamente psicodinámica o exclusivamente biológica, pero los autores consideran ambas posiciones limitadas y restrictivas. La perspectiva integradora define

dida aquí considera la personalidad como un constructo multideterminado y multirreferencial que puede ser estudiado y evaluado adecuadamente mediante una gran variedad de áreas de contenido. El término *multirreferencial* es importante para los propósitos de la evaluación. Una forma de hacer frente al pluralismo conceptual y teórico que tiene lugar hoy día en la personalidad es sencillamente evaluarla de acuerdo con un único modelo, eliminando efectivamente el eclecticismo de perspectivas divergentes con un dogmatismo radical. Por el contrario, una evaluación realmente comprehensiva, que sea concordante de forma lógica con la naturaleza integradora de la personalidad como constructo, requiere que la personalidad se evalúe sistemáticamente mediante múltiples esferas personológicas si dicha evaluación pretende tener validez de contenido. Sin embargo, pueden existir restricciones en el funcionamiento del sistema en cualquiera de estas esferas.

Se han empleado varios criterios para seleccionar y desarrollar los ámbitos clínicos enumerados aquí: (a) que fuesen variados en las características que representan, es decir, no limitados únicamente al comportamiento o la cognición, sino que incluyeran un rango muy amplio de características clínicamente significativas; (b) que se correspondieran con muchas de las modalidades terapéuticas actuales de nuestra profesión (p. ej., técnicas fenomenológicas auto-orientadas para alterar la cognición disfuncional, procedimientos de tratamiento grupal para modificar la conducta interpersonal, etc.); y (c) que se coordinasen no sólo con el esquema oficial del *DSM* de prototipos de trastornos de personalidad, sino que también los trastornos se caracterizasen por un rasgo distintivo dentro de cada ámbito clínico. Como se indica en la tabla 2.1, estos criterios diagnósticos se distinguen en función del nivel de datos que representen: comportamental, fenomenológico, intrapsíquico y biofísico.

**Tabla 2.1. Ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad**

Ámbitos funcionales	Ámbitos estructurales
<i>Nivel comportamental</i>	
Comportamiento observable Comportamiento interpersonal	
<i>Nivel fenomenológico</i>	
Estilo cognitivo	Autoimagen Representaciones objetales
<i>Nivel intrapsíquico</i>	
Mecanismos de defensa	Organización morfológica
<i>Nivel biofísico</i>	
	Estado de ánimo/Temperamento



Esta diferenciación refleja los cuatro enfoques históricos que caracterizan el estudio de la psicopatología. Estos ámbitos pueden organizarse sistemáticamente de forma similar a como se realizan las distinciones en el ámbito biológico, es decir, dividiéndolas en atributos estructurales y funcionales. La ciencia de la anatomía investiga las estructuras fijas y esencialmente permanentes que sirven, por ejemplo, como sustrato del humor y la memoria. Su homólogo funcional, la fisiología, se ocupa de los procesos que regulan las dinámicas internas y las transacciones externas.

Estas estructuras y funciones unen al organismo en una entidad coherente. Dividir las características del mundo psicológico en ámbitos estructurales y funcionales no es, por supuesto, algo nuevo. La teoría del psicoanálisis desde su comienzo ha tratado con constructos topográficos tales como el consciente, el preconsciente y el inconsciente, y más tarde con conceptos estructural como el id, el ego y el superego. Igualmente, se han estudiado muchos procesos funcionales cuasiestacionarios, como el así denominado aparato del ego (Gill, 1962; Rapaport, 1959).

Al llevar a cabo una evaluación orientada a los ámbitos, los clínicos deberían evitar ver cada uno de ellos como una entidad independiente, cayendo por tanto en un operacionalismo concreto ingenuo. Cada ámbito es una parte legítima, pero muy contextualizada, de un único todo integrado, el cual es absolutamente necesario para que se mantenga la integridad funcional-estructural del organismo. Sin embargo, los individuos difieren con respecto a los ámbitos que representan más frecuentemente. Los pacientes reales varían no sólo en el grado en el que se aproxima a cada prototipo de personalidad, sino también en el grado en el que las restricciones en cada ámbito moldean su comportamiento general.

Al conceptualizar la personalidad como un sistema, se puede decir que las restricciones de los estados que el sistema puede asumir están presentes en diversas partes de ese sistema para diferentes individuos, incluso cuando estos individuos comparten un diagnóstico. Sólo aquellos aspectos del sistema que están suficientemente cristalizados poseen el carácter duradero y global que asociamos a la personalidad. En este sentido, el objetivo de una evaluación es iluminar las restricciones que perpetúan el funcionamiento rígido del sistema y su consiguiente inflexibilidad adaptativa. Una vez identificado esto, el propósito de la terapia debe ser relajar estas restricciones, permitiendo al sistema asumir una mayor variedad de estados o de comportamientos adaptativos en diferentes situaciones.

## Ámbitos funcionales

Las características funcionales representan procesos dinámicos que ocurren en el mundo intrapsíquico y entre el individuo y su entorno psicosocial. Los procesos transaccionales tienen lugar principalmente dentro de los ámbitos funcionales. Como definición, se podría decir que los ámbitos funcionales representan *modos expresivos de acción regulatoria*, es decir, procesos de comportamiento, de conducta social y cognitivos, y mecanismos inconscientes que manejan, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan el «toma y daca» de la vida interna y externa. Se describirán brevemente cuatro ámbitos funcionales relevantes para los trastornos de personalidad.

### a) Comportamiento observable

Estos atributos se refieren a eventos observables en el nivel comportamental y en general se registran anotando cómo se comporta el paciente. Mediante la inferencia, las observaciones del comportamiento permiten deducir lo que el paciente revela involuntariamente sobre sí mismo o, a menudo al contrario, lo que el paciente quiere que los demás piensen de él. El rango y las características de las acciones expresivas son amplias y diversas y proporcionan información clínica distintiva y valiosa, desde la comunicación de un sentido de incompetencia personal a la exhibición de una defensividad general o la demostración de un disciplinado autodominio, y así sucesivamente. Este ámbito de datos clínicos será especialmente productivo para diferenciar a los pacientes de la polaridad pasivo-activo del modelo teórico de Millon (1990).

### b) Comportamiento interpersonal

El modo que tiene un paciente de relacionarse con los demás también se ve esencialmente en los datos del nivel comportamental y puede captarse de muchas formas, tales como la manera en la que sus acciones afectan a otros, intencionadamente o no, las actitudes que subyacen, incitan y moldean estas acciones, los métodos por los que el paciente implica a los demás para que satisfagan sus necesidades y su forma de afrontar las tensiones y los conflictos sociales. Extrapolando estas observaciones, el clínico puede construir una imagen de cómo funciona el paciente en relación con los demás: de forma antagonista, respetuosa, aversiva, secreta, etc.

### c) Estilo cognitivo

Los datos del nivel fenomenológico están representados por cómo el paciente centra y distribuye la atención, codifica y procesa la información, organiza los pensamientos, hace atribuciones y comunica reacciones e ideas a otros. Estas características están entre los indicios más útiles de la particular forma de funcionar del paciente. Sintetizando estos signos y síntomas, es posible identificar las indicaciones de un estilo empobrecido, pensamiento distraído o caprichoso, pensamiento constreñido, etc.

### d) Mecanismos de defensa

Aunque los mecanismos de autoprotección, gratificación de necesidades y solución de conflictos a veces se reconocen de forma consciente, representan los datos derivados principalmente del nivel intrapsíquico. Debido a que los mecanismos de defensa son procesos internos son más difíciles de discernir y de describir que los procesos anclados en el mundo observable. Como tales, no es posible evaluarlos directamente por medio de autoevaluación en su forma pura, sino sólo como derivaciones potencialmente separadas por muchos niveles de sus conflictos centrales y de su regulación dinámica.

Por definición, estos mecanismos regulatorios dinámicos se apropian de las realidades externas e internas y las transforman antes de que puedan entrar en la conciencia de una forma clara y sin alterar. Cuando se emplean de forma crónica a menudo perpetúan una secuencia de eventos que intensifica los mismos problemas que pretendían evitar. A pesar de los problemas metodológicos que presentan, la tarea de identificar qué mecanismos son elegidos (p. ej., racionalización, desplazamiento, formación reactiva) y hasta qué punto se emplean es extremadamente útil en una evaluación de la personalidad comprehensiva.



## Ámbitos estructurales

En contraste con las características funcionales, los atributos estructurales representan una plantilla profundamente arraigada y relativamente duradera de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos y demás elementos que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos vitales actuales. Las estructuras psíquicas tienen un efecto orientativo y preventivo al alterar el carácter de la acción y el impacto de las experiencias subsiguientes en línea con las inclinaciones y expectativas ya formadas. Al reducir selectivamente los umbrales de transacciones para que sean congruentes con las proclividades constitucionales o el aprendizaje temprano, el individuo a menudo experimenta sucesos presentes como variaciones del pasado. Por supuesto, los residuos del pasado hacen algo más que contribuir pasivamente al presente. Aunque sólo sea por procedencia temporal, guían, moldean o distorsionan el carácter de sucesos actuales y realidad objetivas.

Para los propósitos de la definición, los ámbitos estructurales pueden verse como sustratos y disposiciones de acción de una naturaleza quasi-permanente. Con una red de vías interconectadas, estas estructuras contienen los residuos internalizados del pasado en forma de recuerdos y afectos que se asocian intrapsíquicamente con las concepciones del sí mismo y de los demás. Las estructuras sirven para cerrar el organismo a nuevas interpretaciones del mundo y limitan las posibilidades de expresión de aquellos que ya se han vuelto predominantes. Su carácter preventivo canalizador juega un papel muy importante en la perpetuación del comportamiento desadaptativo y los círculos viciosos de la patología de la personalidad. A continuación, se describen cuatro ámbitos estructurales relevantes para la personalidad.

### a) Autoimagen

A medida que el mundo interno de símbolos se domina a lo largo del desarrollo, el tornado de sucesos que golpean al niño pequeño deja paso a un sentido creciente de orden y continuidad. Emerge una configuración principal para imponer una medida de igualdad en un entorno por demás fluido: la percepción del sí mismo como un objeto, como algo diferente, un siempre presente e identificable *yo* o *mí*<sup>3</sup>. La identidad parte en gran medida de concepciones formadas a este nivel *fenomenológico* de análisis. Es especialmente significativo el hecho de que actúe de punto central y proporcione una continuidad a la experiencia cambiante. La mayoría de los individuos tiene un sentido implícito de quienes son, pero difieren en gran medida en la claridad, precisión y complejidad de su introspección (Millon, 1986b). Pocos pueden articular los elementos psíquicos que crean esta imagen (por ejemplo, que están primordialmente alienados, son ineptos, auto-satisfechos, concienzudos, etc.).

### b) Representaciones objetales

Como se señaló antes, las experiencias significativas del pasado dejan una impronta interna, un residuo estructural compuesto de recuerdos, actitudes y afectos que actúan como sustrato de disposiciones para percibir y reaccionar ante los sucesos vitales. De forma análoga a varios sistemas orgánicos en el cuerpo, tanto el carácter como la sustancia de estas representaciones internalizadas de figuras y relaciones significativas del pasado pueden diferenciarse y analizarse para fines clínicos. Las variaciones en la naturaleza y el contenido de este mundo interno pueden asociarse con las diferentes personalidades y llevarnos a emplear términos descriptivos para representarlas, tal como superficial, irritante, indiferenciado, oculto e irreconciliable.

---

3. N. de las A. Del original «I or me».

### c) Organización morfológica

La arquitectura global que sirve de marco para el interior psíquico de un individuo puede mostrar debilidad en su cohesión estructural, coordinación deficiente entre sus componentes y pocos mecanismos para mantener el equilibrio y la armonía, regular los conflictos internos o mediar las presiones externas. El concepto de organización morfológica se refiere a la fuerza estructural, la congruencia interior y la eficacia funcional del sistema de personalidad. La *organización* de la mente es un concepto derivado casi exclusivamente de inferencias realizadas al nivel *intrapsíquico* de análisis, similar a las nociones psicoanalíticas actuales y empleado en conjunción con ellas, tales como niveles límite y psicótico. Sin embargo, este empleo tiende a ser limitado, relacionándose esencialmente con grados cuantitativos de patología integradora y no con variaciones cualitativas, ya sea en la estructura integradora, ya sea en la configuración. Los variantes estilísticos de este atributo estructural pueden emplearse para caracterizar a cada uno de los prototipos de personalidad; sus atributos organizacionales distintivos se representan con descriptores tales como inmaduro, desligado y compartimentado.

### d) Estado de ánimo/Temperamento

Pocos elementos observables son más relevantes clínicamente desde el análisis de datos del nivel *biofísico* que la predominancia del afecto de un individuo y la intensidad y frecuencia con la que lo expresa. Es fácil descodificar el significado de las emociones extremas. No ocurre lo mismo con los estados de ánimo o sentimientos más sutiles, los cuales se infiltran de forma insidiosa y reiterada en las relaciones y experiencias del paciente. No sólo en los autoinformes se advierten rasgos expresivos del estado de ánimo y los impulsos con términos como *aturdido*, *lábil* o *caprichoso*, sino que también se revelan, aunque de forma indirecta, en el nivel de actividad del paciente, su calidad de discurso y su apariencia física. Claramente, el aspecto más útil de este atributo en relación con la teoría es su utilidad para evaluar los rasgos que son relevantes para las polaridades activo-pasivo y placer-dolor.

## 2.5. Características clínicas de los prototipos o trastornos de la personalidad

En la tabla 2.2 se presentan los procesos funcionales y los atributos estructurales de los constructos de personalidad derivados de la teoría e incluidos en el MCMI-III. Estos atributos se construyeron para que fuesen comprehensivos (exhaustivos de los ámbitos más importantes de personalidad) y comparables entre sí (aproximadamente al mismo nivel de abstracción). Incorporando todas las personalidades del *DSM-III-R* y del *DSM-IV* se obtiene una matriz de 8×14, ámbito × trastorno. Cada casilla de la matriz contiene el atributo o criterio diagnóstico que, en opinión de los autores, mejor capta la expresión de un determinado estilo de personalidad dentro de un ámbito en particular. Verticalmente, la matriz facilita la comparación y el contraste de los trastornos a lo largo de las áreas de contenido. Horizontalmente, sugiere que los criterios deben evaluarse conjuntamente a lo largo de una variedad de áreas de contenido para llegar a una imagen comprensiva de cada prototipo diagnóstico. El primero aborda la validez discriminante, el segundo la validez convergente. En las siguientes páginas, estos atributos se explicarán en párrafos detallados, proporcionando considerables detalles descriptivos de cada trastorno de personalidad. Para fines comparativos, los criterios *DSM* de cada trastorno también se enumeran junto con los correspondientes ítems del MCMI-III. Esto debería permitir al lector evaluar rápidamente la validez de contenido del MCMI y los criterios del *DSM* en relación con los ámbitos clínicos.



## 2.6. Síndromes clínicos del Eje I

Los síndromes clínicos del Eje I se entienden mejor como trastornos enraizados en el contexto de los estilos del Eje II. De acuerdo con esto, a menudo se tratan en casos clínicos reales como extensión o distorsiones del patrón básico de personalidad del paciente. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente claros o transitorios, aumentando o disminuyendo con el tiempo y función del impacto de situaciones estresantes. En tiempos de malestar, caricaturizan o acentúan el estilo básico de personalidad. Prescindiendo de lo diferentes que estos estados parezcan, sin embargo, adquieren significado y sentido sólo en el contexto de la personalidad del paciente. Deberían ser evaluados en referencia a ese patrón. A pesar de la observación de que ciertos trastornos surgen más frecuentemente en conjunción con ciertos estilos de personalidad, cada uno de estos estados de síntomas aparecerá en varios patrones. Por ejemplo, la depresión neurótica o la timidez ocurre más frecuentemente en personalidades evitativas, dependientes y autodestructivas; la dependencia del alcohol es más común en patrones histriónicos y antisociales.

Dado que son posibles varias covariaciones entre los síndromes del Eje I y los estilos de personalidad del Eje II, es esencial construir un modelo donde se especifiquen estas interrelaciones. La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo y, por tanto, duración es sustancialmente más corta que la de los trastornos de personalidad. Habitualmente representan estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta con claridad, a menudo precipitado por sucesos externos. Típicamente, aparecen en formas llamativas o dramáticas, a menudo acentuando o intensificando los rasgos más prosaicos del estilo premórbido o básico de personalidad. Durante los períodos de patología activa, no es raro que varios síntomas covarien y cambien con el tiempo en los grados de su prominencia. Las escalas de síndromes clínicos de MCMII-III —A, H, N, D, B, T y R— representan trastornos de gravedad moderada. Las escalas de síndromes clínicos graves —SS, CC y PP— reflejan trastornos de gravedad marcada. Cada uno de estos trastornos se describe a continuación. La tabla 2.3 enumera los ítems prototípicos asignados a cada escala del Eje I.

### Síndromes clínicos moderadamente graves (escalas de la A a la R, ambas inclusive)

#### *Trastorno de ansiedad (escala A)*

Un paciente ansioso a menudo informa tanto de sentimientos vagamente aprensivos como específicamente fóbicos, está típicamente tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de varios tipos de molestias físicas, como una sensación de tensión, excesiva transpiración, dolores musculares poco definidos y náuseas. La revisión de las respuestas del paciente puede ayudar a determinar si es principalmente fóbico y, más específicamente, si la fobia es de tipo simple o social. Sin embargo, la mayoría de los pacientes ansiosos presentan un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse, movimientos nerviosos y la tendencia a reaccionar y a sobresaltarse fácilmente. También es característico el malestar somático, como por ejemplo, las manos frías y húmedas o molestias estomacales. También son notables la preocupación y la sensación aprensiva de que los problemas son inminentes, una hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y una susceptibilidad generalizada.

#### *Trastorno somatomorfo (escala H)*

Los pacientes con puntuaciones altas en la escala somatomorfa expresan sus dificultades psicológicas mediante los canales somáticos, períodos persistentes de cansancio y debilidad y preocupación



ción por su falta de salud y una variedad de dolores dramáticos, pero en gran medida inespecíficos, en diferentes e inconexas partes del cuerpo. Algunos pacientes tienen un trastorno primario de somatización que se caracteriza por quejas somáticas recurrentes y múltiples, presentadas a menudo de una forma dramática, vaga o exagerada. Otros tienen una historia que puede interpretarse como hipocondríaca: interpretan molestias o sensaciones físicas menores como señales de una dolencia grave. Si, de hecho, existen enfermedades, tienden a sobrevalorarlas a pesar de los intentos por parte de los médicos de tranquilizarles. Normalmente, las quejas somáticas se emplean para llamar la atención.

#### ***Trastorno bipolar (escala N)***

Los pacientes bipolares presentan períodos de euforia superficial, una elevada autoestima, un exceso de actividad nerviosa y facilidad para distraerse, discurso rápido, impulsividad e irritabilidad. También son evidentes un entusiasmo poco selectivo, planificación excesiva para objetivos poco realistas, una cualidad intrusiva, cuando no dominante y exigente, en sus relaciones interpersonales, una necesidad reducida de sueño y fuga de ideas, así como cambios de humor, rápidos y lábiles. Puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo delirios y alucinaciones.

#### ***Trastorno distímico (escala D)***

Los pacientes con puntuaciones altas en la escala de distimia siguen involucrados en la vida diaria, pero han estado preocupados durante años con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despectuosos. Durante los periodos de depresión puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, una perspectiva pesimista del futuro, distanciamiento social, reducción o exceso del apetito, fatiga crónica, concentración pobre y una marcada pérdida de interés en actividades placenteras, así como una efectividad reducida en las tareas cotidianas. A menos que la puntuación en la escala CC (Depresión mayor) también sea muy elevada, es poco probable que se evidencien rasgos psicóticos depresivos. Un examen exhaustivo de las respuestas específicas a los ítems que contribuyen a la alta puntuación del paciente en la escala D debería permitir al clínico discernir los rasgos particulares del ánimo distímico (por ejemplo, baja autoestima o desesperanza).

#### ***Dependencia del alcohol (escala B)***

Un paciente con una puntuación alta en la escala de Dependencia del alcohol probablemente tiene una historia de alcoholismo, ha tratado de superar el problema con poco éxito y, como consecuencia, experimenta considerable malestar en la familia y en el trabajo. Lo que tiene de valor en esta escala y en la siguiente (Dependencia de sustancias) es la oportunidad de considerar el problema en el contexto del estilo global de funcionamiento y afrontamiento del paciente.

#### ***Dependencia de sustancias (escala T)***

Una puntuación alta en Dependencia de sustancias indica que el paciente probablemente tiene una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, habitualmente le cuesta mucho reprimir sus impulsos para mantenerlos dentro de unos límites sociales convencionales y es incapaz de manejar las consecuencias personales de este comportamiento. Al igual que la escala de Dependencia del alcohol, esta escala está compuesta de muchos ítems indirectos y sutiles y puede ser útil para identificar a los individuos que no están muy dispuestos a admitir sus problemas de drogas.



### **Trastorno de estrés postraumático (Escala R)**

Los pacientes con puntuaciones altas en esta escala han experimentado un suceso que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimientos de indefensión. Las persistentes imágenes y emociones asociadas con el trauma llevan a recuerdos y pesadillas que reactivan los sentimientos generados por el suceso original. Los síntomas de activación ansiosa (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto e hipervigilancia) persisten y los pacientes se esfuerzan en evitar las circunstancias asociadas con el trauma.

### **Síndromes clínicos graves (escalas SS, CC y PP)**

#### **Trastorno del pensamiento (escala SS)**

Dependiendo de la duración y el transcurso del problema, los pacientes con puntuaciones elevadas en esta escala normalmente se clasifican como «esquizofrénicos», «esquizofreniformes» como padeciendo una «breve psicosis reactiva». Periódicamente pueden mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas, a menudo parecen confusos y desorientados y ocasionalmente exhiben afecto inapropiado, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados y puede haber un penetrante sentido de ser incomprendido y aislado por los demás. También son notables las conductas retraídas, solitarias y secretas.

#### **Depresión mayor (escala CC)**

Los pacientes con altas puntuaciones en esta escala normalmente son incapaces de funcionar en un ambiente normal, están severamente deprimidos y expresan pavor ante el futuro, ideación suicida y un sentimiento de resignación desesperanzado. Algunos exhiben un marcado retard motor, mientras que otros se muestran muy agitados, deambulando incesantemente y lamentándose de su triste estado. Durante estos períodos a menudo ocurren algunos problemas somáticos tales como falta notable de apetito, cansancio, pérdidas o ganancias de peso, insomnio y despertar precoz. Los problemas de concentración son comunes, así como los sentimientos de poca valía y de culpa. Los miedos repetitivos y las cavilaciones se observan con frecuencia. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y solitario caracterizado por inmovilidad torpe o un tono irritable, quejoso y lastimero.

#### **Trastorno delirante (escala PP)**

Los pacientes con trastorno delirante frecuentemente se consideran paranoides agudos y puede volverse periódicamente beligerantes, expresando delirios irracionales, pero interconectados, de un carácter celosa, persecutoria o grandiosa. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber claros signos de trastorno de pensamiento e ideas de referencia. Los estados de ánimo son habitualmente hostiles y expresan sentimientos de ser acosados y maltratados. Factores concomitantes son un tenso trasfondo de suspicacia, vigilancia y alerta ante una posible traición.

## **2.7. Validación racional de los ítems del MCMI**

En los párrafos anteriores se ha expuesto la cristalización en el MCMI de los constructos del Eje I y de la naturaleza de los constructos del Eje II. Cuando el MCMI se publicó originalmente no había todavía necesidad de coordinarlo con ningún esquema oficial de trastornos mentales; todavía faltaban varios años para la publicación del *DSM-III*. Ahora volvemos a los comienzos del MCMI.

para describir los pasos tomados para generar y validar racionalmente sus ítems preliminares. Este material es importante desde el punto de vista histórico e instructivo y también para ilustrar la continuidad desde el MCMI al MCMI-III. La fase de validación teórica-sustantiva en el desarrollo del MCMI consistió en tres pasos secuenciales: (a) crear un banco de ítems inicial basado en la teoría, (b) reducir el banco de ítems a partir de bases racionales y (c) elegir ítems para establecer dos formas equivalentes y provisionales del instrumento.

### Creación de un banco de ítems

La construcción del MCMI fue un paso más allá del tradicional procedimiento de selección de ítems con validez de contenido o aparente; los bancos de ítems se prepararon para cada escala de síndromes sobre la base de las definiciones derivadas de la teoría (Gynther, Burkhart y Hovanitz, 1979; Holden y Jackson, 1979; Wrobel y Lachar, 1982). Las características detalladas de cada síndrome, publicadas en un trabajo anterior, proporcionaron un repertorio de conductas de respuesta típicas para los diferentes síndromes, expresadas en varios contextos situacionales. Redactar y elegir los ítems inicialmente seleccionados de este amplio espectro de características garantizó que el contenido del banco inicial fuera comprehensivo y representativo.

Además de la obra *Modern psychopathology* (Millon, 1969/1983), el principal texto basado en la teoría del momento, se examinaron exhaustivamente más de 80 fuentes (incluyendo libros de texto de Psiquiatría y Psicología, escalas de valoración y tests de personalidad publicados) para producir más de 3.500 ítems auto-descriptivos y orientados al contenido. Después se ordenaron un conjunto de 20 escalas clínicas basadas en la teoría para la clasificación inicial de los ítems. Se eliminaron tres de las escalas originales y se reemplazaron por escalas que tenían potencialmente un mayor uso clínico.

El número de ítems de la parte de escalas básicas de personalidad variaba desde 177 ítems para la categoría del patrón esquizoide hasta 432 para el grupo antisocial. Las escalas de trastornos de personalidad graves variaban desde 179 ítems para la categoría esquizotípica hasta 200 para el grupo límite. El número de ítems de las escalas de síndromes clínicos variaba desde 70 ítems para la categoría somatomorfo hasta un máximo de 94 en el grupo de ansiedad. En esta fase del desarrollo, todos los ítems se redactaron para que la respuesta «Verdadero» significara la presencia del síndrome de la escala. Aunque hubo alguna preocupación inicial en relación con la tendencia a la «*aquiescencia*» (Jackson y Messick, 1961), la investigación consiguiente ha indicado que probablemente jugara un papel menor (Rorer, 1965). Además, las pruebas preliminares sugirieron que los ítems redactados de forma negativa carecerían de suficiente especificidad diferencial como para ser útiles. Es decir, seguramente muchos tipos de pacientes con diferentes síndromes concluyan que un determinado ítem conductual no es verdadero para ellos, mientras que probablemente sólo unos pocos tipos de pacientes digan que la conducta sí es verdadera para ellos. Esta expectativa recibió apoyo en estudios posteriores de otros autores donde los ítems redactados en forma negativa resultaron ser considerablemente menos útiles para el diagnóstico diferencial (Holden, Fekken y Jackson, 1985).

### Reducción del banco de ítems de acuerdo a criterios racionales

El proceso de reducción racional de ítems incluía varios estadios de revisión empleando criterios tales como la gramática, la claridad, la simplicidad, la validez de contenido y la relevancia de la escala. Como primer paso, los revisores eliminaron ítems que no eran explícitos o que eran exce-



sivamente complejos y posiblemente ofensivos. También se eliminaron ítems que contenían segundos de deseabilidad, que era probable que fuesen poco fiables o que dieran como resultado una respuesta positiva demasiado frecuente. Lo que es más importante, los ítems se seleccionaron porque ejemplificaban rasgos que caracterizaban la escala específica para la que se redactaron. Se hicieron muchos esfuerzos para seleccionar ítems con el fin de obtener validez discriminante convergente, es decir, juzgando los ítems no sólo en términos de su relevancia para una escala específica, sino también en términos de su «falta de ajuste» con otras escalas de síndromes seleccionadas (Campbell y Fiske, 1959).

Otro criterio importante fue cubrir toda el área de rasgos y comportamientos que caracteriza cada síndrome. En vez de concentrarse en uno o dos rasgos que podrían ser más distintivos de un patrón de personalidad o un síndrome clínico, los esfuerzos se dirigieron a proporcionar una muestra equilibrada y representativa de todas las características de la escala (Wiggins, 1973).

Además de los pasos anteriores para la reducción preliminar, se emplearon otros cuatro procedimientos empíricos para refinar algo más los ítems en este estadio. Primero, se pidió a una pequeña muestra de pacientes que leyeron los ítems restantes y juzgaran su claridad y facilidad de auto-evaluación. Segundo, cuando la lista se redujo por los juicios de los pacientes, se pidió a ocho profesionales de la salud mental, expertos en la teoría y nosología, que clasificaran por el método ciego todos los ítems en sus categorías teóricamente más apropiadas. Los ítems se conservaban sólo si se o más de estos clínicos los clasificaban adecuadamente, es decir, de acuerdo con el modelo teórico. Tercero, los ítems que sobrevivieron a estas clasificaciones clínicas iniciales de «mejor ajuste» se clasificaron de nuevo en segundo-mejor y tercer-mejor ajuste, primero entre su propia subsección (excepto en la subsección de personalidad patológica de tres escalas, donde se hizo sólo una clasificación de segundo-mejor ajuste) y segundo entre las otras subsecciones. Estos datos se guardaron para decisiones posteriores en relación con la puntuación múltiple de los ítems. Cuarto, los ítems que sobrevivieron en las primeras series se clasificaron otra vez para el primer y el segundo «ajuste negativo», es decir, aquellos con poca probabilidad de ser aceptados como verdaderos por individuos con un determinado estilo o trastorno de personalidad. Por ejemplo, un ítem que indicara un fuerte interés en actividades sociales sería clasificado negativamente en la escala esquizoide. Estos datos también se conservaron como información de trasfondo para planificar la codificación de las respuestas «falso» en una fase posterior del desarrollo del test.

### **Creación de formas provisionales sustancialmente válidas**

Usando los criterios y pasos anteriores, el banco inicial se redujo a los 1.132 ítems de mejor ajuste, que después se dividieron en varias categorías de escalas (las elecciones de segundo-mejor y tercero-mejor ajuste y ajuste negativo no se usaron como datos en esta fase de la investigación). Además, se incluyeron 36 ítems para la detección de patrones de respuesta al azar, de negación y tendencia a distorsionar a causa del trastorno; se descartaron los protocolos con puntuaciones altas en estas escalas de distorsión. Debido a la naturaleza estadísticamente compleja de un inventario de 1.132 ítems y el tiempo que llevaría aplicarlo, se dividió el banco reducido en dos formas provisionales, cada una de 566 ítems con los ítems emparejados para conseguir una adecuada representatividad. El número concreto de 566 ítems se determinó por la disponibilidad de hojas de respuesta adecuadamente diseñadas para este tamaño. Dado que los ítems de ambas formas seleccionaron por su consistencia con los conjuntos de síndromes derivados de la teoría, se consideró que las escalas cumplían los criterios de un instrumento sustancialmente válido.

## Generación y refinamiento de los ítems del MCMI-III

Dado que la publicación del MCMI precedió a la del *DSM-III* en 1980, las tareas de generación de ítems y de validación racional fueron laboriosas e intensas en el tiempo. En contraste, el Eje II está ahora muy bien establecido como punto de referencia principal en la concepción de la psicopatología, con un contenido que ha sido sucesivamente elaborado a lo largo de tres generaciones del *DSM*. Por tanto, el deseo de coordinar el MCMI-III con la nosología oficial hizo que la generación de ítems y la selección racional fueran relativamente directas. Además, debido a que Millon era miembro del comité del *DSM-IV* para el Eje II, la presentación oficial de estos constructos refleja en parte su concepción de la teoría evolutiva descrita anteriormente. Así, la búsqueda de ítems de autoinforme que captaran adecuadamente tanto los criterios oficiales como la perspectiva más teórica del autor fue considerablemente más fácil. Se generó un banco sustancial de nuevos ítems para el MCMI-III por medio del juicio experto de Millon. Después, éstos fueron sometidos a escrutinio racional por colegas de la investigación que trabajaron en el proyecto de revisión. Siguiendo sus sugerencias y revisiones, se creó la versión MCMI-II para la investigación (*MCMI-II Research Form*), con 325 ítems como base para un posterior estudio empírico. Se proporcionan detalles adicionales en el siguiente capítulo.

**Tabla 2.2. Expresiones de los trastornos de personalidad  
en los diferentes niveles y ámbitos de la personalidad - Resumen general**

Ámbito Trastorno	Comportamiento observable	Comportamiento interpersonal	Estilo cognitivo	Autoimagen	Representaciones objetuales	Mecanismos de defensa	Organización morfológica	Estado de ánimo /temperamento
Esquizoide	Impasible	Desvinculado	Empobrecido	Autosuficiente	Escasas	Intelectualización	Indiferenciada	Apático
Evitativo	Ansioso	Aversivo	Distraído	Alienada	Vejatorias	Fantasía	Frágil	Angustiado
Depresivo	Abatido	Indefenso	Pesimista	Inútil	Abandonadas	Ascetismo	Disminuida	Melancólico
Dependiente	Incompetente	Sumiso	Ingenuo	Inepta	Inmaduras	Introyección	Rudimentaria	Pacífico
Histriónico	Dramático	Buscador de atención	Frívolo	Gregaria	Superficiales	Disociación	Inconexa	Inconstante
Narcisista	Arrogante	Explotador	Expansivo	Admirable	Artificiales	Racionalización	Espuria	Despreocupado
Antisocial	Impulsivo	Irresponsable	Desviado	Autónoma	Degradas	Impulsividad actuación	Indisciplinada	Insensible
Agresivo (Sádico)	Precipitado	Áspero	Dogmático	Combativa	Perniciosas	Aislamiento	Tendente a la erupción	Hostil
Compulsivo	Disciplinado	Respetuoso	Constreñido	Escrupulosa	Ocultas	Formación reactiva	Compartimentada	Solemne
Negativista	Resentido	No cooperador	Escéptico	Descontenta	Vacilantes	Desplazamiento	Divergente	Irritable
Autodestructivo	Abstinente	Deferente	Inseguro	Desmerecedora	Desacreditadas	Exageración	Invertida	Disfórico
Esquizotípico	Excéntrico	Reservado	Autístico	Enajenada	Caóticas	Anulación	Fragmentada	Aturdido o insensible
Límite	Irregular	Paradójico	Caprichoso	Insegura	Incompatibles	Regresión	Dividida	Lábil
Paranoide	Defensivo	Provocativo	Suspicaz	Inviolable	Inalterables	Proyección	Inflexible	Irascible

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO ESQUÍZOFÍNE	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente impasible.</i> Parece encontrarse en un estado emocional inerte, sin vida, impávido y carente de energía y vitalidad; es inmóvil, aburrido, inanimado, robótico y flemático, presenta déficit de activación y de expresividad y espontaneidad motoras.	<i>Autoimagen autosuficiente.</i> Muestra una mínima introspección y conciencia de sí mismo; parece impermeable a las implicaciones personales y emocionales de la vida social cotidiana y se muestra indiferente al halago o la crítica.
<i>Interpersonalmente desvinculado.</i> Parece indiferente y remoto, rara vez responde a las acciones y los sentimientos de las otras personas, escoge actividades solitarias y posee intereses humanos mínimos; se queda en un segundo plano, está aislado y no se inmiscuye; no desea, ni disfruta de relaciones íntimas; prefiere un papel secundario en los marcos social, laboral y familiar.	<i>Representaciones escasas.</i> Las representaciones internalizadas son pocas y mal articuladas; son construidas en gran medida a partir de percepciones y recuerdos de las pasadas relaciones con los demás y poseen poca interacción dinámica entre impulsos y conflictos, a diferencia de las personas bien adaptadas.
<i>Cognitivamente empobrecido.</i> Parece deficiente en amplias esferas del conocimiento humano y muestra procesos de pensamiento vagos y confusos, en especial en cuanto a temas sociales; las comunicaciones con los demás suelen estar descentradas, carecer de propósito o intención, o estar hilvanadas a partir de una lógica irracional o circular.	<i>Organización indiferenciada.</i> Presenta una barrera interna, escasa motivación para satisfacer sus necesidades y una presión mínima para defender o resolver conflictos internos o afrontar las demandas externas; las estructuras morfológicas internas se caracterizan por una esquematización limitada y un patrón estéril.
<i>Mecanismo de racionalización.</i> Describe las experiencias interpersonales y afectivas ciñéndose a los hechos, de forma abstracta, impersonal o mecánica, únicamente presta atención a los aspectos objetivos y formales de los acontecimientos emocionales y sociales.	<i>Estado de ánimo apático.</i> Es emocionalmente impasible, muestra una intrínseca falta de sentimientos y es frío y monótono; con débiles necesidades y deseos sexuales, rara vez muestra sentimientos cálidos o intensos y es aparentemente incapaz de experimentar con profundidad la mayoría de los afectos: placer, tristeza o ira.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Esquizoide)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos.	92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
(1) Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.	105. Tengo poco deseo de hacer amigos íntimos.
(2) Escoge casi siempre actividades solitarias.	27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer cosas solo.
(3) Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.	46. Siempre he sentido menos interés por sexo que la mayoría de la gente.
(4) Disfruta con pocas o ninguna actividad.	148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
(5) No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.	165. No tengo amigos íntimos, al margen de la familia.
(6) Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.	
(7) Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.	10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO EVITATIVO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente ansioso.</i> Presenta un estado de inquietud y desasosiego, de temor, vacilación e impaciencia; reacciona exageradamente a acontecimientos inocuos y los juzga con ansiedad como si significasen ridículo, crítica y desaprobación.	<i>Autoimagen alienada.</i> Se ve a sí mismo como socialmente inepto, inadecuado e inferior, lo que justifica el aislamiento y el rechazo que recibe de los demás; se siente poco atractivo como persona, devalúa sus logros y refiere una sensación persistente de soledad y vacío.
<i>Interpersonalmente aversivo.</i> Se distancia de las actividades que implican relaciones personales íntimas e informa sobre una larga historia de ansiedad generalizada y desconfianza social; busca aceptación, pero no tiene voluntad alguna de implicarse a menos que tenga la certeza de que gustará, manteniendo la distancia y la privacidad para evitar sentirse avergonzado y humillado.	<i>Representaciones vejatorias.</i> Las representaciones internalizadas están compuestas por reactivaciones intensas y conflictivas de recuerdos sobre relaciones tempranas problemáticas; muchas limitaciones para experimentar o recordar gratificaciones y pocos mecanismos para canalizar las necesidades, controlar los impulsos, resolver conflictos o amortiguar los estresantes externos.
<i>Cognitivamente distraído.</i> Rastrea constantemente el ambiente para identificar amenazas potenciales y está preocupado por pensamientos y observaciones irrelevantes e intrusivas; esta corriente interna de ideas irrelevantes interfiere la continuidad del pensamiento y la comunicación social y las apreciaciones adecuadas.	<i>Organización frágil.</i> Un complejo precario de emociones tortuosas que dependen casi exclusivamente de una única modalidad para su resolución y liberación (es decir, evitación, escape y fantasía); de este modo, cuando se enfrenta a riesgos personales, oportunidades nuevas o situaciones estresantes que no había anticipado, dispone de pocas estructuras morfológicas y se puede volver hacia atrás en una descompensación regresiva.
<i>Mecanismo de fantasía.</i> Depende excesivamente de la imaginación para conseguir la satisfacción de las necesidades, el establecimiento de la confianza y la resolución de los conflictos; se adentra en sus ensueños para descargar los afectos frustrados y los impulsos coléricos sin poner en peligro su seguridad.	<i>Estado de ánimo angustiado.</i> Describe tensión, tristeza e ira constantes y confusas; vacila entre el deseo de afecto, el miedo a la burla, el malestar y el embotamiento afectivo.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Evitativo)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:	40. Soy una persona miedosa e inhibida.
(1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.	69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
(2) Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.	127. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
(3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.	18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculado o avergonzado.
(4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.	99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohíbido.
(5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.	174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
(6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.	141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
(7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.	84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO DEPRESIVO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente abatido.</i> El aspecto y el estado transmiten un desamparo irremediable, sombrío, desolado, abatido, por no decir de carácter apesadumbrado; decaído irremediablemente y desanimado, refleja un sentido de desesperanza y desdicha constantes.	<i>Autoimagen inútil.</i> Se juzga como insignificante, sin valor tanto para él como para los otros, inútil e incapaz de aspiración alguna; improductivo, estéril, impotente, se considera inconsiguiente y censurable, cuando no despreciable, piensa que deberían criticarle y descalificarle, además de sentirse culpable por no poseer rasgos o logros loables.
<i>Interpersonalmente indefenso.</i> Debido al sentimiento de vulnerabilidad y desprotección, suplicará a los demás que le cuiden y protejan; temiendo el abandono y la deserción, no sólo actuará de forma arriesgada, sino que buscará o exigirá garantías de afecto, constancia y dedicación.	<i>Representaciones abandonadas.</i> Parece desechar las representaciones internalizadas del pasado como si las experiencias tempranas de la vida se hubieran agotado o debilitado, estuvieran vacías de riqueza y elementos alegres, o ausentes de la memoria, dejándole a uno abandonado, privado de felicidad y descartado, terminado y desierto.
<i>Cognitivamente pesimista.</i> Presenta actitudes derrotistas y fatalistas en casi todo, ve la cara más negra de las cosas y espera siempre lo peor; se siente abrumado, desanimado y triste e interpreta los acontecimientos presentes de la manera más desoladora, desesperándose porque las cosas nunca mejorarán en el futuro.	<i>Organización disminuida.</i> Un andamiaje para las estructuras morfológicas muy débil, con métodos de afrontamiento endebles y estrategias defensivas empobrecidas, vacías y desprovistas de vigor y atención; provocan una disminución de la capacidad, por no decir que la agotan, para iniciar la acción y regular el afecto, el impulso y el conflicto.
<i>Mecanismo de ascetismo.</i> Comprometido en actos de autonegación, autocastigo y autovejación, cree que debe hacer penitencia y privarse de los placeres de la vida; no sólo rechaza el disfrute, sino que hace juicios muy duros sobre sí mismo, con posibles actos autodestructivos.	<i>Estado de ánimo melancólico.</i> Típicamente apenado, desanimado, con llanto fácil, triste y arisco; preocupado y cavilador; el malhumor y el estado disfórico raras veces remiten.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Depresivo)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV*</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas que se inicia al principio de la edad adulta, se refleja en una amplia variedad de contextos y se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:	
(1) El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.	20. He tenido pensamientos tristes gran parte d mi vida desde que era niño. 112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
(2) La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima.	123. Siempre me ha resultado difícil dejar d sentirme deprimido y triste.
(3) Se critica, se acusa o se autodescalifica.	151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
(4) Cavila y tiende a preocuparse por todo.	47. Siempre tiendo a culparme a mí mism cuando las cosas salen mal.
(5) Critica, juzga y lleva la contraria por todo.	145. Me paso la vida preocupándome por un cosa u otra.
(6) Se muestra pesimista.	133. Incluso en los buenos tiempos, siempre h tenido miedo de que las cosas pronto fue sen mal.
(7) Tiende a sentirse culpable o arrepentido.	25. Me siento culpable muy a menudo sin nin guna razón.

\* Criterios de investigación. El DSM-IV-TR propone esta categoría diagnóstica para su posible inclusión en futuras revisiones



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO DEPENDIENTE	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente incompetente.</i> Evita las responsabilidades adultas buscando ayuda y guía en los demás; es dócil y pasivo, carece de competencias funcionales y evita la autoafirmación.	<i>Autoimagen inepta.</i> Se ve a sí mismo débil, frágil e inadecuado; le falta autoconfianza y menosprecia sus actitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas por sí mismo.
<i>Interpersonalmente sumiso.</i> Necesita seguridad y consejos excesivos; se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado, sin la cual se siente solo e indefenso de forma ansiosa; es cumplidor, conciliador y tranquilizador y teme tener que ocuparse de sí mismo.	<i>Representaciones inmaduras.</i> Las representaciones internalizadas están compuestas por impresiones infantiles de los demás, ideas muy poco elaboradas, recuerdos incompletos, impulsos muy rudimentarios e infantiles, así como competencias mínimas para manejar y resolver las situaciones estresantes.
<i>Cognitivamente ingenuo.</i> Rara vez está en desacuerdo con los demás y se le convence con facilidad, es confiado y crédulo; tiene una actitud muy ingenua hacia las dificultades interpersonales, ignorando los problemas objetivos y las situaciones perturbadoras.	<i>Organización rudimentaria.</i> Debido a que confía a los demás la responsabilidad de satisfacer sus necesidades y la asunción de las actividades adultas, existe una estructura morfológicamente deficiente y una falta de diversidad en los controles internos, que provoca una mezcla de habilidades adaptativas relativamente subdesarrolladas e indiferenciadas, así como un sistema muy elemental para conducirse de forma independiente.
<i>Mecanismo de introyección.</i> Es devoto de los demás para fortalecer la creencia de que existe una unión inseparable con ellos; sacrifica sus puntos de vista independientes a los de otros para evitar conflictos y amenazas a su relación.	<i>Estado de ánimo pacífico.</i> De forma característica es cálido, tierno y no competitivo; evita tímidamente la tensión social y los conflictos interpersonales.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Dependiente)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	<b>16.</b> Soy una persona muy agradable y sumisa.
(1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con muchos consejos y excesiva reafirmación por parte de los demás.	<b>94.</b> La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
(2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.	<b>73.</b> A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.	<b>169.</b> Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía).	<b>35.</b> A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.	<b>45.</b> Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
(6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí mismo.	<b>135.</b> Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano del que depender, realmente me asusta.
(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.	
(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.	<b>108.</b> Me preocupa mucho que me dejen solo o tenga que cuidar de mí mismo.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

Procesos funcionales	Atributos estructurales
<p><i>Expresivamente dramático.</i> Es muy reactivo, volátil y atractivo, además de intolerante con la inactividad, lo que resulta en respuestas impulsivas, altamente emotivas y teatrales; refiere propensión a excitaciones momentáneas, aventuras fugaces y hedonismo poco preciso.</p>	<p><i>Autoimagen gregaria.</i> Se considera sociable, estimulante y encantador; utiliza la imagen para atraer a conocidos mediante el aspecto físico y sigue una vida ocupada y orientada al placer.</p>
<p><i>Interpersonalmente buscador de atención.</i> Solicita activamente elogios y manipula a los demás para obtener la reafirmación, atención y aprobación que necesita; es exigente, coqueto, vanidoso y seductor, sobre todo cuando desea ser el centro de la atención.</p>	<p><i>Representaciones superficiales.</i> Las representaciones internalizadas están compuestas por recuerdos superficiales de relaciones previas, colecciones azarosas de afectos y conflictos transitorios y segregados, así como impulsos y mecanismos insustanciales.</p>
<p><i>Cognitivamente frívolo.</i> Evita el pensamiento introspectivo, es claramente sugestionable, atento a acontecimientos externos fugaces y habla de generalidades impresionistas; integra mal las experiencias, generando un aprendizaje disperso y juicios irreflexivos.</p>	<p><i>Organización inconexa.</i> Existe una estructura morfológica mal conectada, en la que los procesos de regulación y control internos están dispersos y desintegrados, con métodos a propósito para contener los impulsos, coordinar las defensas y resolver los conflictos; dan lugar a mecanismos que deben ser necesariamente amplios y generales para mantener la cohesión y estabilidad psíquica y, cuando son satisfactorios, para aislar todavía más y desconectar los pensamientos, los sentimientos y las acciones.</p>
<p><i>Mecanismo de disociación.</i> Altera y recompone regularmente sus propias manifestaciones para crear una sucesión de fachadas que son socialmente atractivas aunque cambiantes; se implica en actividades autodistractivas para evitar reflejar e integrar pensamientos y emociones desagradables.</p>	<p><i>Estado de ánimo inconstante.</i> Presenta emociones rápidamente cambiantes y superficiales; es vivaz, animado, impetuoso y tiende a entusiasmarse con la misma facilidad con la que se enfada o aburre.</p>

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Histriónico)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de excesiva emotividad y búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	57. Pienso que soy una persona muy sociable extraversa.
(1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.	88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aíslo de los demás.
(2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.	21. Me gusta coquetear con las personas de otro sexo.
(3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.	12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
(4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.	
(5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.	
(6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.	51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante y divertido.
(7) Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias.	32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
(8) Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.	80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

Procesos funcionales	Atributos estructurales
<p><i>Expresivamente arrogante.</i> Se comporta de forma arrogante, altanera, pomposa y desdeñosa, se siente por encima de las normas de convivencia y las califica de superficiales o inaplicables para sí mismo; muestra una descuidada falta de atención por la integridad de las personas y una indiferencia presuntuosa hacia los derechos de los demás.</p>	<p><i>Autoimagen admirable.</i> Cree que es una persona de mérito, especial (si no única), que merece una gran admiración; se comporta de forma grandiosa y con una gran confianza, a menudo con logros significativos; tiene un elevado concepto de sí mismo a pesar de ser visto por los demás como egocéntrico, desconsiderado y arrogante.</p>
<p><i>Interpersonalmente explotador.</i> Carece de empatía, se cree el centro de atención y espera favores especiales sin asumir responsabilidades recíprocas; se toma excesivas confianzas sin ningún reparo y utiliza a los otros para fortalecerse a sí mismo y satisfacer sus deseos.</p>	<p><i>Representaciones artificiales.</i> Representaciones internalizadas compuestas en mayor medida de lo normal por recuerdos ilusorios y cambiantes sobre relaciones pasadas; los impulsos y conflictos inaceptables son rápidamente remodelados en cuanto surge la necesidad.</p>
<p><i>Cognitivamente expansivo.</i> Posee una imaginación desenfrenada y está enfrascado en inmaduras y glorificantes fantasías de éxito, belleza o amor; se ajusta mínimamente a la realidad, se concede licencias en cuanto a los hechos y suele mentir para mantener sus ilusiones.</p>	<p><i>Organización espuria.</i> Las estructuras morfológicas que subyacen a las estrategias defensivas y de afrontamiento tienden a ser débiles y transparentes, parecen más sustanciales y organizadas de lo que son en realidad; la regulación marginal de los impulsos, la mínima canalización de las necesidades y la creación de un mundo interno en el que se descartan los conflictos sirven para la rápida justificación de los errores y la reafirmación.</p>
<p><i>Mecanismo de racionalización.</i> Se engaña a sí mismo y tiende a elaborar razones plausibles para justificar su egocentrismo y su comportamiento socialmente desconsiderado; encuentra coartadas para situarse en la mejor posición posible a pesar de los evidentes obstáculos o fracasos.</p>	<p><i>Estado de ánimo despreocupado.</i> Manifiesta un aire general de indiferencia, imperturbabilidad y fingida tranquilidad; parece poseedor de una frialdad no impresionable u optimista a ultranza, excepto cuando se ve amenazada su confianza narcisista, momento en el que aparecen breves muestras de ira, vergüenza o sentimientos de vacío.</p>



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Narcisista)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI</b>
A. Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	
(1) Tiene un grandioso sentido de su importancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).	67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
(2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.	6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
(3) Cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido, o sólo puede relacionarse, con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.	159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
(4) Exige una admiración excesiva.	144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
(5) Es muy pretencioso; por ejemplo, tiene expectativas irrationales de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.	31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
(6) Es interpersonalmente explotador; por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.	85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
(7) Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.	93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí.
(8) Frecuentemente envida a los demás o cree que los demás le envodian a él.	26. Los demás envian mis capacidades.
(9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.	5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO ANTI SOCIAL	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente impulsivo.</i> Es impetuoso e incontrolable, actúa de forma espontánea y precipitada, como en cortocircuito; es imprudente, poco previsor e incauto, incapaz de planear sus actos o considerar otras alternativas, sin prever las consecuencias.	<i>Autoimagen autónoma.</i> Se ve a sí mismo como si las restricciones sociales y las limitaciones de las lealtades personales no le afectasen; valora la imagen y el sentido de libertad y desconfía de las personas, los lugares, las obligaciones o las rutinas.
<i>Interpersonalmente irresponsable.</i> Es una persona de poco fiar, es incapaz o bien se niega intencionalmente a hacerse cargo de sus responsabilidades personales, conyugales, laborales o económicas; se inmiscuye en la vida de los demás y viola sus derechos, transgrediendo las normas sociales establecidas mediante comportamientos fraudulentos o ilegales.	<i>Representaciones degradadas.</i> Las representaciones internalizadas están compuestas por relaciones interpersonales degradadas y corruptas, que reflejan actitudes e impulsos vengativos que transgreden los ideales y las costumbres culturales y devalúan los sentimientos personales, a la vez que codician intensamente los beneficios materiales que la sociedad les ha negado.
<i>Cognitivamente desviado.</i> Construye los acontecimientos y las relaciones según creencias y valores morales que socialmente son poco ortodoxos; desdeña los ideales tradicionales, no acepta las normas sociales y menosprecia los valores convencionales.	<i>Organización indisciplinada.</i> La estructura morfológica interna que contiene los impulsos es escasa, al igual que el control de las energías y actitudes refractarias, lo que produce una fácil transgresión de los controles, unos umbrales bajos para la descarga hostil o erótica, pocos canales para la sublimación, una expresión sin trabas y una notable intolerancia a la demora o a la frustración.
<i>Mecanismo de impulsividad-actuación.</i> Rara vez limita las tensiones internas, que pueden incrementarse posponiendo la expresión de pensamientos ofensivos y acciones malevolentes. Los impulsos socialmente reprobables no se transforman en formas subliminales, sino que se descargan directamente de un modo precipitado, por lo general sin culpa ni resentimiento.	<i>Estado de ánimo insensible.</i> Esta persona es dura, irritable y agresiva, como se expresa mediante los déficits de caridad social, compasión o remordimiento personal; manifiesta una falta de civismo muy importante y un desinterés ofensivo, si no imprudente, por la propia seguridad y la de los demás.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Antisocial)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI</b>
A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:	53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
(1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.	113. Me he metido en problemas con la ley una o más veces.
(2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.	139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
(3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.	166. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debería.
(4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.	
(5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.	
(6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.	101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
(7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.	38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
B. El sujeto tiene al menos 18 años.	
C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de las edad de 15 años.	17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO: ASPECTO ÁSPERICO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente precipitado.</i> Presenta disposición a reaccionar con explosiones emocionales súbitas y bruscas de naturaleza inesperada e injustificada; reacciona de un modo imprudente, le atraen los desafíos, el riesgo y el peligro y parece insensible al dolor y al castigo.	<i>Autoimagen combativa.</i> Se enorgullece de verse a sí mismo como una persona competitiva, energética y obstinada; valora los aspectos de sí mismo que le proporcionan esa imagen.
<i>Interpersonalmente áspero.</i> Manifiesta satisfacción al intimidar, coaccionar y humillar a los demás; suele expresarse verbalmente de forma abusiva, le gusta hacer comentarios socialmente humillantes y muestra un comportamiento físico rudo, cuando no brutal.	<i>Representaciones perniciosas.</i> Las representaciones internalizadas del pasado se distinguen por relaciones tempranas que generaron fuertes energías agresivas y actitudes malvadas, así como la falta de recuerdos sentimentales, afectos tiernos, conflictos internos y sentimientos de culpa o vergüenza.
<i>Cognitivamente dogmático.</i> Es rígido y cerrado y se obstina en sostener sus prejuicios; es autoritario, socialmente intolerante y lleno de prejuicios.	<i>Organización eruptiva.</i> Su estructura morfológica suele ser coherente y está compuesta por controles, defensas y canales de expresión adecuados; sin embargo, la emergencia de poderosas energías de naturaleza agresiva y sexual amenazan con producir explosiones bruscas que periódicamente sobrepasan los controles que en otras situaciones son perfectamente competentes.
<i>Mecanismo de aislamiento.</i> Puede tener mucha sangre fría y no parece tener conciencia del impacto de sus actos destructivos; ve los objetos de los que abusa como algo impersonal, símbolos de grupos de personas sin ningún valor, desprovistas de sensibilidad humana.	<i>Estado de ánimo hostil.</i> Tiene un temperamento excitable e irritable que aflora rápidamente y se transforma en discusiones y beligerancia física; es cruel y malvado; desea hacer daño y perseguir a los demás.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Agresivo-sádico)</b>	
<b>Criterios del DSM-III-R*</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva, que empieza al principio de la edad adulta y que se manifiesta por la presentación repetida de al menos cuatro de las siguientes características:	<b>116.</b> He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
(1) Haber utilizado la crueldad física o la violencia con el fin de establecer una relación dominante (no sólo para alcanzar algún objetivo no interpersonal, como puede ser, golpear a alguien con el fin de robarle).	<b>95.</b> A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
(2) Humillar o dar un trato vejatorio a alguien en presencia de otros.	<b>9.</b> Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
(3) Tratar o castigar con excesiva dureza a algún subordinado; por ejemplo a un niño, un alumno, un detenido o un paciente.	<b>14.</b> Algunas veces puedo ser bastante duro desagradable con mi familia.
(4) Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de otros (incluidos los animales).	<b>64.</b> No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
(5) Mentir con el fin de causar daño o herir a otros (no sólo para lograr algo).	
(6) Conseguir que otros hagan la propia voluntad atemorizándoles (desde la intimidación hasta causar verdadero terror).	<b>87.</b> A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
(7) Restringir la autonomía de la gente con la que se tiene una relación más estrecha; por ejemplo, no dejar que la esposa salga de casa sin compañía o que la hija adolescente haga ningún tipo vida social.	<b>28.</b> Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
(8) Fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura.	

\* En el DSM-IV, el Trastorno Agresivo (Sádico) de la Personalidad no está incluido.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO COMPULSIVO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente disciplinado.</i> Mantiene una vida regulada, muy estructurada y estrictamente organizada; el perfeccionismo interfiere con la toma de decisiones y la finalización de las tareas.	<i>Autoimagen escrupulosa.</i> Se consideran entregados al trabajo, aplicados, dignos de confianza, meticulosos y eficientes, excluyendo claramente las actividades de ocio; temen el error o los juicios equivocados y valoran en exceso los aspectos de sí mismo que se relacionan con la disciplina, la perfección, la prudencia y la lealtad.
<i>Interpersonalmente respetuoso.</i> Respeta de manera inusual los cánones sociales, además de ser escrupuloso y terco en temas de moral y ética; prefiere las relaciones personales educadas, formales y correctas, insistiendo normalmente en que los subordinados acaten las reglas y los métodos por él establecidos.	<i>Representaciones ocultas.</i> Sólo permiten la expresión comportamental o el conocimiento consciente de representaciones internalizadas, con sus afectos y actitudes internas asociadas, siempre que estén aprobadas socialmente; como resultado, las acciones y los recuerdos están muy regulados, alejan los impulsos prohibidos y los limitan con rigor; niegan defensivamente los conflictos personales y sociales, que mantienen fuera de la conciencia bajo un control estricto
<i>Cognitivamente constreñido.</i> Construyen el mundo en términos de reglas, normas, programaciones de tiempo y jerarquías; son rígidos, obstinados e indecisos y suelen alterarse mucho frente a ideas y hábitos no familiares o nuevos.	<i>Organización compartimentada.</i> Las estructuras morfológicas están rígidamente organizadas en un sistema parcelado en numerosas constelaciones, distintas y separadas, de impulsos, memoria y cognición, donde existen pocos canales abiertos que permiten la interacción de estos componentes
<i>Mecanismo de formación reactiva.</i> De forma repetida presentan pensamientos positivos y comportamientos socialmente recomendables que son totalmente opuestos a los profundos sentimientos prohibidos y contrarios; son sensatos y maduros al enfrentarse a circunstancias que generan ira o consternación en los demás.	<i>Estado de ánimo serio.</i> Está tenso, triste y pesimista. No expresa las emociones y los sentimientos y mantiene la mayoría de ellos bajo control.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Compulsivo)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV*</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:	29. Le gente normalmente piensa que soy una persona reservada y fría.
(1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.	82. Siempre me aseguro de que mi trabajo es bien planeado y organizado.
(2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiados estrictas).	114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
(3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).	97. Estoy de acuerdo con el refrán: «Al que madruga Dios le ayuda».
(4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o religión).	137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
(5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.	172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
(6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.	
(7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.	59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
(8) Muestra rigidez y obstinación.	2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.

\* En el DSM-IV se denomina Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente resentido.</i> Se resiste a satisfacer las expectativas de los demás, suele posponer las cosas y ser ineficaz y obstinado, con comportamientos de oposición y fastidio; experimenta gratificación al desmoralizar y socavar el bienestar y las aspiraciones ajenas.	<i>Autoimagen descontenta.</i> Se ve a sí mismo como alguien incomprendido, sin suerte, despreciado, gafe y devaluado por los demás; reconoce sentirse amargado, descontento y desilusionado con la vida.
<i>Interpersonalmente no cooperador.</i> Asume papeles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, especialmente el de arrepentido aquiescente y el de independiente assertivo y hostil; siente la envidia y la rabia contra los más afortunados que él, y se comporta de manera obstrutiva e intolerante con los demás, a la vez que expresa actitudes negativas o incompatibles.	<i>Representaciones vacilantes.</i> Las representaciones internalizadas del pasado comprenden un complejo de relaciones desequilibradas que producen sentimientos contradictorios, tendencias conflictivas y recuerdos incompatibles, impulsados por la intención de devaluar los logros y el bienestar de los demás sin que lo parezca.
<i>Cognitivamente escéptico.</i> Es cínico, dubitativo y desconfiado, evalúa los acontecimientos positivos con desconfianza y las posibilidades futuras con pesimismo, ira y ansia; tiene una visión misantrópica de la vida, se queja, refunfuña y hace comentarios desdeñosos y cáusticos sobre quienes tienen mejor fortuna que él.	<i>Organización divergente.</i> Presenta una división tal del patrón de estructuras morfológicas que las estrategias defensivas y de afrontamiento se dirigen hacia objetivos incompatibles; deja los principales conflictos sin resolver y hace imposible la cohesión, porque la satisfacción de un impulso anula o contradice la de otro.
<i>Mecanismo de desplazamiento.</i> Descarga su ira y otras emociones negativas de forma precipitada o utilizando maniobras inconscientes, para desplazarlas desde su verdadero instigador hacia otras situaciones o personas de menor significación; desahoga su desaprobación de forma pasiva o sustitutiva, como por ejemplo comportándose con perplejidad, ineptitud o de forma olvidadiza e indolente.	<i>Estado de ánimo irritable.</i> Alternancia de susceptibilidad, irritabilidad y malhumor con aislamiento melancólico; suele ser petulante e impaciente, desprecia sin motivo a las figuras de autoridad y prefiere sentirse fácilmente molesto o frustrado por ellas.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Negativista-Pasivo/Agresivo)*</b>	
<b>Criterios del DSM-IV**</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta, se refleja en una gran variedad de contextos y se caracteriza por cuatro (o más) de los siguientes síntomas:	
(1) Resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales.	7. Si mi familia me presiona es probable que r enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren
(2) Quejas de incomprendión y de ser despreciado por los demás.	115. A menudo otras personas me culpan cosas que no he hecho.
(3) Hostilidad y facilidad para discutir.	79. Con frecuencia estoy irritado y de malhumor
(4) Crítica y desprecio irracionales por la autoridad.	50. No soporto a las personas influyentes q siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
(5) Muestra envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él.	126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesta.
(6) Quejas abiertas y exageradas por su mala suerte.	
(7) Alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento.	36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.

\* En el DSM-IV, es llamado «Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad (Trastorno negativista de la personalidad)».

\*\* Criterios de investigación. El DSM-IV-TR propone esta categoría diagnóstica para su posible inclusión en futuras revisiones.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO AUTODESTRUCTIVO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>xpresivamente abstинente.</i> Suele presentarse ante los demás como una persona frugal, sencilla y cumplidora; es reticente a buscar experiencias gratificantes y no disfruta de la vida; se sitúa en un segundo plano y actúa de forma abatida y discreta.	<i>Autoimagen desmerecedora.</i> Se humilla a sí mismo centrándose en sus peores características y cree que merece ser avergonzado, humillado y despreciado; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y, por tanto, merece sufrir las consecuencias dolorosas.
<i>Interpersonalmente deferente.</i> Se distancia de quienes le apoyan y se relaciona con quien puede sacrificarse y ser servil; permite a los otros que le exploten y a veces les anima a que le traten mal o se aprovechen de él; hace imposibles los intentos de los demás por ayudarle y acepta culpas y críticas injustas para ganarse el favor de las personas a quienes está vinculado.	<i>Representaciones desacreditadas.</i> Las representaciones se componen de relaciones que fracasaron y logros personales que se menosprecian, de sentimientos positivos e impulsos eróticos transformados en sus opuestos menos atractivos, de conflictos internos intencionadamente agravados, de mecanismos para reducir la disforia que se han convertido en procesos que intensifican el malestar.
<i>Cognitivamente inseguro.</i> Es reticente a interpretar positivamente las cosas por temor a que, si lo hace, se conviertan en problemas o acaben siendo autodenigrantes; como resultado, se habita a expresar repetidamente actitudes y anticipaciones contrarias a creencias y sentimientos favorables.	<i>Organización invertida.</i> Debido a una inversión significativa de la polaridad dolor-placer, las estructuras morfológicas poseen cualidades contrastadas y duales —una más o menos convencional y otra contraria— que provocan una destrucción del afecto, una transposición de los canales de gratificación de las necesidades y de los que producen satisfacción en actividades que determinan consecuencias antitéticas, cuando no autodestructivas.
<i>Mecanismo de exageración.</i> Recuerda constantemente las injusticias pasadas y anticipa decepciones futuras para así situar su malestar en un nivel homeostático; obstaculiza los objetivos personales y saborea las cosas negativas que le ocurren para mantener o potenciar el nivel habitual de sufrimiento y dolor.	<i>Estado de ánimo disfórico.</i> Experimenta una mezcla compleja de emociones, a veces es aprensivo de forma ansiosa, otras está triste y otras se siente angustiado y atormentado; manifiesta intencionadamente una apariencia que induce en los demás culpa y malestar.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Autodestructivo)</b>	
<b>Criterios del DSM-III-R</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón patológico de conducta autodestructiva que empieza al principio de la edad adulta y se presenta en gran variedad de contextos. El sujeto a menudo puede evitar o desestimar las experiencias satisfactorias, dejarse arrastrar por situaciones o relaciones que le van a acarrear un sufrimiento e impedir que los demás le presten ayuda, como se pone de manifiesto por al menos cinco de los siguientes síntomas:	
(1) Elige personas y situaciones que conducen a la frustración, al fracaso o a ser maltratado, incluso cuando podrían haberse escogido otras opciones mejores.	19. Parece que elijo amigos que terminan trándome mal.
(2) Rechaza o hace inútiles los intentos de ayuda de los demás.	70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
(3) Después de acontecimientos personales positivos (p. ej., un éxito de cualquier tipo) responde con depresión, culpabilidad o con una conducta que ocasiona un daño (p. ej., un accidente).	43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
(4) Suscita respuestas de ira o rechazo en los demás y luego se siente herido, fracasado o humillado (por ejemplo, se burla en público de su esposa provocando una réplica irascible y luego se siente desolado).	161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
(5) Rechaza las ocasiones de experimentar satisfacción o es reticente a reconocer que se divierte (a pesar de poseer unas habilidades sociales adecuadas y la capacidad para experimentar placer).	104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.

Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Autodestructivo) Continuación	
Criterios del DSM-III-R	Ítems paralelos del MCMI-III
(6) Fracasa en la consecución de etapas cruciales para sus objetivos personales a pesar de poseer una demostrada capacidad para lograrlos; por ejemplo, ayuda a otros estudiantes a redactar sus trabajos, pero es incapaz de redactar los suyos propios.	122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
(7) Está desinteresado o rechaza a la gente que le trata habitualmente bien; por ejemplo, no se siente atraído por compañeros sexuales que le muestren aprecio.	90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
(8) Se enzarza en un excesivo autosacrificio que no le es solicitado por los beneficiarios de esa conducta.	

- El Trastorno de la personalidad autodestructivo no se encuentra en el DSM-IV. En el DSM-III-R es denominado también «Trastorno Autodestructivo de la Personalidad» como se ha asumido en este manual.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO: ESQUINOTÍPICO	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente excéntrico.</i> Presenta manierismos peculiares y socialmente inadecuados; las otras personas lo perciben como atípico, dispuesto a comportarse de manera rara, reservada, curiosa o extraña.	<i>Autoimagen enajenada.</i> Manifiesta perplejidad ilusiones sociales recurrentes, así como experiencias de despersonalización, desrealización y disociación; se ve a sí mismo desamparado, con pensamientos repetitivos de vacío vital y sin sentido.
<i>Interpersonalmente reservado.</i> Prefiere la privacidad y el aislamiento, con muy pocos intentos de contacto y obligaciones personales; con el tiempo adopta papeles laborales cada vez más periféricos y actividades sociales marginales.	<i>Representaciones caóticas.</i> Representaciones internalizadas que consisten en una mezcla de elementos de relaciones y afectos de la infancia, impulsos y motivaciones aleatorios y canales de regulación descoordinados, que sólo sirven para fijar tensiones, acomodarse a las necesidades y mediar en los conflictos.
<i>Cognitivamente autístico.</i> La capacidad para leer los pensamientos y sentimientos de los demás es marcadamente disfuncional; mezcla las comunicaciones sociales con irrelevancias personales, tiene un lenguaje circunstancial, ideas de referencia y digresiones metafóricas; suele ser rumiador, parece absorto en sí mismo y se pierde en ensueños con pensamiento mágico ocasional, ilusiones corporales, suspicacias, creencias raras y confusión entre la realidad y la fantasía.	<i>Organización fragmentada.</i> Los límites del yo son permeables; las operaciones defensivas y el afrontamiento se ordenan al azar en un conjunto de estructuras morfológicas aisladas, que llevan a acciones vagas en las que se descarga directamente los pensamientos y afectos primarios, con pocas sublimaciones basadas en la realidad y con importantes desintegraciones posteriores a un nivel estructural psicótico, incluso bajo un estrés moderado.
<i>Mecanismo de anulación.</i> Los manierismos extraños y los pensamientos idiosincrásicos parecen ser el reflejo de una retracción o inversión de los actos o ideas previos que han generado sentimientos de ansiedad, conflicto o culpa; los rituales o comportamientos mágicos sirven para arrepentirse o anular las supuestas fechorías o pensamientos «perversos».	<i>Estado de ánimo aturdido o insensible.</i> Son excesivamente aprensivos e inquietos, sobre todo en los encuentros sociales; agitados y en estado de alerta ansiosa, desconfían de los demás y se muestran suspicaces, aunque aumente la familiaridad, o manifiestan monotonía, apatía, pereza, falta de alegría y aspecto apagado, con notables deficiencias en la relación cara a cara y en la expresión emocional.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Esquizotípico)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
(1) Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).	138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
(2) Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).	76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
(3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.	71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
(4) Pensamiento y lenguaje raros (p.ej., vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado o estereotipado).	117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
(5) Suspicacia o ideación paranoide.	8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
(6) Afectividad inapropiada o restringida.	156. No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
(7) Comportamiento o apariencia raros.	
(8) Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.	48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
(9) Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y que tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.	158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO LÍMITE	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente irregular.</i> Manifiesta unos niveles de energía inusitados con arranques de impulsividad súbitos e inesperados; se producen cambios repentinos y endógenos de sus impulsos y sus controles inhibitorios; esto pone en peligro constantemente la activación y el equilibrio emocional y provoca comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.	<i>Autoimagen insegura.</i> Experimenta las confusiones propias de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso o cambiante, que suelen acompañarse de sentimientos de vacío; busca redimir sus acciones precipitadas y cambiar las presentaciones de sí mismos con expresiones de arrepentimiento y comportamientos autopunitivos.
<i>Interpersonalmente paradójico.</i> Aunque necesita atención y afecto, es imprevisiblemente contrario, manipulador y voluble, lo que suscita con frecuencia el rechazo más que el apoyo; reacciona de forma frenética al temor al abandono y la soledad, pero de forma iracunda y autolesiva.	<i>Representaciones incompatibles.</i> Las representaciones internalizadas han sido creadas de forma rudimentaria y extemporánea; se comparten de aprendizajes repetidamente abortados que dan lugar a recuerdos conflictivos, actitudes discordantes, necesidades contradictorias, emociones contrarias, impulsos descontrolados y estrategias inadecuadas para resolver conflictos
<i>Cognitivamente caprichoso.</i> Sus percepciones o pensamientos sobre lo que está ocurriendo cambian muy rápidamente, al igual que las emociones contrarias y los pensamientos conflictivos sobre sí mismo y sobre los demás, pasando del amor a la ira y a la culpa; provoca en los otros reacciones vacilantes y contradictorias debido a sus propios comportamientos, lo que crea a su vez un <i>feedback social</i> confuso y conflictivo.	<i>Organización dividida.</i> Las estructuras internas que existen están divididas y tienen una configuración conflictiva en la que falta consistencia y congruencia; los niveles de conciencia suelen variar y provocan movimientos rápidos de un lado a otro de la frontera que separa las percepciones, los recuerdos y los afectos contrarios; esto produce cismas periódicos en los que se tambalean el orden y la cohesión psíquicas, provocando periódicamente episodios psicóticos relacionados con el estrés.
<i>Mecanismo de regresión.</i> En situaciones de estrés retrocede hacia niveles de tolerancia ante la ansiedad, control de los impulsos y adaptación social, que son muy primitivos desde el punto de vista del desarrollo; entre los adolescentes se observa a partir de sus comportamientos inmaduros, cuando no infantiles, en el momento en que son incapaces de afrontar las exigencias y los conflictos de la vida adulta.	<i>Estado de ánimo lábil.</i> No consigue adaptar su estado de ánimo inestable a la realidad externa; experimenta cambios acusados desde la normalidad a la depresión o la excitación, o pasa por períodos de abatimiento y apatía en los que se intercalan episodios de ira intensa e inapropiada y breves momentos de ansiedad o euforia.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Límite)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	
(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.	120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
(3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.	72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
(4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracciones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.	41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
(5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.	154. He intentado suicidarme.



### Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Límite) *Continuación*

Criterios del DSM-IV	Ítems paralelos del MCMI-III
(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).	83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
(7) Sentimientos crónicos de vacío.	142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco.
(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	30. Últimamente he comenzado a sentir deseo de destrozar cosas.
(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.	134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.

**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

PROTOTIPO PARANOIDE	
Procesos funcionales	Atributos estructurales
<i>Expresivamente defensivo.</i> Está vigilante y alerta para anticipar y detener el menoscenso, las intenciones maliciosas y los engaños; se resiste tenaz y firmemente a las fuentes de influencia y control externos.	<i>Autoimagen inviolable.</i> Tiene ideas persistentes de autorreferencia, se siente excesivamente importante y percibe que los ataques no son aparentes para los demás, considerando acciones y acontecimientos completamente neutros como personalmente despectivos y provocadores, cuando no difamatorios; se siente muy orgulloso de su independencia, es reacio a confiar en los demás y se aísla, aunque experimenta intensos temores de perder la identidad, el estatus y el poder de autodeterminación.
<i>Interpersonalmente provocativo.</i> No sólo guarda rencor y no olvida los agravios del pasado, sino que presenta una actitud pendenciera, reacia y hostil hacia los conocidos recientes; genera exasperación e ira mediante la comprobación de la lealtad y la preocupación inquisidora de intenciones ocultas.	<i>Representaciones inalterables.</i> Internalizan representaciones de relaciones tempranas significativas, que configuran de manera fija e implacable en creencias y actitudes profundas; se guían también por condiciones inflexibles que, a su vez, constituyen de manera idiosincrásica una jerarquía fija de presupuestos, temores y conjeturas que se mantienen tenazmente, aunque sin fundamento.
<i>Cognitivamente suspicaz.</i> Es escéptico, cínico y desconfiado hacia las intenciones de los demás sin motivo, incluyendo familiares, amigos y colegas, de manera que provoca que acontecimientos inocuos sean entendidos como malevolentes o intentos de conspiración; busca significados ocultos en los temas más neutros y exagera la más mínima dificultad como si se tratara de segundas intenciones y traiciones, sobre todo en cuanto a la fidelidad y la confianza en el cónyuge o en un amigo íntimo.	<i>Organización inflexible.</i> La inflexibilidad del sistema de las estructuras morfológicas que le sustentan, así como la rigidez de los canales de afrontamiento defensivo, la mediación de conflictos y la necesidad de gratificación, genera una estructura demasiado excitable y en tensión, tan poco acomodable para cambiar circunstancias que es probable que los agentes estresantes no anticipados precipiten explosiones o frustraciones internas.
<i>Mecanismo de proyección.</i> Repudian claramente los rasgos emotivos personales indeseables y los atribuyen a los demás; ciegos a sus propios comportamientos y características poco atractivos, están extremadamente alerta y son hipercríticos con las características similares de los demás.	<i>Estado de ánimo irascible.</i> Presentan un proceder frío, taciturno, grosero y sin sentido del humor; intentan hacer ver que no tienen emociones ni objetivos, pero son inquietos, envidiosos, celosos, prontos a sentirse ofendidos personalmente y a reaccionar con cólera.



**Tabla 2.2. (Continuación) Expresión de los trastornos de personalidad mediante los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Prototipos).**

<b>Correspondencia entre el DSM y el MCMI-III (Paranoide)</b>	
<b>Criterios del DSM-IV</b>	<b>Ítems paralelos del MCMI-III</b>
A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas; se manifiestan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:	49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
(1) Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.	103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
(2) Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.	175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.
(3) Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que comparten vaya a ser utilizada en su contra.	167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
(4) En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.	146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
(5) Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.	6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho. 42. Nunca perdonó un insulto ni olvidó una situación embarazosa que alguien me haya causado.
(6) Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.	33. Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le señalaría sus propios errores.
(7) Sospecha, sin justificación, sobre la fidelidad de su esposo o pareja sexual.	89. Observo a mi familia de cerca para saber a quién se puede confiar y en quién no.

**Tabla 2.3. Ítems prototípicos de las escalas del Eje I del MCMI-III****Trastorno de ansiedad (escala A)**

58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.  
 75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.  
 124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.  
 147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.  
 164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.  
 170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo muy malo.

**Trastorno somatomorfo (escala H)**

4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.  
 11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.  
 37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.  
 55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.  
 74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

**Trastorno bipolar (escala N)**

3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.  
 54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.  
 96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.  
 106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.  
 125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.

**Trastorno distímico (escala D)**

24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.  
 56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.  
 62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.  
 86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.  
 111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.  
 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.

**Dependencia del alcohol (escala B)**

23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.  
 52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.  
 77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.  
 100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.  
 152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.



**Tabla 2.3. Ítems prototípicos de las escalas del Eje I del MCMI-III (continuación)**

**Dependencia de sustancias (escala T)**

- 13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".

**Trastorno de estrés postraumático (escala R)**

- 109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una anécdota real para mi vida.
- 149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 160. Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me pasa.
- 173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

**Trastorno del pensamiento (escala SS)**

- 34. Últimamente he perdido los nervios.
- 61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

**Depresión mayor (escala CC)**

- 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

**Trastorno delirante (escala PP)**

- 63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 140. Creo que hay una conspiración contra mí.
- 153. Alguien ha estado intentado controlar mi mente.

## CAPÍTULO 3: VALIDEZ INTERNA-ESTRUCTURAL

**E**n cualquier campo de la ciencia pueden proponerse un buen número de teorías que permiten explicar las observaciones de los científicos. En las ciencias físicas más avanzadas, como la Química y la Física, el problema de las teorías múltiples, cada cual suficiente para explicar los datos observados, puede resolverse diseñando experimentos que rompan con el paradigma dominante. Estos experimentos reducen rápidamente el número de teorías candidatas para que sólo permanezcan las que sean consistentes con los datos provenientes de la observación. La experimentación juega un papel importante en el avance del conocimiento. Los datos empíricos actúan como una potente limitación al número y los tipos de teorías que pueden proponerse como modelos en el campo de estudio de un tema.

En las ciencias sociales la experimentación impone menos restricciones a las tendencias especulativas de los teóricos. Se proponen nuevas ideas que pasan por un periodo de gran entusiasmo y luego parecen desvanecerse poco a poco (Meehl, 1978), sin que nunca se vean sometidas a una amenaza seria de falsación. A menudo, las propuestas extravagantes de los teóricos experimentan un considerable retroceso, desarrollando una jerga única pero tautológica que los demás científicos del campo encuentran difícil de entender, como ocurre con algunas formulaciones psicoanalíticas.

Al igual que puede proponerse un número indefinido de teorías para dar cuenta de un fenómeno particular, también puede redactarse un gran número de ítems para referirse a un constructo psicológico particular. Cada ítem podría considerarse una pequeña teoría, en el sentido en que se hipotetiza que es probable que los narcisistas, o los esquizoides o los autodestructivos, valoren el ítem como un elemento característico de sí mismos. Cuando se agrupan estos ítems para formar sus respectivas escalas es necesario disponer de algún medio para evaluar el «comportamiento» de ese conjunto de ítems. En la práctica, el estadístico más utilizado para determinar esto es el coeficiente alfa de Cronbach. Un coeficiente alfa elevado indica que los ítems de la escala tienen una alta correlación y, por lo tanto, son consistentes. Este análisis proporciona cierta garantía de que los ítems de la escala deben permanecer unidos. Cuando se crean escalas de personalidad, son necesarios más estadísticos para garantizar que su «comportamiento» sea consistente con la naturaleza del constructo de personalidad. Por ejemplo, las puntuaciones de la escala deberían ser estables en el tiempo, como la propia personalidad.

Se puede ejemplificar el deseo de conseguir escalas con consistencia interna recordando la historia de los inventarios de evaluación psicológica. Cuando se elaboró el MMPI a finales de la déca-



da de 1930 y principios de 1940, parecía que era necesario un enfoque exclusivamente empírico en la selección de los ítems. La filosofía de la ciencia conocida como *positivismo lógico* estaba en ascendencia y la teoría psicológica aún se consideraba demasiado débil para dar cuenta de la construcción de inventarios. Si se encontraba que ítems de contenido ostensiblemente no relacionando diferenciaban entre grupos normales y psiquiátricos, se podría simplemente considerar este hecho como un punto de interés científico que debería ser examinado en un momento futuro.

El enfoque únicamente externo empleado en el MMPI llevó al desarrollo de unas escalas de diagnóstico a las que no se exigió explícitamente ninguna validez aparente, es decir, contener ítems que estuvieran obviamente relacionados con su constructo. En lugar de esto, los ítems se asignaban principalmente en función de sus frecuencias diferenciales de aceptación. En consecuencia, una escala podía estar formada por un gran número de componentes independientes. Este método de construcción de escalas ha contribuido a las dificultades de la interpretación. No solamente es difícil resolver las elevadas puntuaciones en los elementos subyacentes de una particular escala y los patrones del perfil, sino que la misma puntuación o perfil pueden significar diferentes cosas para pacientes diferentes. Con los años, se han intentado aliviar estas dificultades de interpretación creando nuevas escalas MMPI (por ej., las escalas de Contenido MMPI-2, Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1991 o las escalas de Harris y Lingoes, 1955, y de Wig-gins, 1969).

### 3.1. Validez estructural

La validez interna es esencialmente un requerimiento de lógica. Un sistema de proposiciones debería estar libre de contradicciones internas y ser capaz de mantenerse sobre sus propios términos sin desplomarse por algún fallo conceptual interno. La validez interna es una condición necesaria pero no suficiente para la viabilidad de cualquier teoría o taxonomía. Puede evaluarse estadísticamente mediante los ítems, esto es, la coherencia de los elementos básicos de una escala.

La noción de validez estructural se relaciona estrechamente con la validez interna. El límite entre las dos es bastante borroso, pero puede clarificarse si se distingue entre los acercamientos deductivos e inductivos en un determinado ámbito, en este caso, la personalidad y la psicopatología. Sencillamente, la validez estructural considera que el sistema de relaciones entre varios constructos se determina por la teoría, expresada operativamente como una matriz de correlaciones de las escalas del inventario. Si se adopta una aproximación inductiva se puede recoger simplemente un gran número de observaciones y dejar que la metodología, habitualmente un análisis factorial exploratorio con rotación *varimax*, extraiga las dimensiones centrales o los constructos que supuestamente subyacen a nuestro conjunto de datos. La metodología dirige la estructura final del inventario. Los factores llegan a ser escalas, extraídas desde el principio para ser mutuamente independientes e internamente consistentes. Las consideraciones estructurales-internas son elegidas por la metodología o integradas en ella. La teoría que emerge desde la metodología lo hace *a posteriori*, como una afirmación basada en la suficiencia de la metodología de manera que no se requieren fuertes nociones *a priori* para lanzar el inventario y hacerlo llegar a las manos de los profesionales.

Un marco inductivo podría describirse como una teoría débil, pero un marco de trabajo deductivo es por definición una teoría fuerte, porque el punto de partida es la teoría y el sistema de relaciones que la teoría establece. Una vez la etapa estructural-interna del enfoque descriptivo-inductivo se entrecruza con la metodología, la aproximación explicativa-deductiva en la construcción

de inventarios conlleva una carga adicional de evidencias para mostrar que el sistema de relaciones postulado por la teoría se ajusta a sus expectativas. Se ha descrito la teoría evolucionista en el capítulo previo, indicando, por ejemplo, que la personalidad narcisista se relaciona con la personalidad antisocial en que ambas están orientadas hacia el yo y no hacia los otros. La personalidad narcisista también se relaciona con la personalidad dependiente porque ambas son relativamente patrones pasivos. Cualquier inventario que emerja de un modelo deductivo tiene autoridad suficiente para revelar la interrelación y la diferenciación de los fenómenos y debe intentar integrar dichas relaciones. En un marco deductivo, la validez estructural no es factorial en el sentido en que abarca mucho más que simplemente el hecho de mostrar la consistencia interna de cada escala; en lugar de eso, implica cumplir las restricciones que derivan intrínsecamente del paradigma deductivo. Si el inventario se ha diseñado para evaluar trastornos de personalidad, podría esperarse, por ejemplo, que los clasificados como dependientes también sean clasificados como personas que experimentan episodios depresivos con más frecuencia que, por ejemplo, los antisociales, ya que es probable que sientan indefensión y desesperanza con mayor frecuencia (los antisociales probablemente decidan tomar cartas en sus asuntos y cambiar su ambiente, aunque de una manera exaltada). Dichas expectativas forman un conjunto de restricciones que un inventario debe satisfacer desde su misma construcción. Cuanto mayor sea el conjunto de restricciones, mejor, porque si el inventario puede satisfacer estas restricciones desde el principio ya se ha tratado una gran parte de la validez. En general, cuanto mayor sea el número de restricciones teóricas que satisfaga el test, mejor será el instrumento y más confianza podemos tener en que saldrá adelante ante cualquier desafío futuro. Cada restricción se vuelve un punto adicional en el que el instrumento se contrasta con la realidad desde la perspectiva teórica.

### 3.2. La naturaleza de los prototipos teóricos

Hoy en día, una importante y controvertida área de los trastornos de personalidad se centra en su naturaleza categórica frente a dimensional. En el DSM, los trastornos del Eje II se presentan como entidades latentes de enfermedad que pueden diagnosticarse en función de un número mínimo de criterios. La medicalización del Eje II ha contribuido a muchas concepciones paradigmáticas erróneas que rodean a los trastornos de personalidad y siguen alimentando la ira de los investigadores del rasgo, que sienten que tanto la estructura manifiesta como la estructura latente de la personalidad se distribuyen a lo largo de un continuo, en términos de sus cantidades absolutas y de las consecuencias patológicas manifiestas de dichas cantidades.

El MCMI-III sigue comprometido con el concepto de prototipo adoptado en el DSM-III. Un prototipo es un núcleo de atributos que recoge las características más relevantes y esenciales de un trastorno particular del Eje I o del Eje II. El prototipo no es ni una categoría ni una dimensión, sino una síntesis de ambas. Hoy por hoy, los modelos prototípicos son los esquemas preferidos para representar los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos por varias razones. La primera es que la mayoría de las tipologías contemporáneas ni implican ni han sido construidas como categorías «todo o nada». La mayoría de los defensores del enfoque dimensional en la práctica clínica deciden ignorar el hecho de que la palabra *categorías* se ha empleado de manera muy informal en el DSM. La segunda razón es que el constructo prototípico reconoce la heterogeneidad explícita de los pacientes con trastornos de personalidad. Los casos prototípicos puros son extremadamente raros: la mayoría de los pacientes cumplen criterios pertenecientes a múltiples trastornos y también pueden tener características subclínicas de otros estilos de personalidad. Indudablemente, el problema achacado a los modelos categóricos se evapora en gran medida si las categorías se consideran prototipos. Los constructos prototípicos no asumen límites discretos

(Cantor y Genero, 1986) y tienen la ventaja de encontrarse ya implícitos en el sistema diagnóstico. Horowitz, Post, French, Wallis, y Siegelman (1981) describen el concepto sucintamente:

Un prototipo está configurado por las características o propiedades más comunes de los miembros de una categoría y, por lo tanto, describe un ideal o estándar teórico con el que se puede evaluar a las personas reales. Se supone que todas las propiedades del prototipo caracterizan al menos a algunos miembros de la categoría, pero ninguna propiedad por sí sola es necesaria ni suficiente para considerarse miembro de ella. Por consiguiente, es posible que ninguna persona real encaje perfectamente con el prototipo teórico. En lugar de eso, diferentes personas se aproximarán al prototipo en diferente grado. Cuanto más se aproxime una persona al ideal, mas estrechamente representa esa persona el concepto (pág. 575).

En esta descripción está explícito el uso de criterios diagnósticos como un método heurístico, no como un modelo reificado. Como Horowitz et al. (1981) indican, el parecido de un individuo con el prototipo es necesariamente un asunto tanto cualitativo como cuantitativo. Aunque es inevitable que las categorías y las dimensiones sacrifiquen uno u otro tipo de información, el prototipo conserva ambas. Esto es, por su naturaleza heurística, el prototipo pregunta cómo y en qué medida se parece el individuo a él. Dado que los pacientes probablemente se parecerán a más de uno de estos ideales teóricos, se alienta al clínico a usar los prototipos de forma constructiva para ver más allá de la perspectiva «un solo trastorno, una sola causa, una sola terapia», implícita en el actual sistema diagnóstico (esto es, aprehender la patología del paciente en su totalidad dinámica e integrar los esfuerzos de intervención con esta concepción). No es necesario postular el significado causal excedente asociado con el grupo taxonómico o con la dimensión latente. Dicho enfoque sería totalmente consonante con la orientación ateórica del DSM, el cual, si se lleva a su conclusión lógica, debería ser ateórico estructuralmente y no solo con respecto a las diferentes escuelas de psicopatología.

### 3.3. Desarrollo de los ítems para la versión experimental MCMI-II

Se seleccionaron 150 nuevos ítems (además de los 175 ítems del MCMI-II) de un gran conjunto de acuerdo al juicio de expertos. Estos ítems se redactaron no sólo para representar los avances en los dominios funcionales y estructurales de la personalidad, basados en la teoría, sino también como analogía de la naturaleza sustantiva de los entonces futuros criterios diagnósticos del DSM-IV. Estos criterios se reformularon con dos objetivos en mente: primero, que fueran comprensibles y legibles para los legos como ítems de un autoinforme, y segundo, que reflejaran los atributos de la personalidad consonantes con la teoría. Los autores consideraron que todos los ítems de esta versión experimental combinada de 325 ítems cumplían estos dos requisitos. Para aumentar la correspondencia del inventario con el DSM-IV, se redactaron ítems nuevos que representasen los criterios de la personalidad depresiva, un nuevo patrón de personalidad clínica, y del Trastorno por estrés post-traumático, un nuevo síndrome clínico. Para fortalecer la utilidad de la sección de respuestas llamativas del informe interpretativo del MCMI se añadieron ítems relacionados con el abuso infantil, la anorexia y la bulimia; estas tres últimas áreas no se incorporaron como escalas clínicas explícitas.

Como ya se ha mencionado, se añadieron estos ítems nuevos a los 175 ítems del MCMI-II, dando como resultado la versión experimental MCMI-II, con 325 ítems de verdadero y falso.



### 3.4. Descripción del estudio de investigación

Se solicitó la participación en el estudio de varios cientos de clínicos que usaban el MCMI-II para la evaluación y el tratamiento de pacientes adultos. Entre junio de 1992 y febrero de 1993 la versión experimental MCMI-II fue cumplimentada por 1.079 personas de Canadá y de 26 estados de EE. UU. Además, cada participante contestó también a una serie de tests diferentes y se solicitó a cada profesional su juicio clínico sobre una serie de características (sobre la validez externa y de criterio del MCMI-III se informa en el capítulo 4). Todos los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio de validación de la versión experimental MCMI-II. No se pagó a ninguno de los participantes, aunque sí se pagó a los clínicos por cada persona evaluada. Los clínicos podían generar las puntuaciones del MCMI-II y los informes interpretativos a partir de la aplicación de la versión experimental MCMI-II.

De los 1.079 participantes, 8 fueron excluidos del estudio por tener el protocolo incompleto. También fueron excluidos del estudio aquellos participantes en los que se daban las siguientes condiciones:

1. No informaron sobre su sexo ( $n = 0$ ).
2. La puntuación en el índice de validez del MCMI-II era mayor de 1 ( $n = 6$ ).
3. La edad fue inferior a 18 años o no se informaba sobre ella ( $n = 12$ ).
4. No contestaron a 23 de los 325 ítems ( $n = 16$ ).
5. Las puntuaciones de prevalencia de las escalas 1 a 8B del MCMI-II estaban por debajo de 60 ( $n = 9$ ).
6. La puntuación directa en la escala X del MCMI-II (Sinceridad) estaba por debajo de 145 o por encima de 590 ( $n = 37$ ).

Las reglas aplicadas fueron idénticas a las condiciones requeridas para el MCMI-II, excepto que el número de ítems omitidos se incrementó debido al mayor número de elementos de la versión experimental MCMI-II.

Se descartó la participación de 73 personas porque cumplían alguno de los criterios anteriores (la suma anterior es igual a 80 porque alguna persona cumplía mas de un criterio). Los 998 participantes finales fueron divididos en dos grupos: uno de ellos participó en el desarrollo de las escalas del MCMI-III ( $n = 600$ ), mientras que el otro ( $n = 398$ ) participó en el estudio de validez.

Una vez que se crearon las escalas del MCMI-III, se aplicaron dos nuevos criterios para asegurar que las condiciones de invalidación fueran análogas a los criterios de exclusión finales del MCMI-III. En primer lugar, se eliminaron aquellos participantes que obtuvieron una puntuación de prevalencia inferior a 60 en todas las escalas 1 a 8B; en segundo, si la puntuación directa de la escala X (Sinceridad) era inferior a 34 o superior a 178. No se excluyó a ningún participante más, quedando los dos grupos anteriormente mencionados de 600 y 398 personas para el desarrollo de las escalas del MCMI-III y el estudio de su validez, respectivamente.

### 3.5. Desarrollo de las escalas e índices del MCMI-III

Las escalas del MCMI-III se desarrollaron a partir de una muestra de 600 sujetos. En primer lugar, se examinó la frecuencia de aceptación de cada uno de los 325 ítems para asegurarse de que cayera dentro de un rango aceptable en función del contenido. Se eliminaron aquellos con una tasa de aceptación inesperadamente alta o baja. El resto de los ítems se asignaron posteriormente a sus respectivas escalas en función de su contenido. Estos ítems formaron las escalas preliminares del MCMI-III (formadas únicamente por ítems prototípicos).

El siguiente paso fue calcular la consistencia interna (alfa de Cronbach), las correlaciones corregidas entre el ítem y la escala total (es decir, las correlaciones entre cada ítem y la puntuación de la escala calculada sin ese ítem), las correlaciones entre los ítems y las puntuaciones de otras escalas preliminares del MCMI-III, las evaluaciones clínicas y las puntuaciones obtenidas en otros tests paralelos, las correlaciones entre todas las puntuaciones MCMI preliminares, entre las escalas preliminares del MCMI-III y las escalas del MCMI-II y entre el MCMI-III, las evaluaciones clínicas y las puntuaciones de otras pruebas paralelas. Así, la construcción de las escalas fue un proceso iterativo en el cual todos los estadísticos mencionados eran recalculados y re-evaluados simultáneamente, a medida que se añadían o eliminaban los ítems de sus respectivas escalas en función de criterios estadísticos (internos y externos) y sustantivos (*DSM-IV* y la teoría evolucionista). En cada paso de la iteración se exigía que cada ítem apareciese como prototípico únicamente en una escala. Después de la primera iteración, la mayoría de los ítems también aparecían como no prototípicos en otras escalas, por lo que se les asignaban pesos inferiores (1 en vez de 2). Posteriormente, se suprimieron muchos ítems mediante iteraciones sucesivas hasta llegar a los 175 ítems finales. La composición de las escalas del MCMI-III y los ítems prototípicos y no prototípicos se presentan en el apéndice A.

En el caso del anterior MCMI-II, los tres índices de ajuste —escala X (Sinceridad), escala Y (Deseabilidad) y escala Z (Devaluación)— se derivaron empíricamente pidiendo a estudiantes que respondieran al test manteniendo un determinado sesgo de respuesta en mente (esto es, intentando causar buena impresión y aparentar ser lo más sanos posibles psicológicamente para el índice de Deseabilidad). En el MCMI-III no se llevaron a cabo estos estudios empíricos. En su lugar, todos los ítems que aparecían en las escalas X, Y y Z del MCMI-II fueron retenidos en las escalas clínicas del MCMI-III y se asignaron al índice de modificación del MCMI-III. Los ítems del índice de ajuste del MCMI-II que no se incluyeron en el MCMI-III fueron reemplazados por ítems de contenido similar.

### 3.6. Descripción del estudio de investigación en la adaptación española

En este apartado y en los siguientes se van a exponer los diferentes procesos que se han llevado a cabo para poder adaptar al español y tipificar finalmente el MCMI-III. Desde la primera fase, con la consiguiente traducción del cuestionario, hasta la obtención final de puntuaciones de prevalencia españolas se ha pasado por diferentes etapas como:

- a) la elaboración de una guía con las instrucciones para los coordinadores de las distintas universidades y centros;
- b) el desarrollo de una hoja del clínico para obtener la evaluación y el diagnóstico que realizaban los profesionales;

- c) la selección y búsqueda de centros y profesionales clínicos;
- d) el análisis y envío de los informes psicológicos a los distintos profesionales: además de devolver un perfil de cada paciente se adjuntaba un informe clínico con la interpretación de los aspectos fundamentales del Eje I y del Eje II y unas consideraciones terapéuticas particulares;
- e) la construcción de la base de datos;
- f) el cálculo de las tasas de prevalencia de cada trastorno y síndrome en la población española ( $N = 964$ ), imprescindibles para establecer los puntos de corte de cada escala;
- g) la generación y construcción de las puntuaciones de prevalencia para la muestra de tipificación española; y
- h) una gran cantidad de análisis de datos preliminares, especialmente sobre la fiabilidad y validez del inventario, que no se mostrarán en detalle por su gran volumen.

Todas estas fases han sido necesarias y cuidadosamente planificadas para llegar a buen puerto en esta difícil y minuciosa tarea que ha supuesto más de 4 años de trabajo.

### Traducción del cuestionario al español

El proceso de traducción se realizó en varias fases. En primer lugar, un profesional bilingüe tradujo al español una primera versión. Después se realizó una traducción inversa a cargo de otro traductor distinto, es decir, se tradujo del español al inglés para comprobar el grado de coincidencia de esta versión con la original del propio Millon. En general, el nivel de correspondencia fue bastante alto y sólo en cinco ítems hubo ciertas dificultades a la hora de llegar a un consenso por parte de los traductores. Estos ítems fueron:

- 53.** *Punishment never stopped me from doing what I wanted* (Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería).
- 88.** *I never sit on the sidelines when I'm at a party* (Cuando estoy en una fiesta nunca me aíslo de los demás).
- 98.** *My feelings toward important people in my life often swing from loving them to hating them* (Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio).
- 134.** *I sometimes feel crazy-like or unreal when things would soon go bad* (Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad).
- 144.** *I guess I go out of my way to encourage people to admire the things I say or do* (Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo).

Posteriormente, se entregó la versión corregida a distintos profesionales de Psicología clínica y, específicamente, a profesores de Psicopatología que, en función de sus conocimientos y experiencia clínica, señalaron cuestiones menores y matices que, sin cambiar en esencia el texto presentando, ayudaron a conseguir una traducción más refinada y adecuada para la comprensión por parte de los posibles pacientes que leerían el cuestionario.

Finalmente, diferentes profesionales clínicos aplicaron el MCMI-III a un número reducido de pacientes para comprobar que lo entendían correctamente y que no presentaban dudas, para poder así concluir con el cuestionario definitivo que aparece en el cuadernillo.

### Procedimiento

En la selección final de los centros participaron un total de 105 profesionales, los cuales utilizaron el MCMI-III en su práctica clínica durante tres años junto con otras pruebas de evaluación como, por ejemplo, el MMPI-2. Además, cada profesional llenó una versión adaptada del *Clinician's Rating Reference Booklet* utilizado por Millon (1997) en el proceso original de validación externa del MCMI-III. Dicha adaptación española, así como el dossier con las instrucciones detalladas que se enviaban al clínico, se muestran en el apéndice B. Todos los profesionales participaron desinteresadamente, sin ninguna remuneración económica.

Los criterios de exclusión aplicados a la muestra de tipificación para realizar la adaptación española del MCMI-III fueron los siguientes:

- No informaron sobre su sexo ( $n = 6$ ).
- La puntuación en el índice de Validez (escala V) era mayor de 1 ( $n = 5$ ).
- La puntuación directa en el índice de Sinceridad (escala X) estaba por encima de 178 ( $n = 7$ ).

La muestra quedó así compuesta por 964 participantes. En la figura 3.1 y en la tabla 3.1 se muestran las características demográficas más relevantes de la muestra de tipificación española.

**Figura 3.1. Distribución geográfica de la muestra de tipificación ( $N=964$ )**

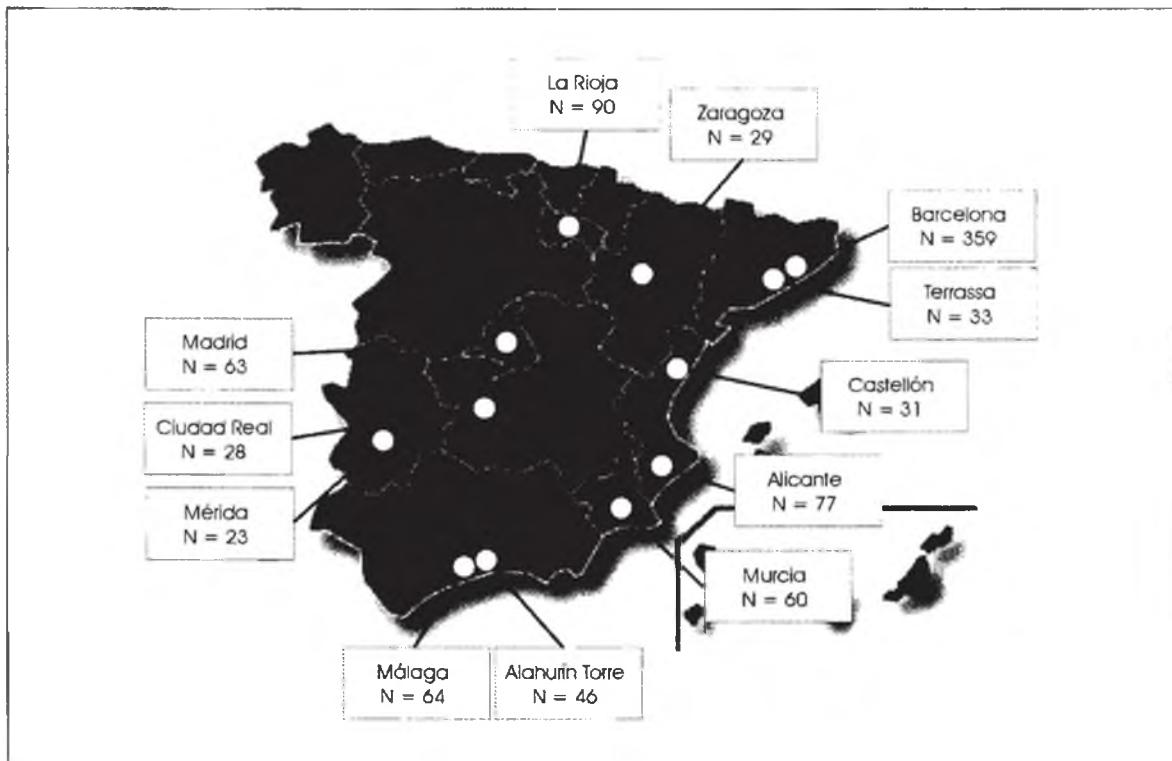


Tabla 3.1. Datos demográficos e información clínica de la muestra de tipificación española (N=964)

	Total		Varones		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD</b>						
18 a 25	178	18,46	76	15,90	102	20,99
26 a 35	249	25,83	128	26,78	121	24,90
36 a 45	230	23,86	108	22,59	122	25,10
46 a 55	126	13,07	60	12,55	66	13,58
56 a 76	39	4,05	25	5,23	14	2,88
No identificados	142	14,73	81	16,95	61	12,55
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltero	384	39,83	206	43,10	178	36,63
Casado	244	25,31	103	21,55	141	29,01
Casado por segunda vez	20	2,07	9	1,88	11	2,26
Separado	65	6,74	27	5,65	38	7,82
Divorciado	25	2,59	10	2,09	15	3,09
Convive en pareja	54	5,60	22	4,60	32	6,58
Viudo	9	0,93	5	1,05	4	0,82
Otros	7	0,73	3	0,63	4	0,82
No identificados	156	16,18	93	19,46	63	12,96
<b>CONTEXTO DE EVALUACIÓN</b>						
Centro docente	34	3,53	13	2,72	21	4,32
Centro de salud / consulta	408	42,32	167	34,94	241	49,59
Centro selección	14	1,45	7	1,46	7	1,44
Ingresado en hospital	128	13,28	90	18,83	38	7,82
Centro penitenciario	59	6,12	35	7,32	24	4,94
Centro de la mujer	13	1,35	—	—	13	2,67
Otros	105	10,89	47	9,83	58	11,93
No identificados	203	21,06	119	24,90	84	17,28
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>						
Conflictos familiares o matrimoniales	176	18,33	76	15,89	100	20,57
Falta de confianza en sí mismo	148	15,41	59	12,34	90	18,51
Problemas en el trabajo, estudios, etc.	62	6,45	38	7,94	24	4,93
Cansancio, enfermedad	80	8,33	24	5,02	56	11,52
Soledad	20	2,08	6	1,25	14	2,88
Problemas de adicción al alcohol u otras drogas	12	1,25	10	2,09	2	0,41
No identificados	466	48,13	265	55,47	190	41,18
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>						
Primarios	98	10,17	55	11,51	43	8,85
Secundarios	116	12,03	69	14,44	47	9,67
Formación Profesional	122	12,66	63	13,18	59	12,14
Bachiller (COU)	143	14,83	65	13,60	78	16,05
Universitarios	286	29,67	111	23,22	175	36,01
Otros	34	3,53	18	3,77	16	3,29
No identificados	165	17,12	97	20,29	68	13,99



### 3.7. Consistencia interna y fiabilidad test-retest

La consistencia interna es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la validez estructural. La evaluación completa de la validez estructural interna requiere no solamente que las escalas sean consistentes internamente, sino también que el patrón de relaciones observadas entre las escalas satisfaga lo que la teoría exige. Aunque es mejor dejar que jueces expertos evalúen estas relaciones, ya que deben equilibrar las restricciones teóricas frente a las estrechas fronteras de la medida psicométrica, las limitaciones de la modalidad del autoinforme y las tendencias de ciertos estilos de personalidad a distorsionar sus respuestas, se presenta la matriz de correlaciones de las puntuaciones de prevalencia (PREV) del MCMI-III en la tabla 3.5. Generalmente, se obtuvieron resultados estadísticos de magnitudes más altas en la muestra de desarrollo original, pero dado que estos resultados conformaban la base esencial sobre la que se seleccionaron los ítems y se perfeccionaron las escalas, estarían artificialmente sobreestimados en este contexto.

#### Consistencia interna

La consistencia interna de una escala es una medida resumen del grado en el que los ítems correlacionan entre sí. Generalmente se evalúa mediante el estadístico alfa de Cronbach, la media de todas las posibles fiabilidades del método de las dos mitades. En general, es deseable la obtención de coeficientes elevados, aunque si son demasiado altos podrían indicar que la escala está compuesta de ítems que virtualmente son reformulaciones unos de otros. La tabla 3.2 presenta el número total de ítems en cada escala, los coeficientes alfa y la fiabilidad test-retest de cada escala del MCMI-III. En la muestra original, los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas clínicas oscilan desde 0,66 para la escala 7 (Compulsivo) hasta 0,90 para la escala CC (Depresión mayor). Los valores de los coeficientes alfa superan 0,80 en 20 de las escalas.

Los coeficientes alfa de Cronbach en la muestra de tipificación española ( $N=964$ ) oscilan desde 0,65 en la escala 7 (Compulsivo) hasta 0,88 en la escala CC (Depresión mayor). En general, los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en población española son muy similares a los obtenidos en población estadounidense. Únicamente hay una mayor diferencia en los valores obtenidos en la escala B (Dependencia del alcohol), en la escala 1 (Esquizoide) y en la escala 3 (Dependiente).

**Tabla 3.2.** Número de elementos por escala y consistencia interna

	Número de elementos	Alfa (adaptación española)	Alfa (estudios originales)	Test-retest <sup>a</sup>
1 Esquizoide	16	0,75	0,81	0,89
2A Evitativo	16	0,85	0,89	0,89
2B Depresivo	15	0,85	0,89	0,93
3 Dependiente	16	0,79	0,85	0,89
4 Histriónico	17	0,80	0,81	0,91
5 Narcisista	24	0,70	0,67	0,89
6A Antisocial	17	0,76	0,77	0,93
6B Agresivo (sádico)	20	0,79	0,79	0,88
7 Compulsivo	17	0,65	0,66	0,92
8A Negativista (pasivo-agresivo)	16	0,81	0,83	0,89
8B Autodestructivo	15	0,83	0,87	0,91
S Esquizotípico	16	0,85	0,85	0,87
C Límite	16	0,82	0,85	0,93
P Paranoide	17	0,82	0,84	0,85
A Trastorno de ansiedad	14	0,83	0,86	0,84
H Trastorno somatomorfo	12	0,83	0,86	0,96
N Trastorno bipolar	13	0,72	0,71	0,93
D Trastorno distímico	14	0,87	0,88	0,91
B Dependencia del alcohol	15	0,71	0,82	0,92
T Dependencia de sustancias	14	0,80	0,83	0,91
R Estrés postraumático	16	0,86	0,89	0,94
SS Trastorno del pensamiento	17	0,86	0,87	0,92
CC Depresión mayor	17	0,88	0,90	0,95
PP Trastorno delirante	13	0,75	0,79	0,86
X Sinceridad	—	—	—	0,94
Y Deseabilidad social	21	0,80	0,86	0,92
Z Devaluación	33	0,92	0,95	0,82

<sup>a</sup> Intervalo test-retest = 5-14 días en población estadounidense (*n* = 87).

## Fiabilidad test-retest

La fiabilidad test-retest es tan importante como la consistencia interna. Se aplicó el MCMI-II-R por segunda vez a 87 personas a los 5-14 días de la primera aplicación. Los datos obtenidos de esta segunda aplicación se emplearon para estimar la fiabilidad test-retest de las escalas MCMI-III. En la tabla 3.2 se presentan las fiabilidades test-retest de cada escala. Los resultados oscilan desde 0,82 en la escala Devaluación (Escala Z) a 0,96 en la escala Somatomorfa (escala H). La mediana del coeficiente de estabilidad fue de 0,91, lo que implica que los resultados del MCMI-III son muy estables en cortos períodos de tiempo.

## 3.8. Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia<sup>1</sup>

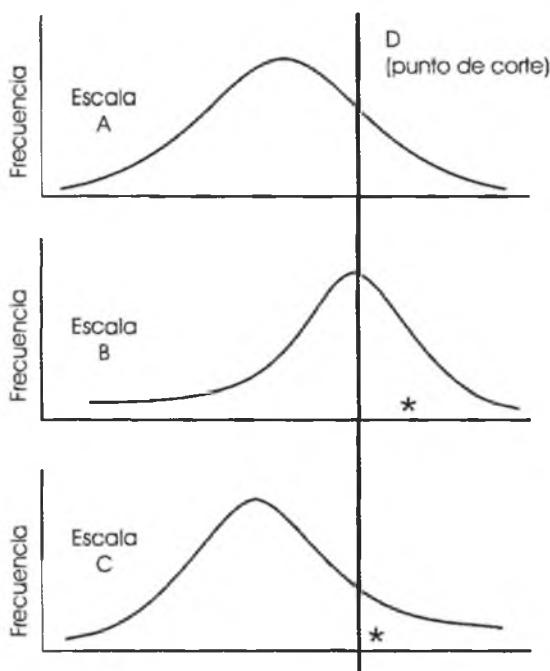
Las puntuaciones de las escalas pueden transformarse usando como referencia una norma o un criterio. La adopción de la referencia normativa es ampliamente usada y fácil de entender. En este sistema, se establecen los baremos empleando una muestra que se supone representa a una población mayor. Cuando se evalúa a una persona que pertenece a esa población, su puntuación se compara con la media y la distribución de la muestra de tipificación. Habitualmente, se utiliza algún tipo de puntuación típica o transformada para describir a la persona evaluada con relación al grupo normativo.

La puntuación T ( $M=50$ ;  $Dt=10$ ) es el tipo de puntuación transformada más popular empleada en los inventarios de personalidad<sup>2</sup>. Sin embargo, la puntuación T y el sistema de referencia normativo que exemplifica plantean dos problemas sustanciales cuando se emplean con un inventario de personalidad. El primer problema es que es muy probable que la forma de la distribución de frecuencias varíe de una escala de personalidad a otra. Las diferencias en la forma de las distribuciones privan de una parte de su significado a la puntuación típica y a los puntos de corte establecidos.

Imagínese, por ejemplo, que las distribuciones de tres escalas diferentes se representan por las tres curvas de la figura 3.2. Si los puntos de corte de estas escalas son iguales y se representan por una línea que cruza verticalmente en un punto determinado (la línea D), el porcentaje de la población que queda a la izquierda del punto de corte variará de una escala a otra en función de la forma de las distribuciones. El resultado es que una misma puntuación T define diferentes percentiles de la población en diferentes escalas. En otras palabras, una puntuación T igual a 80 en una escala se asocia con un percentil diferente al de la misma puntuación T en otra escala. Este efecto no es recomendable, porque se pierde el significado de las elevaciones relativas de las diferentes escalas. Considérese, por ejemplo, las puntuaciones representadas por asteriscos en la figura 3.2. La puntuación T en la escala B es la más alta, mientras que la puntuación T en la escala C es la segunda más alta. Sin embargo, el percentil asociado con la puntuación en la escala C es más alto que el asociado con la puntuación en la escala B.

- 
1. Se utilizará a partir de ahora la abreviatura (PREV) para la denominación de puntuación de prevalencia en lugar de (PP), para evitar posibles confusiones con la denominación de la escala PP, escala de Trastorno delirante (*Delusional Disorder*).
  2. En el caso de España no existe claramente una transformación más usada que otra, aunque en el caso de la personalidad se suelen utilizar las puntuaciones S ( $M=50$ ;  $Dt=20$ ).

**Figura 3.2. Distribuciones hipotéticas de tres escalas diferentes**



El segundo problema que se deriva de la utilización de las puntuaciones T y la referencia normativa es que no se tiene en cuenta la prevalencia del atributo medido. Las puntuaciones T reflejan básicamente cómo se comparan los sujetos con los miembros de una muestra de tipificación. Habitualmente, el valor de la media se fija en 50 y la desviación típica en 10. Por tanto, el punto de corte habitual de 70 es dos desviaciones típicas por encima de la media y define aproximadamente al 2% de la población (este 2% es solamente aproximado, ya que las grandes desviaciones de una población respecto a una distribución normal implican desviaciones mayores a ese 2%). Sin embargo, este porcentaje casi nunca se corresponde con la tasa de prevalencia de un trastorno específico en una población determinada y, por tanto, introduce un error automático. Por ejemplo, si el 15% de la población tiene una personalidad dependiente, al usar una puntuación T de 70 como punto de corte en una escala de personalidad dependiente, podemos esperar que identificará solamente al 2% y que fallará en al menos el 13% de los verdaderos casos positivos.

Los problemas con las puntuaciones T y la referencia normativa pueden evitarse empleando un criterio como referencia (Retzlaff, 1996). El objetivo del criterio de referencia es crear una puntuación típica que se fije a la tasa de prevalencia de la característica medida, más que a un percentil invariable de la muestra de tipificación que rara vez va a coincidir con la tasa de prevalencia real, si es que alguna vez coincide.

Al igual que el MCMI y el MCMI-II, el MCMI-III usa las puntuaciones de prevalencia como puntuación típica en las que se transforman las puntuaciones directas. La puntuación de prevalencia

(PREV) se diseñó para fijar los puntos de corte de la escala a la prevalencia de un determinado atributo en la población psiquiátrica. Las PREV definen un continuo de generalidad y severidad de un atributo psicológico con el que puede evaluarse a cualquier individuo. El uso de un continuo implica el reconocimiento de que la diferencia entre un trastorno clínico y el funcionamiento normal, especialmente con escalas de personalidad, es una cuestión de grado más que de tipo, representado como matices de inflexibilidad adaptativa cada vez más problemática y de estabilidad tenue cuando la persona está sometida a estrés (Millon, 1981). Idealmente, un perfil de escalas de personalidad, transformado para reflejar las diferentes frecuencias absolutas y las proporciones de trastornos en la población, sería equivalente no sólo en términos de cantidad de una característica, sino también en términos de las implicaciones de esa cantidad específica para el funcionamiento psicológico. Las PREV representan la manera más directa de alcanzar lo que es explícitamente de interés clínico fundamental.

Por supuesto que en la realidad un número de factores limitan las posibilidades a este respecto. Quizás, el más destacado entre ellos es que los componentes que conforman los trastornos de personalidad se solapan y se correlacionan intrínsecamente entre sí y que muchos pacientes podrían ser diagnosticados con dos, tres o incluso más trastornos de personalidad (Eje II) que covarien con varios síndromes clínicos (Eje I). En consecuencia, además de la magnitud absoluta de la elevación en alguna escala de personalidad, debe tenerse en cuenta el orden de cualquier puntuación en el perfil global al hacer un diagnóstico clínico. La presencia de una patología de la personalidad en algunos pacientes puede ser tan generalizada que no se le pueda clasificar fácilmente en un solo patrón. Como resultado, un subconjunto significativo de individuos podría tener muchas puntuaciones por encima de los puntos de corte 75 y 85 en los trastornos o rasgos. Obviamente, no todas estas puntuaciones tienen la misma validez diagnóstica. El enfoque que haga el evaluador debe poder distinguir las puntuaciones más prominentes y clínicamente significativas de aquellas otras menos relevantes. Los juicios clínicos simplemente no pueden eliminarse del proceso de evaluación para todos los sujetos, a pesar de las ganancias logradas al transformar las puntuaciones directas (PD) en puntuaciones de prevalencia (PREV).

A continuación se describen con detalle los procedimientos por los que se desarrollaron las transformaciones de las PREV. Cada fase se desarrolló de forma independiente con varones y mujeres.

### Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia de las escalas clínicas

El primer paso para desarrollar las puntuaciones de prevalencia (PREV) en las que deben transformarse las puntuaciones directas (PD) fue establecer la prevalencia de las características representadas por cada una de las 24 escalas clínicas del MCMI-III en la población objeto de estudio. Se determinó la *prevalencia objetivo* de estas escalas calculando la frecuencia con la que los clínicos evaluaron cada rasgo como el problema más prominente del paciente (la tasa de prevalencia *prominente*) o al menos como el problema que estaba presente aunque no fuese el más prominente (la tasa de prevalencia *presente*). Se tuvieron en cuenta dos criterios adicionales en las 11 escalas de patrones de personalidad clínicos (1 a 8B) con el fin de establecer la tasa de *prevalencia objetivo* de cada trastorno. Consistieron en calcular también la frecuencia con la que los clínicos indicaron que cada patrón de personalidad (por ej., esquizoide) se juzgaba como rasgo (la tasa de prevalencia *rasgo*) o bien como trastorno (la tasa de prevalencia *trastorno*). Así, se estimó la prevalencia de las escalas 1 a 8B a partir de cuatro indicadores, mientras que la prevalencia de las escalas S a PP se obtuvo a partir dos criterios (prominencia o presencia del síndrome).

Estas estimaciones empíricas de las tasas en la población se ajustaron posteriormente para acomodarse a los resultados de diversos estudios epidemiológicos sobre las tasas de prevalencia de estas características en la población. Estos porcentajes ajustados se convirtieron en las tasas de prevalencia a partir de las cuales se desarrollaron las transformaciones.

En el caso de la adaptación española, se calcularon las tasas de prevalencia de cada escala a partir de los diagnósticos realizados por los clínicos que evaluaron a las 964 personas que componen la muestra de tipificación.

### **Definición de los puntos de corte de las puntuaciones de prevalencia**

Se distribuyeron las puntuaciones de prevalencia (PREV) iniciales de cada una de las 24 escalas clínicas considerando tres puntos de corte. Una PREV=0 se corresponde con una puntuación directa igual a 0, una PREV=60 se corresponde con la mediana y una PREV=115 es la máxima puntuación directa obtenida.

Las puntuaciones de prevalencia iguales a 75 y 85 también son consideradas puntos de corte. En las 14 escalas de trastornos de personalidad (1 a P), una PREV=75 indica la *presencia* del rasgo, mientras que una PREV=85 indica la *presencia* de un *trastorno*. En las escalas A a PP, una PREV=75 indica la *presencia* del *síndrome*, mientras que una PREV=85 indica la *prominencia* del mismo. Los siguientes pasos describen el establecimiento inicial de los puntos de corte de cada una de las distribuciones de frecuencias de las escalas.

Con las escalas desde la A hasta la PP se llevó a cabo la asignación preliminar de la PREV=85 situando este punto de corte en diferentes puntuaciones directas hasta que la proporción de pacientes con PREV igual o superior a 85 se ajustase lo más posible a la tasa de prevalencia *prominente* definida anteriormente. Se asignó el punto de corte PREV=75 a la puntuación percentil que mejor se ajustaba a la suma de las tasas de prevalencia *prominente* y *presente*. Por ejemplo, en aproximadamente el 8% de los varones el síndrome distímico fue el más prominente y en el 21% de los casos fue el segundo síndrome más prominente. El punto de corte de la PREV=85 se asignó a la puntuación directa correspondiente al percentil 92 (100-8) y el punto de corte de la PREV=75 se fijó en la puntuación directa cercana al percentil 71 (100-8-21).

Se siguió un proceso similar para asignar los puntos de corte de las escalas de trastornos de la personalidad (1 a P) correspondientes a las PREV=75 y PREV=85, excepto que para estas escalas una PREV=75 se correspondía con la tasa de prevalencia del *rasgo* (más que a la prevalencia *presente*) y una PREV=85 se correspondía con la tasa de prevalencia del *trastorno* (más que a la prevalencia *prominente*). Hay que advertir que, dado que se exigía que las PREV de las escalas 1 a 8B se ajustaran a las tasas de prevalencia *presente* y *prominente* (ver más abajo), no siempre podían mantenerse los puntos de corte PREV=60, PREV=75 y PREV=85.

### **Definición de las puntuaciones de prevalencia**

La asignación de las puntuaciones de prevalencia (PREV) a las puntuaciones directas (PD) se realizó mediante interpolación lineal, una vez establecidos los cinco puntos de corte ya mencionados.

dos. Las puntuaciones resultantes constituyeron la primera tabla de transformaciones de PD a PREV. Las transformaciones finales de las PREV se definieron mediante los siguientes procedimientos:

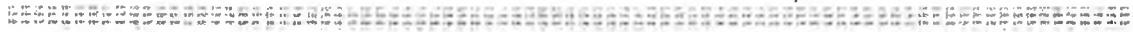
1. Se asignó la PREV de cada escala a cada paciente a partir de la tabla de transformaciones inicial.
2. Se realizaron algunos ajustes en las PREV de ciertas escalas, en función de: a) el contexto en el que el sujeto había sido evaluado; b) la duración del episodio actual del Eje I; y c) los valores de las PREV en las Escalas 4 (Histriónico), 5 (Narcisista), 7 (Compulsivo), A (Ansiedad), D (Trastorno distímico) y X (Sinceridad).
3. Se calcularon las distribuciones de frecuencias de las 24 escalas clínicas (1 a PP) con las PREV ajustadas, de modo que se pudo evaluar el ajuste entre las puntuaciones directas de las escalas y los puntos de corte PREV=75 y PREV=85.
4. En las escalas 1 a 8B también se evaluaron los siguientes indicadores: a) el ajuste entre la frecuencia con la que una puntuación específica de una escala era la puntuación más alta y la frecuencia con la que esa escala se evaluaba como la más prominente (esto es, la tasa de prevalencia *prominente*), y b) el ajuste entre la frecuencia con que la puntuación de una escala era la segunda puntuación más alta y la frecuencia con que esa escala se evaluaba como notablemente presente pero no prominente (i.e., la tasa de prevalencia *presente*).
5. Si los porcentajes observados (de los pasos 3 y 4) variaban en más de unos pocos puntos con respecto a las tasas de prevalencia objetivo, las PREV se reasignaban.
6. Estos pasos se repetían hasta que los porcentajes observados se acercaban lo más posible a la tasa de *prevalencia objetivo*.

En el caso de la adaptación española se siguió el mismo procedimiento. La muestra normativa española estuvo compuesta en su mayor parte por pacientes no internados. Así, sólo el 13,8 % de los participantes fueron evaluados durante un periodo de hospitalización. Este criterio fue considerado de modo orientativo, ya que la escasa frecuencia de participantes internados no permitía obtener estimaciones de prevalencia fiables. Por otra parte, el 20,7% de los participantes tenía diagnosticado algún síndrome del Eje I con una duración superior a 4 semanas. Se examinó minuciosamente el perfil de estos pacientes y se realizaron algunos ajustes en ciertas escalas.

### Desarrollo de las puntuaciones de prevalencia de las escalas X, Y y Z

Sobre la base de las investigaciones realizadas con las escalas de Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Devaluación (Z) del MCMH-II (Millon, 1987), se fijaron las PREV iguales o superiores a 85 para indicar el 10% de la población de pacientes con la puntuación más alta, las PREV entre 75-84 indicaban el siguiente 15%, las PREV entre 35-74 definían el núcleo central del 60% de pacientes y las PREV menores de 35 el 15% de la población con las puntuaciones más bajas. Al igual que en las escalas clínicas, se obtuvieron las puntuaciones entre los puntos de corte por interpolación lineal. La tabla 3.3 muestra la frecuencia de los intervalos de PREV en las escalas X, Y y Z en las muestras originales de desarrollo y validación externa.

En el caso de la adaptación española, se calcularon los puntos de corte 85, 75 y 60 considerando la distribución de frecuencias de la muestra española en cada una de las escalas X, Y y Z. Una vez



establecidos los puntos de corte se calculó el resto de las puntuaciones mediante interpolación lineal. En la tabla 3.3 también aparece el porcentaje de la muestra normativa española con puntuaciones de prevalencia definidas por los puntos de corte establecidos.

**Tabla 3.3. Frecuencia de las puntuaciones de prevalencia en las escalas X, Y y Z  
(estudios originales y españoles)**

PUNTUACIONES PREV	Escala X		Escala Y		Escala Z	
	Original	Español	Original	Español	Original	Español
0-34	14,1%	14,7%	15,7%	13,1%	15,9%	16,9%
35-74	57,8%	59,0%	58,9%	59,6%	53,6%	55,8%
75-84	16,3%	16,0%	16,5%	14,4%	16,6%	16,2%
85-115	11,8%	10,0%	9%	12,6%	13,9%	10,9%

### Tablas finales de la transformación a puntuaciones de prevalencia

Las tablas finales de transformación de las 24 escalas clínicas y las escalas X, Y y Z a puntuaciones PREV para la población española aparecen en el apéndice C. Excepto en la escala X, las transformaciones a PREV son diferentes para los varones y las mujeres.

En el desarrollo original se realizó un gran esfuerzo por obtener una distribución nacional representativa en cuanto a sexo, edad, etnia, región geográfica, estado civil y nivel socioeconómico. En el caso de la adaptación española se tuvieron en cuenta estas mismas variables (excepto la etnia) con el objetivo de obtener una muestra representativa de la población (tabla 3.1).

Los análisis estadísticos originales realizados con los grupos demográficos estadounidenses no produjeron distinciones apreciables basadas en los datos. Los estudios sobre las relaciones entre este tipo de variables y las puntuaciones PREV obtenidas con el MCMI-II indicaban algunas diferencias en las escalas y en las configuraciones del perfil. Sin embargo, no está claro si estas diferencias reflejaban variaciones propias del muestreo o características «verdaderas» que diferencian a estos grupos. Cuando se analizaron los datos, las diferencias generalmente fueron consistentes con el juicio clínico de las tasas de prevalencia (p. ej., mayor prevalencia de juicios clínicos por trastorno de abuso de drogas y personalidades antisociales en los varones; mayor prevalencia de personas de raza negra en la escala Esquizotípica; mayor prevalencia de mujeres, especialmente en el rango de edad 26-45, en la escala Histriónica). Como resultado, solamente se tuvo en cuenta el sexo del paciente para la transformación de puntuaciones directas a puntuaciones de prevalencia.

En el caso de la adaptación española, aún no se han realizado estudios con diferentes grupos poblacionales. Siguiendo las directrices de la versión original se consideró la variable sexo a la hora de crear las tablas españolas de transformación de puntuaciones directas a puntuaciones de prevalencia.

En el código de síndrome, las escalas B y A, en este orden, están por encima de 84. Las escalas T y D están entre 75 y 84. En la última sección, la escala SS está por encima de 84 y no hay ninguna otra entre 75 y 84.

Este tipo de codificación puede parecer un poco complicado al principio, pero se comprende rápidamente por todos aquellos que lo emplean ofreciendo una gran facilidad en el análisis del perfil.

**Tabla 3.4. Correlaciones entre las puntuaciones PREV del MCMI-III y del MCMI-II (estudios originales) y entre las puntuaciones PREV del MCMI-III y las PD (adaptación española)**

Escalas del MCMI-III (PREV)	PREV del MCMI-II	PD del MCMI-III
<b>PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD</b>		
1 Esquizoide	0,69	0,89
2A Evitativo	0,78	0,89
2B Depresivo	—	0,89
3 Dependiente	0,59	0,94
4 Histriónico	0,61	0,90
5 Narcisista	0,63	0,89
6A Antisocial	0,66	0,83
6B Agresivo (sádico)	0,63	0,86
7 Compulsivo	0,67	0,87
8A Negativista (pasivo-agresivo)	0,87	0,90
8B Autodestructivo	0,77	0,77
<b>PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD</b>		
S Esquizotípico	0,71	0,83
C Límite	0,78	0,89
P Paranoide	0,64	0,86
<b>SÍNDROMES CLÍNICOS</b>		
A Trastorno de ansiedad	0,73	0,93
H Trastorno somatomorfo	0,61	0,94
N Trastorno bipolar	0,64	0,95
D Trastorno distímico	0,88	0,96
B Dependencia del alcohol	0,72	0,85
T Dependencia de sustancias	0,68	0,81
R Trastorno de estrés postraumático	—	0,86
<b>SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES</b>		
SS Trastorno de pensamiento	0,78	0,93
CC Depresión mayor	0,82	0,93
PP Trastorno delirante	0,65	0,71
<b>ÍNDICES MODIFICADORES</b>		
X Sinceridad	0,92	0,99
Y Deseabilidad social	0,63	0,95
Z Devaluación	0,94	0,99
Nota: Todas las correlaciones son significativas al nivel de 0,01		

**Tabla 3.5. Matriz de correlaciones de las puntuaciones PREV de las escalas del MCMI-III  
(adaptación española)**

	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z	X	
1																												
2A	0,59																											
2B	0,52	0,64																										
3	0,35	0,61	0,61																									
4	-0,66	-0,71	-0,51	-0,37																								
5	-0,40	-0,63	-0,49	-0,50	0,61																							
6A	0,20	0,13	0,21	0,17	-0,07	0,09																						
6B	0,23	0,20	0,34	0,23	-0,14	0,05	0,67																					
7	-0,14	-0,22	-0,30	-0,22	0,28	0,17	-0,55	-0,41																				
8A	0,43	0,48	0,58	0,51	-0,36	-0,23	0,49	0,66	-0,38																			
8B	0,54	0,66	0,70	0,63	-0,47	-0,42	0,32	0,36	-0,27	0,62																		
S	0,59	0,65	0,62	0,55	-0,50	-0,36	0,31	0,38	-0,29	0,58	0,68																	
C	0,46	0,51	0,66	0,58	-0,40	-0,31	0,53	0,56	-0,51	0,73	0,66	0,63																
P	0,47	0,49	0,45	0,42	-0,37	-0,12	0,32	0,46	-0,16	0,64	0,51	0,61	0,51															
A	0,38	0,47	0,66	0,58	-0,34	-0,36	0,21	0,39	-0,23	0,56	0,55	0,61	0,58	0,46														
H	0,50	0,46	0,64	0,48	-0,42	-0,42	0,10	0,26	-0,20	0,45	0,51	0,54	0,49	0,36	0,65													
N	0,16	0,17	0,37	0,35	-0,02	0,04	0,48	0,55	-0,35	0,53	0,39	0,46	0,60	0,45	0,45	0,26												
D	0,58	0,59	0,76	0,59	-0,51	-0,51	0,19	0,31	-0,30	0,57	0,65	0,63	0,64	0,44	0,66	0,80	0,32											
B	0,29	0,25	0,33	0,28	-0,20	-0,05	0,72	0,60	-0,44	0,52	0,40	0,38	0,56	0,41	0,32	0,21	0,50	0,32										
T	0,11	0,06	0,16	0,14	-0,03	0,11	0,81	0,53	-0,48	0,37	0,24	0,26	0,45	0,30	0,14	0,08	0,42	0,15	0,56									
R	0,46	0,52	0,74	0,53	-0,41	-0,37	0,25	0,37	-0,27	0,58	0,59	0,65	0,65	0,48	0,80	0,62	0,44	0,72	0,36	0,20								
SS	0,51	0,55	0,72	0,60	-0,47	-0,43	0,30	0,43	-0,42	0,63	0,65	0,74	0,74	0,47	0,76	0,67	0,51	0,77	0,40	0,24	0,73							
CC	0,53	0,48	0,68	0,52	-0,46	-0,45	0,17	0,28	-0,30	0,49	0,55	0,59	0,60	0,39	0,65	0,88	0,32	0,86	0,29	0,13	0,70	0,76						
PP	0,27	0,26	0,29	0,25	-0,21	0,07	0,32	0,37	-0,20	0,39	0,34	0,47	0,36	0,65	0,26	0,20	0,43	0,28	0,34	0,35	0,34	0,34	0,26					
Y	-0,55	-0,71	-0,63	-0,49	0,72	0,66	-0,18	-0,20	0,47	-0,43	-0,56	-0,54	-0,50	-0,32	-0,44	-0,51	-0,10	-0,66	-0,28	-0,11	-0,52	-0,57	-0,58	-0,17				
Z	0,51	0,58	0,74	0,61	-0,52	-0,53	0,24	0,38	-0,36	0,62	0,62	0,68	0,68	0,50	0,74	0,80	0,43	0,89	0,39	0,20	0,74	0,82	0,87	0,32	-0,69			
X	0,51	0,58	0,69	0,64	-0,50	-0,34	0,46	0,58	-0,43	0,74	0,68	0,71	0,73	0,69	0,63	0,55	0,59	0,70	0,57	0,44	0,66	0,73	0,62	0,51	-0,56	0,81		



## CAPÍTULO 4: VALIDEZ EXTERNA Y DE CRITERIO

**A**l principio del capítulo 2 dijimos que el estadio teórico-sustantivo de la validez es necesario pero no suficiente para la creación de sistemas de medida válidos. Los ítems que operacionalizan los constructos de una teoría también deben poder sostenerse por sí solos como escalas coherentes y deben cumplir el sistema de relaciones propuesto por la teoría, un requerimiento del estadio de validación interna-estructural.

Al igual que el estadio teórico-sustantivo, el estadio interno-estructural también es necesario pero no suficiente para la validación de un instrumento. Este hecho se aprecia rápidamente con dos ejemplos. El primero proviene de las matemáticas que consiste explícitamente en sistemas altamente desarrollados de proposiciones que se apoyan en la fuerza de la prueba deductiva. Subcampos enteros de las matemáticas se ocupan de entidades que sólo existen dentro de un simbolismo abstracto, no en el mundo natural. En este sentido, son fantasías altamente coherentes sin ningún correlato empírico en la vida cotidiana o en el universo físico, internamente consistentes pero sin realidad empírica. El segundo ejemplo proviene de los pacientes que padecen trastornos delirantes. Muchos de estos trastornos son marcos de referencia altamente sistematizados que tienen sentido en el mundo interno del paciente, explicando eventos objetivos de una forma que, aunque sea internamente tan consistente como el sistema de creencias de la mayoría de los individuos normales, también es obviamente falsa. Los criterios externos de validación tienen como propósito asegurar que las escalas de un instrumento tengan valor en el mundo real y no sólo en las mentes de los autores del test.

Este capítulo presenta información sobre la validez externa de las tres generaciones del MCMI. Aunque el MCMI-III es una prueba muy distinta del MCMI, se consideró que era importante mostrar información sobre ambos para poder comprender más adecuadamente la evolución existente.

### 4.1. La validez externa del MCMI-III: Juicios diagnósticos de profesionales

En un primer estudio de clasificación clínica con el MCMI-III (incluido en la primera edición americana) los jueces clínicos normalmente sólo vieron a los sujetos una vez. Las clasificaciones se realizaron la mayoría de las veces con la aplicación del MCMI-II-R, normalmente en el momento de la recogida de la información. Aunque esta limitación del diseño creó un límite superior en los estadísticos de eficiencia diagnóstica derivados del estudio original (Retzlaff, 1996), no obstante, el análisis de los datos tuvo un papel importante de *screening*; fue un criterio necesario pero no suficiente para evaluar de forma preliminar la validez externa del MCMI-III.

En un estudio más reciente de clasificación clínica con el MCMI-III (incluido en la segunda edición americana), se pidió explícitamente a los clínicos que clasificaran únicamente a los sujetos a quienes conocían bien. Así, estos resultados se derivan de un diseño que se aproxima más al estudio de validez externa expuesto en el manual del MCMI-II, lo que permite realizar mejores comparaciones de las tres generaciones del instrumento. El propósito de esta sección es exponer estos resultados y comparar la eficiencia diagnóstica del MCMI-III con la del MCMI-II y, cuando sea posible, con la del MCMI.

## Método

Se invitó a cerca de 75 clínicos que conocían bien el MCMI y la teoría evolutiva de Millon (1990) y que habían participado en proyectos previos de investigación con el MCMI a participar en un estudio sobre la validez diagnóstica externa del MCMI-III. Alrededor de 30 accedieron a participar. La mayoría indicaron que tenían varios socios (grupos de prácticas o colegas clínicos) que participarían en la tarea de los juicios clínicos. En total, 67 clínicos primarios y sus asociados participaron en la clasificación de los pacientes según las instrucciones y criterios orientativos del *Clinician's Rating Reference Booklet* (véase en el apéndice B la adaptación española empleada en la tipificación). Todos ellos manifestaron haber tenido un contacto directo sustancial con los pacientes a quienes debían evaluar. El tiempo mínimo de contacto requerido fue de «al menos tres sesiones terapéuticas o de *counseling*»; siete sesiones fue el número de sesiones predominante y el número de horas de contacto osciló entre 3 y más de 60.

El *Clinician's Rating Reference Booklet* consiste en un resumen del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, los pasos detallados y la descripción de lo que se exigía de los clínicos participantes. Por ejemplo, se pide a los clínicos que revisen las descripciones de los síndromes de los trastornos de los Ejes I y II. También son notables los puntos de anclaje detallados que se desarrollaron para las tareas de clasificación. Por ejemplo, la severidad de cada síndrome clínico del Eje I se clasificó en una escala de cinco puntos. En vez de permitir que cada clínico determinase el significado de las etiquetas de severidad *ligera*, *mediana*, *síndrome*, *síndrome acusado* y *síndrome grave* se ofrecieron párrafos descriptivos para incrementar la estandarización del significado de estos puntos en los clasificadores. Esto aseguraba que los clínicos participantes estaban clasificando las mismas dimensiones de la misma forma, es decir, que el significado de cualquier punto concreto a lo largo de una dimensión dada era similar para todos los jueces. Para obtener un tamaño muestral adecuado, se permitía a los clínicos incluir a sujetos que ya habían respondido al MCMI-III, pero se les dijo específicamente que no incluyesen a los sujetos cuyos resultados recordaban nítidamente. Se hizo esto para minimizar la contaminación de los criterios.

Para la sección del Eje I, se sugirió que los clínicos siguiesen muy de cerca los criterios del *DSM-IV*. En contraste, los constructos del Eje II se operacionalizaron por medio de los criterios diagnósticos del *DSM-IV* y de las descripciones de dominio generadas teóricamente por Millon y presentadas en el capítulo 2. Se eligió este enfoque porque, desde la perspectiva de la teoría evolutiva, el *DSM* sólo es parcialmente representativo de los dominios en los que se expresa la personalidad. Era importante que los clínicos se dieran cuenta del rango total de contenido relevante a los constructos del Eje II al completar sus clasificaciones. Si no, sus clasificaciones tenderían hacia criterios incompletos del *DSM* o, peor aún, hacia contenidos con los que cada clínico estaba sensibilizado por su formación académica o clínica, ya fuese cognitiva, conductual, psicodinámica u otra.



## Resultados del Eje II

Los resultados del Eje II del estudio de validez diagnóstica se presentan en las tablas 4.1 y 4.2. Los estadísticos de las escalas del Eje II se comentan en esta sección y en la siguiente los del Eje I. Las dos secciones posteriores resumen el funcionamiento del MCMI a lo largo de tres generaciones. Aunque los métodos de recogida de datos de cada versión del MCMI han sido diferentes en términos de instrucciones dadas a los jueces clínicos, procedimientos de muestreo, etc., el requerimiento *esencial* de emplear jueces clínicos «informados» fue estándar y uniforme; es decir, los estudios con las tres generaciones se basaron en juicios hechos por clínicos con un conocimiento sustancial de los pacientes a quienes clasificaban.

### *Estadísticos de frecuencia*

En la tabla 4.1 se presentan las frecuencias directas y las puntuaciones de prevalencia de los pacientes incluidos en este estudio de validez externa. En la primera columna de la tabla los clínicos clasificaron a 18 pacientes como *primariamente* esquizoides, a 34 como primariamente evitativos y así sucesivamente. El trastorno de personalidad más frecuentemente clasificado como primario fue el dependiente ( $N=41$ ), seguido del límite ( $N=40$ ) y de la personalidad depresiva ( $N=37$ ) incluida por primera vez en esta versión III del MCMI.

La segunda columna de la tabla 4.1 traduce estas frecuencias directas a tasas de prevalencia (por ejemplo, dependiente en un 13%, personalidades límite y depresiva, cada una en un 12%). La tercera y la cuarta columnas presentan el número y las tasas de prevalencia de las personalidades juzgadas por los clínicos como los segundos trastornos más prominentes. Es interesante destacar que la personalidad más novedosa (la depresiva) y la recientemente eliminada (la autodestructiva) del *DSM-IV* estaban entre los tres trastornos que, según los jueces, desempeñaban un papel frecuente pero secundario para estos pacientes.

Las columnas quinta y sexta resumen las primeras y segundas frecuencias directas y prevalencias combinadas, según los clínicos participantes. Las personalidades evitativa, depresiva, dependiente y límite estaban entre las más altas. Las personalidades clasificadas como menos prevalentes fueron la paranoide, la esquizotípica y la agresiva (sádica).

Las últimas tres columnas de la tabla 4.1 presentan los resultados de la primera y segunda frecuencia más alta por escala de personalidad según los resultados del MCMI-III. La personalidad depresiva ( $N=43$ ) y la límite ( $N=34$ ), con mayor frecuencia, fueron las escalas más altas del Eje II del MCMI. Combinando la más alta y la segunda más alta, la personalidad depresiva ( $N=85$ ) y la evitativa ( $N=70$ ) fueron las más prevalentes y la agresiva (sádica) ( $N=21$ ), la esquizotípica ( $N=24$ ) y la paranoide ( $N=27$ ) las menos frecuentes. Al comparar la quinta y la novena columnas de la tabla se aprecia un acuerdo general entre los jueces clínicos y el MCMI-III en lo referente a qué trastornos de personalidad son los más y los menos prevalentes.

Tabla 4.1. Primeros y segundos diagnósticos según juicio clínico y MCMI-III en el Eje II

	Primeros diagnósticos		Segundos diagnósticos		Primeros o segundos diagnósticos		MCMI-III Puntuaciones PREV		
	Juicios clínicos (N= 321)	Prevalencia (%)	Juicios clínicos (N= 317)	Prevalencia (%)	Juicios clínicos (N= 638)	Prevalencia (%)	Primeros (N= 322)	Segundos (N= 322)	Primeros o Segundos (N= 644)
1 Esquizoide	18	6	20	6	38	6	15	21	36
2A Evitativo	34	11	37	12	71	11	30	40	70
2B Depresivo	37	12	32	10	69	11	43	42	85
3 Dependiente	41	13	28	9	69	11	27	23	50
4 Histriónico	23	7	19	6	42	7	27	13	40
5 Narcisista	22	7	25	8	47	7	18	27	45
6A Antisocial	18	6	25	8	43	7	22	24	46
6B Agresivo (sádico)	7	2	16	5	23	4	7	14	21
7 Compulsivo	30	9	9	3	39	6	28	12	40
8A Negativista (pasivo-agresivo)	16	5	28	9	44	7	18	21	39
8B Autodestructivo	12	4	42	13	54	8	23	41	64
S Esquizotípico	11	3	11	3	22	3	15	9	24
C Límite	40	12	18	6	58	9	34	23	57
P Paranoide	12	4	7	2	19	3	15	12	27

### Eficiencia diagnóstica

Probablemente la mayoría de los lectores conocen la idea de validez concurrente, en la que una escala nueva se correlaciona con medidas ya establecidas y aceptadas del mismo constructo. Si la escala nueva correlaciona altamente con estas medidas más antiguas, se dice que tiene validez concurrente.

Aunque las escalas dimensionales se prestan bien al cálculo de las correlaciones de validez concurrente, los trastornos psicológicos en el DSM se consideran entidades que se traducen a presencia o ausencia de enfermedad mediante el uso de criterios diagnósticos y sus estadísticas asociadas de eficiencia diagnóstica. Este capítulo se centrará en la sensibilidad y el poder predictivo positivo. Dado que estos tienden a relacionarse inversamente, la evaluación inteligente de un instrumento requiere que se consideren en conjunto. Cualquiera de ellos puede ser casi perfecto mientras que el otro necesariamente no lo es. Por ejemplo, suponga que 100 pacientes de una muestra de 1.000 son clasificados por los jueces clínicos de padecer un trastorno de pensamiento. Si se identifica a los 100 pacientes en una escala de trastorno de pensamiento, la sensibilidad de la escala es perfecta. Hasta aquí, bien. Sin embargo, si también se identifica a los restantes 900 de padecer un trastorno de pensamiento, entonces la apreciación sobre la utilidad de la escala cambia drásticamente: se ha logrado una sensibilidad perfecta a costa de un gran número de falsos positivos. Al contrario, si todos los pacientes identificados de padecer un trastorno de pensamiento por la escala también reciben ese diagnóstico por los jueces clínicos, entonces el poder predictivo positivo del instrumento es perfecto. Hasta aquí, bien. Sin embargo, si la escala sólo identifica con

éxito a un paciente de un total de 100 pacientes con trastorno de pensamiento, de nuevo nuestra apreciación cambia dramáticamente. Estos dos ejemplos son meramente ilustrativos. En general, cuando la sensibilidad de un indicador se incrementa, también aumentan los falsos positivos y el poder predictivo positivo se reduce algo, y viceversa.

Los estadísticos de eficiencia diagnóstica de las escalas del Eje II del MCMI-III se presentan en la tabla 4.2. Los estadísticos se calcularon en términos de las *primeras* personalidades más altas y sus correspondencias con los resultados del MCMI-III a juicio de los clínicos. El estadístico del poder predictivo positivo (PPP) representa el porcentaje de pacientes que obtienen la puntuación más alta de su perfil en una escala determinada de personalidad del MCMI-III y para quienes, a juicio de los clínicos, dicho trastorno de personalidad es primario. Consecuentemente, PPP es igual al número de positivos verdaderos (positivos según el juicio clínico y el test) dividido por el número total de positivos según el test. Por ejemplo, el 67% de los pacientes clasificados por el MCMI como primariamente esquizoides también fueron clasificados como esquizoides por los clínicos (véase tabla 4.2). De forma similar, el 79% de los que obtuvieron su puntuación más alta en el Eje II del MCMI-III en la escala Compulsiva recibieron una clasificación similar por parte de los clínicos. Las escalas Dependiente (81%), Paranoide (79%) y Compulsiva (79%) obtuvieron los mejores resultados en cuanto al acuerdo entre los clínicos y los resultados del MCMI-III. Las escalas Auto-destructiva (30%), Negativista (39%) y Depresiva (49%) obtuvieron las puntuaciones PPP más bajas, lo que podría reflejar la forma tenue con que el *DSM-IV* ha tratado estos constructos. El trastorno autodestructivo fue eliminado por completo del *DSM-IV* y los trastornos de personalidad negativista (pasivo-agresivo) y depresivo se relegaron al apéndice.

La sensibilidad se refiere a la precisión con que un indicador detecta un patrón o trastorno de personalidad específico. El estadístico de sensibilidad ( $d'$ ) presentado en la tabla 4.2 se refiere al porcentaje de pacientes que, según el juicio clínico, tienen una personalidad específica como patrón primario y fueron identificados de forma similar por el MCMI-III. Así, la sensibilidad es el número de pacientes identificados como positivos por el test y los clínicos dividido por el número total de pacientes clasificados como positivos por los clínicos. Por ejemplo, el 57% de los pacientes clasificados por los clínicos con personalidad primaria depresiva también obtuvieron las puntuaciones más altas en la escala Depresiva del MCMI-III.

La tasa predictiva positiva (PPR) debe ser una medida aproximada de incremento por encima del azar. Por ejemplo, si la tasa de prevalencia de un trastorno es del 12% y un indicador no proporciona ninguna mejora por encima del azar se diagnosticará correctamente al 12% de los pacientes. Un indicador o test que funcione bien obviamente deberá ser mejor que el nivel de azar. El estadístico PPR se calcula dividiendo el PPP por la tasa de prevalencia. Por ejemplo, la PPR de la escala Evitativa del MCMI-III es 6,92, es decir, cerca de 7 veces más de lo que se obtendría sólo por azar. Obviamente, cuando la tasa de prevalencia es alta, la PPR tiene un límite superior bajo. Por ejemplo, si la tasa de prevalencia para un trastorno determinado fuese del 50%, el test podría acertar el 100% de las veces si identifica la presencia del trastorno y sin embargo sólo tendría una PPR igual a 2. En contraste, si la tasa de prevalencia de un trastorno es del 2% y el test obtiene un PPP del 10%, la PPR es 5. De acuerdo con esto, la precisión de la PPR es mejor para los trastornos con tasas de prevalencia bajas, por ejemplo, el agresivo (sádico) ( $\approx 33$ ), el paranoide ( $\approx 21$ ), el esquizotípico ( $\approx 17$ ) y el esquizoide ( $\approx 12$ ). Se obtienen valores de PPR menores en los trastornos con tasas de prevalencia altas, por ejemplo, el depresivo ( $\approx 4$ ), el límite ( $\approx 6$ ), el dependiente ( $\approx 6$ ) y el evitativo ( $\approx 7$ ). La PPR es un estadístico de eficiencia diagnóstica muy útil como índice de la mayor precisión del MCMI-III (o de cualquier otro instrumento) con respecto a las asignaciones diagnósticas sin información adecuada. Mas adelante se comentará la eficiencia diagnóstica de las escalas del Eje II con mayor profundidad.

**Tabla 4.2. Eficiencia diagnóstica de las escalas del Eje II del MCMI-III**

	PPP <sup>a</sup> (%)	d' <sup>b</sup>	PPR <sup>c</sup>
<b>1</b> Esquizoide	67	56	11,89
<b>2A</b> Evitativo	73	65	6,92
<b>2B</b> Depresivo	49	57	4,24
<b>3</b> Dependiente	81	54	6,38
<b>4</b> Histriónico	63	74	8,79
<b>5</b> Narcisista	72	59	10,54
<b>6A</b> Antisocial	50	61	8,92
<b>6B</b> Agresivo (sádico)	71	71	32,76
<b>7</b> Compulsivo	79	73	8,41
<b>8A</b> Negativista (pasivo-agresivo)	39	44	7,80
<b>8B</b> Autodestructivo	30	58	8,14
<b>S</b> Esquizotípico	60	82	17,41
<b>C</b> Límite	71	60	5,66
<b>P</b> Paranoide	79	92	21,02

<sup>a</sup>PPP: Poder predictivo positivo  
<sup>b</sup>d': Sensibilidad  
<sup>c</sup>PPR: Tasa predictiva positiva

## Resultados del Eje I

Las tablas 4.3 y 4.4 presentan los estadísticos de eficiencia diagnóstica de las escalas del MCMI-III en el Eje I, con las puntuaciones PREV iguales o mayores de 85 y 75 respectivamente.

Respecto al poder predictivo positivo del MCMI-III se presentan dos métodos de cálculo. En la última columna de la tabla 4.3 (con el encabezado M-III<sup>b</sup>), la PREV de 85 se compara con lo que los clínicos juzgaron que era el trastorno más prominente del paciente en el Eje I. La pregunta es la siguiente: ¿hasta qué punto predice correctamente el punto de corte PREV=85 el trastorno del Eje I más prominente del paciente? Los estadísticos de poder predictivo positivo oscilan entre el 33% para el Trastorno delirante y el 93% para la Dependencia de sustancias. Las dos escalas de trastornos del Eje I más prevalentes, el Trastorno de ansiedad y el Trastorno distímico, alcanzaron poderes predictivos positivos del 75% y el 81%, respectivamente. Los estadísticos de sensibilidad (en la columna M-III<sup>b</sup>) para este método de cálculo oscilaron entre el 24% para el Trastorno somatomorfo y el 100% para el Trastorno del pensamiento. La columna de sensibilidad denominada M-III<sup>a</sup> evalúa la siguiente pregunta: ¿hasta qué punto detecta el punto de corte PREV=85 un trastorno juzgado como presente por los clínicos, aunque dicho trastorno sea secundario en severidad? Los valores de sensibilidad son generalmente algo menores.

**Tabla 4.3. Prevalencia, sensibilidad y poder predictivo positivo de las escalas del Eje I del MCMI cuando la puntuación PREV es igual o mayor que 85**

	Tasas de prevalencia (%)				Sensibilidad (%)				Poder predictivo positivo (%)			
	M	M-II	M-III <sup>a</sup>	M-III <sup>b</sup>	M	M-II	M-III <sup>a</sup>	M-III <sup>b</sup>	M	M-II	M-III <sup>a</sup>	M-III <sup>b</sup>
A Trastorno de ansiedad	24	23	46	28	67	69	57	64	73	74	80	75
H Trastorno somatomorfo	13	5	24	12	37	43	25	24	44	33	53	39
N Trastorno bipolar	4	3	6	4	49	40	44	64	50	53	57	58
D Trastorno distímico	4	29	38	23	73	76	55	65	76	72	88	81
B Dependencia del alcohol	12	8	30	17	56	79	65	80	66	88	91	88
T Dependencia de sustancias	6	9	19	11	52	62	78	82	63	78	92	93
R Estrés postraumático <sup>c</sup>	—	—	18	6	—	—	53	88	—	—	73	67
SS Trastorno del pensamiento	3	2	10	4	15	20	52	100 <sup>d</sup>	19	30	59	52
CC Depresión mayor	3	6	20	11	24	47	65	84	27	50	72	66
PP Trastorno delirante	2	1	9	2	15	25	40	50	23	40	63	33

M=MCMI, M-II=MCMI-II, M-III=MCMI-III.

<sup>a</sup> = Estadístico calculado utilizando todos los trastornos juzgados por los clínicos como *presentes*.

<sup>b</sup> = Estadístico calculado utilizando los trastornos juzgados por los clínicos como *más prominentes*.

<sup>c</sup> = El trastorno de estrés postraumático no era evaluado en el MCMI y en el MCMI-II.

<sup>d</sup> = Sólo 12 pacientes con trastorno del pensamiento participaron en el estudio.

La tabla 4.4 evalúa las mismas preguntas diagnósticas con referencia al punto de corte PREV=75. Como se esperaba, las sensibilidades eran más altas y el poder predictivo positivo era algo más bajo que con la PREV= 85.

### Tres generaciones del MCMI: el Eje I

Las tablas 4.3 y 4.4 permiten la comparación de los estadísticos sensibilidad y poder predictivo positivo con las PREV mayores o iguales a 75 y 85 a lo largo de tres generaciones de escalas del Eje I del MCMI. A pesar del hecho de que hay que contemplar estos estadísticos como generalmente favorables para cualquier versión del MCMI, su comparación a lo largo de las distintas generaciones del MCMI exige supuestos que a lo mejor no son sostenibles. Los cambios en los criterios diagnósticos que han tenido lugar a lo largo de tres generaciones del *DSM*, junto con los cambios que a veces derivan en que determinados diagnósticos se pongan de moda, dificultan las comparaciones absolutas.

En la tabla 4.3 las columnas encabezadas por M-III<sup>a</sup> presentan la prevalencia, la sensibilidad y el poder predictivo positivo con una PREV mayor o igual a 85 para todos los trastornos juzgados como presentes por los clínicos (la prevalencia se derivaba de los juicios clínicos). Los estadísticos de prevalencia son más altos en el MCMI-III que en cualquier generación del MCMI. Las sensibilidades son más bajas en muchas escalas que en las generaciones anteriores del MCMI, que asumen tasas de prevalencia uniformemente más bajas en todos los trastornos. En particular, la sensibilidad de la escala Trastorno somatomorfo es relativamente baja. Sin embargo, la sensibilidad y el poder predictivo positivo de las escalas de síndromes severos del Eje I —Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante— son más altos que en el MCMI y el MCMI-II.

Las columnas encabezadas por M-III<sup>b</sup> en la tabla 4.3 presentan la prevalencia, la sensibilidad y el poder predictivo positivo con una PREV mayor o igual a 85 para los trastornos del Eje I juzgados por los clínicos como más prominentes. Cuando se calculan así, las tasas de prevalencia M-III<sup>b</sup> de cada trastorno del Eje I disminuyen hasta aproximarse más a las de las generaciones anteriores del MCMI, lo que permite una mejor comparación de los tres instrumentos. Aunque los estadísticos de sensibilidad están mezclados con respecto al MCMI-II, los estadísticos de poder predictivo positivo son, en general, más altos y, en algunos casos, mucho más altos que en el MCMI-II.

**Tabla 4.4. Prevalencia, sensibilidad y poder predictivo positivo de las escalas del Eje I del MCMI cuando la puntuación PREV es igual o mayor que 75**

	Tasas de prevalencia (%)			Sensibilidad (%)			Poder predictivo positivo (%)		
	M	M-II	M-III	M	M-II	M-III	M	M-II	M-III
A Trastorno de ansiedad	34	39	46	88	80	88	79	84	70
H Trastorno somatomorfo	18	13	24	42	57	59	51	53	49
N Trastorno bipolar	8	4	6	56	42	67	55	55	55
D Trastorno distímico	41	46	38	91	81	85	84	80	61
B Dependencia del alcohol	17	15	30	74	87	86	63	92	83
T Dependencia de sustancias	11	13	19	78	72	92	71	82	89
R Estrés postraumático <sup>a</sup>	—	—	18	—	—	82	—	—	52
SS Trastorno del pensamiento	6	4	10	39	37	74	45	50	51
CC Depresión mayor	6	14	20	41	68	85	46	73	51
PP Trastorno delirante	5	5	9	32	34	77	36	61	61

M=MCMI, M-II=MCMI-II y M-III=MCMI-III.

Estadísticos calculados utilizando todos los trastornos juzgados por los clínicos como presentes.

<sup>a</sup>= El Trastorno de estrés postraumático no era evaluado en el MCMI y en el MCMI-II.



La tabla 4.4 presenta la comparación a lo largo de tres generaciones del MCMI con puntuaciones PREV iguales o superiores a 75. Los estadísticos se calcularon usando todos los trastornos juzgados por los clínicos como presentes. Según esto, las tasas de prevalencia del MCMI-III son las mismas que las que se presentan en la columna M-III<sup>a</sup> de la tabla 4.3.

En resumen, del conjunto de análisis previos parece que la validez de criterio diagnóstico del MCMI-III es comparable y marginalmente superior a la del MCMI-II en algunas escalas del Eje I.

### Tres generaciones del MCMI: el Eje II

Empezamos esta sección de nuevo subrayando lo problemático de la comparación a lo largo de tres generaciones del MCMI. La estructura y el contenido de las escalas del Eje II del MCMI a menudo se han visto influidos por los cambios en la teoría de Millon y en la nosología oficial del DSM. Los añadidos incluyen las escalas Agresiva (sádica) y Autodestructiva en el MCMI-II y la escala Depresiva en el MCMI-III. Además, la incorporación de estas escalas se ha visto acompañada de cierta reestructuración en el contenido de otras. Las escalas Antisocial y Negativista (pasivo-agresivo) del MCMI fueron reformuladas para dejar sitio a las escalas Agresiva (sádica) y Autodestructiva en el MCMI-II. Además, el contenido de los ítems del MCMI-III refleja los criterios paralelos del DSM mucho más que en el caso del MCMI-II. Según esto, la comparación de estos estadísticos a lo largo del tiempo no es algo que puede cuantificarse directamente sino que es una cuestión de juicio. Obviamente, es probable que las comparaciones del MCMI con el MCMI-II y del MCMI-II con el MCMI-III sean menos problemáticas que las comparaciones entre el MCMI y el MCMI-III.

*Tabla 4.5. Estadísticos de eficiencia diagnóstica de los juicios clínicos para los primeros diagnósticos del Eje II a lo largo de tres generaciones del MCMI*

	d' (%)			PPP <sup>b</sup> (%)		
	MCMI	MCMI-II	MCMI-III	MCMI	MCMI-II	MCMI-III
1 Esquizoide	38	33	56	50	38	67
2A Evitativa	67	67	65	70	72	73
2B Depresiva	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>	57	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>	49
3 Dependiente	63	72	54	69	70	81
4 Histriónica	58	53	74	65	48	63
5 Narcisista	50	59	59	65	55	72
6A Antisocial	42	60	61	55	68	50
6B Agresiva (sádico)	— <sup>c</sup>	68	71	— <sup>c</sup>	58	71
7 Compulsiva	53	66	73	53	61	79
8A Negativista (pasivo-agresivo)	47	59	44	62	50	39
8B Autodestructiva	— <sup>c</sup>	48	58	— <sup>c</sup>	46	30
S Esquizotípica	58	38	82	74	47	60
C Límite	60	67	60	64	60	71
P Paranoide	54	31	92	79	40	79

<sup>a</sup> d' = Sensibilidad.

<sup>b</sup> PPP = Poder predictivo positivo.

<sup>c</sup> Esta escala no era evaluada en esta versión del MCMI.

La tabla 4.5 presenta las sensibilidades y poderes predictivos positivos de las escalas del Eje II empleando los juicios clínicos de diagnóstico primario; la tabla 4.6 presenta la misma información para los juicios clínicos de diagnóstico primario y secundario. La comparación de las columnas de las tablas 4.5 y 4.6 generalmente muestra una buena conformidad entre el MCMI y los jueces expertos a lo largo de las tres generaciones del test, con algunas excepciones. En términos de las escalas individuales, se obtuvieron los estadísticos PPP de la escala Autodestructiva (30%; este trastorno se eliminó del *DSM-IV*) y de las escalas que corresponden a los dos trastornos del MCMI-III que fueron relegados al apéndice del *DSM-IV*: el Negativista (39%) y el Depresivo (49%). Los estadísticos d' más bajos del MCMI-III se obtuvieron en las escalas Negativista (44%) y Dependiente (54%). Si todos estos trastornos de personalidad se consideran diagnósticos primarios o secundarios (como en la tabla 4.6) los estadísticos de sensibilidad son más altos.

**Tabla 4.6. Estadísticos de eficiencia diagnóstica de los juicios clínicos para los primeros y segundos diagnósticos del Eje II a lo largo de tres generaciones del MCMI**

	d' (%)			PPP <sup>b</sup> (%)		
	MCMI	MCMI-II	MCMI-III	MCMI	MCMI-II	MCMI-III
1 Esquizoide	88	62	68	68	71	72
2A Evitativa	88	76	62	80	79	63
2B Depresiva	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>	75	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>	61
3 Dependiente	80	79	56	80	76	78
4 Histriónica	79	68	75	79	65	79
5 Narcisista	74	74	72	59	69	77
6A Antisocial	62	71	81	61	80	76
6B Agresiva (sádica)	— <sup>c</sup>	78	74	— <sup>c</sup>	71	81
7 Compulsiva	58	73	74	57	67	76
8A Negativista (pasivo-agresivo)	78	72	59	73	64	67
8B Autodestructiva	— <sup>c</sup>	66	85	— <sup>c</sup>	58	73
S Esquizotípica	74	57	73	68	69	67
C Límite	77	72	79	71	66	81
P Paranoide	71	50	89	68	65	65

<sup>a</sup> d' = Sensibilidad.  
<sup>b</sup> PPP = Poder predictivo positivo.  
<sup>c</sup> Esta escala no era evaluada en esta versión del MCMI.

Por lo tanto, en lo referente al Eje II, una comparación directa de los análisis de la eficiencia diagnóstica del MCMI, el MCMI-II y el MCMI-III muestra que cada forma del instrumento tuvo un nivel de precisión predictiva y clínica que oscilaba entre satisfactorio y alto. En los campos en los que los clínicos están bien informados acerca de los fundamentos teóricos y clínicos de los constructos de la personalidad y, más importante, en los casos en que conocen muy bien a los pacientes, los resultados del MCMI-III son impresionantes. En cambio, los estadísticos de eficiencia diagnóstica del Eje II desde el MCMI al MCMI-II y al MCMI-III muestran una tendencia modesta pero generalmente ascendente en la sensibilidad y el poder predictivo positivo del instrumento.



## 4.2. Correlaciones entre el MCMI-III y otras escalas

La eficiencia diagnóstica es sólo un medio de evaluar la validez externa, uno que presenta muchas debilidades entre las cuales la naturaleza dicotómica de las comparaciones que se hacen no es la menor de ellas. En contraste, el uso de instrumentos de autoinforme no sólo permite que se calculen correlaciones de medidas continuas sino que también permite la comparación del MCMI-III con medidas tradicionales que se supone miden constructos similares. Los clínicos que participaron en el proyecto de desarrollo original exigieron a sus sujetos que completasen cualquiera de estos tests: MMPI-2, *Beck Depresión Inventory*, *General Behavior Inventory*, *State-Trait Anxiety Inventory*, etc. Los resultados indicaron, en general, una asociación consistente de los contenidos de las diferentes escalas (para una exposición detallada de los resultados véase el manual original, Millon, 1997).

En la muestra de adaptación española se aplicó a 388 sujetos la adaptación española del MMPI-2, *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2* (Ávila y Jiménez, 1992). Los resultados de este estudio, junto a los del estudio estadounidense, se muestran en la tabla 4.7.

La importancia histórica del MMPI-2 y las diferencias filosóficas que definen a los dos inventarios (ya que se construyó el MMPI-2 según el método de los grupos criterio y el MCMI en función del modelo integrado de validez) hacen que cualquier estudio sobre su relación sea especialmente interesante. A pesar de la revisión reciente del MMPI, la heterogeneidad de sus escalas atenua el grado en que se pueden esperar correlaciones altas con las escalas internamente consistentes del MCMI-III. Sin embargo, hay algunas áreas obvias de similitud de contenido que pasamos a comentar.

La escala Hs (Hipocondría), por ejemplo, en la muestra estadounidense tiene la correlación más alta (0,63) con la escala Trastorno somatomorfo del MCMI, seguida de la escala Depresión mayor (0,60). En la muestra española se obtienen resultados similares, con la correlación más alta (0,52) de Hs con la escala Trastorno somatomorfo y correlaciones de 0,51 y 0,48 con Trastorno distímico y Depresión mayor respectivamente. Estos resultados pueden atribuirse a la interrelación de la somatización y la depresión debido a los rasgos vegetativos compartidos. En la muestra estadounidense, la escala de Depresión (D) del MMPI-2 presentó la relación más elevada con las escalas Depresión mayor (0,71) y Trastorno distímico (0,68) del MCMI-III. En el mismo sentido, en la muestra española las correlaciones más altas de la escala D del MMPI-2 se dan con las escalas Trastorno somatomorfo, Depresión mayor y Trastorno distímico.

En cuanto a los trastornos de personalidad del MMPI-2 y el MCMI-III, las correlaciones fueron bastante bajas en general en la muestra estadounidense, lo que refleja la idoneidad del MMPI-2 como medida de fenómenos del Eje I y no del Eje II. La correlación más alta se obtuvo entre las escalas de Depresión (D) del MMPI-2 y la Depresiva (0,59) y Evitativa (0,56) del MCMI-III.

El patrón de correlaciones en la muestra estadounidense con la escala Pd (Desviación psicopática) del MMPI-2 estaba mezclado y era difícil de explicar. Como era de esperar, se obtuvieron correlaciones moderadas entre la escala Pd y las escalas Antisocial (0,41) y Límite (0,44) del MCMI-III. Más interesante es la relación encontrada con las escalas Autodestructiva (0,45), Esquizotípica (0,43) y Depresiva (0,41). Un examen de las subescalas Harris-Lingoes revela que estas relaciones pueden explicarse por las diferentes facetas de la escala Pd, en particular por la relación de las subescalas de Alienación Social y Auto-alienación con las escalas Esquizotípica y Autodestructiva del MCMI-III. También en la muestra española aparecen correlaciones más bajas, en general, en

los trastornos de personalidad. Las asociaciones más altas se producen entre la escala Pt (Psicasteria) del MMPI-2 y los diferentes trastornos de personalidad del MCMI-III superando, incluso, en bastantes de ellos a los valores de la muestra estadounidense; en este sentido destaca la correlación de 0,66 con las escalas Depresiva y Esquizotípica, de 0,64 con las escalas Autodestructiva y Límite y de 0,44 con la escala Paranoide.

Es interesante hacer notar que la escala Pa (Paranoia) del MMPI-2 sólo correlaciona en la muestra estadounidense de forma moderada con las escalas Paranoide y Trastorno del pensamiento del MCMI-III (0,29 y 0,38, respectivamente) y en mayor medida con las escalas Trastorno del pensamiento (0,59), Depresión mayor (0,60) y Estrés postraumático (0,54). También se observaron correlaciones entre la escala Pa y las escalas Esquizotípica y Límite (ambas con 0,54). En la muestra española se mantiene la misma dirección de las asociaciones pero con valores de correlación más bajos. La Escala Pt (Psicasteria) del MMPI-2 tiene su correspondencia más cercana con las escalas Trastorno somatomorfo (0,68), Trastorno de ansiedad (0,61), Trastorno del pensamiento (0,62), Depresión mayor (0,73) y Trastorno distímico (0,70) del MCMI-III. En la población española aparecen asociaciones más intensas en siete de las diez escalas del Eje I con la escala Pt, como por ejemplo la escala Trastorno de ansiedad (0,62), Trastorno del pensamiento (0,72) y Estrés postraumático (0,64).

Aunque las correlaciones en la muestra estadounidense entre la escala Sc (Esquizofrenia) del MMPI-2 y las escalas Esquizotípica (0,60) y Trastorno del Pensamiento (0,61) fueron altas, se obtuvieron correlaciones igualmente importantes con las escalas Autodestructiva y Depresiva (ambas con 0,60). También notables fueron las correlaciones altas de la escala Sc con medidas del Eje I del MCMI-III, tales como las escalas de Trastorno distímico (0,67) y Depresión mayor (0,67).

Las relaciones en la muestra americana entre la escala Ma (Hipomanía) del MMPI-2 y los paralelos bipolares del MCMI-III, Trastorno bipolar y delirante, fueron de 0,43 y 0,44 respectivamente. En la muestra española las correlaciones más altas con las escalas del Eje I se dieron con Trastorno distímico (0,44) y Trastorno del pensamiento (0,38). Finalmente, la escala Si (Introversión Social) del MMPI-2 se relacionaba estrechamente con las escalas Evitativa (0,74) y Esquizoide (0,57) del MCMI-III y con las escalas Depresiva y Dependiente (ambas con 0,60). También son notables las correlaciones negativas entre la escala Si y las escalas Histriónica (-0,77) y Narcisista (-0,70). Los resultados en la población española mantenían la dirección de las correlaciones pero con valores bastante más bajos.

Tabla 4.7. Correlaciones de las escalas del MMPI-2 y del MCMI-III en las muestras estadounidense y española

MCMI-III	Hs		D		Hy		Pd		Mf		Pa		Pt		Sc		Ma		Si	
	EEUU	Esp																		
1 Esquizoide	37	35	46	28	17	15	29	11	06	-01	43	29	47	50	50	14	16	43	57	25
2A Evitativa	28	41	56	25	16	14	34	16	16	02	47	36	53	58	55	07	00	49	74	28
2B Depresiva	37	45	59	43	25	29	41	29	08	11	47	38	60	66	60	23	17	41	60	28
3 Dependiente	30	34	53	25	22	07	23	17	06	00	42	34	66	56	55	10	11	37	60	22
4 Histriónica	-27	-34	-52	-25	-11	-07	-36	-08	-15	-01	-45	-23	-52	-33	-55	01	-06	-43	-77	-30
5 Narcisista	-25	-38	-52	-33	-20	-10	-27	-14	-05	-01	-35	-20	-51	-22	-46	09	17	-30	-70	-23
6A Antisocial	-02	03	03	-05	-13	11	41	16	08	-04	31	15	24	30	25	20	40	16	09	-02
6B Agresiva (sádica)	04	12	01	08	-05	12	20	17	02	04	27	18	15	36	16	24	33	21	08	11
7 Compulsiva	-14	-11	-34	-12	-13	-16	-51	-28	-06	-03	-44	-11	-47	-26	-51	-13	-23	-12	-33	-01
8A Negativista (pasivo-agresivo)	22	27	25	21	-01	17	30	23	00	06	38	30	40	54	46	23	36	38	41	21
8B Autodestructiva	25	41	49	30	14	22	45	27	20	04	48	39	60	64	60	19	25	45	54	20
S Esquizotípica	32	35	45	23	15	18	43	16	19	05	54	37	52	66	60	18	37	43	47	18
C Límite	28	34	47	28	19	22	44	27	07	07	54	35	57	64	55	23	28	38	46	19
P Paranoide	10	17	14	03	-15	08	22	03	03	03	29	23	20	43	35	17	38	29	31	12
A Trastorno de ansiedad	42	42	52	43	28	23	38	22	09	09	54	38	61	62	63	22	36	32	45	25
H Trastorno somatomorfo	63	52	65	59	52	44	30	25	11	13	55	33	68	66	63	27	12	34	45	29
N Trastorno bipolar	09	16	06	13	-03	11	11	13	-03	03	26	25	21	46	25	21	43	19	07	03
D Trastorno distímico	45	51	68	50	37	33	44	30	04	07	55	40	70	68	67	21	16	44	57	25
B Dependencia del alcohol	01	12	07	04	-07	10	35	20	01	-04	31	24	23	34	22	16	30	24	16	-01
T Dependencia de sustancias	-08	07	-01	-41	-16	18	34	12	07	-12	19	18	19	29	16	12	38	08	-05	-11
R Estrés Postraumático	39	43	50	36	25	30	41	25	07	07	54	41	57	64	61	21	38	35	42	15
SS Trastorno del pensamiento	44	42	58	43	33	28	35	24	08	10	59	38	62	71	61	26	25	38	51	24
CCDepresión mayor	60	48	71	55	52	39	37	28	011	13	60	35	73	68	67	26	08	37	50	26
PP Trastorno delirante	16	11	13	-05	-01	08	24	00	07	00	38	24	22	40	42	10	44	21	16	-04

E.E.U.U.=Muestra estadounidense (N=132). Esp.=Muestra española (N=388)  
Hs=Hipocondría, D=Depresión, Hy=Histeria de conversión, Pd=Desviación psicopática, Mf=Masculinidad-Feminidad, Pa=Paranoia, Pt=Psicastenia, Sc=Esquizofrenia, Ma=Hipomanía, Si=Introversión social.  
En negrita se presentan las correlaciones con una p < 0,01 y en cursiva las correlaciones con una p < 0,05.

### 4.3. Resumen

En este capítulo se ha revisado la validez externa del MCMI a lo largo de tres generaciones de investigación. Empezando con la investigación de la validez criterial empleando jueces diagnósticos experimentados, se han comparado éstos con resultados similares obtenidos con el MCMI y el MCMI-II. Posteriormente se han examinado las correlaciones de validez concurrente del MCMI-III con otros instrumentos importantes como el MMPI-2. La conclusión general es que la validez externa del MCMI-III es igual o algo mejor que la del MCMI-II.



## CAPÍTULO 5: NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN

### 5.1. Poblaciones adecuadas de examinandos

El MCMI-III ha sido desarrollado para ser usado con **adultos que buscan tratamiento de salud mental**, que por lo menos posean las habilidades de lectura del final de la Enseñanza primaria obligatoria (EPO). Debe limitarse el uso del MCMI-III a poblaciones similares a las de las muestras empleadas para el desarrollo de las puntuaciones de prevalencia del instrumento (p. ej., el MCMI no es apropiado para poblaciones de adolescentes), por lo que la edad mínima recomendada para su aplicación es de 18 años. Igualmente, no hay que olvidar que su principal uso se circunscribe al ámbito clínico, por lo que *la aplicación a personas «normales»* (sin una patología evidente) que no aparecen representadas en los baremos de la prueba puede derivar en *puntuaciones distorsionadas* o alejadas de la realidad.

Para una aplicación óptima del inventario, el examinando debe sentirse razonablemente cómodo y libre de distracciones o de excesiva fatiga. El clínico debe recordar que el MCMI-III es un instrumento de autoinforme y que la ansiedad severa, la confusión, la sedación o la medicación interferirán con la capacidad del individuo para responder a los ítems del test. Si se aplicase el instrumento en dichas circunstancias, habría que volver a evaluar al sujeto en una fecha posterior.

### 5.2. Preparación y contexto

Los psicólogos, consejeros, psiquiatras o sus ayudantes administrativos deberán estar familiarizados con el formato, las instrucciones y demás componentes de la prueba antes de aplicarla. Si la prueba se va a corregir mediante corrección mecanizada (véase el apartado posterior de normas de corrección), los examinandos deben disponer de las hojas apropiadas para la lectura de marcas, una superficie dura para escribir y un lápiz del n.º 2.

El MCMI-III no requiere ninguna condición ni instrucciones especiales aparte de las que acompañan a la prueba y lo pueden aplicar de forma rutinaria y rápida los asistentes debidamente entrenados en contextos clínicos. La brevedad de la prueba y las instalaciones mínimas requeridas la hacen adecuada para contextos en los que el tiempo, el espacio y la privacidad son limitados. El MCMI-III no debe enviarse por correo ni tampoco debe ser entregado para completarse en casa.



### 5.3. Instrucciones y aclaraciones

Las instrucciones para llenar el MCMI-III se incluyen con la prueba y en general son muy claras. Aunque el instrumento es de autoaplicación, algunos examinandos pueden necesitar ayuda. El MCMI-III se diseñó para que no pareciese amenazante a la mayoría de los pacientes y puede presentarse como un inventario breve que se emplea para ayudar al clínico a comprender la situación y los problemas de sus pacientes.

Se le pide al paciente que se tome unos minutos para leer las instrucciones con cuidado y llenar la información con respecto a su fecha de nacimiento, sexo, estado civil, nivel de estudios, lugar de residencia y sus problemas principales. Si presenta dificultades se le puede ayudar a llenar esta información. Aunque se anima a los clínicos a usar los códigos numéricos para mantener el anonimato de sus clientes, aquellos que no lo hagan deben pedir a los pacientes que llenen el espacio opcional del nombre y los apellidos.

Si existe alguna duda sobre si el examinando entiende las instrucciones, el examinador debe leerlas en voz alta y aclarar cualquier problema que surja. Se deben contestar a las preguntas de los examinandos acerca de los procedimientos o aclaraciones de palabras para garantizar la precisión y la correcta actitud ante la prueba. Se debe animar a los examinandos a responder sin ayuda a los ítems; aunque puede ser necesario asegurar a algunos examinandos que es normal experimentar dificultades al contestar a ciertos elementos, es crucial que tomen sus propias decisiones sobre qué respuesta elegir.

Es importante la buena disposición del examinando para abordar el inventario con honestidad y seriedad con la finalidad de conseguir resultados significativos. Puede ser necesario convencer a los examinandos que se ayudarán a sí mismos si asumen una actitud franca y abierta al responder a los ítems. Algunos individuos pueden manifestar preocupación acerca del uso que se haga de sus resultados. De acuerdo a los derechos del individuo y a la correcta práctica profesional, se debe responder con franqueza a estas inquietudes. Por ejemplo, se aconseja informar por adelantado a los clientes si los datos de la prueba se van a emplear para la evaluación clínica, la investigación u otros usos apropiados.

Asimismo, se debe informar de las medidas que se van a tomar para mantener la confidencialidad de los resultados y asegurar la custodia de los impresos e informes asociados. Cuando se le proporciona al paciente la información necesaria para sopesar las potenciales ganancias por participar frente a los posibles riesgos, se logra una decisión responsable y voluntaria para responder al inventario. Dado que todas las evaluaciones de pruebas psicológicas dependen de un contrato implícito entre un evaluador profesional y un examinando, los clínicos tienen la responsabilidad de informar con detalle a los examinandos de las potenciales ventajas y desventajas de la evaluación. Sin esta información, no es posible una decisión informada y voluntaria acerca de la participación.

### 5.4. Comprobación de la información

Cuando el examinando termina la prueba, el examinador debe repasar la hoja de respuestas para comprobar si la información requerida está completa y para ver si hay ítems con doble respuesta (V y F) o un número excesivo de omisiones (12 ó más). Si se encuentran errores, se debe devolver

el impreso y animar al examinando a completar las deficiencias o a corregir los errores. En el caso de la corrección mecanizada además, para evitar retrasos en el proceso de corrección, es importante comprobar que todas las respuestas se llenaron con un lápiz del n.º 2, borrar cualquier marca fuera de los círculos y asegurar que la hoja de respuestas esté libre de rasgaduras o perforaciones.

## 5.5. Normas de corrección

Como en otras pruebas de autoinforme, la corrección y puntuación del MCMI-III ha de realizarse con ayuda de procedimientos informáticos, pues la corrección mediante las antiguas plantillas manuales de una prueba que consta de varias páginas y numerosas escalas sería demasiado lenta y sujeta a errores. Existen por tanto dos formas de corregir la prueba:

- Corrección por Internet mediante *e-perfil*. Es la forma más habitual y generalmente la más conveniente puesto que permite obtener los resultados y el perfil del test inmediatamente después de realizado y en presencia del examinando. Mediante el sistema *e-perfil* suministrado por TEA Ediciones, se introducen las respuestas en la pantalla presentada por el ordenador y la prueba se corrige de forma inmediata. El perfil puede consultarse en pantalla o imprimirse tantas veces como sea necesario. El proceso completo de corrección no requiere más de 3 ó 4 minutos.
- Corrección mecanizada mediante lectura de marcas ópticas. Cuando es necesario corregir cantidades importantes de cuestionarios, el sistema anterior puede ser excesivamente lento y costoso por lo cual existe la posibilidad de que la corrección sea realizada por los servicios informáticos de TEA Ediciones mediante sistemas automáticos de lectura de marcas ópticas o de caracteres. Esto requiere que se hayan usado hojas de respuestas especiales para esta finalidad y que sean remitidas a TEA Ediciones, quien, una vez procesados los documentos, devolverá los resultados al profesional responsable del proceso de evaluación. Este proceso ahorra al profesional teclear las respuestas para introducirlas en el sistema, ya que esa labor la realiza la lectora óptica.

### Los procedimientos informáticos

Como se ha indicado anteriormente, puntuar una prueba a mano es un procedimiento muy complejo que habitualmente produce errores. Por este motivo y debido a la experiencia acumulada con el MCMI-II, en el que también los profesionales demandaban una corrección informatizada, la corrección se realiza mediante un soporte informático.

En este proceso informático se llevan a cabo automáticamente una serie de pasos que se exponen brevemente a continuación para una mejor comprensión del resultado final de la evaluación.

El primer paso es el cálculo de las puntuaciones directas de cada escala; nótese, sin embargo, que varias condiciones pueden invalidar la prueba y eliminar la necesidad de puntuar. En el apéndice A aparecen los ítems que puntuán en cada escala del MCMI-III.

La escala X (Sinceridad) es la única excepción a este procedimiento para calcular las puntuaciones directas de las escalas. La puntuación directa de la escala X es la suma de las puntuaciones

directas de las escalas 1 hasta la 8B, excepto la escala 5, a la cual se le asigna un peso de 2/3 porque contiene más ítems que las demás. De esta forma:

$$\text{Escala X} = \text{escala 1} + \text{escala 2A} + \text{escala 2B} + \text{escala 3} + \text{escala 4} + \text{escala 5} \times \frac{2}{3} + \text{escala 6A} + \text{escala 6B} + \text{escala 7} + \text{escala 8A} + \text{escala 8B}$$

El valor de la escala X obtenido mediante esta fórmula se redondea al número entero más próximo.

### Transformación a puntuaciones de prevalencia (PREV)

Las puntuaciones directas rara vez son las finales. Dado que las escalas individuales de un inventario difieren en el número de ítems y la forma de la distribución, casi todos los instrumentos requieren que las puntuaciones directas se transformen para tener así una medida común. Una vez que las puntuaciones directas del MCMI-III se hayan calculado, el próximo paso es convertirlas en puntuaciones de prevalencia (PREV). Esto implica pasar cada puntuación directa a su PREV correspondiente utilizando para ello las tablas obtenidas con la muestra de población española que se presentan en esta adaptación y se recogen en el apéndice C. Nótese que se utiliza una tabla de transformación de PREV distinta para los varones y las mujeres. No hay ninguna transformación a PREV de la escala V (Validez) porque se utiliza directamente el valor de la puntuación directa.

### Ajustes de las puntuaciones de prevalencia

Una vez transformadas las puntuaciones directas a puntuaciones PREV, se deben realizar varios ajustes para llegar a las puntuaciones PREV finales. Estos ajustes se describen a continuación.

**Ajuste de Sinceridad.** La escala X (Sinceridad) evalúa hasta qué punto un paciente fue franco y auto-revelador o reticente y reservado al responder a los ítems del MCMI-III. La puntuación directa de la escala X determina si se ajustan las PREV iniciales de las escalas 1 a PP. Si la puntuación directa de la escala X es baja (< 61), las PREV de las escalas 1 a PP se aumentan. Si la puntuación directa de la escala X es alta (> 123), las PREV de las escalas 1 a PP se disminuyen. La cantidad específica en que las PREV se incrementan o disminuyen depende del valor de la puntuación directa de la escala X. Con puntuaciones directas en la escala X de 61 a 123 (ambas inclusive), no se realiza ningún ajuste en las escalas 1 a PP.

**Ajustes de ansiedad/depresión.** Las puntuaciones de un individuo pueden estar distorsionadas si al responder a los ítems se experimentaba un estado emocional agudo o intenso (Hirshfeld et al., 1983; Reich, Noyes, Coryell, y O'Gorman, 1986). El ajuste ansiedad/depresión se aplica a las cinco escalas más frecuentemente afectadas por la agitación emocional: Evitativa (2A), Depresiva (2B), Autodestructiva (8B), Esquizotípica (S) y Límite (C). Este ajuste puede disminuir las puntuaciones



PREV de estas escalas si la puntuación en Trastorno de ansiedad (escala A) o Trastorno distímico (escala D) es de 75 o más, puntuación de corte que indica la presencia de un síndrome. Varias combinaciones de la duración del episodio de Eje I de un paciente y el estado ingresado o ambulante determinan la reducción de las puntuaciones PREV.

*Ajuste por ingreso hospitalario.* Algunos pacientes hospitalizados recientemente tienden a negar la obvia severidad de su estado emocional actual. El ajuste por ingreso hospitalario puede incrementar las puntuaciones PREV en las escalas de Trastorno del pensamiento (SS), Depresión mayor (CC) y Trastorno delirante (PP) si el paciente está ingresado y la duración del trastorno del Eje I es de cuatro semanas o menos.

*Ajuste por negación/quejas.* Algunos estilos de personalidad, en especial el histriónico (escala 4), el narcisista (escala 5) y el compulsivo (escala 7), se caracterizan por estar a la defensiva y tienden a producir perfiles más planos en la modalidad de autoinforme. Para compensar esto, si una de estas escalas es la más alta de los patrones clínicos de la personalidad (Escalas 1 a 8B), se incrementa en 8 puntos la puntuación PREV de esa escala. En caso contrario, no se realiza ningún ajuste.

*Consideraciones adicionales.* No se ajusta ninguna puntuación PREV a un valor por debajo de 0 ni por encima de 115. Después de cada ajuste, cualquier valor PREV que sea menor de 0 o mayor de 115 se convierte en 0 y 115, respectivamente.

## Condiciones de invalidación de la prueba

Un perfil MCMI-III se considera inválido si cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. No se indica el sexo del paciente. Sin esta información, no es posible seleccionar la correcta tabla de transformación a puntuaciones de prevalencia.
2. La edad es menor de 18 años o es desconocida. El MCMI-III sólo se ha validado y tipificado en adultos.
3. En 12 o más ítems se han omitido las respuestas o se han marcado las dos alternativas. Con tantas respuestas omitidas no es posible asegurar la validez de las puntuaciones de las escalas.
4. Se ha respondido *Verdadero* a dos o tres ítems de la escala de Validez (ítems 65, 110 y 157). La conformidad con ítems cuya tasa de acuerdo es extremadamente baja indica que el examinando puede no haber prestado suficiente atención al contenido de los ítems o que haya tenido dificultad al leer o comprender los ítems. La conformidad con sólo uno de estos tres ítems indica que la validez del protocolo del test es cuestionable y el clínico debe tener esta información en cuenta al interpretar los resultados de la prueba.
5. La puntuación directa de la escala X (Sinceridad) es menor que 34 o mayor que 178. Estas puntuaciones extremas indican que el examinando puede haber exagerado o minimizado determinados síntomas significativos hasta tal punto que no se pueden interpretar los resultados.
6. Ninguna de las puntuaciones PREV de las escalas de patrones clínicos de la personalidad (1 a 8B) es mayor que 59. En tal caso, no emerge ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba y, por ello, no se debe intentar interpretar.

## Codificación de los perfiles

Aunque los perfiles en el MCMI pueden ser resumidos de manera informal simplemente anotando los puntos destacados de los ejes I y II, con frecuencia es deseable un sistema más explícito para resumir la información. Como en otros instrumentos, la magnitud relativa de las puntuaciones PREV se ve más claramente mediante la construcción de un «código diagnóstico» que resume la distribución de las elevaciones de las escalas. Los siguientes apartados describen el sistema de anotación que debería ser empleado con las puntuaciones del MCMI-III.

Para permitir al lector una mejor comprensión del sistema se propone el siguiente código como ejemplo:

Código de personalidad: 8A8B3\*\*2A2B6A\*-+6B714"5/ /S\*\*C\*/ /  
 Código de síndrome: BA\*\*TD\*/ /SS\*\*-\* /

Fíjese en la estructura. Las 24 escalas clínicas se dividen en cuatro secciones principales: Patrones clínicos de la personalidad (1 a 8B), Patología grave de la personalidad (S, C, P), Síndromes clínicos (A, H, N, D, B, T, R) y Síndromes clínicos graves (SS, CC, PP). Estas secciones se separan en el código por una doble barra (//). Las dos primeras forman el llamado Código de personalidad y las dos siguientes el Código de síndrome.

En primer lugar, las 11 escalas de Patrones clínicos de la personalidad figuran en el código, colocadas en su orden y magnitud. Las puntuaciones PREV ≥85 se destacan con un «doble asterisco» (\*\*). Las puntuaciones PREV entre 75 y 84 aparecen precediendo a un único asterisco (\*). Las puntuaciones PREV entre 60 y 74 preceden a un único signo «más» (+). Las puntuaciones PREV entre 35 y 59 preceden al símbolo de «dobles comillas» (""). Las puntuaciones PREV inferiores a 35 no preceden a ningún símbolo, simplemente se cierra el grupo con la primera doble barra. Un guion (-) indica que ninguna escala ha obtenido una puntuación PREV dentro del rango numérico. Las puntuaciones PREV que son iguales entre sí o difieren únicamente por un punto aparecen subrayadas (así como sus correspondientes símbolos).

En las tres partes restantes del código solamente se anotan las puntuaciones que exceden de 74. El doble asterisco (\*\*) de nuevo es utilizado con las escalas con puntuaciones PREV superiores a 84 y un asterisco (\*) para las que tienen puntuaciones comprendidas entre 75 y 84.

De acuerdo a estas normas, el código numérico

Código de personalidad: 8A8B3\*\*2A2B6A\*-+6B714"5/ /S\*\*C\*/ /  
 Código de síndrome: BA\*\*TD\*/ /SS\*\*-\* /

se traduce en lo siguiente:

En la primera parte del perfil las escalas 8A y 8B son las más altas, seguidas por la escala 3 y todas ellas con puntuaciones PREV superiores a 84; las escalas 2A, 2B y 6A están empatadas o tienen un punto de diferencia entre ellas y están entre las puntuaciones PREV de 75 y 84 (inclusive). No hay ninguna escala entre 60 y 74. Las escalas 6B, 7, 1 y 4 decrecen en magnitud y se encuentran entre 35 y 59. La escala 5 está por debajo de 35. En el segundo grupo, la escala S está por encima de 84 y C entre 75 y 84.



## CAPÍTULO 6: NORMAS DE INTERPRETACIÓN

**E**xisten tres pasos en la interpretación del MCMI-III: primero, la evaluación de la validez del protocolo; segundo, la toma de decisiones diagnósticas acerca de las escalas por sí mismas; y tercero, la formulación del funcionamiento clínico general basándose en los patrones del perfil. Los pasos adicionales opcionales incluyen la integración de la información evolutiva e histórica y el estudio de los datos procedentes de los ítems del test.

El método interpretativo detallado en este manual sólo concierne a la información interna del MCMI-III. Al igual que todos los tests diagnósticos y de personalidad, es importante integrar los resultados con la información obtenida de otras fuentes. Las conclusiones son más precisas cuando se realizan dentro del contexto del ambiente demográfico y de la historia del individuo, de las impresiones de la entrevista y de otros hallazgos clínicos. Las interpretaciones ciegas pueden ser útiles durante el entrenamiento de universitarios, pero se desaconseja su uso en contextos profesionales clínicos. La información acerca del sexo, la edad, el estado socioeconómico, el estado mental y los datos procedentes de otras pruebas y entrevistas proporcionan una perspectiva para interpretar los perfiles del MCMI-III. Además, la habilidad para integrar los datos auxiliares es una ventaja importante del clínico con respecto a un informe interpretativo automatizado. En el mejor de los casos, los programas informáticos tienen en cuenta el papel de las características grupales potencialmente relevantes, pero no las variables individuales moderadoras y específicas.

### 6.1. La evaluación de inventarios dudosos

Los datos de los tests generalmente se consideran válidos o inválidos. Como consecuencia, la mayoría de los resultados de las pruebas se interpretan o se desechan. Sin embargo, el problema de evaluar la validez de un protocolo individual es mucho más complejo. No sólo pueden considerarse todos los perfiles de un test válidos o inválidos hasta cierto punto, sino que dentro de un perfil las puntuaciones de algunas escalas pueden ser válidas, mientras que otras lo son en menor grado, como por ejemplo, cuando las omisiones de los ítems se agrupan alrededor de los temas examinados por un constructo en particular. En general, los clínicos deben ser conscientes de que la validez del perfil de una prueba no puede evaluarse en términos de «todo o nada» sin tener en cuenta la modalidad en la que se recogió la información (p. ej., autoinforme, entrevista estructurada, etc.).

La literatura sobre la evaluación clínica está llena de estudios que indican los factores que pueden distorsionar los resultados de los inventarios de autoinforme. Dichas distorsiones pueden producir datos que requieren ajustes para incrementar su validez o que están tan distorsionados que son absolutamente inútiles para los objetivos de la medida o de la interpretación. La evidencia de la importancia de estos factores distorsionadores es contradictoria. Nuestra opinión es que la tergiversación deliberada o las respuestas al azar en los inventarios clínicos o de personalidad son mucho menos frecuentes de lo que suele creerse. Asimismo, el papel de las tendencias de respuesta como fuente de distorsión parece ser un factor menor cuando se comparan con el contenido de las escalas significativas. La eliminación de dichos factores de respuesta como características de las escalas también puede diluir significativamente su poder para discriminar importantes diferencias en los rasgos de personalidad. Además, los problemas de la distorsión intencional sólo afectan mínimamente a los inventarios cuya puntuación se determina en gran parte por la investigación de criterios externos; los ítems potencialmente confusos o no correlacionan con los criterios externos y, por tanto, son eliminados, o bien se demuestra que predicen dichos criterios.

Este argumento no debe tomarse como justificación para desechar el impacto potencial de las actitudes problemáticas al someterse a un test. Los esfuerzos para controlar dichos sesgos forman parte de la tradición del MCMI. Se comentaron los cuatro ajustes de las puntuaciones de prevalencia en el capítulo 5. Cada ajuste debe considerarse en sí mismo como señal de potenciales tendencias estilísticas, situacionales o personológicas y un índice de complicaciones que pueden afectar a la fiabilidad o la validez de las puntuaciones del MCMI-III.

### **El índice de Validez (escala V)**

El primer índice que hay que evaluar es el de Validez, el cual incluye tres ítems extravagantes o muy inverosímiles (ítems 65, 110 y 157). Cuando se responde verdadero a dos o más de estos ítems el protocolo se considera inválido. Una puntuación igual a 0 se considera válida y una puntuación de 1 indica una validez cuestionable, es decir, se trata de un protocolo que debe interpretarse con cautela. A pesar de su brevedad, el índice de Validez es altamente sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar.

### **El índice de Sinceridad (escala X)**

El índice de Sinceridad (escala X) es un segundo indicador que puede revelar un comportamiento de respuesta problemático, en especial, indica si el paciente se inclina por ser franco y revelador o reticente y reservado. El índice de Sinceridad se calcula a partir del grado de desviación positiva o negativa del rango medio de una puntuación total directa en las escalas 1 a 8B. La escala X es la única del MCMI-III en la que una puntuación baja es clínicamente interpretable. Cuando la puntuación directa de esta escala es inferior a 34 o superior a 178 el protocolo debe considerarse inválido. Aproximadamente un 10% de los examinados obtienen puntuaciones PREV de 85 o más y aproximadamente un 25% puntuaciones de 75 o más.

### **El índice de Deseabilidad social (escala Y)**

El índice de Deseabilidad social (escala Y) evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuo-

so o emocionalmente estable. Las PREV por encima de 75 en la escala Y indican cierta tendencia a presentarse de forma favorable o personalmente atractiva. Cuanto más alta sea la puntuación, más probable es que el paciente haya ocultado algún aspecto de sus dificultades psicológicas o interpersonales.

### **El índice de Devaluación (escala Z)**

El índice de Devaluación (escala Z) generalmente refleja las tendencias opuestas a las reflejadas en la escala Y. Sin embargo, en ocasiones, ambos índices son altos, especialmente en los pacientes que son inusualmente reveladores. En general, las PREV por encima de 75 sugieren una tendencia a depreciarse o devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontrarían en una revisión objetiva. Una puntuación especialmente alta merece un examen más detallado, no sólo para obtener una evaluación más precisa de lo que podría ser un nivel distorsionado de los problemas psicológicos, sino también para determinar si dicha puntuación constituye una llamada de socorro de un paciente que está experimentando un nivel especialmente angustioso de agitación emocional.

### **Consideraciones sobre el estilo de respuesta**

Al igual que las otras medidas, las escalas X, Y y Z pueden interpretarse en función de sus patrones configuracionales. Por ejemplo, una puntuación PREV baja en Sinceridad y en Deseabilidad social, junto con una puntuación alta en Devaluación sugiere una exageración moderada de anteriores problemas emocionales que probablemente hayan sido suficientemente subsanados, por lo que no afectará a la validez interpretativa del MCMII-III. En el caso de que la escala X sea baja y las escalas Y y Z sean altas, el paciente expresó conformidad con síntomas y características antiéticas, suscitando dudas sobre la validez del perfil. Los pacientes con trastornos severos de depresión, normalmente de tipo agitado, ocasionalmente obtienen esta configuración.

También son notables otros patrones de perfil. Los examinandos que intentan presentarse de una forma lo más positiva posible pueden tener una puntuación baja en la escala X y una puntuación alta en la escala Y. La investigación llevada a cabo con el MCMII-III muestra la tendencia en estos individuos a obtener puntuaciones elevadas en algunas de las escalas de personalidad. Dependiendo de si quieren parecer cooperadores, confiados en sí mismos o concienzudos, estos individuos pueden presentar apuntamientos en las escalas Dependiente, Narcisista o Compulsiva. En contraste, típicamente estos perfiles no tienen elevaciones en ninguna de las escalas orientadas a síntomas, tales como las escalas de Patología grave de personalidad o de Síndromes clínicos. Se ha comentado la dificultad de distinguir entre un perfil «fingido-bueno» y un perfil válido de un individuo que realmente tiene los atributos en cuestión (p. ej., dependencia o perfeccionismo) en la literatura (Babgy, Gillis, Toner y Goldberg, 1991; Retzlaff, Sheehan y Fiel, 1991). El otro lado de la moneda es el perfil de «llamada de socorro» de individuos cuyo estilo de respuesta les hace parecer psicológicamente más deteriorados de lo que realmente están. En estos casos, las puntuaciones en las escalas X y Z son elevadas, al igual que muchas de las escalas asociadas con la psicopatología severa (Babgy et al., 1991; McNeil y Meyer, 1990; Retzlaff et al., 1991; Van Gorp y Meyer, 1986).

Aunque la intención de las escalas X, Y y Z es compensar el efecto de estos tres estilos de respuesta, estos ajustes no pueden convertir un perfil inválido en un perfil válido, ni realmente pueden

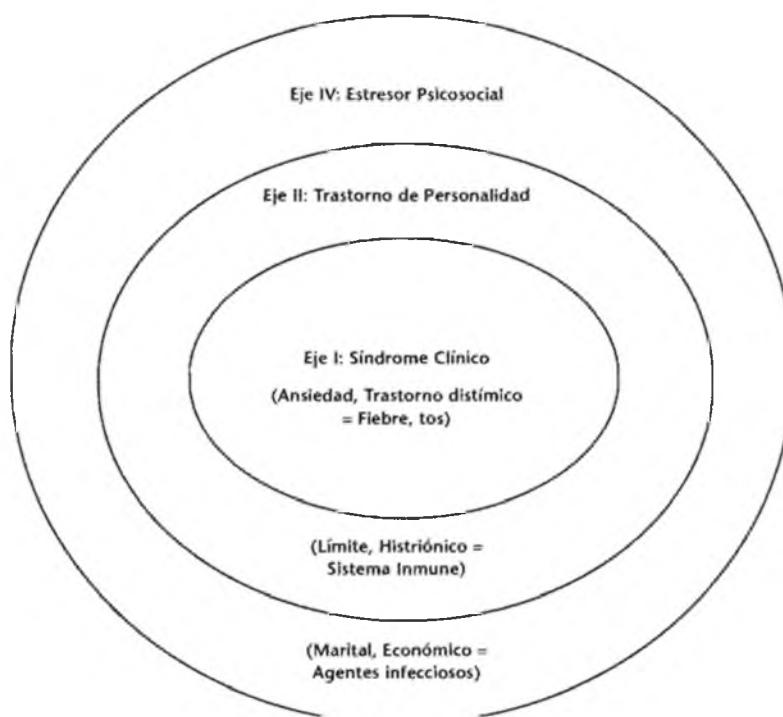
compensar cuando el estilo de respuesta es la principal fuerza dominante de las puntuaciones de un individuo. El descubrimiento de un pronunciado estilo de respuesta puede ser de relevancia clínica en sí mismo porque permite al clínico formar una opinión acerca de cuán sincero o realista puede ser un paciente con respecto a sus problemas. Para ir más allá de la interpretación de un marcado estilo de respuesta, el clínico puede necesitar aplicar la prueba de nuevo, tal vez después de poner más énfasis y animar al individuo a responder a cada ítem lo más sinceramente posible.

## 6.2. La filosofía del modelo multiaxial

El MCMI-III es un instrumento derivado de un modelo integrado de la psicopatología y la personalidad y coordinado con el modelo multiaxial del *DSM*. En general, la lógica interpretativa del MCMI se deriva de estos dos hechos básicos. Los clínicos que empleen el MCMI deben hacerlo con el fin de alcanzar una comprensión de la persona como una entidad integrada y no una mera agregación de diagnósticos.

El movimiento hacia el integracionismo en la concepción de la enfermedad no es sólo un ideal sino un hecho empírico histórico, ilustrado por la evolución de las ciencias de la salud mediante dos revoluciones paradigmáticas, ninguna de las cuales se ha completado en la psicopatología. Las series de círculos concéntricos en la figura 6.1 representan los cambios que han acontecido en la medicina a lo largo del siglo pasado. En el centro está el Eje I, los llamados síndromes clínicos (por ejemplo, depresión y ansiedad). Éstos caracterizan el estado de la medicina hace más de un siglo. A mediados del siglo XIX, los médicos definían los trastornos de sus pacientes en términos de su sintomatología manifiesta —sus estornudos y toses, farúnculos y fiebres— etiquetando estas «enfermedades» con términos tales como «tisis» y «viruela». En contraste, el círculo externo de la figura se asemeja al Eje IV del *DSM*. La revolución paradigmática médica ocurrió aproximadamente hace un siglo, cuando las enfermedades empezaron a verse como el resultado de microbios intrusos que infectan e interrumpen el funcionamiento normal del cuerpo. Con el tiempo, la medicina empezó a asignar etiquetas diagnósticas que reflejaban esta nueva etiología, reemplazando los viejos términos descriptivos. Así, la «demencia paralítica» empezó a denominarse «neurosífilis».

**Figura 6.1. Naturaleza interactiva del sistema multiaxial**



Afortunadamente, la medicina ha progresado en las décadas de 1980 y 1990 más allá de su modelo de «enfermedad intrusiva» de principios de siglo XX, un avance que ha sido especialmente pronunciado en los últimos 15 años debido a enfermedades inmunológicas como el SIDA. Esta progresión refleja la creciente conciencia sobre el papel clave del sistema inmunológico, la capacidad intrínseca del cuerpo para manejar la omnipresente multitud de agentes infecciosos y cancerígenos potencialmente destructivos que inundan el ambiente físico. La medicina ha aprendido que ni los síntomas —los estornudos y las toses— ni tampoco las infecciones intrusas —los virus y las bacterias— son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo —la estructura y el estilo de los procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial— es decir, el constructo psicológico que denominamos *personalidad*.

El modelo multiaxial se ha establecido específicamente para promover las concepciones integradoras de los síntomas que manifiesta un individuo, en términos de la interacción entre estilos de afrontamiento arraigados y estresores psicosociales. Nuestra labor como clínicos consiste en recapitular la progresión del individuo para conseguir una concepción de su psicopatología que no simplemente diagnostique o documente sus forúnculos y estornudos (los trastornos del Eje I), sino que contextualice estos trastornos manifiestos en función del contexto más amplio representado por el estilo individual de percibir, pensar, sentir y comportarse. El proceso interpretativo puede describirse en términos de varios niveles u órdenes que facilitan dichas interpretaciones integradas.

### 6.3. La lógica interpretativa de primer orden: realización del diagnóstico

El primer nivel interpretativo sólo trata de proporcionar información para hacer diagnósticos. Normalmente las decisiones diagnósticas se justifican basándose en breves autoinformes de papel y lápiz con tres condiciones: la primera, cuando el coste y el tiempo implicados en la aplicación del test son mínimos y el nivel de precisión es suficientemente alto para un instrumento de *screening* o un procedimiento de evaluación preliminar; la segunda, cuando el nivel de precisión es, al menos, igual que el de los procedimientos diagnósticos que llevan más tiempo y son más costosos; y la tercera, cuando añade una medida de validez incremental (Sechrest, 1963) a las formas ya establecidas y eficientes de evaluar a los pacientes. La historia del MCMI-III en la práctica clínica y el estudio sustantivo de la validez presentado anteriormente amparan su uso en cada una de estas tres condiciones.

El nivel diagnóstico de interpretación es el más básico y potencialmente el más defectuoso. En este nivel sólo nos interesa determinar qué escalas son elevadas y qué diagnósticos deben hacerse. En el MCMI-III esto implica examinar qué escalas exceden los puntos de corte PREV de 75 y 85. En los trastornos del Eje II, una PREV de 75 puede considerarse como un indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos. Si un individuo obtiene una PREV igual a 74 en la escala Límite, probablemente posee rasgos del constructo Límite. En contraste, las elevaciones de las puntuaciones PREV de 85 o más probablemente indican una patología lo suficientemente predominante como para denominarse *trastorno de personalidad*. En el Eje I, una PREV de 75 indica la *presencia* de un síndrome y una PREV de 85 o más indica su *prominencia*. Estas elevaciones forman la base de las hipótesis diagnósticas que hay que considerar dentro del contexto de

otras fuentes de información aparte del inventario, lo que incluye el informe verbal del paciente, la impresión que el terapeuta se hace de él, los informes de otras personas significativas, la información contextual, etc. Si, después de considerar todos estos factores, el clínico sigue dudando de si debe emitir un diagnóstico en particular, puede repasar los ítems prototípicos del constructo en cuestión para determinar cuáles son los criterios diagnósticos que son apoyados por las respuestas del sujeto a los ítems paralelos del MCMI-III.

A la vista de la meta final —la comprensión integrada del individuo y de su o sus patologías— un nivel puramente diagnóstico de interpretación representa una aproximación basta, que debe considerarse simplista en el contexto del cometido clínico general. Estos juicios del tipo «presente frente a ausente» representan a la persona de una forma muy destilada. Primero, la naturaleza dicotómica del diagnóstico ignora la importancia de los trastornos sub-umbrales que a menudo tienen implicaciones funcionales legítimas, tales como el potencial de exacerbar otras condiciones o de convertirse en trastornos propios. Así, mientras que una PREV de 72 está por debajo del umbral de 75, no obstante indica que el sujeto estaba de acuerdo con un determinado número de ítems referidos al constructo del que se obtuvo esta puntuación, por lo que probablemente el clínico querrá explorar más. En segundo lugar, un enfoque diagnóstico rígido ignora el potencial configuracional del inventario. Por ejemplo, un individuo narcisista-dependiente es muy distinto de un narcisista-antisocial, aunque la PREV del segundo patrón de personalidad sea menor que 85; por ello, es probable que sea más una cuestión de estilo que un patrón disfuncional. Y en tercer lugar, el modelo diagnóstico ignora el papel inmunológico que la personalidad representa en la resistencia o susceptibilidad del individuo a desarrollar síntomas en condiciones de estrés psicosocial.

De hecho, la mera noción de que la personalidad pueda diagnosticarse es potencialmente tan dañina para la lógica subyacente del modelo multiaxial que requiere un comentario aparte. Los términos *diagnóstico* y *trastorno de personalidad* evocan explícitamente el modelo supuestamente médico, lo que reduce de forma implícita el Eje II al Eje I al representar los trastornos de personalidad como variantes de una enfermedad, una entidad ajena o una lesión que invade al individuo para socavar sus funciones normales. Es decir, reduce los constructos que deberían representar el rol de mediadores inmunológicos entre el estrés psicosocial y la producción de síntomas al nivel de forúnculos y estornudos.

A su vez, la concepción médica errónea se refuerza por la idea de que la personalidad es un tipo o sustancia que llena el recipiente de una persona de una forma homogénea o indiferenciada (con la añadida implicación desafortunada de que el terapeuta debe cambiar la persona vaciando y llenando el recipiente). En el capítulo 2 los trastornos de personalidad se operativizaron mediante un número de ámbitos funcionales y estructurales. En contraste con la idea estática de tipo, esta concepción funcional-estructural internamente diferenciada lejos de estar sesgada por una perspectiva psicodinámica, comportamental, cognitiva o incluso evolutiva, se sigue directamente de la naturaleza de la personalidad como constructo, la idea de que la personalidad implica la matriz entera de la persona. De acuerdo con esto, esta perspectiva es un correctivo óptimo a las equivocadas concepciones paradigmáticas perpetuadas por el término *trastorno de personalidad* que evoca la medicina. Esta perspectiva tiene importantes implicaciones para la interpretación, lo que se comentará más adelante. Mucho mejor que un abordaje puramente diagnóstico o médico del MCMI-III es el que interpreta las elevaciones de escalas de forma configuracional y contextual.

## 6.4. La interpretación configuracional de las escalas de personalidad

El primer paso en la interpretación configuracional trata de obtener una caracterización adecuada de la personalidad del sujeto. Al igual que se requiere una perspectiva dimensional para hacer evaluaciones cuantitativas realistas, se requiere una perspectiva configuracional para llevar a cabo evaluaciones cualitativas realistas. Rara vez los pacientes se presentan como prototipos puros. Salvo aquellos casos en los que el patrón de personalidad más alto está significativamente por encima del siguiente, las elevaciones secundarias de escalas casi siempre son significativas. Considerense los siguientes ejemplos.

**Ejemplo 1.** Dos pacientes obtienen su mayor puntuación de patrones de personalidad clínicos en Dependiente (escala 3). En un caso, la segunda puntuación más alta es Evitativa (escala 2A), en el otro, Histriónica (escala 4). Tomados por sí solos, una personalidad predominantemente dependiente sugeriría características tales como la necesidad de tener figuras de apoyo fuertes, la tendencia a no ser asertivo y a intentar aplacar a los demás, un autoconcepto débil y frágil y una actitud ingenua y poco crítica hacia las dificultades interpersonales. Sin embargo, se encontrarían unas características algo diferentes en un dependiente-evitativo, incluyendo un retraimiento defensivo de las relaciones sociales (debido al miedo al rechazo), una tendencia a amortiguar la sensibilidad interpersonal excesiva, una persistente tendencia subyacente a la depresión y la soledad y un resentimiento oculto e intenso hacia las personas de las que depende. Se encontrarían características diferentes en un dependiente-histriónico. Además de la docilidad, ingenuidad y dependencia características que encontramos en el dependiente puro, también son evidentes la búsqueda de atención mediante la auto-dramatización, los esfuerzos persistentes por crear armonía interpersonal a expensas de valores internos y los períodos ocasionales de euforia hipomaníaca y depresión. Es evidente por estos ejemplos que añadir una segunda escala con una alta puntuación (sólo un paso más en el análisis de perfil) altera el cuadro de personalidad de forma significativa.

**Ejemplo 2.** Supóngase que dos pacientes obtienen puntuaciones por encima del punto de corte en la escala de Dependencia del alcohol (escala B) pero difieren en su estilo básico de personalidad. El primero es histriónico-antisocial (4, 6A), el segundo es compulsivo-dependiente (7, 3). Es probable que estos pacientes manifiesten y manejen su alcoholismo de formas claramente divergentes. El tipo mixto histriónico-antisocial probablemente será poco convencional e irresponsable, se expresará de forma especialmente punitiva e impulsiva y reaccionará ante los esfuerzos externos por controlar su alcoholismo con ira e irascibilidad. En contraste, el tipo mixto compulsivo-dependiente sería más convencional y controlado (salvo durante los episodios alcohólicos), experimentará conflictos profundos por su dependencia, actuará de forma auto-punitiva, puede intentar controlar su alcoholismo sin éxito y reaccionará ante la preocupación de los demás con remordimiento y culpa.

Como ilustran los ejemplos anteriores, las elevaciones en las diferentes escalas secundarias llevan a interpretaciones muy distintas.

### La síntesis de ámbitos configuracionales

En las próximas secciones presentaremos un boceto de la lógica para crear ricas descripciones de personalidad a partir de los perfiles del MCMI-III. Sin embargo, hay que tener ciertas precauciones que modifican este procedimiento ideal. Se anotarán en las secciones posteriores.

Como han indicado desde hace mucho los filósofos de la ciencia, la utilidad de cualquier sistema de clasificación descansa en la capacidad de sus categorías de sugerir los atributos más allá de los que se observan inmediatamente. Los ocho ámbitos estructurales y funcionales enumerados de cada constructo de personalidad (véase capítulo 2) forman los elementos que se asocian, universalmente o con una alta probabilidad, a otros atributos clínicos dentro de sus respectivos patrones de personalidad. Cada personalidad, pues, es un tipo de estructura de covarianza de características dentro de estos ámbitos. Así, la presencia de cualquier característica implica la presencia de otras con las que se asocia dentro de una personalidad en particular.

Los atributos clínicos del capítulo 2 se han formulado para ser comprensivos, en el sentido de que son exhaustivos, con respecto a los ámbitos en los que se ancla la personalidad (en vez de estar sesgados hacia alguna escuela en particular), y comparables, en el sentido de que existen a niveles de abstracción aproximadamente iguales. Así se convierten en puntos de referencia importantes en la interpretación del MCMI-III. Podemos afirmar que es altamente probable que cualquier individuo evaluado como narcisista se comportará de forma arrogante y tenderá a explotar a los demás en sus relaciones interpersonales, será cognitivamente expansivo, y así sucesivamente. En general, en el caso en que solamente una única escala del Eje II del MCMI-III destaque en el perfil (es decir, sea elevada con exclusión de las otras escalas), puede decirse que aquel patrón de personalidad es prototípico para el individuo que responde al test y sus características de ámbito asociadas pueden tomarse de las tablas del capítulo 2 sin alteraciones significativas.

Desafortunadamente, dichos perfiles prototípicos son raros. En la mayoría de los casos, los resultados del test reflejarán un código de dos o tres puntos. En este caso, es necesario integrar o mezclar los párrafos descriptivos de cada ámbito, asignándoles un peso hasta el punto en que cada código domine el perfil. Así, si se obtiene una PREV de 110 en la escala Narcisista con una elevación secundaria PREV de 76 en la escala Dependiente, el informe clínico debe redactarse para reflejar las características más consonantes con el prototipo Narcisista. El peso que el clínico decide asignar a las diferentes características de estos trastornos depende de una variedad de factores, incluyendo la disponibilidad de información auxiliar.

### Interpretación de cuestionarios con escalas de personalidad de igual puntuación

La interpretación configuracional se hace más difícil cuando las escalas son elevadas al mismo nivel aproximadamente, es decir, cuando no hay una configuración real. En este caso, todos los atributos de ámbito clínico de los prototipos elevados se convierten en hipótesis acerca del paciente dentro de sus ámbitos respectivos. Se puede elegir entre integrar o mezclar aspectos de ambos, o bien extraer aspectos de uno de ellos más o menos excluyendo al otro. Si, por ejemplo, se ha encontrado un perfil narcisista-dependiente y ambas escalas tienen aproximadamente el mismo nivel de elevación, nos encontraremos con dos decisiones a tomar en cada uno de los ocho ámbitos, como se ve en la tabla 6.1. El clínico puede apelar a dos fuentes complementarias de información para buscar apoyo a las propuestas específicas de los ámbitos clínicos. La primera fuente está dentro del propio MCMI y son los ítems del test. Recuérdese que el MCMI se construyó de acuerdo con el modelo prototípico en que se basa el *DSM*. Se asigna un peso diferente a un ítem en función de su centralidad respecto a su constructo y de la fuerza de su evidencia de validez.

Cuando se intente mantener o rechazar la multitud de hipótesis sugeridas en el caso de dos o tres escalas de personalidad casi igualmente elevadas, se pueden revisar los ítems prototípicos e inter-

prestarlos como «ítems críticos» que inclinan el juicio en una u otra dirección. A pesar de las objeciones hechas al sistema de asignación de pesos del MCMI, los ítems prototípicos tienen un valor interpretativo y taxonómico o sustantivo importante. Sin embargo, como mostrará la revisión de los ítems prototípicos de cualquiera de las escalas de personalidad, nótese que el MCMI no contiene ítems que reflejen el ámbito funcional y estructural de cada personalidad, en parte porque algunos ámbitos son más inferenciales que otros (los mecanismos de defensa, por ejemplo) y las personas no están muy dispuestas a revelarlos en autoinformes, y en parte debido a su mayor coordinación con el *DSM-IV*, que está sesgado hacia algunas áreas y no hacia otras (Millon y Davis, 1996). No obstante, la apelación a información proveniente de los ítems a veces es decisiva cuando dos o tres escalas de personalidad deben ser sintetizadas en forma de un informe clínico.

**Tabla 6.1. Ámbitos de los prototipos Narcisista y Dependiente**

	Narcisista	Dependiente
<b>Comportamiento observable</b>	Arrogante	Incompetente
<b>Comportamiento interpersonal</b>	Explotador	Sumiso
<b>Estilo cognitivo</b>	Expansivo	Ingenuo
<b>Autoimagen</b>	Admirable	Inepto
<b>Representaciones objetales</b>	Artificial, falso	Inmaduro
<b>Mecanismos de defensa</b>	Racionalización	Introyección
<b>Organización morfológica</b>	Espúrea	Rudimentario
<b>Estado de ánimo/Temperamento</b>	Despreocupado	Pacífico

La segunda fuente de información que puede usarse para apoyar las hipótesis de ámbito no se encuentra en el MCMI, sino en forma de impresiones clínicas, informes de otros individuos que conocen bien al paciente, resultados de otros instrumentos (tanto objetivos como proyectivos) y la naturaleza del motivo de la consulta de la derivación del paciente. Así, siguiendo con el ejemplo anterior, si un individuo es entrevistado y se le percibe como indeciso y falto de confianza en sí mismo, esto apoya la interpretación más dependiente dentro de la esfera de la auto-imagen. Sin embargo, si otras personas dicen que el sujeto se comporta de forma grandiosa, exhibiendo la sensación de ser especial, esto sugiere que, de alguna forma, la evidencia de la auto-imagen «inepto» del dependiente y la auto-imagen «admirable» del narcisista deben integrarse, tal vez mediante la noción psicodinámica de que la grandiosidad es un protector contra los sentimientos subyacentes de inferioridad. Al igual que con cualquier instrumento, el conocimiento auxiliar y la teoría psicológica se unen para crear interpretaciones ricas y plausibles acerca del carácter del individuo.

## 6.5. La severidad y la funcionalidad de las personalidades patológicas

La normalidad y la patología de la personalidad existen a lo largo de un continuo. La línea clara de división diagnóstica y los umbrales PREV de 75 y 85 del MCMI se crearon para cumplir fines prácticos. Tales divisiones no existen en la realidad. Entonces, ¿cómo deben interpretarse las múltiples elevaciones por encima de la PREV de 75 y qué reflejan acerca de la severidad y la funcionalidad de la patología de la personalidad?

Cuando las escalas de trastornos de personalidad se elevan por encima de la PREV de 75 no todas merecen el mismo peso interpretativo. En vez de ello, debe asignarse la primacía interpretativa a las dos o tres escalas de personalidad más altas en la configuración y éstas pueden interpretarse como trastornos de personalidad. Otras escalas más bajas en la configuración, pero por encima de la PREV de 75, pueden interpretarse como estilos de personalidad, en el sentido de que, en algunos contextos y a veces, es probable que el individuo exhiba rasgos característicos de estos trastornos, además de los que formen la configuración primaria.

Como regla general, cuanto mayor sea el número de escalas elevadas por encima de la PREV de 75, mayor será la extensión de la patología de la personalidad. Si se desea aún mayor precisión, se pueden emplear tres características típicas de la patología descritas en los siguientes párrafos para situar a un paciente en el continuo que va desde la relativa normalidad de un estilo de personalidad a la patología del trastorno de la personalidad (Millon, 1969/1983).

La primera característica típica de los patrones clínicos de la personalidad es la tenue estabilidad bajo condiciones de estrés subjetivo. Al igual que todos los sistemas eficientes, las personalidades normales exhiben una integración funcional-estructural entre sus distintos aspectos. Las personalidades normales, por ejemplo, llevan a cabo un comportamiento que minimiza la incompatibilidad entre las necesidades del organismo y las demandas del ambiente, un proceso de retroalimentación negativa que mantiene la integridad de sus sistemas psíquicos. Las así llamadas personalidades patológicas, sin embargo, practican estrategias que inadvertidamente producen retroalimentación positiva, incrementando sus dificultades de adaptación. Al final, dada la facilidad con que los individuos ya de por sí trastornados se vuelven vulnerables a los eventos que reactivan el pasado, y dadas su inflexibilidad y la escasez de mecanismos efectivos de afrontamiento, se vuelven susceptibles a nuevas dificultades y alteraciones. Enfrentados con fracasos recurrentes, ansiosos por conflictos antiguos sin resolver que vuelven aemerger, e incapaces de adoptar nuevas estrategias adaptativas, pueden retroceder a unas formas patológicas de afrontamiento, a un control menos apropiado de sus emociones y, al final, a percepciones cada vez más subjetivas y distorsionadas de la realidad y a la producción de síntomas clínicos.

La segunda característica que distingue los patrones patológicos es su inflexibilidad adaptativa. Los sistemas de personalidad son sistemas abiertos en interacción dinámica con su ambiente físico, familiar, social y cultural. Para las personalidades dentro del rango normal, esto significa la flexibilidad de rol, a veces tomando la iniciativa para modificar el ambiente y a veces adaptándose a lo que el medio ofrece, de acuerdo con la polaridad activa-pasiva de la teoría evolutiva. Los individuos normales exhiben una flexibilidad en estas interacciones, de tal forma que sus iniciativas o reacciones son proporcionadas y apropiadas a las demandas de la situación. Cuando ya no existen la adecuación y la proporcionalidad, se podría decir que la interacción está impulsada por la persona. Las estrategias alternativas que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para alcanzar metas y para afrontar el estrés normalmente son pocas y se practican de forma rígida. A menudo el individuo no es capaz de adaptarse efectivamente a las circunstancias de su vida y empieza a manejar el ambiente para evitar eventos objetivamente neutrales que percibe como estresantes. Como consecuencia, las oportunidades del individuo para poner a prueba y adquirir estrategias nuevas y más adaptativas se reducen y las experiencias vitales se vuelven aún más limitadas.

La tercera característica que distingue los patrones patológicos de los normales es una consecuencia de su rigidez e inflexibilidad: la tendencia a fomentar círculos viciosos. Las múltiples limitaciones que los individuos con un trastorno de personalidad traen a su medio social inevitable-

mente resultan en procesos de retroalimentación que perpetúan e intensifican las dificultades ya existentes. La restricción protectora, la distorsión cognitiva y la sobregeneralización son ejemplos de procesos por los que los individuos restringen sus oportunidades para nuevos aprendizajes, malinterpretan eventos esencialmente positivos y provocan reacciones en los demás que reactivan problemas pasados. En efecto, pues, los patrones patológicos de personalidad son patogénicos en sí mismos, generan y perpetúan dilemas, provocan nuevos problemas y ponen en marcha secuencias con los demás que están predestinadas al fracaso, que hacen que sus dificultades ya establecidas no sólo persistan sino que se agraven aún más.

El MCMI-III representa dos niveles diferentes de severidad, PREV de 75 y PREV de 85, que claramente pueden utilizarse para caracterizar el grado en que un determinado perfil de personalidad es más o menos funcional. En general, cuanta más alta sea la PREV de la personalidad, más probable es que el individuo exhiba un mayor grado de las tres características de la patología de la personalidad ya descritas. Sin embargo, la interpretación estricta de estos umbrales es complicada por otras dos características, una de las cuales considera la relación curvilínea entre el continuo de la normalidad-patología y ciertos constructos de la personalidad, y la otra que deriva de la teoría evolutiva.

### **Las escalas Narcisista, Histrionica y Compulsiva**

La investigación previa con el MCMI ha mostrado que la elevación de tres escalas a veces puede reflejar puntos fuertes de la personalidad además de patología de personalidad. Estas escalas son la Histrionica, la Narcisista y la Compulsiva. La medida de estos constructos es problemática desde el punto de vista psicométrico por muchas razones, siendo la más importante que estas personalidades tienen mucha habilidad para minimizar los problemas, negar las dificultades y presentarse de forma favorable. Cada una es de naturaleza cauta a la hora de admitir debilidades y fallos, aunque por diferentes razones. Igualmente problemático es el hecho de que, a niveles modestos de magnitud, estos tres constructos tienden a incluir rasgos normales, aunque no adaptativos, mientras que otras personalidades, como la negativista, la antisocial o la sádica, son desadaptativas incluso a niveles moderados de expresión. Los rasgos sádicos *siempre* se consideran problemáticos, pero los niveles moderados de autoestima y de sociabilidad (componentes prototípicos de los constructos narcisista e histrónico, respectivamente) se consideran beneficiosos. Así, la «forma» de estos dos constructos es curvilínea; es decir, los niveles altos y bajos de cada uno no son adaptativos, mientras que los niveles modestos son saludables.

Además, como muestra la inspección psicométrica de los ítems, estas tres escalas de personalidad incluyen un gran número de ítems que están codificados como falso. Así, *cuando un individuo sin una patología de personalidad importante rellena el instrumento, la ausencia de patología tenderá a elevar estas tres escalas*. Mientras que la elevación de una o más de estas escalas es considerada como reflejo de salud y no de patología, el procedimiento seguido en las secciones anteriores, que aboga por la creación de caracterizaciones de personalidad basadas en la descripción de los ámbitos, no puede seguirse de forma rigurosa.

Afortunadamente, hay un número de factores relacionados con la hipótesis de que la elevación en las escalas Histrionica, Narcisista o Compulsiva refleja características de una personalidad sana. En primer lugar, cuanto más alta sea la PREV, más probable es que refleje una patología de la personalidad y no puntos fuertes. En segundo lugar, la presencia de una patología importante del Eje I indica la presencia de un trastorno de personalidad. En tercer lugar, la presencia de una patolo-

gía de personalidad también puede verse desde el punto de vista de tres las escalas de Patología grave de la personalidad, que se verán a continuación.

### La interpretación de las escalas de patología grave de la personalidad

El modelo evolutivo presentado en el capítulo 2 mantiene que las escalas de patología grave de la personalidad representan las variantes disfuncionales extremas de las escalas de patrones clínicos de la personalidad. Así, las variantes más disfuncionales de esquizoides y evitativos frecuentemente se fusionan en el esquizotípico, las variantes más disfuncionales de masoquistas y sádicos a menudo se combinan con el límite o con el paranoide, las variantes más disfuncionales de dependientes e histriónicos se mezclan con el límite, las variantes más disfuncionales de narcisistas y antisociales se funden con el paranoide, y las variantes más disfuncionales de compulsivos y negativistas se fusionan o con el límite o con el paranoide. Obviamente, cuando se obtienen elevaciones en las escalas de patología grave de la personalidad (S, C y P), el problema de diferenciar la salud de la patología en las escalas Histriónica, Narcisista y Compulsiva se resuelve más fácilmente.

En los párrafos anteriores se comentó que las interpretaciones basadas en la escala de más alta puntuación deben adaptarse en función de las elevaciones secundarias. Asimismo, las elevaciones de las configuraciones básicas de las escalas de personalidad también deben matizarse por las elevaciones obtenidas en las escalas de patología grave de la personalidad. Por ejemplo, un paciente con un perfil de personalidad 2A, 8A (Evitativa y Negativista) que también puntuó alto en Esquizotípico se caracterizaría por una aprensión dominante, una tendencia a la distancia o al aislamiento social, la expectativa de que los demás le rechazarán, un fuerte deseo de afecto y apoyo impuesto por el miedo, frecuente embotamiento de los sentimientos y percepción de sí mismo como penoso y alienado. De patología similar, pero de otra forma, sería el paciente 2A, 8A con alta puntuación en la escala Límite. Este individuo se comportaría de manera impredecible, nerviosa o estaría pasivamente enfurruñado, ocasionalmente reaccionaría de forma impulsiva y hostil, anticiparía el rechazo de los demás, alternaría entre tristeza profunda y negativismo irracional y después de estas reacciones seguirían expresiones genuinas de remordimiento y pesar.

Al igual que con todos los datos de los tests, es mucho más fácil determinar el nivel funcional de la estructura de la personalidad de un paciente si se dispone de una buena información histórica, especialmente de instrumentos colaterales. Los individuos insertos en medio de una agitación aguda a menudo distorsionan la información histórica. Por ejemplo, los pacientes deprimidos frecuentemente pintan un cuadro demasiado sombrío de los eventos y circunstancias del pasado. De lo que se trata es de saber si los rasgos de personalidad mostrados por el MCMI-III han alterado de forma significativa y crónica el funcionamiento del paciente.

### 6.6. La interpretación de las escalas moderadas y severas del Eje I

Dado que la personalidad es un constructo intrínsecamente integrador, la interpretación de los perfiles de las escalas básicas y severas del Eje II es una necesidad. La integración del perfil refleja un hecho básico de la vida humana: que mientras que los individuos pueden describirse en términos de muchas características diferentes, dichas características se sintetizan orgánica o sustancialmente.

En cambio, los trastornos del Eje I pueden reflejar un gran número de «enfermedades médicas» separadas, de tal forma que la interpretación del perfil de las escalas del Eje I, aunque ciertamente

possible, no es explícitamente requerida por la naturaleza de estos trastornos como lo es para los del Eje II. Esto refleja en parte la realidad clínica de que la comorbilidad entre varios diagnósticos del Eje I puede deberse a una tercera variable o puede ser una coincidencia total. Así, mientras que cada constructo del Eje II contextualiza a los demás de forma mutua, precisamente porque la personalidad se concibe como un único medio orgánico, los «forúnculos y estornudos» del Eje I pueden reflejar procesos patológicos realmente discretos, a menudo impulsados neuroquímicamente. Según esto, la interpretación de las elevaciones de las escalas del Eje I es directa. Las puntuaciones PREV entre 60 y 74 son sugerentes pero no son lo suficientemente indicativas de la patología sintomática de la escala a no ser que sean las puntuaciones más altas en este segmento del perfil. Puntuaciones entre 75 y 84 sugieren la presencia del síndrome clínico de la escala. Puntuaciones de 85 o superiores proporcionan un fuerte apoyo a la presencia del síntoma patológico.

## 6.7. La integración de los resultados del Eje I y del Eje II

Recuérdese que se conceptualiza el Eje II como un contexto inmunológico integrado del cual derivan su significado los distintos síntomas del Eje I. Dado que cada persona es un conjunto individualizado, los clínicos deben valerse de la teoría clínica y de su propia experiencia de casos para tejer el perfil de la personalidad, los síntomas clínicos y la historia psicosocial del paciente.

### Estudio de un caso clínico

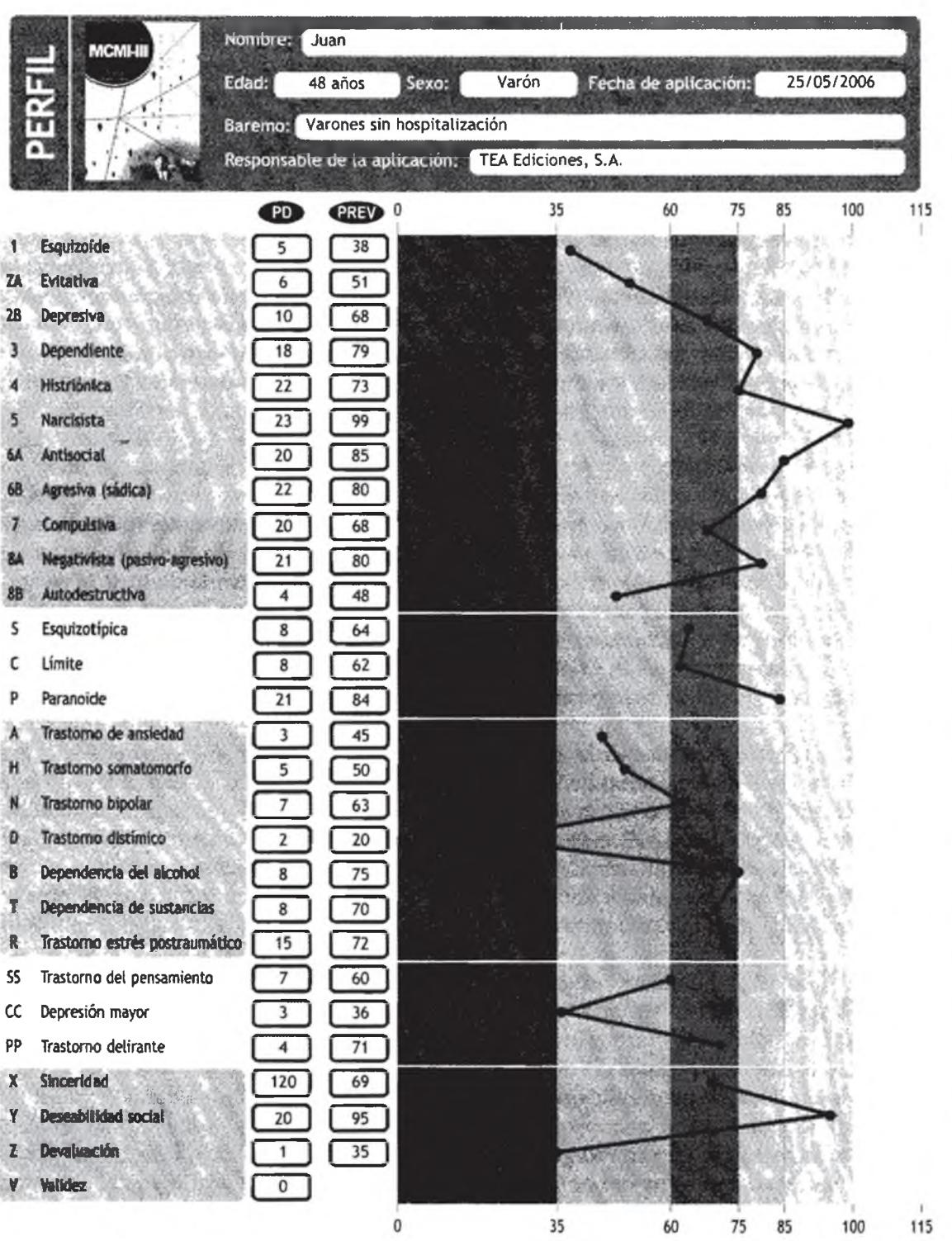
Llegados a este punto, podemos examinar detalladamente los resultados obtenidos por un individuo en el MCMI-III. Es el caso de Juan, un varón de 48 años, divorciado, cuya empresa le remitió para su evaluación. Juan había trabajado durante 10 años como guarda de seguridad para un hospital privado. Fue remitido para su evaluación porque amenazó a otros trabajadores y se le vio meter una pistola en su taquilla. Las relaciones hostiles y sus arrebatos en el trabajo habían sido problemáticos durante varios años y habían llegado a ser realmente conflictivos el último año. Se estaba considerando seriamente la posibilidad de despedirle.

Juan echaba la culpa de sus problemas a las frecuentes diferencias de opinión con su jefe. Protestaba por el bajo nivel de formación de los otros empleados y sentía que sus repetidas quejas eran la razón de que le percibieran como la causa de los problemas. Admitía que había amenazado verbalmente a sus colegas pero se defendía diciendo que con frecuencia otros miembros del equipo también hacían amenazas similares. Consideraba a muchos de sus compañeros como «borrachos incompetentes». Decía que había traído la pistola al trabajo para, de camino a casa, llevarla a una tienda especializada para su revisión.

Juan admitía que ocasionalmente bebía «unas cuantas cervezas» y dijo que no bebía mucho más allá de 6 botellas los fines de semana. No percibía su forma de beber como problemática aunque en dos ocasiones había sido condenado por conducir bajo la influencia del alcohol y le habían retirado el carnet de conducir por un tiempo. Había estado en psicoterapia como paciente ambulante durante 6 meses, como condición para poder seguir en su puesto de trabajo.

Hijo único, Juan nació y se crió en una gran área metropolitana. Su padre dejó el hogar cuando él era muy joven. Juan vivía con su madre de 65 años y parecía tenerle mucho cariño y estar muy unido a ella. Tenía estudios de bachillerato y había cursado dos años del primer ciclo universitario de derecho en la universidad. Había estado casado una vez pero su matrimonio terminó a los dos años en «un

divorcio desagradable» quejándose su mujer de malos tratos y alegando él que su mujer había tenido relaciones sexuales con otros hombres. Los resultados del MCMI-III de Juan se presentan en la figura 6.2.



Primero examinemos las puntuaciones de la escala de Validez y los índices de ajuste. La puntuación de la escala de Validez indica que Juan leyó y comprendió los ítems del test. La escala de Sinceridad (X) está dentro de los límites aceptables. El único índice de ajuste que produjo resultados significativos fue la escala de Deseabilidad social (Y). Este resultado no sorprende porque se trata de una evaluación para declararle apto para su trabajo. Una mirada rápida al resto del perfil revela que el intento de Juan por presentarse de forma positiva no impidió que el test descubriera algunas de sus áreas problemáticas. No obstante, no hay que olvidar la elevación en la escala de Deseabilidad social; más tarde se empleará para referirse a inquietudes clínicas acerca de algunas áreas en las que sus puntuaciones no son lo bastante elevadas como para constituir un resultado significativo.

Las escalas de trastorno de personalidad señalan una perspectiva paranoide (escala P) con tendencias básicas narcisistas (escala 5) y antisociales (escala 6A). Los efectos conjuntos de las escalas Paranoide (P), Negativista (8A) y Agresiva (sádica) (6B) sugieren una cantidad significativa de hostilidad, lo que indica una persona antagonista, enfadada y resentida. También se entrevé en el perfil un toque de dependencia inadecuada. La elevación en la escala Paranoide (una escala de Patología grave de la personalidad) y las altas elevaciones en varias de las demás escalas de trastorno de la personalidad sugieren que la estructura de su personalidad puede ser disfuncional. Se confirma fácilmente el diagnóstico de Trastorno de la personalidad paranoide al obtener el historial de Juan que refleja las alegaciones de abuso físico, su desconfianza hacia su mujer, la cronicidad y el tipo de problemas que ha encontrado en el trabajo. El informe interpretativo podría decir algo así:

**Las puntuaciones del MCMI-III sugieren que el paciente sufre un trastorno de personalidad paranoide con elementos hostiles, narcisistas y antisociales. Estos resultados son consistentes con la presencia de una patología significativa del carácter y suscitan dudas sobre la capacidad del sujeto para comportarse de forma colaboradora, especialmente si se siente amenazado y poco apoyado.**

Los individuos que obtienen perfiles similares en el MCMI-III tienden a temer que los demás les puedan engañar o timar. Además, este paciente probablemente es a menudo irritable, verbalmente agresivo y fácilmente enojable, una persona «explosiva» que presenta problemas reales en las situaciones sociales. Los individuos similares expresan miedo a perder la autonomía y se resisten mucho a cualquier intento por parte de otras personas de controlar sus vidas de cualquier forma. Aunque su manera de pensar puede ser internamente consistente, a menudo se basa en premisas que parecen poco probables a los demás.

Detrás de los elementos de personalidad más obvios de desconfianza y agresividad hay una opinión inflada de sí mismo como una persona superior o «especial». Probablemente también se manifieste una tendencia a exagerar sus capacidades y atributos positivos y a construir argumentos para llamar la atención sobre su propio valor y para despreciar a los demás. Esta tendencia probablemente se externaliza con un aire de convicción y confianza en sí mismo.

Parte del sentimiento de superioridad viene de la tendencia que muestra el paciente a ver su ambiente como una situación competitiva. Los individuos similares sienten que se tienen que defender para funcionar. Se ven como asertivos, energéticos, independientes, fuertes y realistas. Sienten que tienen que ser duros para vencer en la «carrera». Estos individuos normalmente justifican su agresividad señalando la hostilidad y el comportamiento explotador de los demás. Desprecian a las personas compasivas y cálidas y sienten que son débiles y que los demás se aprovecharán de ellos. El punto de vista competitivo se ajusta bien a la desconfianza y a los sentimientos de superioridad cuando el paciente se encuentra en una situación en la que tiene la oportunidad de «ganar». Los individuos con esta personalidad muestran normalmente falta de sensibilidad hacia los deseos y las preocupaciones de los demás.

Siguiendo con la interpretación del perfil del MCMI-III, descubrimos que ninguna de las escalas de Síndromes clínicos o de Síndromes clínicos graves es elevada. Normalmente, este resultado indicaría la ausencia de patología adicional en los síndromes clínicos del Eje I del *DSM-IV*. Sin embargo, dada la elevación en la escala de Deseabilidad social, es posible que algunas de las elevaciones subclínicas revelen un área problemática. La puntuación PREV en la escala del Trastorno delirante probablemente es el resultado de la perspectiva paranoide de Juan y puede no añadir ninguna información nueva; esta hipótesis recibe apoyo por la ausencia de pensamiento delirante en su historial. Sin embargo, la elevación subclínica en la escala de Dependencia del alcohol puede ser más indicativa. Un examen cuidadoso de las respuestas de Juan muestra —como se esperaba— que negaba tener problemas con el alcohol. Sin embargo, el hecho de que obtuvo una elevación subclínica en esta escala y de que tiene un historial de dos condenas por conducir bajo la influencia del alcohol sugiere que tiene problemas en esta área. La elevación subclínica en la escala de Estrés postraumático puede ser indicio de abuso o trauma en su pasado. Habría que investigar esto más profundamente. La narrativa podría referirse a estos asuntos así:

El paciente no se percibe como una persona que tenga problemas con el alcohol. Sin embargo, la elevación subclínica en la escala de Dependencia del alcohol suscita la inquietud de que pueda estar negando un trastorno de abuso del alcohol. Debería investigarse la posibilidad de que haya sido víctima de abusos o traumas en el pasado.

Los resultados del test se emplean normalmente para recomendar algún tratamiento. En el caso de Juan, las recomendaciones podrían hacerse de la siguiente forma:

Se informa que el paciente no actúa bien en el trabajo. Dada su personalidad, se puede esperar que responda de forma poco adaptativa a futuros conflictos o intentos de controlarle. Se debería considerar cambiarle de puesto o hacer un esfuerzo por desactivar los conflictos.

El sujeto también se beneficiaría de una psicoterapia continuada. Sin embargo, dada su patología, es posible que tenga dificultades para formar una alianza terapéutica fuerte y para ver la necesidad de un cambio. El terapeuta deberá ofrecer bastante apoyo al principio. Basándonos en la naturaleza de su personalidad, se puede esperar que el paciente esté más cómodo en aquellas situaciones en las que siente que le consideran superior, le admiran o, al menos, le respetan. Los individuos similares a menudo sienten la necesidad de ser el centro de atención. Si se emplea la confrontación en la terapia, hay que usar mucho tacto para evitar dañar su narcisismo más allá de lo que él pueda tolerar. Otras dificultades con semejantes confrontaciones pueden surgir porque él las interprete como parte de una relación competitiva y se oponga a ellas en vez de aceptarlas como una retroalimentación útil. Por otro lado, el terapeuta no debería apoyar el narcisismo del paciente hasta el extremo de que no reciba ninguna retroalimentación negativa y no se facilite el crecimiento. Es importante encontrar formas de ayudar al paciente a aceptar sus fallos y a trabajar en sus problemas sin que sienta que está siendo humillado o que no se le respeta.

Cuando se haya establecido una alianza terapéutica, se puede intentar ganar un acercamiento a las experiencias que hayan contribuido a los problemas de personalidad del paciente. Como parte de este plan de tratamiento, el terapeuta debe investigar la posibilidad de que haya existido algún abuso o trauma en el pasado. La meta es ayudar al paciente a ser menos desconfiado e irritable y a ganar perspectiva sobre la forma en que su comportamiento afecta a los demás.



## Otros ejemplos clínicos

A continuación se presentan varios ejemplos clínicos que ilustran el proceso interpretativo.

**Caso 1:** Carlos, edad 52 años, casado, tres hijos. Es un ingeniero bien vestido que trabajaba para una compañía aérea, ingresó como paciente voluntario en la unidad de alcoholismo de un hospital metropolitano de renombre. Parecía ansioso y deprimido y expresaba preocupación por su incapacidad de larga duración para controlar su hábito de beber. Era coherente, de inteligencia moderadamente alta y estaba muy motivado para vencer su problema con la bebida. El programa de asistencia a empleados de su empresa financió su estancia hospitalaria. Con la excepción de su problema periódico de beber, Carlos era un trabajador responsable y eficiente y un buen esposo y padre de familia. Era religioso y participaba en varias actividades comunitarias. Se le aplicaron varios instrumentos de evaluación durante la primera semana de su estancia en la unidad de alcoholismo.

### Perfil de Carlos en el MCMIIII

Personalidad: 7\*\*3\*1+8A"46A2//-\*-\*//

Síndromes clínicos: B\*\*D//-\*-\*//

La puntuación PREV más alta de las escalas de los síndromes clínicos se obtuvo en la escala de Dependencia del alcohol, con una puntuación alta secundaria en Trastorno distímico; ambas correspondían con la observación clínica. Además, el patrón 7, 3 (Compulsiva y Dependiente) en las escalas básicas de la personalidad sugieren que el comportamiento de Carlos mostraba conformidad ansiosa a las expectativas de los demás, en particular, a las personas con autoridad. También eran notables la compulsividad, el miedo a perder el control, la tendencia a culparse, la seriedad, la preocupación por equivocarse y una preferencia por las actividades repetitivas, rutinarias y familiares. La hipótesis de que Carlos tenía un historial de tensión persistente y de trastornos somáticos funcionales era correcta. Hubo mucha correspondencia entre estas interpretaciones en el MCMIIII y los hechos que emergieron durante la estancia de 3 semanas de Carlos en la unidad.

**Caso 2:** Luis, edad 50, soltero. Luis, un veterano militar, había estado en el paro desde que fue licenciado del ejército por razones psiquiátricas después de un período de servicio prolongado en distintas misiones conflictivas. Aunque su inteligencia estaba por encima de la media, Luis no había terminado los estudios de bachillerato. Después de dejar el colegio, vivió con su madre y varios hermanos menores y tuvo una serie de empleos no cualificados. Finalmente, se alistó en el ejército. Sus informes de licenciatura del ejército daban como diagnóstico la esquizofrenia: tipo catatónico. Después de un ingreso estando de servicio, fue ingresado de nuevo en un hospital militar y continuó siendo paciente ambulatorio durante más de 25 años, diagnosticado como esquizofrénico: crónico, tipo indiferenciado. Luis se quedaba en casa, veía la televisión la mayor parte del día, ocasionalmente visitaba a sus parientes e iba al centro de salud mental para recibir medicación y participar en sesiones periódicas de terapia de apoyo grupal.

### Perfil de Luis en el MCMIIII

Personalidad: 32A2B\*\*-\*8A1+7"45//S\*\*X\*//

Síndromes clínicos: DA\*\*-\*//-\*SS\*//

El perfil del MCMI-III de Luis presentaba Trastorno de personalidad esquizotípica, dependiente, evitativa y depresiva y presencia de Trastorno de ansiedad, Trastorno distímico y Trastorno del pensamiento.

La interpretación ciega de este perfil sugiere las siguientes características:

El paciente es dócil, ineficaz, recatado y no competitivo. Tiende a estar deprimido y tenso, se siente indefenso y asume un papel pasivo en las relaciones. Parece carecer de medios para una existencia autónoma y es especialmente vulnerable al abandono. Se retrae de las relaciones personales, se vuelve contra sí mismo, es demasiado auto-crítico y auto-punitivo por sus insuficiencias y su fracaso. Niega cualquier aspiración y, habiendo experimentado la desaprobación y el fracaso, a menudo se deja vencer por la apatía depresiva y la extenuación. Para él la vida está vacía pero es agotadora; informa de sentimientos constantes de hastío y de falta de valor.

La correspondencia entre estos juicios interpretativos ciegos y la evaluación del clínico fue muy satisfactoria.

**Caso 3:** Bárbara, edad 42, divorciada, dos hijos. Bárbara, una mujer divorciada desde hace 6 años, fue remitida por su médico a una clínica de salud mental por depresión persistente a pesar del tratamiento farmacológico. Su médico le había recetado un programa de varias medicaciones anti-depresivas sin efecto apreciable. Su marido la había dejado unos meses antes del divorcio, diciendo que ya no podía aguantar su mal humor. El divorcio fue prolongado y turbulento. Bárbara cayó en una depresión clínica poco después de que el divorcio fuese concluyente. A partir de entonces la depresión ocurría una o dos veces al año. Su médico la describía como una mujer tensa y agitada que informaba de un historial de quejas nerviosas, emociones impredecibles y dificultades repetidas en las relaciones sociales y familiares.

#### Perfil de Bárbara en el MCMI-III

Personalidad: 8A**4*6A2B+32A7"15//-*-*-//
Síndromes clínicos: DA**H*//-*-*-//

El perfil de Bárbara en el MCMI-III presentaba Trastorno de personalidad pasivo-agresiva, rasgos clínicos histriónicos, prominencia de Trastorno de ansiedad y Trastorno distímico y presencia de Trastorno somatoformes.

Un análisis ciego de perfil incluía las siguientes conclusiones sobre su comportamiento:

El comportamiento de la paciente se caracteriza por un alto grado de labilidad emocional, cortos períodos de comportamiento impulsivo, extensas quejas depresivas, mal humor y enfurruñamiento. La hipersensibilidad irritable hacia la crítica y la baja tolerancia a la frustración también son notables. Sus estados de ánimo tienden a ser frágiles y variables, con periodos de alta agitación alternados con la apatía, la fatiga, dormir y comer demasiado y posiblemente un uso excesivo del alcohol. Si no recibe la atención externa que necesita, busca frenéticamente la aprobación, se irrita fácilmente y se vuelve conflictiva o triste y abatida.

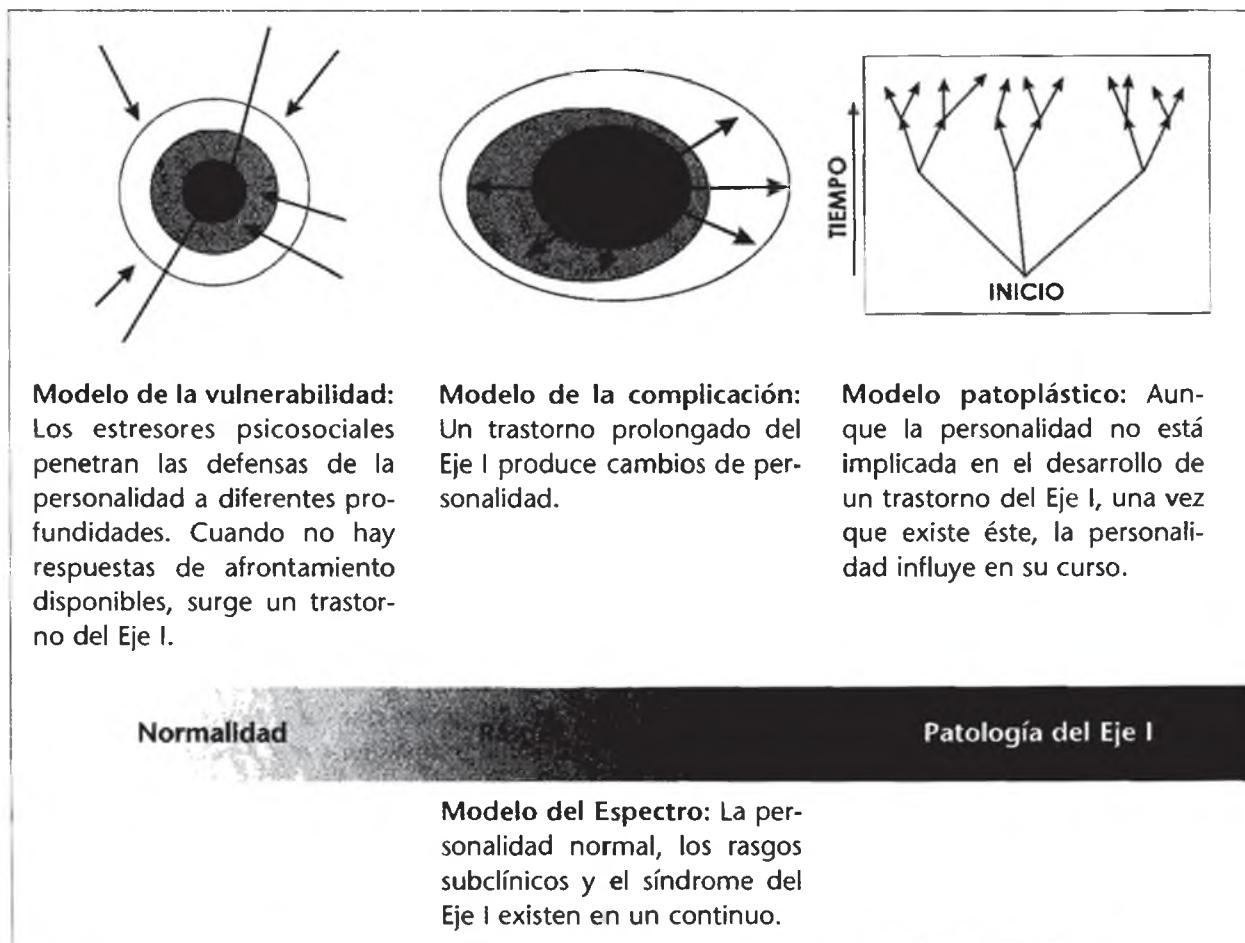
En rasgos generales, el informe interpretativo correspondía mucho con las observaciones clínicas y con esta interpretación.

## 6.8. La integración de los datos evolutivos

La información del MCMI-III puede usarse para crear descripciones vívidas de la personalidad y la psicopatología. Sin embargo, estas descripciones son de naturaleza intrínsecamente transeccional. La información biográfica y las consideraciones evolutivas son demasiado ricas para integrarse dentro de la estructura del instrumento. El clínico debe buscar esta información mediante la entrevista clínica y el testimonio de informantes colaterales.

Afortunadamente, hay varios modelos que se centran en la relación entre los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos del Eje I. Ya se ha descrito un modelo, en el que la personalidad se considera el equivalente psicológico del sistema inmunológico. Hirschfeld y Shea (1992) se refieren a este modelo como el de la *predisposición* o la *vulnerabilidad*. Además, describen el modelo de la complicación, el modelo del espectro y el modelo de la patoplastia (ver figura 6.3).

**Figura 6.3. Posibles relaciones entre los trastornos del Eje I y del Eje II**



Según el **modelo de la vulnerabilidad**, los trastornos de la personalidad predisponen al individuo a desarrollar un trastorno del Eje I. Cuando las respuestas de afrontamiento a los estresores son limitadas o pobres, existe mucha más probabilidad de desarrollar un trastorno del Eje I, como la ansiedad o la depresión. Además, los habituales estilos de respuesta a menudo llevan a los pacientes con trastornos de la personalidad a evocar justamente aquellos estresores bajo cuya influencia se desarrollarán trastornos del Eje I en el futuro. Por ejemplo, en el área interpersonal, frecuentemente se implican en círculos viciosos que perpetúan las condiciones estresantes y así funcionan de tal forma que sus «sistemas inmunológicos» permanecen en un estado crónico de debilidad.

En el **modelo de la complicación** se invierte la dirección de causalidad, de tal manera que una condición del Eje I, como quiera que se haya iniciado, crea la predisposición a un cambio de la personalidad. Los individuos que experimentan su primer episodio esquizofrénico, por ejemplo, a veces tienen la suficiente perspicacia hacia la naturaleza de su enfermedad como para deprimirse mucho. El resultante pesimismo hacia el futuro puede convertirse en un rasgo de la personalidad. Los pacientes que experimentan una depresión severa y de larga duración también pueden internalizar el pesimismo y la indefensión.

En contraste con los modelos de la vulnerabilidad y de la complicación, que conceptualizan las condiciones de los Ejes I y II como relativamente diferentes, el **modelo del espectro** considera que los trastornos de estos ejes se desarrollan partiendo de la misma masa constitucional y, por lo tanto, existen a lo largo de un continuo. Los rasgos subclínicos con una base biológica impiden el desarrollo de otras características más adaptativas y se convierten efectivamente en el principio organizador de toda la personalidad.

En contraste, el modelo de la patoplastia mantiene que la personalidad influye en el curso de un trastorno del Eje I pero por sí mismo no predispone al desarrollo del trastorno. Consecuentemente, si la forma de una condición particular del Eje I tiene relación con la personalidad, sólo es porque el curso del trastorno tiende a dejarse influenciar por ciertas características de la personalidad. Dentro de este modelo, el comienzo de un trastorno del Eje I se considera independiente del estilo de personalidad.

Todos estos modelos son posibles y probablemente ciertos para diferentes individuos. No son mutuamente excluyentes. De hecho, la independencia parcial de las condiciones del Eje I y del Eje II indica que, hasta cierto punto, todos los modelos pueden ser aplicables a un individuo. Por ejemplo, un individuo con un trastorno del Eje II puede tener predisposición a desarrollar una condición específica del Eje I. La mayoría de los individuos han experimentado alguna reacción o sentimiento hacia sus síntomas y esta conciencia influye en las características de su personalidad de forma recíproca. Sin embargo, ni una condición del Eje I ni del Eje II hubiera sido en absoluto posible si no fuera por factores constitucionales o genéticos. De nuevo, los clínicos están obligados a considerar toda la información disponible al intentar sostener unas hipótesis tan precisas.

## 6.9. El uso de las respuestas llamativas

El conjunto de elementos del MCMI-III contiene algunos ítems que se denominan «respuestas llamativas» si se responde verdadero (véase apéndice D). La intención de estos ítems es alertar a los clínicos hacia una información tan destacada que merece una consideración interpretativa o, posiblemente, una intervención clínica inmediata. Por ejemplo, el ítem 132 dice *Odio pensar en*

*alguna de las formas en que se abusó de mí cuando era un niño.* El ítem 171 dice *Recientemente, he pensado muy en serio en quitarme de en medio.* Dependiendo del contexto clínico, responder verdadero a estos ítems puede requerir que el clínico explore con el paciente el significado de la respuesta, tal vez para determinar si el paciente constituye un grave riesgo para sí mismo. Las respuestas llamativas se agrupan en seis áreas de contenido: preocupación por la salud, alienación interpersonal, inestabilidad emocional, potencial auto-destructivo, abuso en la infancia y trastornos de la alimentación.

## CAPÍTULO 7: APLICACIONES DEL MCMI-III

**E**l MCMI se ha empleado en muchos ámbitos y con muchas poblaciones a lo largo de sus 20 años de historia. En el libro sobre *Los inventarios de Millon* (Millon, 1997a) muchos autores relacionados con el MCMI o con la teoría escribieron sobre sus experiencias e investigaciones con los instrumentos. Este capítulo aporta unos breves resúmenes sobre dicho material.

### 7.1. Ámbito forense

Como peritos, los psicólogos deben demostrar que sus conclusiones son válidas y que se basan en datos y no en su opinión subjetiva. Cada vez con mayor frecuencia, se considera expertos de la comunidad científica a los psicólogos que actúan de testigos. Sus opiniones son sometidas al escrutinio de lo que constituye un testimonio adecuado de acuerdo con el doble criterio de los requisitos legales para el testimonio científico y las normas de la propia profesión. Una revisión completa del uso del MCMI en ámbitos forenses puede encontrarse en Dyer (1997) y McCann y Dyer (1996).

En el mundo legal, una decisión del Tribunal Supremo de EE.UU. (*Daubert contra Merrell Dow Pharmaceuticals*, 1993) cambió la forma de considerar la admisibilidad de las pruebas científicas en los tribunales federales estadounidenses. El tribunal consideró que el examinador de los hechos (por ejemplo, un juez, jurado o árbitro) puede determinar apropiadamente si una prueba científica posee suficiente valor probatorio a pesar de cualquier falta de aceptación general. Esta decisión abrió el camino para interrogatorios más enérgicos por parte de los abogados, que ahora son libres incluso para recusar procedimientos científicos generalmente aceptados si puede demostrarse que carecen de suficiente fiabilidad o validez o si tienen una tasa de error inaceptablemente alta. Un artículo publicado por Heilbrun (1992) para la Sociedad Americana de Psicología Legal subrayó la relevancia como la cuestión primordial en asuntos legales. ¿Son directamente aplicables los constructos medidos por un instrumento al aspecto legal más importante en su capacidad para ayudar al examinador de los hechos en las decisiones relacionadas con este aspecto?

El aspecto de la relevancia es esencial porque se reconoce al MCMI-III por su fuerza en la evaluación de trastornos de personalidad, un área frecuentemente disputada por abogados que opinan que los trastornos de personalidad no deberían ser tenidos en cuenta porque no aparecen en la sección del Eje I del *DSM*. Este aspecto fue recusado recientemente en el Tribunal Supremo de Nueva Jersey en el caso de *El estado de Nueva Jersey contra Galloway* (1993) donde, bajo apelación,

el tribunal concluyó que un trastorno de personalidad sí constituye un trastorno mental capaz de afectar a las «capacidades cognitivas» de un individuo y, por tanto, a su capacidad de formar un estado mental de conocimiento de causa.

Además de la relevancia, Heilbrun (1992) señaló la adecuación psicométrica como un criterio para usar un instrumento en ámbitos forenses. La fiabilidad del MCMI-III sale bien parada cuando se la compara con otras medidas objetivas de personalidad. Esto es especialmente cierto con la consistencia interna de las escalas. Actualmente el MCMI-III es un inventario clínico de personalidad importante con una consistencia interna por encima del criterio de 0,80, considerado esencial para los instrumentos psicométricos forenses. Un aspecto único del MCMI-III es el uso que hace de estadísticos de eficiencia diagnóstica como evidencia de validez externa. Hay muchas ventajas en usar estos estadísticos operativos. En esencia, hacen que los resultados de validez sean accesibles para los jurados legos al responder a una serie de preguntas sobre probabilidad. Dichas preguntas incluyen: (a) ¿Cuál es la probabilidad de que alguien que tenga el trastorno X sea correctamente identificado por el test? (b) ¿Cuál es la probabilidad de que alguien que no tenga el trastorno X sea clasificado correctamente por el test como alguien que no padece dicho trastorno? y (c) ¿Cuál es la probabilidad de que alguien que tenga el trastorno X según el test lo tenga realmente?

El MCMI se ha empleado con éxito en dos campos forenses principalmente. Primero, ha sido ampliamente usado en juicios criminales desde las fases tempranas de la confesión criminal, donde los trastornos de personalidad pueden tener relación con la vulnerabilidad de una persona ante un interrogatorio coercitivo, hasta las fases penales más tardías del juicio. En la fase penal, los jueces normalmente oyen el testimonio sobre los factores agravantes y atenuantes y luego deciden, por ejemplo, si el acusado debe ser condenado a una pena u otra. Aunque la evaluación psicológica de un acusado puede no llegar hasta el nivel exculpatorio de un crimen, puede tener un valor significativo a la hora de atenuar la responsabilidad durante la fase penal. Segundo, el área de las evaluaciones para la custodia de niños ha crecido rápidamente y ofrece nuevas oportunidades para muchos psicólogos. La cuestión principal para recomendar la custodia se refiere a si un progenitor es capaz de encargarse adecuadamente de las responsabilidades parentales. Aunque el MCMI no está indicado para el uso en población normal, las disputas por la custodia que llegan al punto de requerir evaluación psicológica constituyen tal grado de dificultad interpersonal que la evaluación se convierte en un aspecto clínico. Por tanto, será el clínico o profesional que lleve a cabo el proceso de evaluación el que estimará la pertinencia de la aplicación del MCMI-III en cada caso concreto. Con respecto a la defensividad, si se encontrase una puntuación extremadamente baja en Sinceridad o en Devaluación o una puntuación alta en Deseabilidad social sería perfectamente legítimo considerar los resultados como nulos.

## 7.2. Neuropsicología

El MCMI-III es muy valioso en la evaluación neuropsicológica. El propósito de una evaluación neuropsicológica es determinar el estatus cognitivo de un individuo. Independientemente de la precisión de las medidas cognitivas, sin embargo, si se muestra que un déficit es el resultado de un problema emocional se socava la denuncia de que se ha producido una lesión. Así, una evaluación neuropsicológica comprehensiva debe incluir una medida válida del funcionamiento emocional y de la personalidad. Además, es importante evaluar la severidad de la psicopatología porque los resultados neuropsicológicos pueden estar afectados por serias dificultades emocionales.



Una de las principales ventajas del MCMI-III sobre otros tests objetivos de psicopatología es que examina específicamente las características de personalidad. Por ello, el MCMI-III ayuda a diferenciar entre estilos de personalidad duraderos y disfunciones emocionales que afectarían a la evaluación directamente. Otra ventaja importante del MCMI-III en las evaluaciones neuropsicológicas incluyen su mayor brevedad. Las aplicaciones específicas del MCMI-III en las evaluaciones neuropsicológicas van desde evaluar los componentes emocionales de lesiones cerebrales hasta diferenciar entre condiciones orgánicas y funcionales. Aunque no se ha llevado a cabo una investigación extensa del MCMI en relación con variables neuropsicológicas, está claro que el test es una ayuda esencial para entender la compleja relación entre funcionamiento emocional y cognitivo. La comprensión de la personalidad y del estado emocional del individuo es especialmente importante para planificar la rehabilitación cognitiva (Kolitz y Russell, 1997).

### 7.3. Abuso de sustancias

El MCMI-III se ha convertido en un instrumento muy popular para evaluar a los pacientes con abuso de sustancias. El valor del MCMI-III para identificar la presencia de abuso de sustancias está ampliamente apoyado (Craig, Verinis y Wexler, 1985; Flynn y McMahon, 1997; McMahon, Davidson y Flynn, 1986). Además del potencial diagnóstico de su escala específica, el MCMI-III aporta un contexto de personalidad en el que puede comprenderse mejor la dependencia del alcohol o de las drogas. Craig et al. (1985) encontraron que la típica configuración de personalidad del Eje II de 106 alcohólicos hospitalizados en una unidad para veteranos de guerra era bastante diferente de la típica configuración de 100 pacientes con abuso de opiáceos hospitalizados en una unidad de veteranos similar. Los alcohólicos mostraron unas puntuaciones significativamente más altas en las escalas Dependiente, Evitativa, Esquizotípica y Límite, mientras que los adictos a los opiáceos tenían puntuaciones bastante más altas en las escalas Narcisista, Histrónica y Antisocial. McMahon y Davidson (1985, 1986) usaron análisis discriminantes con el MCMI original. Los resultados sugirieron que los alcohólicos deprimidos pueden distinguirse de los no deprimidos por su estilo interpersonal distanciado, su cognición distraída, su auto-imagen alienada y su emocionalidad mixta depresiva-ansiosa. Se hicieron análisis más precisos para diferenciar a los alcohólicos con depresión transitoria frente a los alcohólicos con depresión duradera.

Recientemente se está prestando cada vez más atención a la especificación de subtipos de personalidad entre alcohólicos (Nerviano, 1976), un paso en la dirección opuesta a la de un periodo anterior, cuando la noción unitaria de una personalidad alcohólica estaba de moda. Los esfuerzos realizados para derivar subtipos a partir de los perfiles del MCMI han mostrado cierta consistencia y, en la mayor parte de los casos, coinciden con las distinciones desarrolladas a partir de los datos de otros instrumentos (Bartsch y Hoffman, 1985; Mayer, 1985; Rosario, 1987). Bartsch y Hoffman (1985) presentaron un debate especialmente clarificador de los resultados mediante el análisis de conglomerados. Su investigación les llevó a proponer los siguientes subtipos: una variante en el MCMI muestra puntuaciones altas en las escalas Antisocial y Compulsiva, sugiriendo un conflicto central entre el comportamiento rígido y concienzudo por un lado, y la expresión de unos impulsos de hostilidad profunda y oculta, por otra. Otra variante muestra puntuaciones elevadas en las escalas Narcisista, Histrónica y Antisocial, sugiriendo un patrón egocéntrico y manipulador subyacente a un encanto superficial y una sociabilidad fácil, una amigabilidad superficial que periódicamente es interrumpida por estallidos de resentimiento y rabia. Un tercer subtipo muestra aumentos en las escalas Dependiente, Evitativa, Paranoide y Límite y altas puntuaciones en los síndromes clínicos de Ansiedad y Distimia. Aquí se ve una mayor patología, especialmente en la variación del humor, la irritabilidad, la ambivalencia y el negativismo. En una

cuarta variante, se encuentran puntuaciones altas en las escalas Esquizoide, Evitativa, Dependiente y Esquizotípica, lo que indica la primacía de la aprensión social y la soledad. Estos tipos se corresponden bastante bien con las cuatro variantes descubiertas por Mayer (1985) y Rosario (1987). En el estudio de Rosario, los cuatro subtipos alcohólicos se conceptualizaron como ansioso-ambivalente, seguro-sociable, malhumorado-negativista y sensible-dependiente.

La naturaleza heterogénea de la población que abusa de sustancias demuestra la importancia de comprender la personalidad al considerar las necesidades de tratamiento. Además, los resultados de la investigación han mostrado que los pacientes con abuso de sustancias con doble diagnóstico tienen mayores tasas de recaída. Emparejar a los pacientes con abuso de sustancias con los tratamientos específicamente dirigidos a sus necesidades puede mejorar los efectos del tratamiento.

#### 7.4. Trastorno de estrés postraumático

Numerosos investigadores han empleado tests psicológicos como el MCMI para identificar y entender las características clínicas del Trastorno de estrés postraumático (TEPT). El MCMI-III es diferente de otros MCMI en varios aspectos, especialmente en que se ha añadido la escala específica de TEPT. Emergen patrones bastante consistentes en los perfiles MCMI cuando los pacientes con TEPT se comparan con pacientes con otros problemas psiquiátricos. Por ejemplo, los estudios de Hyer y Brandsma (1997) descubrieron patrones de perfiles análogos entre pacientes de TEPT cuando se compararon con una variedad de grupos psiquiátricos similares. Llegaron a varias conclusiones. El perfil básico de personalidad del Eje II que emergía era predominantemente pasivo-agresivo/evitativo, aunque a veces también se incluyen rasgos esquizoides y autodestructivos. En un estudio diferente con el MCMI-II (Hyer, Woods, Bruno y Boudewyns, 1989), el estilo autodestructivo de personalidad predecía problemas con el tratamiento, abandono prematuro y problemas de adherencia. Entre las escalas del Eje I, la ansiedad y la distimia estaban notablemente altas, al igual que la Dependencia del alcohol y la Dependencia de sustancias.

Aunque las investigaciones precedentes se centraron en veteranos varones sometidos a experiencias de guerra, en la última década también se ha reconocido un grupo igualmente afectado por TEPT, compuesto principalmente por mujeres que sufrieron abusos físicos o sexuales de niñas. Bryer, Nelson, Miller y Krol (1987) emplearon el MCMI para identificar y diferenciar síntomas psiquiátricos entre los adultos supervivientes al abuso infantil. Se obtuvieron las puntuaciones medias de prevalencia de 66 personas hospitalizadas por corta duración en un hospital psiquiátrico. Veintisiete no habían experimentado abuso, 14 sólo habían sufrido abuso sexual, 10 sólo abuso físico y 15 abuso físico y sexual. Al igual que con los veteranos de guerra, las escalas Evitativa y Pasivo-Agresiva obtuvieron niveles patológicos (75) y alcanzaron o se aproximan a la significación estadística, también en la escala Límite. Este patrón global es muy similar al de los veteranos del Vietnam, lo que sugiere que los efectos a largo plazo de un trauma psicológico profundo son muy parecidos en los varones y las mujeres, aunque su etiología sea diferente.

#### 7.5. Ámbitos penitenciarios

Las preocupaciones de los psicólogos que trabajan en centros penitenciarios son diferentes a las de los que trabajan en otros ámbitos clínicos. Los atributos que caracterizan a las poblaciones carcelarias son un poco diferentes a los de los pacientes psiquiátricos generales. Además, cualquier inventario usado en la prisión debe ser útil en ámbitos que requieran consideraciones psicológi-



cas y conductuales distintas de las que se encuentran en la mayoría de los contextos mentales (Millon y Millon, 1997). Se ha demostrado de varias formas la relevancia del MCMI-III en el ámbito penal. Pocas características son más relevantes para el control del comportamiento en la prisión que la evaluación del riesgo de violencia, como tendencias hacia la dominación, actos impulsivos, rabia y brutalidad. En relación con esto está la capacidad del interno para controlar sus deseos y urgencias momentáneas. La existencia de rasgos de impulsividad y falta de consideración pueden llevar a un comportamiento precipitado y arriesgado y a explosiones conductuales. Cuando esto se une a la tendencia a la violencia, aumenta el riesgo de peleas graves y alborotos.

El riesgo de suicidio es otra área en la que se centra el psicólogo penitenciario. Algunos internos experimentan únicamente pensamientos difusos y periódicos de suicidio y auto-lesión intencionada. Otros de hecho intentan o cometen el suicidio. Aunque los internos que afrontan perspectivas de confinamiento o sentimientos de falta de valor o de culpa a menudo piensan en el suicidio como un escape, pocos lo llevan a cabo o pueden hacerlo mientras estén en la cárcel. Sin embargo, estas indicaciones son importantes para los psicólogos de prisión.

Otras consideraciones principales al trabajar con internos incluyen su preparación y receptividad para la rehabilitación psicológica y vocacional, la probabilidad de que intenten escapar cuando se encuentren en ámbitos comunitarios menos restrictivos y su preparación y adecuación para la libertad condicional. La probabilidad de recaída criminal no puede predecirse fácilmente, pero vale la pena estimarla, dados los resultados de los tests y la información biográfica.

## 7.6. El MCMI y el Rorschach

Poco estudios empíricos se han centrado en la relación entre el Rorschach y el MCMI y los que lo han hecho sólo han demostrado una modesta relación entre los dos instrumentos (por ejemplo, Dorr, 1997). Sin embargo, la capacidad de integrar instrumentos usando modalidades de información (Campbell y Fiske, 1959) puede ser extremadamente útil no sólo para enriquecer nuestra comprensión de los pacientes sino también para diseñar intervenciones de tratamiento más efectivas y específicas. Como señalaron Choca et al. (1992), el uso de múltiples medidas puede confirmar y acentuar los resultados individuales de un test. Por ejemplo, si hay una elevación en la escala de Depresión del MCMI-III se podría usar el Rorschach para clarificar el grado en que la depresión influye en los procesos cognitivos (Dorr, 1997). También se esperaría que un paciente con elevadas puntuaciones en las escalas de Evitación y Esquizoide produjese respuestas en el Rorschach con falta de interacción humana y pobres en calidez y en detalles.

## 7.7. Consejo de pareja

El MCMI-III se ha empleado con éxito para el consejo y la terapia de pareja, como una forma de comprender rápida y eficientemente los síndromes del Eje I y los estilos o trastornos de personalidad del Eje II de cada miembro de la pareja. La configuración del perfil es a menudo útil para entender las dinámicas intra e interpersonales que contribuyen a las quejas que presente la pareja. Como señaló Nurse (1997), los perfiles individuales deben ser considerados en términos de la funcionalidad de sus patrones de personalidad para esa relación particular. Paradójicamente, los factores que inicialmente atraen a dos individuos pueden finalmente erosionar su relación.

Después del test y de una entrevista inicial conjunta, el terapeuta puede comentar con cada miembro de la pareja el significado probable de sus puntuaciones en el MCMI. Después, ellos consideran las implicaciones de estos resultados en el contexto de la relación. En una sesión posterior, ambos miembros pueden compartir su opinión sobre los resultados más relevantes. Entonces, la pareja y el terapeuta establecen los objetivos del tratamiento basados en esta información compartida, según su relación con los problemas que presentan. Al igual que en una terapia individual, el clínico puede usar la formulación teórica de Millon y su propio conocimiento de personalidad al diseñar las intervenciones terapéuticas, ya sea para una sesión específica o para una terapia a más largo plazo.

## 7.8. Planificación de tratamiento y psicoterapia

Los clínicos usan los tests psicológicos cada vez más para ajustar sus intervenciones a los problemas y preocupaciones que los pacientes presentan en el tratamiento. Varios autores han comentado el papel de la evaluación psicológica en la planificación de los tratamientos (Choca et al., 1992; Kiesler, 1986; Maruish, 1994; Neimeyer, 1987; Retzlaff, 1995). Incluso en la bibliografía psicodinámica (Levy, 1987; Shapiro, 1989) hay un reconocimiento creciente de que las técnicas e intervenciones deben ser modificadas en un análisis caso por caso. Una evaluación rápida y precisa de los aspectos de sintomatología y de personalidad lleva a un tratamiento que también es más eficiente, focalizado y efectivo. Estos aspectos se han vuelto cada vez más importantes en el clima actual de la salud mental sobre los cuidados controlados y las intervenciones de tratamiento breve.

Aunque la propia naturaleza de la relación psicoterapéutica exige un respeto por la unicidad, flexibilidad e integración individualizada, se han formulado varios principios generales para guiar la aplicación de los resultados del MCMI-III en la psicoterapia. Primero, se pueden examinar los índices modificadores para determinar el estilo de respuesta del paciente. Aunque este tema no ha sido bien investigado, estos índices pueden sentar las bases para las hipótesis acerca de la experiencia de los problemas del paciente y la probabilidad de su actitud en las sesiones iniciales de psicoterapia. Por ejemplo, pacientes con puntuaciones altas en Sinceridad y Devaluación a menudo están en crisis o necesitan presentarse a sí mismos como terriblemente defectuosos o preocupados por algún motivo. Los pacientes que buscan compensación económica por trastornos psiquiátricos o los pacientes que juegan el papel de mártires profesionales o de víctimas también pueden tener puntuaciones altas en estas escalas. En cambio, otros pacientes pueden tener puntuaciones altas sólo en la escala de Deseabilidad social, con pocas escalas sintomáticas o de personalidad con un apuntamiento significativo. Un cliente que, condenado por abuso sexual infantil, sostiene su inocencia puede ser un ejemplo de este tipo de caso.

Segundo. El enfoque inicial debería ayudar a aliviar los síntomas molestos del cliente. Las escalas de los síndromes clínicos proporcionan información acerca de los síntomas informados por el cliente que deben recibir atención inmediata, incluyendo la ansiedad, la depresión, problemas somáticos, psicosis, abuso de alcohol y drogas, trastorno de estrés postraumático y nivel de actividad. La mayoría de los pacientes experimentarán estos problemas como algo incómodo y egodistónico y recibirán bien el tratamiento de salud mental. Al igual que con cualquier clase de tratamiento, la tarea inicial es determinar la naturaleza y el significado de los síntomas. Si se obtiene una puntuación alta en la escala de Trastorno de ansiedad debe determinarse el significado de esa puntuación en la vida del paciente. Los aspectos interpersonales de muchos síndromes clínicos también se trabajan eventualmente en el contexto de la relación terapéutica. Por ejemplo, con



un paciente ansioso el terapeuta puede decidir que es importante permanecer tranquilo, trabajar en cimentar la alianza terapéutica y evitar agobiar al paciente con exigencias, confrontaciones o interpretaciones profundas del contenido de procesos primitivos y primarios.

Tercero. Se deberían examinar las escalas de personalidad patológica graves para evaluar la estabilidad y la estructura de las funciones y los procesos del ego del cliente. Aunque no hay acuerdo en la bibliografía en relación con su tratamiento (Horwitz, 1985; Kernberg, Selzer, Koeningsberg, Carr y Applebaum, 1989; Westen, 1991), la mayoría de los clínicos están de acuerdo en que los problemas graves del ego (por ejemplo, dificultades límites, paranoïdes y esquizotípicas) requieren modalidades intensivas o especialmente formuladas. Esto podría incluir, en el caso de la personalidad límite, más estructura, intervenciones claras y confrontaciones adecuadas de las distorsiones serias de la realidad. Con un cliente severamente paranoide probablemente es mejor tratar los aspectos de la suspicacia y la vigilancia de forma directa y temprana en el tratamiento. Con una personalidad esquizotípica el clínico probablemente necesitará descodificar su comunicación confusa, aceptar un progreso lento y estar atento a ciertos aspectos de sus límites. Obviamente, los aumentos sintomáticos tienen diferentes significados en los pacientes con problemas severos de personalidad. La ansiedad en un paciente con tendencias límite, por ejemplo, podría señalar un fallo incipiente de los controles del ego, mientras que la ansiedad en otro paciente puede indicar la presencia de una fobia simple en una estructura de personalidad por lo demás intacta.

Cuarto. Deberían examinarse los perfiles de los Patrones clínicos de personalidad (escalas 1 a 8B) para evaluar las patologías de personalidad básicas y menos severas. Diferentes estilos de personalidad manifiestan diferentes problemas de tratamiento y tipos de resistencia. Un modelo para modificar la terapia en función de las diferentes variaciones caracterológicas se puede encontrar en Horowith et al. (1984). Aunque este enfoque sólo trata con víctimas de trauma, el modelo de tratamiento breve y sus principios también pueden generalizarse a otro tipo de pacientes. Otro modelo, propuesto por Choca et al. (1992), usa las escalas de personalidad para prescribir las intervenciones de terapia de apoyo que se ajusten mejor a los pacientes. En el caso de un paciente dependiente, por ejemplo, el modelo recomienda la aceptación inicial del estilo básico de personalidad que ofrezca orientación y protección paternales. La psicoterapia de apoyo es el tratamiento usado en la mayoría de los casos de psicoterapia y es el tratamiento de elección en casos de crisis, donde el objetivo es devolver al paciente a su funcionamiento de línea base. El modelo ayuda a aclarar aspectos que pueden aparecer en las fases iniciales del tratamiento. En ese momento, normalmente se recomienda al terapeuta que se acomode a las defensas del paciente y que no preseñe para conseguir cambios caracterológicos a gran escala en las sesiones iniciales.

Quinto. Cuando se requieran más cambios de personalidad significativos el clínico deberá trabajar hacia la alteración de las polaridades para conseguir mayor equilibrio (Millon, 1988). Se puede motivar al paciente demasiado pasivo hacia una mayor actividad, se puede animar al paciente vehementemente independiente hacia una mayor interdependencia y el paciente con capacidad hedónica limitada debería aprender a disfrutar de la vida de forma más expansiva. Estos cambios seguramente son más difíciles de conseguir, pero si la motivación del paciente, la habilidad del terapeuta y las fuerzas económicas son óptimas, estos cambios de carácter son posibles. Un proyecto de investigación útil sería el de la evaluación de la extensión y la naturaleza de los cambios de personalidad medidos por el MCMI en tratamientos a corto y largo plazo, como se ha hecho con el Rorschach (Weiner y Exner, 1991).

## CAPÍTULO 8: PERSPECTIVAS FUTURAS

**E**l MCMI se creó con la intención de ser una herramienta de evaluación en desarrollo que fuera refinada a medida que se necesitara. En este capítulo se revisarán los avances actuales en este proceso.

### 8.1. Desarrollos teóricos: Subtipos de personalidad

Es mejor considerar los trastornos de personalidad como prototipos. Dentro de cada prototipo se encuentran numerosas variaciones. En otras palabras, no hay un único tipo esquizoide, evitativo, depresivo o histriónico, sino que hay diferentes variaciones de cada uno, diferentes formas en las que el núcleo o la personalidad prototípica se expresa. Con la publicación de *Trastornos de Personalidad: Más allá del DSM-IV*, Millon y Davis (1996) elaboraron una serie de subtipos de personalidad de cada uno de los prototipos principales deducidos de la teoría evolutiva de Millon (1990). Estos subtipos se derivaron esencialmente de la literatura moderna e histórica, en convergencia con la sabiduría clínica, los mitos culturales y los hechos empíricos. A menudo, son simplemente mezclas de los tipos principales. Por ejemplo, la conciencia deficiente, los negocios fraudulentos y la actitud arrogante del *narcisista sin escrúpulos* recuerda al artista estafador o charlatán, un estereotipo cultural encarnado como una especie de narcisista antisocial. Igualmente, el *antisocial nómada*, representado como un vagabundo similar a una persona sin hogar e itinerante en la sociedad más marginal, refleja esencialmente una mezcla del esquizoide y del antisocial.

En otros casos, los subtipos están en la confluencia de la teoría evolutiva de Millon y otros principios organizadores. Los teóricos psicodinámicos, por ejemplo, han descrito al *narcisista compensador*, un individuo que contrarresta sus profundos sentimientos de inferioridad y su baja autoestima creando la ilusión de ser una persona superior y excepcional. De forma semejante, el *evitativo hipersensible*, representa una variante más claramente cognitiva de un tipo principal, que es intensamente cauteloso y suspicaz, alternativamente asustadizo, aterrado, inquieto y temeroso, y después exageradamente sensible, muy nervioso, petulante y quisquilloso.

Hubo una cuestión importante cuando se estaban redactando las partes interpretativas de este manual: si se incluía o no una descripción detallada de los más de 60 subtipos de trastornos de personalidad identificados en Millon y Davis (1996). Al final se decidió presentar sólo una muestra por dos razones. Primero, estas descripciones por sí mismas podrían fácilmente formar un pequeño libro y podrían dominar el manual. Segundo, no hay un fuerte apoyo empírico a la exis-

tencia de estos subtipos más allá de la propia lectura de la bibliografía por parte de los autores y su experiencia con el MCMI. La tabla 8.1 presenta los subtipos del trastorno de personalidad narcisista y los códigos del MCMI-III asociados.

Además de la relación obvia de cada subtipo con sus «primos», todos ellos comparten una característica importante. Cada uno es una afirmación de una verdad específica acerca de la naturaleza del panorama personalológico, una afirmación de que el mundo contiene tales o cuales personalidades, más por accidente histórico que por necesidad ontológica. Cada uno es la manifestación específica de un tipo principal en el contexto de nuestro tiempo y cultura específicos. Si la historia de la cultura fuera diferente probablemente los subtipos también serían diferentes. Por otra parte, en cierto sentido, la teoría necesita los prototipos principales, igual que las leyes de la evolución necesitan la existencia, la adaptación y la réplica. Aunque los subtipos carecen de la inevitabilidad deductiva de los prototipos principales, sin embargo reducen los tipos principales a un nivel de especificidad descriptiva y utilidad clínica sin precedentes.

En cualquier caso, los subtipos, precisamente al no ser productos inevitables de la teoría evolutiva, no sólo soportan una carga mayor de datos empíricos sobre validación que los tipos principales, sino que también su evaluación fiable y válida presenta un reto mayor. En concreto, la cuestión de las puntuaciones de prevalencia, es decir, la prevalencia de varios subtipos es de particular importancia. Debido a que las puntuaciones de prevalencia para algunos de los tipos principales (por ejemplo, esquizoide y agresivo) son bastante bajas, probablemente muchos de los subtipos serán muy raros. Un clínico específico, de hecho, puede pasar años sin ver un subtipo en particular, lo que hace que dicha investigación de validación sea casi imposible en un único contexto clínico. Todos los problemas asociados a la predicción de fenómenos de puntuaciones de prevalencia baja, como la predicción de suicidio o muerte, también son problemáticos.

Sin embargo, se pueden proponer varias acciones para avanzar en la utilidad de la evaluación con el MCMI en relación con los subtipos de personalidad. Millon (1997b), por ejemplo, presentó los códigos de los tipos del MCMI-III de cada subtipo de trastorno de personalidad. En el terreno teórico, se espera que un narcisista sin escrúpulos aparezca como 5,6A, mientras que es más probable que el narcisista compensador aparezca como 5,8A o 5,2A. Tal abordaje de los códigos de los tipos parece ser el más directo, especialmente cuando éstos existen sobre todo como una mezcla de dos o más tipos principales. En los años venideros, a medida que los clínicos ya diestros en la teoría de Millon se familiaricen lo suficiente con estos subtipos como para proporcionar clasificaciones útiles de validación externa, se posibilitarán estudios que examinen la eficiencia diagnóstica de los patrones de estos perfiles del MCMI. No es probable que todos los tipos de código 5,8A, por ejemplo, sean clasificados como narcisistas compensadores. Al contrario, algunos narcisistas compensadores pueden producir perfiles distintos del 5,8A. Poco a poco, los ítems del MCMI-III directamente responsables de cada perfil de subtipo serán identificados y contrastados con el contenido de los subtipos y empezará un proceso de retroalimentación mediante el cual el contenido de los ítems del MCMI y el contenido de los propios subtipos se refinarán mutuamente. Esto permitirá redactar los ítems para futuros MCMI con una precisa clasificación de los subtipos en mente.

### 3.9. Relaciones entre las puntuaciones de prevalencia del MCMI-II y el MCMI-III

Las escalas del MCMI-III representan más un desarrollo progresivo del estándar operativo anterior, el MCMI-II, que un cambio radical. Las correlaciones entre las puntuaciones de prevalencia del MCMI-III y las tasas base del MCMI-II en las escalas 1 a Z aparecen en la tabla 3.4. La comparación entre las escalas 2B y R no fue posible porque sólo aparecen en el MCMI-III. Para las escalas clínicas (1 hasta PP) los coeficientes de correlación varían desde una correlación alta de 0,88 (Trastorno distímico, escala D) a una baja de 0,59 (Dependiente, escala 3). La mayoría de las correlaciones se sitúan en el rango de 0,60 a 0,80, con una media ligeramente superior a 0,70, lo que sugiere una alta concordancia entre ambos inventarios. Sin embargo, hay notables diferencias entre las escalas del MCMI-II y el MCMI-III. Esto era esperable porque el MCMI-III asigna un peso mayor a los criterios del *DSM* que el MCMI-II. En consecuencia, podemos esperar que los patrones de perfil obtenidos con el MCMI-III difirieran ocasionalmente de los obtenidos con el MCMI-II. A pesar de estas diferencias esperables en la configuración de los perfiles, los resultados del estudio de validación externa (véase capítulo 4) muestran que la precisión diagnóstica del MCMI es bastante alta cuando se coteja con los juicios de expertos instruidos en la teoría y el sistema *DSM*.

### 3.10 Correlación entre las puntuaciones directas y las puntuaciones de prevalencia del MCMI-III

Aunque la transformación a puntuaciones de prevalencia no es una transformación lineal es monotónica. Así, mientras que puntuaciones directas más altas siempre significan puntuaciones PREV más altas (antes de realizarse los ajustes secundarios), el intervalo entre varios puntos de puntuaciones directas se expresa en términos de un número variable de puntos PREV. Por ejemplo, la mediana de una escala MCMI podría estar en una PD=10, la cual se corresponde con una PREV=60. Una PD=11 podría ser una PREV=62 y una PD=12 una PREV=68. Los intervalos constantes de PD se transforman así en intervalos variables de PREV, dependiendo de la forma de la distribución de las PD y de la prevalencia del atributo que mide la escala en la población. Dado que la transformación es siempre monotónica, puede esperarse que la correlación entre las PD y las PREV sea entre moderada y alta, como aparece en la tabla 3.4.

### 3.11. Matriz de correlaciones de las puntuaciones de prevalencia de las escalas del MCMI-III

La matriz de correlaciones de las escalas es importante para la evaluación del componente estructural de la validez explicada anteriormente. Las correlaciones entre las PREV de las escalas del MCMI-III aparecen en la tabla 3.5. En general, la matriz de correlaciones muestra un patrón de resultados que es congruente con lo esperado desde el modelo evolucionista. Es evidente el papel de un amplio «factor de desajuste general» desde el patrón global de las correlaciones moderadas a altas.

**Tabla 8.1. Subtipos de personalidad narcisista**

<b>Elitista (5)</b>	Se siente privilegiado y poderoso en virtud de un estatus especial en la infancia y de sus pseudologros. Esta fachada de tener derecho a todo tiene poca relación con la realidad. Busca una vida favorecida y buena. Tiende a subir de posición social. Cultiva un estatus y ventajas especiales por asociación.
<b>Amoroso (5,4)</b>	Es sexualmente seductor, atractivo, fascinante, tentador, locuaz y listo. Evita la intimidad real; busca la satisfacción de sus deseos hedonistas. Hechiza y convence al necesitado e ingenuo; es un mentiroso y timador patológico.
<b>Sin escrúpulos (5,6A)</b>	Tiene una conciencia deficiente. No tiene escrúpulos, es amoral, desleal, fraudulento, engañoso, arrogante y explotador. Es un embaucador y un charlatán; es dominante, despectativo y rencoroso.
<b>Compensador (5,8A/5,2)</b>	Busca contrarrestar o anular los sentimientos profundos de inferioridad y de falta de autoestima. Compensa los déficits creándose ilusiones de ser superior, excepcional, admirable y notable; su valor propio viene de este auto-engrandecimiento.

Por supuesto, una cuestión abierta actualmente es saber cómo afectará a la longitud del MCMI y a su composición exacta de ítems el hecho de poner énfasis en los subtipos de personalidad. La respuesta depende en parte de la naturaleza de los problemas empíricos encontrados. Ciertamente, parece difícil proporcionar una evaluación precisa de más de 60 subtipos con un MCMI de sólo 175 ítems. Incluso si todos los ítems del MCMI se orientasen al Eje II, esto dejaría todavía menos de tres ítems únicos de cada subtipo, demasiado pocos para proteger la validez discriminante. Afortunadamente, las puntuaciones de prevalencia de algunas de las personalidades principales, como la antisocial o la límite, hacen que sus subtipos sean más importantes que los del esquizoide, por ejemplo. Cuando haya que cuidar la longitud del inventario (por lo menos, para formas de papel y lápiz), se favorecerá la evaluación de aquellos subtipos que tienen mayor relevancia clínica. Las versiones futuras del MCMI aplicadas por ordenador, programadas para optimizar la selección de los ítems sobre la base del patrón de las respuestas anteriores del cliente, no necesitarán usar el banco de ítems completo y es mucho más probable que proporcionen información muy específica y relevante acerca de los subtipos.

## 8.2. Desarrollos empíricos: subescalas de rasgos para el Eje II

Los instrumentos psicológicos pueden ser interpretados a varios niveles. En el nivel inferior encontramos los ítems individuales de los tests. Dado que un sólo ítem es demasiado poco fiable y reducido como para servir de predictor de diferencias individuales más amplias, los ítems normalmente se combinan para formar escalas. Cada escala, a su vez, sólo representa una única dimensión del total de la personalidad y, por consiguiente, se examina normalmente como una parte de un conjunto o de una configuración del perfil. Asumiendo la validez del test, y asumiendo que el test tiene alguna pretensión de ser una representación de toda la personalidad, ya sea

teórico-deductiva ya sea estadístico-inductiva, la configuración del perfil se convierte, esencialmente, en una variable interviniente para la individualidad.

Un nivel de interpretación que se está convirtiendo cada vez más en importante en los inventarios modernos es el rasgo de personalidad. Los rasgos se evalúan a un nivel intermedio entre los ítems individuales y lo que se denomina tipos, estilos, síndromes o dimensiones de orden superior. Cada trastorno de personalidad puede ser concebido como un conjunto de características de estos rasgos. Al contrario, la covariación de un conjunto particular de rasgos de personalidad puede ser concebida como un estilo o un trastorno de personalidad. Así, hay cuatro niveles de interpretación clínica dentro de un inventario: el ítem, el rasgo, la escala y la configuración del perfil.

Las subescalas de rasgos son clínicamente útiles. Recuerde el lector que cada síndrome de personalidad se considera en el modelo de prototipos como una estructura de atributos covariantes cuyas características, tomadas de una en una, ni son necesarias ni son suficientes para el diagnóstico del síndrome. Aunque teóricamente el individuo más prototípico de un síndrome posee todas sus características, en la mayoría de las personas no ocurre esto. Como los clínicos sagaces saben, no existen dos personalidades narcisistas exactamente iguales, no existen dos personalidades antisociales exactamente iguales y así sucesivamente. En el *DSM-IV*, se enumeran nueve criterios para el trastorno límite de la personalidad, cinco (o más) de los cuales son necesarios para el diagnóstico. Es posible, entonces, que dos individuos diagnosticados con el trastorno puedan tener sólo una característica o criterio en común, teniendo en cuenta la considerable heterogeneidad de los rasgos o criterios dentro de un tipo de personalidad.

Los rasgos específicos de la personalidad de un individuo son de interés cuando queremos saber a qué clase de esquizoide pertenece la persona, a qué clase de dependiente pertenece, etc., un hecho que es obviamente relevante para la identificación de los subtipos descritos anteriormente. Sin embargo, un individuo también puede puntuar alto en subescalas específicas de trastornos en ausencia de un diagnóstico. Estas puntuaciones altas se corresponden con características problemáticas del rasgo que merecen atención pero que no se expresan tan globalmente como para constituir un trastorno de personalidad completo. El *DSM* permite señalar rasgos problemáticos en el Eje II, pero aparentemente esta posibilidad se usa raramente en la clínica, quizás porque el *DSM* está más orientado a criterios que a rasgos.

La utilidad de los rasgos de personalidad en la interpretación clínica y su existencia como un nivel legítimo de organización de la personalidad humana conlleva que los rasgos deberían estar representados en cualquier inventario de trastornos de personalidad. A causa de su relativa brevedad, el MCMI aún no representa rasgos explícitamente. En cambio, la estructura del inventario en niveles inferiores al de síndrome o trastorno ha empleado un sistema de ponderación en función de la fuerza de los datos de validación de cada ítem, de la interrelación intrínseca de los trastornos de personalidad y de la estructura prototípica de los trastornos mentales en general. Dado que los ítems prototípicos demuestran validez sustantiva, estructural y externa (Loevinger, 1957) en su escala original, se les asigna un peso mayor que el de los ítems subsidiarios seleccionados únicamente en función de la validez externa. Los ítems prototípicos representan las características de sus trastornos respectivos y tienen un peso mayor. Los ítems no prototípicos representan características que, aunque no son centrales, sin embargo son relevantes para sus respectivos trastornos. Así, un ítem como *Me gusta ser el centro de atención cuando estoy en un grupo* podría tener un peso mayor en la escala Histriónica que en la escala Narcisista.

Estas asignaciones múltiples de pesos han hecho que algunos autores (Wiggins, 1982) expresen su preocupación por la validez discriminante de las escalas del MCMI. Estudios exploratorios (Davis, 1994) con el *Inventario Clínico de Millon para Adolescentes* (MACI) muestran que la factorización de los ítems asignados por separado a cada escala de personalidad del MCMI da como resultado unas subescalas breves que a menudo tienen más de la mitad de sus ítems en común. Probablemente se obtendrían resultados similares con el MCMI-II. En contraste, se diseñaron las escalas de personalidad del MCMI-III para ser más cortas, por lo que no sorprende que los estudios factoriales actualmente en marcha revelen que el solapamiento de los ítems en los factores de rasgos resultantes es sustancialmente más propicio para su uso clínico. Por supuesto, los resultados de estos estudios inductivos o *de abajo hacia arriba* deben examinarse al mismo tiempo que las consideraciones teóricas o *de arriba hacia abajo* para evaluar su valor. Al igual que con los subtipos de personalidad, no es necesario diseñar las escalas de rasgos de cada trastorno del Eje II del MCMI, pero en cambio se podrían construir sólo para aquellos trastornos de mayor relevancia clínica y que se encuentran frecuentemente en el contexto clínico.

### 8.3. Refinamiento usando diversas fuentes de datos

Uno de los principios fundamentales en la construcción de instrumentos es que la validez debe integrarse en el instrumento desde el principio. Loevinger (1957), Jackson (1970) y Skinner (1986) consideran que la construcción de tests es un proceso interactivo de tres etapas. En la *etapa racional*, el contenido de cada constructo a medir se define de la forma más precisa posible. Los ítems pueden ser redactados y refinados por múltiples expertos en la teoría del constructo, clasificados de acuerdo con sus características discriminativas, ordenados en términos de niveles de dificultad, etc., todo ello antes de ser aplicados a sujetos reales. En la *etapa interna*, los ítems se aplican a sujetos reales. Después, se calculan varios estadísticos para garantizar que los ítems sondean una única dimensión. Los elementos que muestran fuertes relaciones con escalas para las que no fueron propuestos deben ser eliminados o reasignados. Además, se puede examinar la matriz de correlaciones de las escalas del instrumento, buscando anomalías, y se pueden reasignar o eliminar los ítems para ajustar este patrón a las expectativas teóricas. En la *etapa externa*, las nuevas escalas desarrolladas se evalúan comparándolas con otros instrumentos de reputación ya establecida. En consecuencia, los elementos que pasan las tres etapas han sido validados teórica, estadística y empíricamente. Los inventarios de Millon han sido construidos esencialmente siguiendo esta lógica tripartita.

Aunque los inventarios deben construirse de manera que reflejen nuestras expectativas sobre las relaciones entre constructos, tanto internos como externos al instrumento, también deben poseer valor generativo. Esto es, un inventario debe contribuir a la acumulación de nuevos conocimientos. Si se crea un test para evaluar los trastornos de personalidad, podríamos esperar, por ejemplo, que los individuos clasificados como personalidades dependientes también serán clasificados como personas que experimentan episodios depresivos con mayor frecuencia que, digamos, los antisociales. Los dependientes suelen sentirse indefensos y desesperanzados más a menudo que los antisociales, quienes toman la iniciativa para cambiar su mundo externo, aunque normalmente de una forma destructiva. Juntas, estas expectativas internas-internas e internas-externas forman un conjunto de restricciones que deben tenerse en cuenta al construir el inventario. Cada restricción es un punto adicional mediante el que las predicciones del instrumento son comparadas con la realidad tal cual se supone que es. Cuanto más grande sea este conjunto de restricciones mejor, ya que si el inventario puede satisfacer muchas de estas restricciones desde el comien-

zo, podremos tener más confianza en que el inventario también saldrá airoso frente a futuros retos.

A veces, por ejemplo, después de que un instrumento ya haya sido construido, ciertas variables muestran una relación inesperadamente significativa. Quizás al comienzo parecía que los individuos con personalidades antisociales manifestarían altos niveles de angustia familiar y una alta incidencia de alcoholismo. Quizá también parecía que los individuos con personalidades dependientes informarían de que habían tenido padres sobreprotectores y habían sido incapaces de finalizar las relaciones. Estas expectativas se integraron en el instrumento. Sin embargo, puede que no se haya tenido absolutamente ninguna expectativa sobre la relación entre las personalidades dependientes y la incidencia de alcoholismo. ¿Cómo se puede evaluar esta relación observada pero inesperada? Puesto que el instrumento se ha construido para satisfacer múltiples restricciones en forma de expectativas basadas en la teoría, ya no se trabaja con cualquier banco de ítems. Cuantas más restricciones diferentes satisfaga el test que se está construyendo, más expectativas se tendrán acerca de la generalizabilidad de todo el sistema de instrumentación. La validez demostrada en diversas áreas de la red nomológica se convierte en la garantía de que las relaciones observadas entre variables interviniéntes en otro lugar no son características de su modo específico de operacionalización, sino que representan una estructura de la naturaleza y que, por ello, merecen interés científico genuino. En general, cuantas más restricciones satisfaga un instrumento al principio, tanta más confianza se puede tener en la validez de las relaciones no anticipadas.

En el momento presente, la mayoría de los instrumentos psicológicos se desarrollan dentro de una única fuente de datos, ya sean autoinformes, escalas clínicas, escalas de observación o proyectivas, y después se validan, comparándolos con instrumentos que ya tienen una utilidad establecida dentro de la misma fuente de datos. La validación basada en instrumentos de otras fuentes de datos, aunque importante, generalmente es secundaria. Así, una nueva escala de autoinforme para medir la dependencia encuentra evidencia sobre su validez comparándose primero con otros autoinformes de dependencia y, después, con escalas de observación y proyectivas, etc. Las bajas correlaciones entre los autoinformes y las escalas de observación se atribuyen a consideraciones relativas al método, a menudo con razón. Desafortunadamente, este estilo algo fortuito para desarrollar instrumentos a menudo lleva a resultados confusos cuando estos instrumentos se emparejan con otros en una matriz multimétodo-multirrasgo. Un autoinforme sobre narcisismo puede tener una correlación más alta con una escala observacional histrionica, etc. Probablemente se encontrarán muchas falsas parejas para un conjunto dado de instrumentos de personalidad, un hecho que ha minado la confianza en la evaluación válida de los trastornos de personalidad.

Un método mucho mejor desdibuja la distinción entre lo interno y lo externo, considerando la construcción de un test como un sistema de relaciones o de restricciones que deben satisfacerse mediante múltiples fuentes de datos. La meta es construir un conjunto completo de instrumentos en el que unos informan sobre los demás a lo largo de todo el proceso de construcción. Cuantas más fuentes de datos se incluyan, mejor. Por ejemplo, un inventario de autoinforme sobre trastornos de personalidad, una versión observacional del mismo instrumento y una lista de síntomas clínicos se construirían simultáneamente, no cada uno por separado. Las matrices de correlación entre todos los instrumentos se revisarían en cada etapa. Si durante el desarrollo se encontrase que la escala observacional narcisista tiene mayor correlación con el autoinforme de histrionismo que con su versión paralela de autoinforme de narcisismo, indicando una falta de validez convergente, entonces los bancos de ítems de ambas escalas se examinarían, no sólo en relación con sus características de contenido y su correlación con su escala asignada, sino también en términos de sus correlaciones de métodos cruzados. Se seguiría la pista de las violaciones

de las consideraciones multimétodo-multirrasgo para identificar a los ítems específicos, que serían reasignados, eliminados o redactados de nuevo. En vez de examinarse *post hoc*, las consideraciones multimétodo-multirrasgo se vuelven parte fundamental del proceso de selección de ítems y son tenidas en cuenta desde el principio, lo que permite que cada instrumento fortalezca a los demás. La validez se integra dentro del sistema entero de instrumentación y no simplemente dentro de un solo instrumento. Probablemente las versiones futuras del MCMI se construirán de esta forma.

¿Cuáles son los requerimientos para la construcción de este tipo conjunto de tests? El primero es esencialmente práctico, refleja una gran inversión por parte de los participantes y la necesidad de más repeticiones en el proceso de desarrollo. Los pacientes y sus clínicos deben someterse a los inconvenientes de proporcionar datos para un gran banco de ítems. El segundo es teórico y es el más difícil de los dos, ya que requiere juicio clínico experto sobre los constructos que el test pretende medir. Se comienza el proceso de construcción sabiendo que las correlaciones entre las escalas parecidas a partir de diversas fuentes de datos será menor de 1 y que esto refleja por una parte sesgos de información y por otra el error de medida inherente a las fuentes respectivas de datos. Por ejemplo, se puede esperar que las personalidades difieran en términos de sus niveles de autoconocimiento y de distorsión de la información objetiva. El egocentrismo de los narcisistas y su tendencia a construir la realidad en formas que les son favorables hace que sea menos probable que proporcionen información de autoinforme válida que los depresivos pesimistas y centrados en sí mismos. Podríamos especular, entonces, que la correlación entre el autoinforme y la evaluación de un clínico de la personalidad narcisista será menor que la correlación entre el autoinforme y la evaluación del clínico en la personalidad depresiva. Este es el problema que afronta el teórico. Sabiendo que la matriz multimétodo-multirrasgo refleja sesgos de información y errores de medida, el teórico debe proporcionar un marco sustantivo dentro del cual podrá evaluar la dirección y la magnitud de sus correlaciones y determinar el camino donde podrá refinar mejor los resultados. A su vez, esto implica conocer: (a) aquellos rasgos o características para los cuales se puede esperar que cada personalidad proporcione de forma típica información de autoinforme válida, (b) aquellos rasgos o características para los que no se puede esperar que cada personalidad pueda proporcionar dicha información, (c) aquellos rasgos o características para los cuales se puede esperar que los clínicos puedan proporcionar típicamente evaluaciones válidas mediante escalas, y (d) aquellos rasgos o características que, por alguna razón, los clínicos no podrán medir fácilmente.

Desafortunadamente, el Eje II del *DSM*, formulado deliberadamente como ateórico y por ello con un nivel más descriptivo que exploratorio, no puede proporcionar el marco sustantivo necesario para guiar este tipo de investigación. Más que proporcionar un fundamento deductivo coherente dentro del cual hacer preguntas sobre las diferentes personalidades, el Eje II se considera un cuerpo de material descriptivo cotejado desde varias perspectivas, pero no coordinado realmente con ninguna de ellas. La tabla periódica sólo pertenece al territorio de la química, pero los tipos problemáticos de conducta que van a dividirse en categorías diagnósticas a menudo se entregan a psicopatólogos por personas cuyas normas son extrínsecas a la propia psicopatología. Como científicos, sin embargo, debemos responder a esta pregunta: ¿por qué estos grupos diagnósticos en particular y no otros? No se puede simplemente aceptar como dada cualquier lista de clases o de dimensiones. Al contrario, hay que justificar un esquema taxonómico y, para hacerlo científicamente, tiene que justificarse teóricamente. La taxonomía y la teoría están íntimamente relacionadas.

Los redactores de ítems implicados en intentos de construir un conjunto coordinado de instrumentos multimétodo (por ejemplo, versiones futuras del MCMI y de la *Lista Diagnóstica de Perso-*

*nalidad de Millon* [MPDC; Tringone, 1997]) requieren una base teórica fuerte con la que comparar y contrastar los trastornos de personalidad usando diferentes fuentes de datos. Ejemplos de preguntas relevantes son: «¿Qué rasgos presentan los narcisistas de los cuales es probable que posean autoconocimiento y los admitan?» y «¿Qué rasgos presentan los narcisistas de los cuales es poco probable que posean autoconocimiento pero que pueden ser evaluados fiablemente por los clínicos?». Para los autores, la base teórica es la teoría evolutiva de Millon (Millon, 1990). Guiados por el desarrollo continuo de esta teoría, esperamos que el futuro traiga al menos tantos avances en las tecnologías de la evaluación como los que ya han ocurrido.

## APÉNDICE A: COMPOSICIÓN DE LAS ESCALAS

### Patrones clínicos de personalidad

Denominación	Escala	Ítems
1	Esquizoide	4, 10, 27, 32, 38, 46, 48, 57, 92, 101, 105, 142, 148, 156, 165, 167
2A	Evitativa	18, 40, 47, 48, 57, 69, 80, 84, 99, 127, 141, 146, 148, 151, 158, 174
2B	Depresiva	20, 24, 25, 43, 47, 83, 86, 112, 123, 133, 142, 145, 148, 151, 154
3	Dependiente	16, 35, 45, 47, 56, 73, 82, 84, 94, 108, 120, 133, 135, 141, 151, 169
4	Histriónica	10, 12, 21, 24, 27, 32, 48, 51, 57, 69, 80, 88, 92, 99, 123, 127, 174
5	Narcisista	5, 21, 26, 31, 35, 38, 40, 47, 57, 67, 69, 80, 84, 85, 86, 88, 93, 94, 99, 116, 141, 144, 159, 169
6A	Antisocial	7, 13, 14, 17, 21, 38, 41, 52, 53, 93, 101, 113, 122, 136, 139, 166, 172
6B	Agresiva (sádica)	7, 9, 13, 14, 17, 28, 33, 36, 39, 41, 49, 53, 64, 79, 87, 93, 95, 96, 116, 166
7	Compulsiva	2, 7, 14, 22, 29, 41, 53, 59, 72, 82, 97, 101, 114, 137, 139, 166, 172
8A	Negativista (pasivo-agresivo)	6, 7, 15, 22, 36, 42, 50, 60, 79, 83, 98, 115, 122, 126, 133, 166
8B	Autodestructiva	18, 19, 24, 25, 35, 40, 43, 70, 90, 98, 104, 122, 148, 161, 169

## Patología grave de la personalidad

Denominación	Escala	ítems
S	Esquizotípica	8, 48, 69, 71, 76, 99, 102, 117, 134, 138, 141, 148, 151, 156, 158, 162
C	Límite	7, 22, 30, 41, 72, 83, 98, 120, 122, 134, 135, 142, 154, 161, 166, 171
P	Paranoide	6, 8, 33, 42, 48, 49, 60, 63, 89, 103, 115, 138, 146, 158, 159, 167, 175

## Síndromes clínicos

Denominación	Escala	ítems
A	Trastorno de ansiedad	40, 58, 61, 75, 76, 108, 109, 124, 135, 145, 147, 149, 164, 170
H	Trastorno somatomorfo	1, 4, 11, 37, 55, 74, 75, 107, 111, 130, 145, 148
N	Trastorno bipolar	3, 22, 41, 51, 54, 83, 96, 106, 117, 125, 134, 166, 170
D	Trastorno distímico	15, 24, 25, 55, 56, 62, 83, 86, 104, 111, 130, 141, 142, 148
B	Dependencia del alcohol	14, 23, 41, 52, 64, 77, 93, 100, 101, 113, 122, 131, 139, 152, 166
T	Dependencia de sustancias	7, 13, 21, 38, 39, 41, 53, 66, 91, 101, 113, 118, 136, 139
R	Trastorno estrés postraumático	62, 76, 83, 109, 123, 129, 133, 142, 147, 148, 149, 151, 154, 160, 164, 173

## Síndromes clínicos graves

Denominación	Escala	ítems
SS	Trastorno del pensamiento	22, 34, 56, 61, 68, 72, 76, 78, 83, 102, 117, 134, 142, 148, 151, 162, 168
CC	Depresión mayor	1, 4, 34, 44, 55, 74, 104, 107, 111, 128, 130, 142, 148, 149, 150, 154, 171
PP	Trastorno delirante	5, 38, 49, 63, 67, 89, 103, 119, 138, 140, 153, 159, 175

## Índices modificadores

Denominación	Escala	ítems
Y	Deseabilidad social	20, 32, 35, 40, 51, 57, 59, 69, 80, 82, 88, 97, 104, 112, 123, 137, 141, 142, 148, 151, 172
Z	Devaluación	1, 4, 8, 15, 22, 24, 30, 34, 36, 37, 44, 55, 56, 58, 62, 63, 70, 74, 75, 76, 83, 84, 86, 99, 111, 123, 128, 133, 134, 142, 145, 150, 171
V	Validez	65, 110, 157

## APÉNDICE B: INSTRUCCIONES Y HOJA DEL CLÍNICO DE LA TIPIFICACIÓN ESPAÑOLA

Nombre del colaborador (Universidad):

Nombre del aplicador (Psicólogo/Centro): \_\_\_\_\_

### Instrucciones para los colaboradores del grupo de trabajo MCMI-III:

En primer lugar muchas gracias por vuestra apreciada colaboración, por vuestro tiempo, interés y esfuerzo sin los cuales esta empresa no podría seguir adelante.

Os vamos a detallar una serie de instrucciones para que a la hora de llenar los cuestionarios no tengáis dudas y pueda resultar un trabajo eficaz y claro.

#### 1. Atención al número de código o de identificación

Todos los cuestionarios son anónimos y os pedimos, por tanto, que no aparezca el nombre, y también que no se escriba nada en ellos y solamente se escriba en las hojas de respuestas. Por cada paciente hay que llenar 3 hojas: 1) la hoja de respuestas del MCMI-III, 2) la hoja de respuestas del MMPI-2, y 3) la hoja para uso exclusivo del clínico. Por tanto, cada grupo de 3 hojas tiene un mismo número de código que nosotros ya hemos puesto y que correspondería a un solo paciente. Tened en cuenta que cuando nos enviéis estas hojas para corregirlas os devolveremos los resultados refiriéndonos al número de código correspondiente de cada paciente, ya que nosotros no tenemos los nombres. No se os olvide apuntar a qué nombre de vuestros pacientes corresponde cada código para que podáis interpretar los resultados.

#### 2. Hoja para uso exclusivo del Clínico

Esta hoja debe ser llenada exclusivamente por el clínico y nunca ha de ser vista por el paciente. Con esta información pretendemos comparar y validar hasta qué punto los resultados del MCMI-III coinciden con vuestras evaluaciones. Se os pedirá, por tanto, que señaléis el diagnóstico de cada paciente tanto en el Eje I de Síndromes clínicos como en el Eje II de Trastornos de personalidad. Por eso conviene que, en la medida de lo posible, llevéis con el paciente un mínimo de 3 sesiones, y que consultéis

los criterios del DSM-IV si es necesario, para que se ajuste lo más posible el diagnóstico. Además, debéis seguir las siguientes orientaciones lo que os facilitará y flexibilizará mucho esta tarea:

- 2.1. *Evaluación multiaxial:* Diagnóstico en el Eje I y en el Eje II. En el Eje I sólo vienen detallados de manera genérica los síndromes que aparecen en el MCMIII, así que si vuestro paciente presenta otro síndrome como, por ejemplo, trastornos sexuales o trastornos disociativos, lo podéis anotar en el último apartado. En el Eje II de trastornos de personalidad aparecen todos los que detalla el DSM-IV y alguno más que añade el propio Millon (son 4 concretamente, de los que os adjuntamos un resumen en el ANEXO para que si alguno de vuestros pacientes presenta rasgos de estos 4 trastornos lo podáis identificar y señalar en esta hoja). Aseguraos que rellenáis el diagnóstico de cada paciente tanto en el Eje I como en el Eje II.
- 2.2. *Comorbilidad:* Además, es habitual en la práctica clínica que un mismo paciente presente síntomas pertenecientes a más de un síndrome y trastorno de personalidad. Por eso, si los hubiera, se requiere que señaléis en cada paciente los 3 síndromes más acusados: eligiendo el 1 para el más marcado, el 2 para el segundo más significativo y el 3 para el tercero más acusado. Igualmente se procedería con los 3 trastornos de personalidad. Tened en cuenta que dos síndromes o trastornos no pueden ser considerados a la vez como 1, 2 & 3. Cercioraos de que sólo se ha marcado uno en cada valor.
- 2.3. *Tipos de severidad:* También es muy frecuente que en el paciente no aparezca el síndrome o trastorno de personalidad perfectamente delimitado o con todos los criterios que exige el DSM-IV, sino que más bien la persona presente a veces síntomas significativos pero no concluyentes y, en otras ocasiones, sí que florece la patología de forma claramente definitiva. Por ello, Millon establece 5 tipos de «severidad o gravedad» tanto en los síndromes del Eje I como en los trastornos del Eje II y que podréis identificar para cada paciente con arreglo al siguiente criterio que él mismo propone:

- 2.3.1. **Tipos de severidad en los Síndromes clínicos del Eje I:**

(Tened en cuenta que los juicios de severidad no son exclusivos y que dos síndromes pueden ser enjuiciados como «severidad ligera» o como «síndromes extremos», por ejemplo)

**PEQUEÑA:** Los síntomas están presentes pero de manera modesta y ocasional. La intervención clínica no se requiere solamente por ellos.

**LIGERA (Subsíndrome):** Los síntomas no son demasiado problemáticos. Sin embargo, son molestos y fastidiosos para el paciente y otras personas de forma más o menos pasajera. Ocasionalmente, esos síntomas se asocian con dificultades familiares, laborales o sociales. El tratamiento debería contemplarse como opcional.

**SÍNDROME:** Los síntomas son lo suficientemente problemáticos para justificar el diagnóstico de síndrome clínico. Las dificultades en la actividad laboral y en las relaciones familiares y sociales están claramente presentes y el tratamiento es recomendable.

**SÍNDROME MARCADO:** Significa la presencia de síntomas clínicos serios y prolongados que alteran acusadamente todas las funciones psicosociales. Se necesita una cuidadosa evaluación profesional y la determinación de si el tratamiento debería ser en un centro de internamiento o en consulta externa.

**SÍNDROME EXTREMO:** Los síntomas son intensos y disfuncionales. Hay una incapacidad de relacionarse laboral o socialmente. Se necesita generalmente internar al paciente para recibir tratamiento en el hospital.

- **2.3.2. Tipos de severidad en los Trastornos de personalidad del Eje II:**

(Tened en cuenta que tampoco aquí los juicios de severidad son exclusivos y que 2 trastornos pueden ser considerados como «trastorno» o simplemente como «rasgo» o «estilo», por ejemplo)

**RASGO:** Se constata la presencia de pequeñas, pero bien definidas, características de personalidad. Son rasgos manifiestos pero clínicamente insignificantes y se sitúan dentro de la normalidad.

**ESTILO:** Está formado por una configuración de rasgos de personalidad que es esencialmente subclínica por su naturaleza, aunque hay dificultades adaptativas ocasionales.

**TRASTORNO:** La personalidad es lo suficientemente problemática para justificar un diagnóstico clínico. Las características de personalidad definitivamente alteran la vida del paciente de forma periódica pero significativa produciendo dificultades adaptativas (los Trastornos de personalidad esquizotípico, paranoide y borderline deberían ser juzgados siempre al menos en este nivel de «trastornos» más que como «estilos» o «rasgos»). El tratamiento del paciente está indicado y es necesario.

**TRASTORNO ACUSADO:** Las características de personalidad son de naturaleza persistente y severa. Interfieren repetida y marcadamente con el funcionamiento psicosocial del paciente. El tratamiento es imprescindible y para una mayoría de pacientes frecuentemente ha de realizarse en un centro de internamiento.

**TRASTORNO GRAVE:** Las características de personalidad son muy intensas, crónicas y patológicas y aparece invariablemente un gran deterioro del paciente. El tratamiento en un hospital psiquiátrico es imprescindible.

- 2.4. *Seguridad en el diagnóstico en el Eje I y Eje II:* El grado por el cual el clínico se siente seguro de las evaluaciones de sus pacientes depende en gran medida de la complejidad del caso, del tiempo que lleva con el paciente y por lo tanto de la oportunidad de estudiar sus síntomas y características clínicas. No con todos los pacientes se tiene el mismo nivel de confianza en el diagnóstico que se ha realizado. Por tanto se pueden utilizar los siguientes criterios para indicar la seguridad:

**ALTA:** Los juicios se basan sobre una información considerable y sobre una comprensión segura de los síntomas y rasgos. Se asume una confianza alta en el diagnóstico.

**MEDIA:** La evaluación se apoya en una información razonable y en una comprensión adecuada de los síntomas clínicos. Se precisan sin embargo más datos que pueden aportar una información adicional.

**BAJA:** El juicio que se ha hecho sobre este paciente se extrae de una información modesta y de una comprensión de sus síntomas necesitada de mayor comprobación. Se necesitan datos clínicos más amplios para incrementar la validez de estos juicios.



(Se adjunta ejemplo de un caso clínico ya llenado con la descripción de todos los criterios de este apartado 2)

### 3. Cuestionarios a llenar por los pacientes

Como sabéis el MMPI-2 es un cuestionario largo, por tanto y con las debidas indicaciones si el caso clínico lo permite, éste y el MCM-III pueden ser contestados por el paciente en su casa advirtiéndole que aclare cualquier duda con vosotros. Así, los pacientes deberán llenar las dos hojas de respuestas de los dos cuestionarios:

**Hoja de respuestas del MCM-III:** En esta hoja se piden unos datos sociodemográficos al paciente como sexo, edad, ingresos económicos, etc. PERO también se solicitan al final unos datos que debe contestar **ÚNICAMENTE EL CLÍNICO**, como tiempo de duración del trastorno del Eje I y si está internado, para facilitar la posterior corrección mecanizada ya que se utilizan una tablas de ajuste diferentes en función de si el paciente está internado o no y desde cuando presenta el síndrome.

**Hoja de respuestas del MMPI-2:** Debe ser contestada por el paciente y no hace falta que se añadan aquí los datos de sexo, edad, etc. Debe llenarse únicamente con LÁPIZ.

### 4. Envío de las hojas de respuestas

Una vez que se haya completado la tarea anterior nos debéis enviar por cada paciente las 3 hojas (la hoja para uso exclusivo del clínico, la hoja de respuestas del MCM-III y la hoja de respuestas del MMPI-2). Para ello utilizaréis el sobre (es muy importante que no se doblen las hojas de respuestas ya que se leerán con lectora óptica alguna de ellas) que se ha enviado en el que ya viene nuestra dirección y en el que tendréis que añadir únicamente en el remite vuestro nombre y el del centro y la dirección —si es que no aparece—. Posteriormente, recibiréis los perfiles psicológicos de vuestros pacientes con unas indicaciones para que los podáis interpretar.

Hemos enviado menos cuadernillos que hojas de respuestas ya que un mismo cuadernillo lo podéis utilizar con más de un paciente. Cuando finalicéis la aplicación de las pruebas a todos vuestros pacientes os daremos instrucciones para que nos los devolváis.

Si a lo largo de todo este proceso os surgen dudas, por favor, estamos a vuestra disposición y no tengáis ningún reparo en poneros en contacto con nosotros mediante el correo electrónico que ya os señalamos. Gracias nuevamente por todo vuestro esfuerzo y hasta pronto.

## ANEXO

Ámbitos clínicos del prototipo AGRESIVO (SÁDICO)	Ámbitos clínicos del prototipo NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
<b>1. Nivel comportamental</b>	<b>1. Nivel Comportamental</b>
(F) <i>Expresivamente precipitada.</i> Presenta disposición a reaccionar con explosiones emocionales súbitas y bruscas de una naturaleza inesperada e injustificada; reacciona de un modo imprudente, le atraen los desafíos, el riesgo y el peligro, y parece insensible al dolor y al castigo.	(F) <i>Expresivamente resentido.</i> Se resiste a satisfacer las expectativas de los demás, suele ser pospondedor, ineficaz y obstinado, con comportamientos de oposición y fastidio; experimenta gratificación al desmoralizar y socavar el bienestar y las aspiraciones ajenas.
(F) <i>Interpersonalmente áspero.</i> Manifiesta satisfacción al intimidar, coaccionar y humillar a los demás; suele expresarse verbalmente de forma abusiva, le gusta hacer comentarios socialmente humillantes y muestra un comportamiento físico rudo, cuando no brutal.	(F) <i>Interpersonalmente no cooperador.</i> Asume papeles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, especialmente aquiescencia dependiente y contrita e independencia hostil y afirmativa; conjuga la envidia y la rabia contra los más afortunados que él, y se comporta de manera obstructiva e intolerante con los demás, a la vez que expresa actitudes negativas o incompatibles.
<b>2. Nivel fenomenológico</b>	<b>2. Nivel fenomenológico</b>
(F) <i>Cognitivamente dramático.</i> Es rígido y cerrado, y se obstina en sostener sus prejuicios; es autoritario, socialmente intolerante y lleno de prejuicios.	(F) <i>Cognitivamente excéptico.</i> Es cínico, dubitativo y desconfiado, evalúa los acontecimientos positivos con descreimiento y las posibilidades futuras con pesimismo, ira y ansia; tiene una visión misantrópica de la vida, se queja, refunfuña y hace comentarios desdeñosos y cáusticos sobre quienes tienen mejor fortuna que él.
(E) <i>Autoimagen combativa.</i> Se enorgullece de verse a sí mismo como una persona competitiva, energética y obstinada; valora aspectos de sí mismo que le proporcionan una imagen belicosa, dominante y orientada al poder.	(E) <i>Autoimagen descontenta.</i> Se ve a sí mismo como alguien incomprendido, sin suerte, despreciado, gafe y devaluado por los demás; reconoce sentirse amargado, descontento y desilusionado con la vida.
(E) <i>Representaciones objetales perniciosas.</i> Las representaciones internalizadas del pasado se distinguen por relaciones tempranas que generaron fuertes energías agresivas y actitudes malvadas, así como la falta de recuerdos sentimentales, afectos tiernos, conflictos internos y sentimientos de culpa o vergüenza.	(E) <i>Representaciones objetales vacilantes.</i> Las representaciones internalizadas del pasado comprenden un complejo de relaciones desequilibradas que producen sentimientos contradictorios, tendencias conflictivas y recuerdos incompatibles impulsados por la intención de devaluar las consecuencias y el bienestar de los demás sin que lo parezca.
<b>3. Nivel intrapsíquico</b>	<b>3. Nivel intrapsíquico</b>
(F) <i>Mecanismo de aislamiento.</i> Puede tener gran sangre fría y no parece tener conciencia del impacto de sus actos destructivos; ve lo objetos de los que abusa como algo impersonal, símbolos de grupos de personas sin ningún valor desprovistas de sensibilidad humana.	(F) <i>Mecanismo de desplazamiento.</i> Descarga su ira y otras emociones negativas de forma precipitada o utilizando maniobras inconscientes para desplazarlas desde su verdadero instigador hacia otras situaciones o personas de menor significación; desahoga su desaprobación de forma pasiva o sustitutiva, como comportarse con perplejidad, ineptitud o de forma olvidadiza e indolente.
(E) <i>Organización eruptiva.</i> Su estructura morfológica suele ser coherente y está compuesta por controles, defensas y canales de expresión adecuados; sin embargo, la emergencia de poderosas energías de naturaleza agresiva y sexual amenazan con producir explosiones bruscas que periódicamente sobrepasan los controles que en otras situaciones son perfectamente competentes.	(E) <i>Organización divergente.</i> Una división tal del patrón de estructuras morfológicas que las estrategias defensivas y de afrontamiento se dirigen hacia objetivos incompatibles, deja los principales conflictos sin resolver y hace imposible la cohesión, porque la satisfacción de un impulso anula o contradice otro.
<b>4. Nivel biofísico</b>	<b>4. Nivel biofísico</b>
(E) <i>Estado de ánimo hostil.</i> Tiene un temperamento excitante e irritable que aflora rápidamente y se transforma en discusiones y beligerancia física; es cruel y malvado; desea hacer daño y perseguir a los demás.	(E) <i>Estado de ánimo irritable.</i> Alternancia de susceptibilidad, irritabilidad y malhumor con aislamiento melancólico; suele ser petulante e impaciente, desprecia sin motivo a las figuras de autoridad y refiere sentirse fácilmente molesto o frustrado por ellas.

**Ámbitos clínicos del prototipo AUTODESTRUCTIVO****1. Nivel comportamental**

(F) *Expresivamente abstinentes.* Suele presentarse ante los demás como una persona frugal, sencilla y cumplidora; es reticente a buscar experiencias gratificantes y no disfruta de la vida; se sitúa en un segundo plano y actúa de una forma autoanuladora y discreta.

(F) *Interpersonalmente deferente.* Se distancia de quienes le apoyan y se relaciona con quien puede ser servil y sacrificarse; permite a los otros, cuando no les anima, a que le exploten, le traten mal o se aprovechen de él; hace imposibles los intentos de los demás por ayudarle y acepta culpas y críticas injustas para ganarse el favor de las personas a quienes está vinculado.

**2. Nivel fenomelógico**

(F) *Cognitivamente inseguro.* Es reticente a interpretar positivamente las cosas por temor a que, si lo hace, se conviertan en problemas o acaben siendo autodenigrantes; como resultado, se habitúa a expresar repetidamente actitudes y anticipaciones contrarias a creencias y sentimientos favorables.

(E) *Autoimagen desmerezecadora.* Se autohumilla centrándose en sus peores características y cree que merece ser avergonzado, humillado y despreciado; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y, por tanto, merece sufrir las consecuencias dolorosas.

(E) *Representaciones objetales desacreditadas.* Las representaciones objetales se componen de relaciones que fracasaron y logros personales que se menosprecian, de sentimientos positivos e impulsos eróticos transformados en sus opuestos menos atractivos, de conflictos internos intencionadamente agravados, de mecanismos para reducir la disforia que se han convertido en procesos que intensifican al malestar.

**3. Nivel intrapsíquico**

(F) *Mecanismo de exageración.* Recuerda constantemente las injusticias pasadas y anticipa decepciones futuras para así situar su malestar en un nivel homeostático; obstaculiza los objetivos personales y saborea las cosas buenas que le ocurren para mantener o potenciar el nivel habitual de sufrimiento y dolor.

(E) *Organización invertida.* Debido a una inversión significativa de la polaridad dolor-placer, las estructuras morfológicas poseen cualidades contrastadas y duales —una más o menos convencional y otra contraria— que provocan una destrucción del afecto, una transposición de los canales de gratificación de las necesidades y de los que producen satisfacción en actividades que determinan consecuencias antiéticas, cuando no autodestructivas.

**4. Nivel biofísico**

(E) *Estado de ánimo disfórico.* Experimenta una mezcla compleja de emociones, a veces es ansiosamente aprensivo, otras está triste y otras se siente angustiado y atormentado; manifiesta intencionadamente una apariencia que induce en los demás culpa y malestar.

**Ámbitos clínicos del prototipo DEPRESIVO****1. Nivel comportamental**

(F) *Expresivamente abatido.* El aspecto y el estado transmiten un desamparo irremediable, sombrío, desolado, abatido, por no decir de carácter apesadumbrado; irremediablemente decaído y desanimado, refleja un sentido de desesperanza y desdicha constantes.

(F) *Interpersonalmente indefenso.* Debido al sentimiento de vulnerabilidad y desprotección, suplicará a los demás que le cuiden y protejan; temiendo el abandono y la deserción, no sólo actuará de forma arriesgada, sino que buscará o exigirá garantías de afecto, constancia y dedicación.

**2. Nivel fenomelógico**

(F) *Cognitivamente pesimista.* Presenta actitudes derrotistas y fatalistas en casi todo, ve la cara más negra de las cosas y espera siempre lo peor; se siente abrumado, desanimado y triste, e interpreta los acontecimientos presentes de la manera más desoladora, desesperándose porque las cosas nunca mejorarán en el futuro.

(E) *Autoimagen inútil.* Se juzga como insignificante, sin valor tanto para él como para los otros, inútil e incapaz de aspiración alguna; improductivo, estéril, impotente, se considera inconsecuente y censurable, cuando no despreciable, persona que deberían criticarse y descualificarse, además de sentirse culpable por no poseer rasgos o logros loables.

(E) *Representaciones objetales abandonadas.* Parece desechar las representaciones internalizadas del pasado como si las experiencias tempranas de la vida se hubieran agotado o debilitado, o estuvieran vacías de su riqueza y elementos alegres, o ausentes de la memoria, dejándole a uno abandonado, privado de felicidad y descartado, terminado y desierto.

**3. Nivel intrapsíquico**

(F) *Mecanismo de ascetismo.* Comprometido en actos de autonegación, autocastigo y autovejación, cree que debe hacer penitencia y privarse de los placeres de la vida; no sólo rechaza el disfrute, sino que hace juicios muy duros sobre mí mismo, con posibles actos autodestructivos.

(E) *Organización disminuida.* Un andamiaje para las estructuras morfológicas muy débil, con métodos de afrontamiento endebles y estrategias defensivas empobrecidas, vacías y desprovistas de vigor y atención, que provocan una disminución de la capacidad, por no decir que la agotan, para iniciar la acción y regular el afecto, el impulso y el conflicto.

**4. Nivel biofísico**

(E) *Estado de ánimo melancólico.* Típicamente apenado, desanimado, con llanto fácil, triste y arisco; característicamente preocupado y cavilador; el malhumor y el estado disfórico raras veces remiten.

Hoja para uso exclusivo del Clínico		código: _____
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tipo de diagnóstico:</b> Síndromes clínicos del Eje I-DSM-IV-R (señale con un círculo los 3 que más se identifiquen en este paciente: señalando el 1 para el más acusado, etc.)</li> </ul>		
— Trastornos de ansiedad	1	2
— Trastornos somatomorfos	1	2
— Trastorno bipolar	1	2
— Trastorno distímico	1	2
— Dependencia del alcohol	1	2
— Dependencia de otras sustancias	1	2
— Trastorno por estrés postraumático	1	2
— Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (o Pensamiento Psicótico)	1	2
— Trastorno depresivo mayor	1	2
— Trastorno delirante	1	2
— Otros: Si cree que su diagnóstico no queda recogido claramente en las anteriores categorías puede ponerlo aquí:	1	2
<b>SEVERIDAD DE LOS SÍNDROMES</b> (rellene los círculos)		
LIGERA (Síntomas presentes pero modestos y ocasionales)	O	O
MEDIANA (Subsíndrome: el tratamiento es visto como opcional)	O	O
SÍNDROME (Se justifica el diagnóstico de síndrome clínico)	O	O
SÍNDROME ACUSADO (Síntomas clínicos serios y prolongados)	O	O
SÍNDROME GRAVE (Síntomas intensos y disfuncionales)	O	O
<b>SEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO</b>		
ALTA	O	O
MEDIA	O	O
BAJA	O	O
<b>SEÑALE SI EL PACIENTE ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL:</b>	SI	NO
<b>DURACIÓN</b> del síndrome evaluado como 1. Rodee con un círculo:		
A. menos de 1 semana	D. 3-12 meses	G. Periódico de 3 a 7 años
B. 1-4-semanas	E. Periódico de 1 a 3 años	H. Continuo de 3 a 7 años
C. 1-3-meses	F. Continuo de 1 a 3 años	I. Más de 7 años.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tipo de diagnóstico:</b> Aunque haya diagnosticado el Eje I, señale también, por favor, los Trastornos de personalidad —o Rasgos clínicos más acusados— del Eje II –DSM-IV-R (señale con un círculo los 3 que más se identifiquen en este paciente: señalando el 1 para el más acusado, etc.).</li> </ul>		
— Trastorno esquizoide	1	2
— Trastorno por evitación	1	2
— Trastorno depresivo	1	2
— Trastorno por dependencia	1	2
— Trastorno histriónico	1	2
— Trastorno narcisista	1	2
— Trastorno antisocial	1	2
— Trastorno agresivo (sádico)	1	2
— Trastorno obsesivo-compulsivo	1	2
— Trastorno negativista (pasivo-agresivo)	1	2
— Trastorno autodestructivo	1	2
— Trastorno esquizotípico	1	2
— Trastorno límite	1	2
— Trastorno paranoide	1	2
<b>SEVERIDAD TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</b> (rellene los círculos)		
RASGO (Rasgos de personalidad bien definidos pero dentro de la normalidad)	O	O
ESTILO (Configuración de rasgos subclínicos ocasionalmente desadaptativos)	O	O
TRASTORNO (Rasgos problemát. que justifican el diagnóstico de T. Personalid.)	O	O
TRASTORNO ACUSADO (Características clínicas severas y desadaptativas)	O	O
TRASTORNO GRAVE (Síntomas crónicos, intensos, muy graves)	O	O
<b>SEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO</b>		
ALTA	O	O
MEDIA	O	O
BAJA	O	O

## APÉNDICE C: PUNTUACIONES DE PREVALENCIA ESPAÑOLAS

Tabla de transformación a puntuaciones de prevalencia (PREV) de la escala X (varones y mujeres)

PD en escala X	PREV	PD en escala X	PREV
0-38	0	95-96	52
39	1	97	53
40	2	98-99	54
41	3	100	55
42	4	101-102	56
43	5	103	57
44	6	104-105	58
45	7	106	59
46	8	107	60
47	10	108-109	61
48	11	110	62
49	12	111-112	63
50	13	113	64
51	14	114-115	65
52	15	116	66
53	16	117-118	67
54	17	119	68
55	18	120-121	69
56	19	122	70
57	20	123	71
58	21	124-125	72
59	22	126	73
60	23	127-128	74
61	24	129-130	75
62	25	131-132	76
63	27	133-134	77
64	28	135-136	78
65	29	137-138	79
66	30	139-140	80
67	31	141-142	81
68	32	143-144	82
69	33	145-146	83
70	34	147-148	84
71	35	149-151	85
72-73	36	152-153	86
74	37	154-155	87
75-76	38	156-157	88
77	39	158-160	89
78	40	161-162	90
79-80	41	163-164	91
81	42	165-166	92
82-83	43	167-169	93
84	44	170-171	94
85-86	45	172-173	95
87	46	174-176	96
88-89	47	177-178	97
90	48	179-180	98
91-92	49	181-182	99
93	50	183 o más	100
94	51		

Tabla de transformación a puntuaciones de prevalencia (PREV). Varones de población española

PD	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z	PD	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	8	9	8	7	3	6	9	7	3	7	12	12	9	10	15	17	10	10	15	15	12	9	12	60	0	35	1	
2	15	17	15	13	6	12	17	15	6	13	24	24	24	17	20	30	31	20	20	30	30	24	17	24	64	0	37	2
3	23	26	23	20	9	18	26	22	9	20	36	26	30	45	46	30	30	45	45	36	36	26	36	68	7	40	3	
4	30	34	30	27	12	24	34	30	13	27	48	48	34	40	60	60	40	40	60	60	48	34	48	71	14	42	4	
5	38	43	38	33	15	30	43	38	16	33	60	60	43	50	68	62	50	50	64	63	60	43	60	75	21	44	5	
6	45	51	45	40	18	36	51	45	19	40	62	62	51	60	75	64	60	60	68	65	62	51	62	77	28	47	6	
7	53	60	53	47	21	42	60	52	22	47	63	63	60	62	78	65	63	62	71	68	64	60	63	78	35	49	7	
8	60	62	60	53	24	48	62	60	25	53	64	64	62	64	80	67	66	64	75	70	65	64	65	80	39	51	8	
9	63	64	64	60	27	54	63	62	28	60	65	65	63	66	83	68	69	66	77	73	66	68	67	82	44	54	9	
10	65	66	68	62	30	60	65	64	32	62	66	66	65	68	85	69	72	68	78	75	67	71	68	83	48	56	10	
11	68	68	68	71	64	33	62	67	65	35	63	67	67	67	69	88	71	75	70	80	77	68	75	70	85	53	59	11
12	70	69	75	66	36	63	68	66	38	65	68	68	71	71	91	73	78	71	82	79	69	78	72	90	57	61	12	
13	73	71	76	69	39	65	70	67	41	66	69	69	70	73	94	75	82	73	83	81	70	82	73	95	62	63	13	
14	75	73	77	71	42	67	72	68	44	68	70	70	72	75	97	80	85	74	85	83	71	85	75	100	66	66	14	
15	77	75	78	73	45	68	73	69	47	69	71	71	73	76	100	85	93	75	91	85	72	88	80	105	71	68	15	
16	79	77	79	75	48	70	75	70	51	71	72	72	75	78	103	100	100	80	97	91	73	92	85	110	75	70	16	
17	81	79	81	77	51	72	78	71	54	72	73	73	76	79	106	115	108	85	103	97	74	95	89	115	80	73	17	
18	83	81	82	79	54	73	80	72	57	74	74	73	78	80	109	115	95	109	103	75	98	94	85	75	18	18		
19	85	83	83	81	57	75	83	73	60	75	75	74	79	81	112	105	115	109	85	102	98	90	77	19	19			
20	100	85	84	83	60	78	85	74	68	78	85	75	81	83	115	115	115	100	105	102	95	79	20	20				
21	115	93	85	85	68	82	95	75	75	80	115	85	82	84	115	115	115	108	106	100	81	21	21					
22	115	100	100	100	75	85	105	80	78	83	115	93	84	85	112	111	111	112	111	111	83	22	22					
23	115	108	115	115	80	91	115	85	80	85	95	101	85	93	115	115	115	109	85	102	98	90	77	19	23			
24	115	115	115	85	97	115	100	83	100	83	100	108	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
25						103		115	85	115		115	115	108		103	97	103	97	103	97	103	97	103	97	103	97	103
26						109		115						115		115	95	109	103	75	98	94						
27						115		115						115		115	115	115	108	106	100	81	21					
28						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
29						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
30						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
31						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
32						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
33						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
34						115								115		115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115

Tabla de transformación a puntuaciones de prevalencia (PREV). Mujeres de población española

BFI

PD	1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	Y	Z	PD
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	9	8	5	6	5	0	12	8	0	5	10	12	7	12	9	9	10	8	20	30	10	7	8	60	0	9	
2	17	15	10	12	9	6	24	15	0	11	20	24	13	24	17	17	20	15	40	60	20	13	15	63	6	18	
3	26	23	15	18	14	12	36	23	0	16	30	36	20	36	26	26	30	23	60	62	30	20	23	66	12	26	
4	34	30	20	24	18	18	48	30	5	22	40	48	27	48	34	34	40	30	63	63	40	27	30	69	18	35	
5	43	38	25	30	23	24	60	38	11	27	50	60	33	60	43	43	50	38	66	65	50	33	38	72	23	38	
6	51	45	30	36	28	30	62	45	16	33	60	61	40	61	51	51	60	45	69	66	60	40	45	75	29	40	
7	60	53	35	42	32	36	63	53	22	38	61	62	47	63	60	60	63	53	72	68	61	47	53	80	35	43	
8	62	60	40	48	37	42	65	60	27	44	63	63	53	64	75	65	66	60	75	69	63	53	60	85	40	45	
9	63	65	45	54	42	48	67	61	33	49	64	64	60	65	85	70	69	68	80	71	64	60	63	89	45	48	
10	65	70	50	60	46	54	68	63	38	55	65	65	63	67	88	75	72	75	85	72	65	62	65	93	50	50	
11	66	75	55	63	51	60	70	64	44	60	67	66	65	68	90	78	75	77	90	74	66	63	68	96	55	53	
12	68	76	60	66	55	62	72	65	49	62	68	67	68	70	93	80	78	78	95	75	68	65	70	100	60	55	
13	69	77	75	69	60	63	73	67	55	64	70	68	70	71	96	83	82	80	100	78	69	67	73	104	65	58	
14	71	78	76	72	62	65	75	68	60	66	71	69	73	72	99	85	85	82	105	80	70	68	75	108	70	60	
15	72	79	78	75	63	66	77	70	62	69	72	70	75	74	101	95	93	83	110	83	71	70	77	111	75	63	
16	74	80	79	78	65	68	79	71	64	71	74	71	76	75	104	105	100	85	115	85	73	72	79	115	80	65	
17	75	81	80	80	67	69	81	72	66	73	75	72	78	77	107	115	108	93	115	93	74	73	81	115	85	68	
18	78	82	81	83	68	71	83	74	68	75	78	73	79	79	110		115	100	115	100	75	75	83		89	70	18
19	82	83	83	85	70	72	85	75	69	77	82	74	81	81	112		108	115	108	80	80	85		93	73	19	
20	85	84	84	93	72	74	95	80	71	79	85	75	82	83	115		115	115	115	85	85	95		96	75	20	
21	100	85	85	100	73	75	105	85	73	81	100	78	84	85			115	115	95	105		100	77		21		
22	115	95	100	108	75	77	115	115	75	83	115	82	85	93					105	115			79		22		
23	115	105	115	115	80	79	115	115	80	85		85	95	100						115	115			81		23	
24	115	115	85	81	115	115	85	100		100	105	108											83		24		
25				83			115	90	115		115	115	115										85		25		
26				85			115					115											87		26		
27				90			115																89		27		
28				95																			91		28		
29				100																			94		29		
30				105																			96		30		
31				110																			98		31		
32				115																			100		32		
33																							100		33		
34																							34				

PD 1 2A 2B 3 4 5 6A 6B 7 8A 8B S C P A H N D B T R SS CC PP Y Z PD

## APÉNDICE D: RESPUESTAS LLAMATIVAS

**L**as respuestas llamativas o especiales se refieren a ítems que fueron contestados por el paciente sugiriendo problemas específicos en ciertas áreas que el clínico debe investigar e indagar más a fondo.

### **Preocupación por la salud**

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.

### **Alienación interpersonal**

10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.





8. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
7. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
8. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
3. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
9. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
2. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
9. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
5. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos
11. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
5. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia
7. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
74. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.

### Inestabilidad emocional

1. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
4. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
2. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
0. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
4. Últimamente he perdido los nervios.
7. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
3. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
7. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
6. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.

116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.

### **Potencial auto-destructivo**

24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
154. He intentado suicidarme.
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

### **Abuso en la infancia**

81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrió cuando era joven.
132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.

### **Trastornos de la alimentación**

121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association. (1986). *Guidelines for computer-based tests and interpretations*. Washington, DC: Autor.
- Ávila, A. y Jiménez, F. (1992). *Adaptación española del Inventory Multifásico de Personalidad de Minnesota -2- (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bagby, R. M., Gillis, J. R., Toner, B. B. y Goldberg, J. (1991). Detecting fake-good and fake-bad responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 496-498.
- Baldessarini, R. J., Finklestein, S. y Arana, G. W. (1983). The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Archives of General Psychiatry*, 40, 569-573.
- Bartsch, T. W. y Hoffman, J. J. (1985). A cluster analysis of MCMI profiles: More about taxonomy of alcoholic subtypes. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 707-713.
- Bryer, J., Nelson, B., Miller, J. y Krol, T. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Burisch, M. (1984). Approaches to personality inventory construction: A comparison of merits. *American Psychologist*, 39, 214-227.
- Buss, A. H. y Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. Nueva York: Wiley.
- Buss, A. H. y Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Butcher, J. N. (Ed.). (1972). *Objective personality assessment*. Nueva York: Academic Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1991). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Edición española: *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*, TEA Ediciones, 1996.

Butcher, J. N., Keller, L. S. y Bacon, S. F. (1985). Current developments and future directions in computerized personality assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 803-815.

Campbell, D. T. y Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.

Cantor, N. y Genero, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 233-256). Nueva York: Guilford Press.

Choca, J. P., Shanley, L. A. y Van Denburg, E. (1992). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*. Washington, DC: American Psychological Association. Edición española: Guía para la interpretación del MCMI. Paidos, 1998.

Choca, J. P. y Van Denburg, E. (1997). *Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)* (2.<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.

Craig, R. J. (Ed.). (1993). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory: A clinical research information synthesis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Craig, R. J., Verinis, J. S. y Wexler, S. (1985). Personality characteristics of drug addicts and alcoholics on the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 49, 156-160.

Dahlstrom, W. G. (1972). Whither the MMPI? En J. N. Butcher (Ed.). *Objective personality assessment* (pp. 85-116). Nueva York: Academic Press.

Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, 113 S. Ct. 278b (1993).

Davis, R. D. (1994). *Content hypothesis scales for the Millon Adolescent Clinical Inventory*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Miami.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc. Edición española: SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas*, TEA Ediciones.

Dorr, D. (1997). Integrating the MCMI and the Rorschach. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Dyer, F. J. (1997). Using the MCMI in forensic settings. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Epstein, S. (1979). The stability of behavior: I. On predicting most of the people much of the time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1097-1126.



- Epstein, S. (1983). Aggregation and beyond: Some basic issues on the prediction of behavior. *Journal of Personality*, 51, 360-392.
- Eysenck, H. J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. Nueva York: Praeger.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Flynn, P. y McMahon, R. (1997). MCMI applications in substance abuse. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.
- Gill, M. M. (1963). *Topography and systems in psychoanalytic theory*. Nueva York: International University Press.
- Gilligan, C. (1981). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldberg, L. R. (1972). Parameters of personality inventory construction and utilization: A comparison of prediction strategies and tactics. *Multivariate Behavioral Research Monographs*, No. 72-2.
- Gray, J. A. (Ed.). (1964). *Pavlov's typology*. Nueva York: Pergamon.
- Gray, J. A. (1973). Causal theories of personality and how to test them. En J. R. Royce (Ed.), *Multivariate analysis and psychological theory*. Nueva York: Academic Press.
- Green, C. J. (1982). The diagnostic accuracy and utility of MMPI and MCMI computer interpretative reports. *Journal of Personality Assessment*, 46, 359-365.
- Gynther, M. D., Burkhardt, B. R. y Hovanitz, C. (1979). Do face-valid items have more predictive validity than subtle items? The case of the MMPI Pd scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 295-300.
- Harris, R. E. y Lingoes, J. C. (1955). *Subscales for the MMPI: An aid to profile interpretation*. Mimeo-graphed materials, Department of Psychiatry, University of California at San Francisco.
- Hase, H. E. y Goldberg, L. R. (1967). Comparative validity of different strategies of deriving personality inventory scales. *Psychological Bulletin*, 67, 231-248.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1989). *Basic personality inventory (MMPI-2)*. Columbus, OH: Merrill/Prentice-Hall.
- Heilbrun, K. (1992). The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behavior*, 16, 257-272.
- Hempel, C. G. (1965). *Aspects of scientific explanation*. Nueva York: Free Press.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. E., Clayton, P. J., Keller, M. P., McDonald-Scott, M. A. y Larkin, B. H. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695-699.
- Hirschfeld, R. M. y Shea, M. T. (1992). Personality. En E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 185-194). Nueva York: Guilford Press.

Holden, R. R., Fekken, G. C. y Jackson, D. N. (1985). Structured personality test item characteristics and validity. *Journal of Research in Personality*, 19, 386-394.

Holden, R. R. y Jackson, D. N. (1979). Item subtlety and face validity in personality assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 459-468.

Horowitz, L. M., Post, D. L., French, R., Wallis, K. D. y Siegelman, E. Y. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.

Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N. y Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Horwitz, L. (1985). Divergent views on the treatment of borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49, 525-545.

Hsu, L. M. y Maruish, M. E. (1992). *Conducting publishable research with the MCMI-II: Psychometric and statistical issues*. Minneapolis: NCS Pearson.

Hyer, L. y Brandsma, J. (1997). MCMI assessment of PTSD. En T. Millon (Ed.), *The Millon Inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Hyer, L., Woods, M. G., Bruno, R. y Boudewyns, P. (1989). Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 547-552.

Jackson, D. N. (1970). A sequential system for personality scale development. En C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology* Vol. 2, pp. 61-92. Nueva York: Academic Press.

Jackson, D. N. y Messick, S. (1961). Aquiescence and desirability as response determinants on the MMPI. *Educational and Psychological Measurement*, 21, 771-790.

Kernberg, O., Selzer, M., Koeningsberg, H., Carr, A. y Applebaum, A. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Nueva York: Basic Books.

Kiesler, D. J. (1986). The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM-III personality disorders. En T. Millon y G. Klerman (Eds.), *Contemporary issues in psychopathology* (pp. 1-23). Nueva York: Guilford Press.

Kolitz, S. y Russell, B. (1997). Using the MCMI in neuropsychological evaluations. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Levy, S. (1987). Therapeutic strategy and psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 447-466.

Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports*, 3, 635-694.

- Loevinger, J. (1972). Some limitations of objective personality tests. En J. N. Butcher (Ed.), *Objective personality assessment* (pp. 45-58). Nueva York: Academic Press.
- Lumsden, E. A. (1987). The impact of shared items on the internal-structural validity of the MCMI. En C. Green (Ed.), *Conference on the Millon clinical inventories (MCMI, MBHI, MAPI)* (pp. 325-333). Minneapolis: NCS Pearson.
- Maruish, M. (Ed.). (1994). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Mayer, G. C. (1985). *An exploration of heterogeneity in an inpatient male alcoholic population using MCMI scales*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Utah, Salt Lake City.
- McCann, J. T. y Dyer, F. J. (1996). *Forensic assessment with the Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.
- McMahon, R. C. y Davidson, R. S. (1985). Transient vs. enduring depression among alcoholics in inpatient treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 317-328.
- McMahon, R. C. y Davidson, R. S. (1986). An examination of depressed vs. nondepressed alcoholics in inpatient treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 177-184.
- McMahon, R. C., Davidson, R. S. y Flynn, P. M. (1986). Psychological correlates and treatment outcomes for high and low social functioning alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 21, 819-835.
- Meehl, P. E. (1945). The dynamics of «structured» personality tests. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 296-303.
- Meehl, P. E. (1972). Reactions, reflections, projections. En J. N. Butcher (Ed.), *Objective personality assessment* (pp. 131-189). Nueva York: Academic Press.
- Meehl, P. E. (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 806-834.
- Millon, T. (1969/1983). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Filadelfia: Saunders (Reimpreso: Prospect Heights, IL: Waveland Press).
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: John Wiley.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: NCS Pearson.
- Millon, T. (1984). On the renaissance of personality assessment and personality theory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 450-466.

Millon, T. (1986a). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). Nueva York: Guilford Press.

Millon, T. (1986b). A theoretical derivation of pathological personalities. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-670). Nueva York: Guilford Press.

Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)* (2.<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: NCS Pearson. Edición española: MCMI-II. *Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II*, TEA Ediciones, 1998.

Millon, T. (1988). Personologic psychotherapy: Ten commandments for a posteclectic approach to integrative treatment. *Psychotherapy*, 25, 209-219.

Millon, T. (1990). *Toward a new personology*. Nueva York: John Wiley.

Millon, T. (Ed.). (1997a). *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Millon, T. (1997b, August). *Subtypes of the personality disorders*. Paper presented at the second annual conference on the Millon inventories, Vancouver, British Columbia.

Millon, T. y Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (rev. ed.). Nueva York: John Wiley.

Millon, T., Green, C. J. y Meagher, R. B., Jr. (1982). *Millon Behavioral Health Inventory manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: NCS Pearson.

Millon, T. y Klerman, G. (Eds.). (1986). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford Press.

Millon, T. y Millon, C. (1997). The MCMI: History, theory, & validation. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*. Nueva York: Guilford Press.

Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) manual*. Minneapolis: NCS Pearson. Edición española: *Inventario Clínico de Millon para Adolescentes*, TEA Ediciones, 2004.

Millon, T., Weiss, L., Millon, C. y Davis, R. D. (1994). *Millon Index of Personality Styles (MIPS) Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation. Edición española: *Inventario Clínico Millon de Estilos de Personalidad*, TEA Ediciones, 2001.

Moreland, K. L. y Onstad, J. A. (1987). Validity of Millon's computerized interpretation system for the MCMI: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 113-114.

Neimeyer, G. (1987). Personal construct assessment, strategy, and technique. En R. Neimeyer y G. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook* (pp. 20-36). Nueva York: Springer.



Nerviano, V. J. (1976). Common personality patterns among alcoholic males: A multivariate study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 104-110.

Norman, W. T. (1972). Psychometric considerations for a revision of the MMPI. En J. N. Butcher (Ed.), *Objective personality assessment* (pp. 59-84). Nueva York: Academic Press.

Quine, W. V. (1977). Natural kinds. En S. P. Schwartz (Ed.), *Naming, necessity, and natural groups*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Rapaport, D. (1959). The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt. En S. Kock (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Nueva York: McGraw-Hill.

Reich, J., Noyes, R., Coryell, W. y O'Gorman, T. W. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. *American Journal of Psychiatry*, 143, 760-763.

Retzlaff, P. D. (1995). *Tactical psychotherapy of the personality disorders: An MCMI-III-based approach*. Boston: Allyn y Bacon.

Retzlaff, P. D. (1996). MCMI-III diagnostic validity: Bad test or bad validity study? *Journal of Personality Assessment*, 66, 431-437.

Retzlaff, P. D., Sheehan, E. P. y Fiel, A. (1991). MCMI-II report style and bias: Profile and validity scales analyses. *Journal of Personality Assessment*, 56, 478-486.

Rorer, L. G. y Dawes, R. M. (1982). A base rate bootstrap. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 419-425.

Rosario, T. J. (1987). *An investigation of heterogeneity through personality assessment in a male impatient alcoholic population*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Miami, Coral Gables, FL.

Rosen, A. (1962). Development of the MMPI scales based on a reference group of psychiatric patients. *Psychological Monographs*, 76 (8). No. 527.

Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.

Sandberg, M. L. (1987). Is the ostensive accuracy of computer interpretative reports a result of the Barnum effect? A study of the MCMI. En C. Green (Ed.), *Conference on the Millon clinical inventories (MCMI, MBHI, MAPI)* (pp. 155-164). Minneapolis: NCS Pearson.

Sechrest, L. (1963). Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 153-158.

Shapiro, T. (1989). Psychoanalytic classification and empiricism with borderline personality disorder as a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 187-194.

Shea, M. T., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Watkins, J. y Docherty, J. P. (1987). Frequency and complications of personality disorders in a sample of depressed out-patients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 27-42.

- Skinner, H. A. (1986). Construct validation approach to psychiatric classification. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 307-330). Nueva York: Guilford Press.
- Skinner, H. A. y Pakula, A. (1986). Challenge of computers in psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 44-50.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma y J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tringone, R. (1997). The Millon Personality Diagnostic Checklist. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories*, Nueva York: Guilford Press.
- Van Gorp, W. G. y Meyer, R. G. (1986). The detection of faking on the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). *Journal of Clinical Psychology*, 42, 742-747.
- Weiner, I. B. y Exner, J. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56 (3), 453-465.
- Westen, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 11, 211-230.
- Wiggins, J. S. (1969). Content dimensions in the MMPI. En J. N. Butcher (Ed.), *MMPI: Research developments and clinical applications*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Wiggins, J. S. (1973). *Personality and prediction: Principles of personality assessment*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behaviour in clinical psychology. En P. Kendall y J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp.183-222). Nueva York: John Wiley.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson, E. O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wrobel, T. A. y Lachar, D. (1982). Validity of the Weiner subtle and obvious scales for the MMPI: Another example of the importance of inventory-item content. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 469-470.