

ARTÍCULOS

Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora

Personality disorders according to millon's personality model: an integrative approach

VIOLETA CARDENAL¹
M.^a PILAR SÁNCHEZ¹
MARGARITA ORTIZ-TALLO²

RESUMEN

Se presentan en este artículo las líneas fundamentales que guían el modelo de estilos de personalidad y de trastornos de personalidad de Theodore Millon: la utilización de una perspectiva teórica integradora, su insistencia en el continuo "normalidad/patología" y la incorporación de los principios de la Teoría de la Evolución. Se analiza también su propuesta multiaxial en la que cobra relieve la dinámica interactiva que se establece entre los distintos ejes, con especial atención al papel preponderante del Eje II, de Trastornos de personalidad, en la génesis, determinación o al menos precipitación de los síndromes clínicos del Eje I, más transitorios y transversales.

Se completa esta breve exposición con las características del instrumento de evaluación MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) del que disponemos de adaptación española a cargo de las autoras, así como de algunas de las orientaciones principales para el tratamiento psicológico.

¹ Universidad Complutense de Madrid.

² Universidad de Málaga

ABSTRACT

In this paper, we present the main lines driving Theodore Millon's model of personality styles and personality disorders –an integrative theoretical perspective, the author's insistence on the continuum normality-pathology and the incorporation of the principles of the Theory of Evolution. His multi-axial proposal is also analyzed, in which the interactive dynamics established between the diverse axes are underscored with special attention to the outstanding role of Axis II, Personality Disorders, in the genesis, determination, or at least precipitation of Axis I clinical syndromes –of a more transient and cross nature.

This brief account is completed with a description of the characteristics of the instrument –the MCMI-III (Millon Clinical Multi-axial Inventory). The Spanish adaptation by the authors is available as well as a number of relevant guidelines for psychological treatment.

PALABRAS CLAVE

Trastorno, Personalidad, Multiaxial, Evolución, Integradora.

KEY WORDS

Personality disorder, Multi-axial, Theory evolution, Integrative approach.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL MODELO DE PERSONALIDAD DE THEODORE MILLON

“En su forma actual, puede decirse que la teoría de Theodore Millon es la teoría de la personalidad más comprensiva que se ha desarrollado nunca”. Esta frase no pertenece a la solapa de ningún libro o test de Millon. Por supuesto, su autor no es tampoco el propio Millon. Fue escrita en 1999, en las páginas del *Journal of Personality Assessment*, que dedicaba un número monográfico a la evolución del modelo en los 30 años anteriores a esa publicación, mediante el análisis de distintos autores que conocían y habían utilizado el modelo y los instrumentos de medida de la personalidad derivados de él.

Naturalmente, no todo el mundo está de acuerdo con esa visión tan positiva del trabajo de Millon, y a lo largo de estos años se han publicado críticas, puntualizaciones, matizaciones, etc. Pero la frase expresa ese entusiasmo que muchos autores y profesionales del estudio del comportamiento humano sienten por el modelo y los instrumentos de medida de Millon. ¿Ese entusiasmo está basado en la realidad? El de Millon es un modelo complejo y lleno de matices; es difícil resumirlo en unas pocas páginas. Este trabajo se propone ofrecer una visión lo más clara posible de algunos de los aspectos del modelo integrador sobre la personalidad y los trastornos de Theodore Millon. Se expondrán en primer lugar algunos puntos centrales de su

teoría para concretar en los siguientes apartados sus aportaciones sobre los trastornos de personalidad, evaluación y tratamiento.

Si hubiera que escoger unos pocos aspectos fundamentales propuestos por Millon, probablemente éstos serían los más significativos:

1. La utilización de una perspectiva teórica integradora
2. Su insistencia en el continuo “normalidad/patología”
3. La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

La utilización de una perspectiva teórica integradora

Efectivamente, *la integración* es una de las características básicas del modelo de Millon. La integración, por ejemplo, entre *la estructura* y *la dinámica* de la personalidad. Nos interesa mucho conocer la estructura básica de la persona, pero también su dinámica, su cambio; ambas cosas son imprescindibles para entender su funcionamiento. De la misma forma en que es necesaria la integración entre la *perspectiva nomotética* (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc.), es decir, se interesa por la generalización) y *la perspectiva idiográfica* (que centra su atención en las diferencias individuales, enfatizando

que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales).

Precisamente, esta concepción integradora se plasma en la propuesta de una serie de *estilos o prototipos*, que son esencialmente nomotéticos, puesto que incorporan constructos desarrollados por la teoría de la evolución (las polaridades), a los que Millon añade un rango de *subtipos* de personalidad, fruto de un estudio más específico e idiográfico.

Integración también entre *diferentes modelos teóricos* y *diferentes perspectivas de intervención*. Entre los primeros, el mismo Millon cita las bipolaridades de “Los tipos psicológicos de Jung” (Externa/Interna, Tangible/Intangible, Intellecto/Afecto), más centradas en los aspectos más cognitivos de la personalidad; el modelo interpersonal de Leary; el sistema clasificatorio del DSM; el “Proyecto para una psicología científica” de Freud; la sociobiología de Wilson y la combinación de la teoría evolucionista con la teoría de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss. Distintas y dispares perspectivas a las que Millon sabe dotar de coherencia, sabe “encajar” unas con otras de forma adecuada.

Por otra parte, esos diferentes enfoques no se limitan sólo a la teoría, sino también al encaje entre diferentes perspectivas de intervención, que Millon aconseja proponer para cada caso concreto; una inter-

vención específica, que puede provenir de diferentes modelos de tratamiento.

Pero esta insistencia en la integración de diferentes perspectivas nada tiene que ver con el *eclecticismo*, al menos si se entiende éste como el producto de beber de diferentes fuentes para producir un resultado compatible con diferentes enfoques teóricos que, además, sea aceptable para clínicos de orientación diversa. El enfoque integrador de Millon se caracteriza por la constante búsqueda de coherencia teórica a partir de principios universales, comunes a todas las ciencias, lo que le permite no renunciar a lo que de valioso tengan las tradiciones teóricas anteriores.

Su insistencia en el continuo “normalidad/patología”

En el modelo de Millon, se entienden la “*normalidad*” y la “*patología*” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas (Millon, 2002). No hay una línea divisoria tajante entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es que las personalidades “normales” son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con

trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas.

Así, se entiende por *Personalidad normal* los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Los *Trastornos de Personalidad* son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual.

Es decir, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque:

- Tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa.
- Las percepciones sobre sí mismo y su entorno son fundamentalmente constructivas.
- Los estilos característicos de su conducta son promotores de salud.

Mientras que la personalidad con trastornos:

- Afronta las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas.
- Tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes.

- Los patrones de conducta predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud.

Esta concepción permite establecer unos criterios relacionados con la presencia de un patrón de personalidad con trastornos:

- a) Escasa flexibilidad adaptativa, que refleja tendencia consistente en relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican de forma siempre igual.
- b) Tendencia a crear círculos viciosos, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique.
- c) Labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

La continuidad entre normalidad y patología permite estudiar:

- Las maneras en las que las personalidades sanas y las patológicas son similares y diferentes,
- El proceso de desarrollo de los trastornos,
- Y, sobre todo, cómo los indivi-

duos con trastornos pueden ser ayudados para conseguir un funcionamiento saludable.

Esta continuidad entre normalidad y trastornos se refleja desde luego, también, en la propia construcción de los instrumentos de evaluación que tienen que ver con su modelo, de tal forma que Millon construye tests para ambos tipos de personalidad; por ejemplo, el MIPS como Inventario de Estilos para Personalidad normal (Millon, 1994) -adaptación española de Sánchez, Díaz y Aparicio (2001)-, y el MCMI-III como Inventario Clínico Multiaxial (Millon, 1997) -adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007)-. Otro ejemplo de evaluación de la personalidad en adolescentes es el MAPI (Millon Adolescent Personality Inventory) (Millon, Green y Meagher, 1982a), para personalidad normal, por un lado, y el MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory) (Millon, 1993) para población adolescente clínica, del que escribe adaptación española. Millon ha desarrollado también otros dos instrumentos de evaluación, el MBHI (Millon Behavioral Health Inventory) (Millon, Green y Meagher, 1982b) y el MBMD (Millon Behavioral Medicine Diagnosti) (Millon, Antoni, Millon y Davis, 1997).

Cabe destacar, dentro del *continuum* de normalidad-patología que expone Millon, el concepto de Estilo y la importancia de los Prototipos a la hora de conceptualizar los trastornos de personalidad (Millon, 2002). Así, a lo largo de una dimen-

sión se diferencian las reacciones y respuestas de la persona, los síndromes que presenta y sus rasgos de personalidad (Strak y Millon, 2007).

La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

Los principios explicativos que emplea Millon son esencialmente los mismos que los de Darwin: en vez de utilizarlos para explicar el origen de las especies, Millon los emplea para explicar la estructura y la dinámica de los Estilos de Personalidad. El “complejo de adaptaciones y estrategias” de la ecología evolutiva es el equivalente biológico de los estilos de personalidad. La Personalidad se concibe, entonces, como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su ambiente.

Esa personalidad está constituida por los constructos bipolares, que provienen de cuatro principios evolutivos básicos, como se representa en el cuadro 1.

Por tanto, la teoría de la evolución es la base que utiliza Millon para definir su modelo de la personalidad desde un nivel estructural y funcional, utilizando tres polaridades psíquicas (Millon y Grossman, 2006). Este punto es clave a la hora de desarrollar la propuesta de los trastornos de personalidad y la Terapia Personológica de los mismos, que

Cuadro 1. Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructos bipolares del modelo de Millon (1998)

PRINCIPIO EVOLUTIVO/ ECOLÓGICO	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	CONSTRUCTO BIPOLAR
Existencia	Potenciación de la vida Preservación de la vida	Placer- Dolor
Adaptación	Modificación ecológica Acomodación ecológica	Actividad- Pasividad
Replicación	Individualidad Cuidado de la prole	Si mismo-Otros
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones	Externa-Interna Tangible-Intangible Intelecto-Afecto Asimilación- Imaginación

desarrollaremos en el siguiente apartado.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Sin lugar a dudas, el área donde Millon ha realizado mayores aportaciones ha sido y es en el estudio de los Trastornos de Personalidad.

Hay dos momentos importantes en su obra que marcan etapas cru-

ciales en la formulación de sus teorías:

- En 1969 Millon publica *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*, donde presenta el Modelo Biosocial exponiendo sus primeras conceptualizaciones sobre los trastornos de personalidad (Millon, 1969/1976; Millon, 1981a; Millon y Everly, 1985/1994).
- Y en 1990, el autor (Millon, 1990; Millon y Davis, 1995/

1998; Millon y Escovar, 1999) desarrolla el Modelo Bioevolutivo, una segunda propuesta de los trastornos de personalidad que completa y encuadra sus aportaciones anteriores dentro la teoría de la evolución.

Las repercusiones de estas dos obras se ilustran en los apartados siguientes.

Naturaleza interactiva del sistema multiaxial

Es a partir de la década de los 70 con esta publicación de 1969 cuando Millon logra gran influencia en la APA (American Psychiatric Association) quien le incluye en su comité, encargándole oficialmente la conceptualización de los trastornos de personalidad que culmina con la propuesta del Eje II del DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM-) en 1980.

Este sistema multiaxial que arranca con el DSM-III, ofrece la posibilidad de establecer diagnósticos de comorbilidad con los síndromes clínicos del Eje I y que habían sido hasta ese momento el diagnóstico principal de las "enfermedades mentales". Se introduce, realmente, en esta clasificación una apuesta por la personalidad, otorgando importancia a las diferencias individuales que habían estado soslayadas en las clasificaciones anteriores (el DSM-II recogía los trastornos de personalidad pero como una mera

categoría nosológica más dentro del espectro de los síndromes). Así, lo que contaba antes era el conjunto de síntomas, el "síndrome" que padecía el paciente, cualquier paciente, sin detenerse en su idiosincrasia. Lo relevante era atender a las descripciones de la depresión, por ejemplo: la melancolía, la tristeza, la pérdida de apetito, los trastornos del sueño, etc. Y así para cualquier síndrome.

Pero la evaluación multiaxial rescata y defiende que lo verdaderamente significativo es la personalidad, donde se están produciendo esas conductas patológicas, de manera que hemos de "contextualizar" el síndrome y dotarle de sentido a través de la comprensión global de la persona que está sufriendo esos síntomas.

Esta concepción tiene grandes implicaciones en el tratamiento psicológico: será muy diferente tratar de curar los síntomas de una depresión en una mujer que ha perdido a su pareja por excesiva dependencia hacia él que en otra persona que no es capaz de relacionarse e implicarse afectivamente -aunque nos refiramos a las mismas conductas depresivas-. Tendremos que acudir inexcusablemente al conocimiento del estilo o trastorno de personalidad de ese paciente que está propiciando la aparición de la "conducta-problema" que es simplemente la punta del iceberg.

Por consiguiente, y a pesar de las muchas críticas dirigidas contra los sistemas de clasificación de los tras-

tornos mentales en general y contra el sistema DSM en particular, desde la publicación del DSM-III en 1980, los trastornos de personalidad se han convertido en referencia inevitable para los psicólogos y psiquiatras de todo el mundo, hasta el punto de que en tan sólo unos 22 años en las bases de datos de Psicología se encuentran registrados más de 8.000 escritos especializados (artículos, capítulos de libros, libros, etc.) que de un modo u otro han tratado cuestiones relativas a estos trastornos. Lo mismo ocurre con la psiquiatría, pues durante el mismo período aparecen registradas en las bases de datos de medicina más de 8.300 referencias sobre los trastornos de personalidad (Quiroga, 2005).

Podemos decir, además, que se ha posibilitado un lenguaje común entre los distintos profesionales de la salud que disponen ahora de unos conceptos compartidos para entender el complejo mundo psicológico del ser humano. Por tanto, el hecho de tener una sistematización de contenidos, una nosología, más que ser un reduccionismo como algunos quieren hacer creer, es un gran avance en una de las ciencias (la Psicología) donde ha brillado el personalismo e individualismo de algunos de sus autores, plasmado a través de sus particulares teorías, más que una auténtica búsqueda del estudio completo de la persona reflejado en el esfuerzo por comparar hipótesis de trabajo, conceptos y modelos de consenso.

Por tanto, el área de los trastornos de personalidad disfruta ahora

de un interés científico mundial. El desarrollo del “Journal of Personality Disorders” y The International Society for the Study of Personality Disorders ilustran la importancia que se le ha dado a estos síndromes, como componente significativo de los trastornos mentales. Estos dos foros principales informan y reflejan el renacimiento de las teorías de personalidad y de su evaluación, que comenzaron a finales de los 70 y en los 80 (Millon y Everly, 1985/1994; Millon, 1990) y continúa hoy día.

Así, el modelo multiaxial se ha establecido, específicamente, como señala el propio Millon (1997), para promover las concepciones integradoras de los síntomas manifiestos de un individuo en términos de la interacción entre estilos arraigados de afrontamiento y estresores psicosociales. Por otro lado, no hay que perder de vista la influencia de los factores socioculturales sobre los estilos y trastornos de personalidad, pues su interacción con la personalidad pueden producir la retroalimentación y potenciación de determinados rasgos patológicos (Millon y Grossman, 2005a).

Nuestra labor como clínicos consiste en recapitular la progresión histórica dentro de la persona individual, para conseguir una concepción de la psicopatología de cada paciente que no simplemente diagnostique o documente los trastornos del Eje I, sino que integre estos trastornos manifiestos en el contexto más amplio del estilo individual de percibir, pensar, sentir y compor-

tarse. El proceso interpretativo puede describirse a través de varios niveles u órdenes que faciliten dichas interpretaciones integradas, como se expondrá en el apartado de Instrumentos de evaluación.

Además, Millon (1997) afirma que el movimiento hacia el integracionismo en la concepción de la enfermedad es un hecho empírico histórico, ilustrado por la evolución de las ciencias de la salud a través de dos revoluciones paradigmáticas, ninguna de las cuales se ha completado en la psicopatología (Millon, 2005). Las series de círculos concéntricos en la Figura 1 representan los cambios que han acontecido en la medicina a lo largo del siglo pasado.

El autor establece un paralelismo con la Psicopatología y añade los posibles síndromes y trastornos psicológicos descritos en el DSM que se asemejan a las distintas enfermedades y síntomas físicos en cuanto al nivel de implicación de los agentes externos y de la propia persona en la causa de la enfermedad.

Como muy bien explica Millon (Millon y Davis, 1998):

“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

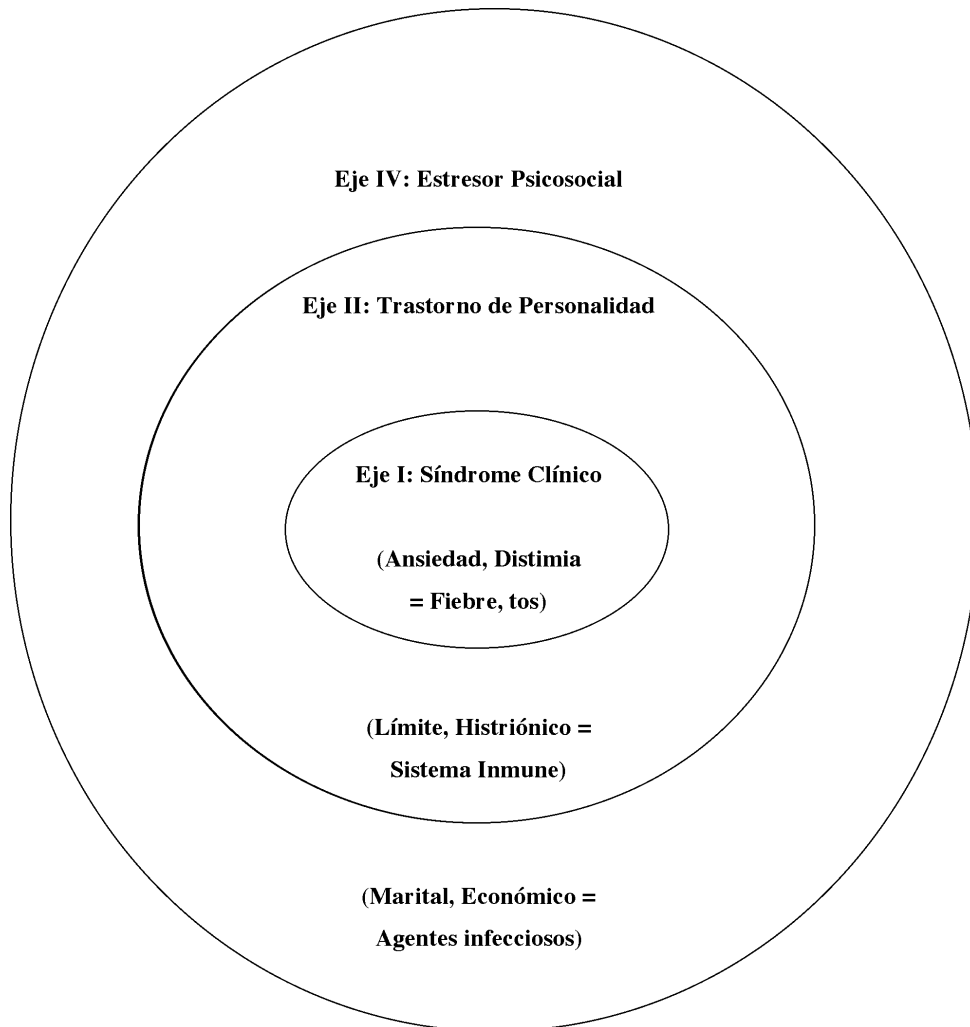
la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo -aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicossocial- es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad” (Pág. 191).

Modelo Evolutivo

Con la segunda publicación de 1990 a la que hacíamos referencia al principio del apartado 2, los contenidos sobre los que se basa la comprensión y estudio de los trastornos de personalidad ya no se centran principalmente en los principios comportamentales del refuerzo y el condicionamiento (Millon, 1969/1983, 1981; Millon y Everly, 1985); en vez de eso se sustentan ampliamente y firmemente en una teoría evolutiva (Millon, 1990; Millon y Davis, 1998).

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

Figura 1. Naturaleza interactiva del Sistema Multiaxial (Millon y Davis, 1998)



ción personal (otros versus self/uno mismo).

Así, estas tres polaridades básicas (placer-dolor, pasivo-activo, otro-sí mismo) se emplean para construir un sistema de clasificación

de los trastornos de personalidad basado en la teoría. Y se intenta explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica o de estrategia reproductiva deficientes, desequilibrados o conflictivos.

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, la personalidad esquizoide tiene un sustrato defectuoso tanto para el placer como para el dolor). Las personalidades *interpersonalmente desequilibradas* tienden fuertemente a uno u otro extremo de una polaridad (por ejemplo, la persona con rasgos dependientes se orienta casi exclusivamente hacia la recepción del apoyo y el cuidado de los otros). Las personalidades con *conflictos intrapsíquicos* presentan ambivalencia y se debaten entre extremos opuestos de una bipolaridad (por ejemplo, el estilo negativista vacila entre cumplir las expectativas de los demás y hacer lo que él o ella quisiera) (Millon y Davis, 1998; Millon y Grossman, 2005b).

Características clínicas y focos de observación

Hasta ahora en los apartados anteriores, se han expuesto dos ideas principales en la consideración de los trastornos de personalidad por parte de Millon:

- a) Una filosofía multiaxial en la que cobra relieve la dinámica

interactiva que se establece entre los distintos ejes, con especial atención al papel preponderante del Eje II en la génesis, determinación o al menos precipitación de los síndromes clínicos más transitorios y transversales.

- b) La posibilidad de utilizar el marco de la teoría evolutiva para operacionalizar los constructos de personalidad y sus trastornos a partir de las polaridades fundamentales que ya se describieron.

Puede esquematizarse, por tanto, 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.

Por tanto, en este tercer epígrafe, vamos a señalar otra aportación fundamental del autor: la consideración de la personalidad como un constructo multideterminado y multirreferencial.

Se podría decir que esta tercera aportación de Millon trata de descender a un nivel de mayor concreción a la hora de definir los trastornos de personalidad. De acuerdo con su planteamiento integrador y, coherentemente, con la adscripción de las polaridades, da un paso más y destaca los niveles y ámbitos de observación que deben ser tenidos en

cuenta en un proceso de evaluación que abarque a la persona de la forma más completa y global posible.

Por tanto, es una preocupación constante del autor que no se desmenuce, que no se divida el comportamiento humano en compartimentos moleculares que pierdan el significado final de la acción humana. Es prioritario que se consiga un equilibrio entre los objetivos lícitos de una investigación rigurosa y analítica y una formulación final de los hallazgos que ofrezca una guía general, amplia y unificadora para seguir caminando hacia formulaciones integradoras.

Las tres polaridades fundamentales que se han señalado conforman

los cimientos, basados en el extenso marco de una teoría evolutiva, que trasciende 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, expresándose a través de varios ámbitos clínicos (Millon y Davis, 1997).

Así, la perspectiva integradora defendida por Millon considera la

Cuadro 2. Ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad (Millon y Davis, 1998)

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

personalidad como un constructo multideterminado y multirreferencial que puede ser estudiado y evaluado adecuadamente a través de una gran variedad de áreas de contenido, de múltiples esferas psicológicas, si dicha evaluación pretende tener validez de contenido.

En el cuadro 2 se muestra un resumen de los principales niveles y focos de observación que deben tenerse en cuenta en un análisis de los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad.

Para Millon (Millon y Davis, 1998), esta diferenciación refleja los cuatro enfoques históricos que caracterizan el estudio de la psicopatología. Estas estructuras y funciones unen al organismo en una entidad coherente. 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 aproximan a cada prototipo de personalidad, sino también en el grado en el que las restricciones en cada ámbito moldean su comportamiento general así como en la peculiar forma de expresión de cada persona.

Por tanto, Millon define a cada trastorno de la personalidad en estos ocho ámbitos distintos: comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cogniti-

vo, mecanismos de defensa, autoimagen, representaciones objetales, organización morfológica y estado de ánimo-temperamento. En definitiva, esta propuesta abarca diversas perspectivas psicológicas y considera que, aunque todas ellas son importantes y necesarias en el estudio de la personalidad, ninguna de ellas es suficiente por sí sola ni es la mejor.

El propósito de la terapia debe ser relajar estas restricciones, permitiendo al sistema asumir una mayor variedad de estados o de comportamientos adaptativos a través de las situaciones.

Evaluación con el MCMI-III y su adaptación en España

El MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) (Millon, 1997) es un instrumento multiaxial, derivado de un modelo integrado de la psicopatología y la personalidad como ya se ha explicado, y sin embargo coordinado con el modelo multiaxial del *DSM*. En general, la lógica interpretativa del MCMI se sigue de estos dos hechos básicos. En coherencia con los aspectos básicos que se han expuesto hasta ahora, Millon recomienda a los clínicos que empleen el MCMI con el fin de alcanzar una comprensión de la persona como una entidad integrada, y no una agregación de diagnósticos.

Además, este cuestionario clínico ofrece numerosos rasgos que le distinguen de otros inventarios, inclu-

yendo su brevedad relativa, su base teórica, sus características estructurales, etc. Por otro lado, el MCMI-III ofrece varias aportaciones con respecto a la versión del MCMI-II como la inclusión de dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínico (Depresivo) y un nuevo síndrome (Estrés Postraumático), así como la incorporación de la Sección de Respuestas Llamativas donde se alerta al profesional del padecimiento de síntomas correspondientes a áreas de especial relevancia como Anorexia y Bulimia, Abuso Infantil, etc. Además, con la finalidad de optimizar la correspondencia con el DSM-IV, se han sustituido 95 elementos. Y también se ha trabajado en la modificación del sistema de ponderación de ítems prototípicos y de la corrección de los efectos de distorsión.

Por todo ello, es de gran interés que podamos disponer en España de la adaptación del MCMI-III (Cardenal y Sánchez López, 2007).

Esta labor de adaptación ha implicado la colaboración y participación de un numeroso grupo de profesionales de modo que hayamos podido garantizar que la muestra se haya seleccionado cuidadosamente y haya cumplido unos requisitos muy exigentes que hacen difícil el acceso a los pacientes.

Por este motivo, el proceso de adaptación 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 in-

vestigación (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.

Desde la primera fase con la consiguiente traducción del cuestionario hasta la obtención final de nuestras propias Puntuaciones de Prevalencia españolas se ha pasado por diferentes etapas como:

- a) la elaboración de la guía con las instrucciones para los Coordinadores de las distintas universidades y centros,
- b) el desarrollo de la Hoja del Clínico para obtener la evaluación y diagnóstico que realizaban los profesionales en su quehacer clínico.
- c) la selección y búsqueda de centros y profesionales colaboradores 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 de ese paciente y con unas consideraciones terapéuticas particulares,
- e) la construcción de la base de datos,
- f) el cálculo de las tasas de Pre-

valencia de cada trastorno y síndrome en la población de estandarización 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 población de estandarización española.

En la selección final de los centros participaron un total de 105 profesionales, quienes utilizaron el MCMI-III en su práctica clínica durante tres años (2002-2005), junto con otras pruebas de evaluación como, por ejemplo, el MMPI-2.

Por otro lado, y como complemento a la adaptación al español del MCMI-III, se ha elaborado una Guía práctica (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007) donde se muestran catorce casos clínicos evaluados a través del MCMI-III. Pretenden servir de referencia tanto a estudiantes como a profesionales a la hora de interpretar el perfil obtenido con el MCMI-III. Son cuestionarios administrados a pacientes en el proceso de estandarización con población española. Por tanto, aunque se han elegido casos que tienden a ser prototípicos en los que prima más un trastorno de personalidad sobre otro, nos encontraremos con una circunstancia que es expresión de la realidad y del quehacer clínico en el desempeño habitual de esta tarea: la coexistencia en un mismo sujeto de rasgos de personalidad, característicos de distintos estilos o trastornos de la personali-

dad del Eje II y la relación de estos rasgos con síndromes clínicos del Eje I.

De este modo, el MCMI-III recoge la variedad y heterogeneidad, en muchos de los casos, que presenta la forma de sentir, pensar, relacionarse y comportarse de un paciente. Es difícil detectar casos puros, y será el profesional y estudioso del tema el que deberá realizar una interpretación idiosincrásica, por menorizada y detallada del perfil concreto que obtenga en su trabajo clínico (en muchas de las ocasiones será recomendable, incluso, rastrear ítem a ítem la sospecha de síntomas poco claros o confusos).

Además, a la información arrojada por el MCMI-III se deberá añadir el conjunto de datos provenientes de otras técnicas de evaluación necesarias e imprescindibles utilizadas para la elaboración de la historia clínica, como la entrevista, otros tests y cuestionarios, la observación, datos reportados por otras personas, etc. Con todo ello, se estará en disposición de formular hipótesis de trabajo iniciales y de apoyar o refutar conclusiones que pueden ser contrastadas a lo largo del tratamiento.

Diseño y plan terapéutico: reestablecimiento de las polaridades alteradas en los trastornos de personalidad.

A partir de las características que se han mencionado anteriormente, Millon (1981b) propone una trata-

miento integrador que incluye las terapias correspondientes a las perspectivas psicodinámica, biológica, comportamental y fenomenológica.

Millon y Davis (1998) describen del siguiente modo su visión del integracionismo:

“Nuestra tarea como terapeutas no es ver cómo podemos combinar modelos discordantes de técnicas terapéuticas, sino unir el patrón integracionista que caracteriza a cada paciente y entonces seleccionar los objetivos y las tácticas de tratamiento que representan óptimamente este patrón” (pág. 189).

Las terapias integracionistas son fundamentales para los trastornos de personalidad debido a las propiedades del propio constructo de personalidad. Así, los conceptos de prototipo y estilo cobran especial relevancia en este punto ya que indican que un mismo tratamiento puede tener resultados distintos en función de las características idiosincrásicas de cada persona (Strak y Millon, 2007).

Por lo que es determinante diseñar un tratamiento específico para cada paciente en función de su evaluación y sin perder de vista sus rasgos y patrones específicos e individuales.

A la hora de planificar el tratamiento, Millon menciona tácticas centradas en la sesión y objetivos a largo plazo. Esta distinción la justi-

fica explicando el hecho de que es más fácil modificar comportamientos puntuales que rasgos de personalidad. Así, el objetivo de una sesión puede ser el cambio de un comportamiento particular mientras que la estrategia a largo plazo sería la intervención sobre un rasgo de personalidad. De este modo, la explicitación de conductas o expectativas es muy útil a la hora de escoger la técnica de tratamiento más adecuada para cada paciente, lo que facilitaría la integración de diversas técnicas de intervención.

De todo lo anterior, se desprende que los principales objetivos de la Terapia Personológica propuestos por Millon pueden resumirse en:

1. Reestablecer el equilibrio entre las polaridades propuestas según el modelo evolutivo.
2. Romper con la dinámica que caracteriza a los trastornos de personalidad, es decir, la retroalimentación de los propios síntomas y síndromes produce una acentuación y crecimiento de los síntomas.

Como hemos expuesto anteriormente, la teoría evolucionista en la que se basa Millon como fundamento de su teoría de la personalidad desemboca en cuatro polaridades que constituyen los principios del tratamiento. Por tanto, las tácticas específicas y estrategias de tratamiento se seleccionarán con el objetivo antes citado de equilibrar dichas polaridades según las carac-

terísticas del trastorno de personalidad en cuestión.

Por ejemplo, el objetivo primordial de la terapia en los sujetos con rasgos histriónicos, desde esta perspectiva, se fundamenta en despertar un mayor interés propio en vez de centrarse en el de los demás (Millon, 1996). Sin embargo, 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.

El otro objetivo fundamental de la terapia personalógica consiste tam-

bién en evitar la pervivencia del trastorno en cuestión junto con sus correspondientes secuelas, interviniendo en los propios síntomas y conductas que son manifestación del trastorno y que lo refuerzan, de tal modo, que si no se interviene en dicha cadena, el trastorno quedará más cristalizado.

Como conclusión, podemos decir que la terapia personalógica está pensada y formulada desde un modelo integrador con base evolucionista que pretende desarrollar unas estrategias de tratamiento, también, integradas con el objetivo de aportar una terapia personalizada para cada paciente, teniendo en cuenta el trastorno que presenta, pero siempre respetando sus características idiosincrásicas y el contexto previo de los paciente. De este modo, se conseguiría un tratamiento "sinérgico" y adecuado que combina diferentes técnicas según las características de cada paciente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, III (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (APA). (1952, DSM-I; 1968, DSM-II; 1987, DSM-III-R; 1994, DSM-IV; 2000, DSM-IV-TR).
- Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). Adaptación y baremación al español del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M.P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Adaptación y baremación al español del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Gill, M. M. (1963). *Topography and systems in psychoanalytic theory*. Nueva York: International Universities Press.
- Guilligan, C. (1981). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Millon, T. (1981a). *Disorders of personality. DSM-III: Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1981b). Personologic psychotherapy: Ten commandments for a posteclectic approach to integrative treatment. *Psychotherapy*, 25, 209-219.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer System.
- Millon, T. (1994). *Millon index of personality styles*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*. 78 (2), 209-218.
- Millon, T. (2005). Reflections on the Future of Personology and Psychopathology. En S. Strack, (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (págs.527-546). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Millon, T., Antoni, M., Millon, C. y Davis, R. (1997). *Millon Behavioral Medicine Diagnostic*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Escovar, L. (1999). La personalidad y los trastornos de la personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A.Carboles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1985/1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T., Green, C. J. y Meagher, R. B. (1982a). *Millon Adolescent Personality Inventory manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Millon, T., Green, C. J. y Meagher, R. B.

(1982b). *Millon Behavioral Health Inventory manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.

Millon, T. y Grossman, S.D. (2005a). Sociocultural factors. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (págs. 223-235). Washington: American Psychiatric Publishing.

Millon, T. y Grossman, S.D. (2005b). Personality: A Theory based on evolutionary concepts. En M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (págs. 332-390). Nueva York: Guilford Press.

Millon, T. y Grossman, S.D. (2006). Goals of a theory of personality. En J. C. Thomas, D. L. Segal y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Vol. 1: Personality and everyday functioning* (págs. 3-22). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Quiroga, E. (2005). Paradojas y aporías del papel de los trastornos de la personalidad en la Psicología Clínica y en la Psiquia-

tría: crítica desde un modelo sociohistórico. En J. L. Romero y R. Álvaro (Eds.), *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la Psicología contemporánea* (págs. 431-464). Barcelona: Kairós.

Sánchez, M.P., Díaz, J.F. y Aparicio, M. (2001). Adaptación al español del *Inventario de estilos de personalidad de Millon*. Madrid: TEA, Ediciones.

Society for Personality Assessment (1999). Special series: Millon's evolving personality theory and measures. *Journal of personality assessment*, 72, n° 3.

Strak, S. y Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*. Special Issue: Dimensional versus categorical personality disorder diagnosis: Implications from and for psychological assessment, 89 (1), 56-69.

Wilson, E.O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.