



MCMII-III

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III

MCMII-III

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

Informe Interpretativo

Theodore Millon, PhD, DSc

Nombre:	MCMII Test
Edad:	46
Género:	Femenino
Ingreso Hospitalario:	Sin Hospitalización
Fecha Evaluación:	05-03-2013



Copyright© 1994, 2005, 2009 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados.

Pearson es marca registrada en los Estados Unidos y/o otros países de Pearson Education, Inc., o sus filial(es). **Millon** es marca registrada en los Estados Unidos y **MCMII-III** es marca en los Estados Unidos y/o otros países de DICANDRIEN, Inc. **DSM-IV** es una marca registrada de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

INFORMACIÓN COMERCIAL CONFIDENCIAL

Confidencial bajo leyes de divulgación de datos que exigen los secretos comerciales de ser divulgados.

[1.1 / RE1 / QG1]

RESUMEN

Los informes del MCMI-III están estandarizados en una población de pacientes que se encontraban en fases iniciales de evaluación o tratamiento terapéutico por dificultades emocionales o sociales. Todas aquellas personas que no se ajusten a las características de este grupo normativo, o que no hayan realizado el MCMI-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCMI-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo. El informe deberá ser valorado en conjunto con otros datos clínicos adicionales. El informe debe ser evaluado por un profesional clínico con experiencia en la aplicación de pruebas psicológicas. El informe no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

Consideraciones Interpretativas

La paciente es una mujer de 46-años de edad. Sin hospitalización.

Severidad del Perfil

En función de los datos obtenidos, sería razonable asumir que la paciente experimenta un trastorno mental de severidad moderada; sería aconsejable evaluar la necesidad de cuidados clínicos continuos. El texto del siguiente informe interpretativo quizá deba ser más o menos modulado dado su probable nivel de severidad.

Posibles Diagnósticos

La paciente se ajusta a las siguientes clasificaciones del Eje II: Características de la personalidad paranoide y Características de la personalidad negativa (pasivo-agresiva).

Las siguientes áreas sugieren los síndromes clínicos del Eje I en el perfil del MCMI-III de la paciente: Trastorno Bipolar (maníaco, severo, sin rasgos psicóticos) y Trastorno de Adaptación con reacción mixta de Ansiedad y Depresión.

Consideraciones Terapéuticas

Taciturna e impredecible, esta paciente puede actuar de un modo autoflagelante, con enfado, anticipándose a la crítica ajena. Las dificultades psicológicas pueden llevarle a sentirse excesivamente vulnerable y contrariada. La atención y una actitud de apoyo pueden disminuir la falta de adhesión al tratamiento. Ante cualquier señal de falta de cooperación se debe responder de un modo firme y directo, que sea más profesional que punitivo. Un enfoque breve y focalizado puede ser efectivo para moderar las emociones erráticas de la paciente.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

VALIDEZ = 0 INCONSISTENCIA = 3
 CÓDIGO DE PERSONALIDAD: - ** - * 8A 2B 2A 5 6A + 6B 3 8B 1 4 7 " // - ** - * //
 CÓDIGO DE SÍNDROME: N ** A * // - ** - * //

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA					ESCALAS DIAGNÓSTICAS	
	PD	PREV	0	60	75	85	115		
ESCALAS DE VALIDEZ	X	155	87						
	Y	13	65						
	Z	17	68						
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	9	50						
	2A	13	63						
	2B	17	66						
	3	12	53						
	4	15	50						
	5	21	62						
	6A	14	62						
	6B	17	59						
	7	12	36						
	8A	22	70						
8B	10	51							
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	13	60						
	C	16	68						
	P	17	70						
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	9	78						
	H	1	2						
	N	16	93						
	D	10	68						
	B	5	59						
	T	6	59						
	R	8	56						
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	15	63						
	CC	2	8						
	PP	5	65						

TENDENCIAS DE LAS RESPUESTAS

Las puntuaciones de TB informadas para esta persona han sido modificadas para contrarrestar la tendencia a la elevada auto-divulgación, indicada por las altas puntuaciones en la Escala X (Divulgación) y la tensión psíquica indicada por la elevación obtenida en Escala A (Ansiedad).

EJE II: PATRONES DE PERSONALIDAD

Los siguientes párrafos aluden a aquellas características de personalidad persistentes y dominantes que subyacen tras las dificultades emocionales, cognitivas e interpersonales de esta mujer. En lugar de centrarse principalmente en los síntomas transitorios que componen los síndromes clínicos del Eje I, esta sección se centra en los sentimientos, en los patrones cognitivos, conductuales y de relación más habituales y desadaptativos mostrados por la paciente.

El perfil del MCMI-III de esta paciente sugiere que es impredecible, caracterizada por estados anímicos depresivos, con tendencia a sentir incompreensión y desprecio. Su necesidad de dependencia y conflicto de autonomía, contribuye a una emotividad impulsiva y quijotesca. Posiblemente crítica y amargada, puede sentirse víctima, sobrecargada y maltratada. Puede usar la culpa para minorizar las críticas de los demás, alegando que ha sido incomprendida y acusada injustamente. El patrón de autocompasión, negativismo, pesimismo, lloros y críticas pueden estar presentes, posiblemente acentuados por arrebatos periódicos de enfado seguidos de sentimientos de culpa y arrepentimiento.

Es probable que esta mujer permita que se aprovechen de ella al involucrarse en acciones que le requieran un sacrificio. Tiende así a anticiparse a la decepción, y por esta razón se comporta de manera obstruccionista, creando así confusión en los demás y produciendo la decepción esperada. Es probable que las relaciones personales sean tenues y turbulentas. Éstas pueden incluir peleas y conflictividad, en ocasiones provocadas por sus quejas características y actitud pasivo-agresiva. A menudo se relaciona con personas marginales o de comportamiento inapropiado con quienes le resulta fácil erigirse como una mártir. Probablemente tenga lugar una lucha interna entre su resentimiento, depresión y culpa que pueden resultar en una rápida sucesión de estados anímicos. A veces impaciente y errática, se molesta y deprime fácilmente por nimiedades. Una baja tolerancia a la frustración puede ser notable, al igual que la oscilación entre estar angustiada y desanimada, y ser mezquina y obstinada. Auto-saboteadora y auto-denigrante, podría ser estereotipada como una persona que desanima, que desmoraliza y obstruye los intereses de los demás.

Puede que exista un conflicto interno entre la expresividad descontrolada o la restricción de su resentimiento. Puede oscilar entre sentirse cuidada por otros y después sentirse desechada por ellos. Su comportamiento en ocasiones contrariado, impredecible y cambiante induce a otros a reaccionar de un modo igualmente inconsistente. En consecuencia, puede sentirse incomprendida y menospreciada, tendiendo a estar susceptible, sentirse desconsolada y a la defensiva.

EJE I: SÍNDROMES CLÍNICOS

Las características y dinámicas de los siguientes síndromes clínicos del Eje I parecen dignos de descripción y análisis. Pueden surgir en respuesta a precipitantes externos, pero probablemente reflejen y acentúen varios de los aspectos más permanentes y dominantes de la personalidad básica de la paciente.

Los períodos de hiperactividad maníaca y excitación parecen altamente probables en el historial de esta mujer. Durante estos períodos es probable que muestre una secuencia de ciclos, tanto eufóricos como hostiles, que se caracterizan por un discurso acelerado, menor necesidad de sueño, excesiva distracción y una inquietud general. Los períodos de alegría boyante pueden manifestarse durante breves lapsos de tiempo, sólo para ser reemplazados repentina e imprevistamente por berrinches, beligerancia y explosivo enfado.

Esta mujer se caracteriza por ser conflictiva, resentida e irritable y su estado característico se complica con los síntomas de un síndrome de ansiedad generalizado. Cefaleas, insomnio y fatiga probablemente estén presentes, además de síntomas conductuales, tales como problemas de atención, aprensión y presentimientos fatalistas. Estos síntomas probablemente sean producto de conflictos internos, no resueltos que han salido a la superficie, alterando su facilidad habitual a descargar enfado y resentimiento. Su sensación de estar a merced de fuerzas internas incontrolables no imposibilita que utilice sus energías ansiosas para criticar y manipular a los demás.

RESPUESTAS DESTACADAS

La paciente contestó a los siguientes ítems en el sentido indicado en el paréntesis. Estos ítems sugieren áreas problemáticas específicas que el clínico, quizá quiera investigar.

Preocupación por la Salud

No hay ítems a mencionar.

Alienación Interpersonal

10.

18.

27.

69.

105.

161.

167.

174.

Descontrol Emocional

- 9.
- 14.
- 22.

- 30.
- 34.
- 83.
- 87.
- 96.

- 134.

Potencial Autodestructivo

- 24.
- 142.

- 151.

Abuso Infantil

No hay ítems a mencionar.

Trastorno de Alimentación

No hay ítems a mencionar.

POSIBLES CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS *DSM-IV*®

Las siguientes categorías diagnósticas deben considerarse juicios de personalidad y prototipos clínicos que corresponden conceptualmente a categorías de diagnóstico formal. Los criterios diagnósticos e ítems utilizados en el MCMI-III difieren ligeramente de los propuestos en el *DSM-IV*, pero hay suficientes paralelismos en los ítems MCMI-III para recomendar la consideración de las siguientes categorías. Hay que advertir que varios síndromes *DSM-IV* del Eje I no se evalúan en el MCMI-III. Los diagnósticos definitivos deben realizarse basados en la biografía del paciente, en las observaciones realizadas, en la información recogida en la entrevista clínica, además de la suministrada por cuestionarios autoadministrados, como por ejemplo el MCMI-III.

Eje I: Síndrome Clínico

Las principales quejas y comportamientos expresados por la paciente establecen un paralelo de los siguientes diagnósticos del Eje I, incluidos en orden de importancia y prominencia clínica.

296.43

309.28

Eje II: Trastornos de la Personalidad

En los cuadros clínicos sindrómicos del Eje I subyacen patrones profundamente arraigados y generalizados de funcionamiento inadaptado. Los siguientes prototipos corresponden a los diagnósticos más probables del *DSM-IV* (Trastornos, Rasgos, Características) que caracterizan a esta paciente.

Debido al perfil relativamente plano de esta paciente, no parece evidente ningún diagnóstico de trastorno de personalidad; sin embargo, algunas características de los siguientes prototipos de personalidad pueden ser prominentes:

Características de la personalidad paranoide

Características de la personalidad negativa (pasivo-agresiva)

GUÍA DE TRATAMIENTO

Si los datos clínicos apoyan las hipótesis del MCMI-III, es probable que las dificultades de esta paciente se puedan tratar con programas terapéuticos breves o métodos más prolongados. La siguiente guía para la planificación del tratamiento se orienta hacia las técnicas y estrategias terapéuticas a corto plazo, centrándose en los problemas que podrían requerir atención inmediata y propone también procedimientos de tiempo limitado diseñados para reducir la probabilidad de repetidas recaídas. Una vez que las dificultades más graves y urgentes de esta paciente sean estabilizadas adecuadamente, la atención debería dirigirse a otros objetivos que ayuden a prevenir la reaparición de los problemas, centrándose en problemas específicos y empleando procedimientos terapéuticos concretos, como los que se discuten a continuación.

Los esfuerzos para aliviar los síntomas presentes y la psicopatología de la paciente pueden llevarse a cabo empleando técnicas focalizadas y de tiempo limitado. Los objetivos prioritarios de la psicoterapia breve incluyen la facilitación de la autonomía, la creación de confianza y la superación de años de temor a ser una persona autónoma. Ciertamente, habrá un período de resistencia inicial. Como parte de un enfoque a corto plazo, es importante contrarrestar la sensación de la paciente de que los esfuerzos del terapeuta para que asuma responsabilidad y autocontrol sean signos de rechazo. Generando una confianza afectuosa y empática puede evitar la decepción, el abatimiento, incluso la furia. Estas reacciones posibles se deberían anticipar, dado el estilo característico de la paciente, y deben ser respondidas con ecuanimidad si se han de llevar a cabo cambios fundamentales y prevenir recaídas. Cuando una alianza sólida y segura se ha establecido, la paciente puede aprender a tolerar sus sentimientos antagónicos y ansiedades de dependencia. Aprender a enfrentar y manejar sus emociones inestables debe coordinarse con el fortalecimiento de actitudes más saludables a través de métodos cognitivos como los de Beck y Meichenbaum, además de procedimientos interpersonales como los de Kiesler y Benjamin. Además, el terapeuta puede servir como modelo para demostrar cómo los sentimientos, conflictos e inseguridades pueden ser abordados y resueltos con razonable ecuanimidad y

previsión. También vale la pena explorar las intervenciones familiares que pueden utilizarse para poner a prueba estas actitudes y estrategias recién aprendidas en un entorno más natural que el obtenido en tratamiento individual.

Debido a su inestabilidad afectiva y desvalorización, esta paciente puede evitar confrontar y resolver sus verdaderas dificultades interpersonales. Sus estrategias de afrontamiento son un arma de doble filo, aliviando incomodidad y tensiones pasajeras, pero perpetuando actitudes y estrategias inapropiadas. Estas actitudes distorsionadas y comportamiento inadecuado son los objetivos principales de las intervenciones terapéuticas cognitivas e interpersonales (p.ej., Safran y Segal).

En un tratamiento a corto plazo se debe tener especial cuidado al contrarrestar la posibilidad de que el contacto con la realidad de la paciente se desintegre, y su capacidad para funcionar se desvanezca. Se debe tener cautela igualmente cuando la paciente pueda perder el apoyo y atención que requiere, o cuando sus estrategias resulten agotadoras y exasperantes para los demás, posiblemente suscitando su enfado. Se debe considerar como posibilidad la introducción de medicación psicofarmacológica, si empieza a sucumbir a la depresión o a un aumento errático de hostilidad. Durante estos períodos es esencial prestar la máxima atención al peligro de conductas suicidas, con el fin de anticipar y contener posibles riesgos. Por lo tanto, una de las mayores preocupaciones durante este periodo inicial del tratamiento es evitar un proceso de descompensación persistente. Entre los signos tempranos de una depresión nerviosa semejante están un marcado desánimo y abatimiento melancólico. En esta fase, se requiere psicoterapia de apoyo y métodos de reestructuración cognitiva, los cuales deberían implementarse activamente. Se deben centrar los esfuerzos en subir la moral, alentarle a continuar activa en sus actividades cotidianas, reforzar su autoconfianza, y disuadirle de estar excesivamente preocupada por sus sentimientos melancólicos. Sin embargo, no debe ser presionada más allá de sus capacidades, ya que, no lograr sus objetivos sólo reforzará la convicción de su incompetencia. Los métodos cognitivos adecuadamente ejecutados, dirigidos a corregir los supuestos y creencias erróneas, pueden ser especialmente útiles.

Fin del Informe

NOTA: Esta página y las anteriores de este informe contienen secretos comerciales que no deben ser divulgados en respuesta a comisiones bajo ley de divulgación de datos que exime la información de secreto comercial de ser divulgada. Además, la revelación de datos en respuesta a requerimientos durante procesos legales solo deberían realizarse de acuerdo al código deontológico del profesión y bajo una orden de protección apropiada.

RESPUESTAS A LOS ÍTEMS

1: 2	2: 1	3: 1	4: 2	5: 1	6: 1	7: 1	8: 1	9: 1	10: 1
11: 2	12: 2	13: 2	14: 1	15: 1	16: 2	17: 2	18: 1	19: 1	20: 1
21: 1	22: 1	23: 1	24: 1	25: 2	26: 1	27: 1	28: 2	29: 2	30: 1
31: 1	32: 1	33: 1	34: 1	35: 2	36: 1	37: 2	38: 1	39: 2	40: 2
41: 1	42: 1	43: 1	44: 2	45: 1	46: 2	47: 1	48: 2	49: 2	50: 1
51: 1	52: 2	53: 1	54: 1	55: 2	56: 2	57: 1	58: 1	59: 2	60: 1
61: 1	62: 1	63: 2	64: 2	65: 2	66: 2	67: 2	68: 2	69: 1	70: 2
71: 2	72: 2	73: 1	74: 2	75: 2	76: 1	77: 2	78: 2	79: 1	80: 1
81: 2	82: 1	83: 1	84: 2	85: 2	86: 1	87: 1	88: 1	89: 2	90: 2
91: 2	92: 2	93: 1	94: 1	95: 1	96: 1	97: 1	98: 1	99: 2	100: 2
101: 2	102: 1	103: 1	104: 2	105: 1	106: 1	107: 2	108: 2	109: 2	110: 2
111: 2	112: 2	113: 2	114: 1	115: 1	116: 2	117: 1	118: 2	119: 2	120: 2
121: 2	122: 2	123: 1	124: 2	125: 2	126: 2	127: 1	128: 2	129: 2	130: 2
131: 2	132: 2	133: 1	134: 1	135: 2	136: 2	137: 1	138: 1	139: 1	140: 2
141: 1	142: 1	143: 2	144: 1	145: 1	146: 1	147: 1	148: 2	149: 2	150: 2
151: 1	152: 2	153: 2	154: 2	155: 2	156: 2	157: 2	158: 2	159: 1	160: 2
161: 1	162: 2	163: 2	164: 2	165: 2	166: 1	167: 1	168: 1	169: 1	170: 1
171: 2	172: 2	173: 2	174: 1	175: 2					