



MCMII-III

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III

MCMII-III

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

Informe Interpretativo

Theodore Millon, PhD, DSc

Nombre: J. G. Ejemplo
Número de Identificación: 12345
Edad: 62
Género: Masculino
Ingreso Hospitalario: Hospitalización Menor a 1 Semana
Fecha Evaluación: 04/03/2013



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.

[1.2 / RE1 / QG1]

RESUMEN

Los informes del MCCI-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 MCCI-III por razones clínicas, pueden obtener informes inadecuados. El informe del MCCI-III no puede considerarse como un diagnóstico definitivo y 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 y no debe ser mostrado directamente a los pacientes o a sus familiares.

Consideraciones Interpretativas

El paciente es un hombre de 62 años de edad. Hospitalización menor a 1 semana.

El estilo de respuesta de esta paciente puede indicar una tendencia a magnificar la enfermedad, inclinación a la queja o sentimientos de extrema vulnerabilidad asociados a un episodio actual de agitación aguda. Las puntuaciones en la escala de esta paciente pueden resultar un poco exageradas y las interpretaciones de éste informe deberán leerse teniendo esta tendencia en consideración.

Severidad del Perfil

En función de los datos obtenidos, se puede asumir que el paciente está sufriendo un trastorno mental severo; es aconsejable que se lleve a cabo una observación profesional más exhaustiva y el ingreso hospitalario. El texto de éste informe interpretativo quizá deba ser modulado con una tendencia creciente dado su nivel de severidad.

Posibles Diagnósticos

El paciente se ajusta a las siguientes clasificaciones del Eje II: Rasgos de Personalidad Negativa (Pasivo-Agresiva) Características de Personalidad Límite y Características de Personalidad Paranoide.

Las siguientes áreas sugieren los síndromes clínicos del Eje I en el perfil del MCCI-III del paciente: Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Consideraciones Terapéuticas

Poco consistente y pesimista, este paciente puede esperar que le traten de manera incorrecta o que le lastimen, incluso por terapeutas bien intencionados. Sensible a mensajes de desaprobación y falta de interés, puede quejarse excesivamente, ser irritable e imprevisible en sus relaciones con los terapeutas. Una comunicación directa y sistemática podría moderar su actitud dependiente y negativa. Los abordajes breves y focalizados probablemente consigan vencer su actitud inicial de confrontación.

TENDENCIAS DE LAS RESPUESTAS

El estilo de respuesta de este paciente puede indicar una tendencia generalizada a magnificar el nivel de enfermedad experimentada o un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo. Por otro lado, el estilo de respuesta puede transmitir sentimientos de extrema vulnerabilidad asociados con un episodio actual de agitación aguda. Sea lo que sea que provoque este estilo de respuesta, las puntuaciones del paciente, especialmente aquellas que afectan al Eje I, pueden resultar algo exageradas y la interpretación de éste perfil tendría que hacerse teniendo en cuenta esta consideración.

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 (Sinceridad), la tensión psíquica y el abatimiento indicados por las elevaciones en la Escala A (Ansiedad) y la Escala D (Distimia), y la tendencia de los pacientes recientemente hospitalizados a negar la severidad de sus estados emocionales presentes.

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 este hombre. 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 el paciente.

El perfil del MCMI-III de este hombre sugiere una dependencia ansiosa, una persistente búsqueda de demostraciones de afecto de forma compulsiva, y la perpetua expectativa de perder el apoyo de quienes se lo brindaron en el pasado. Sus relaciones significativas pueden volverse cada más inestables y poco fiables, y como consecuencia, posiblemente se muestre errático, malhumorado y retraído. Actualmente podría experimentar períodos prolongados de inseguridad y rechazo que se entremezclan con arrebatos impulsivos de ira.

Por lo general temeroso y complaciente, ocasionalmente puede ser hosco, impredecible e irritable. Generalmente vacila entre ser complaciente y agradable, y después pasivo-agresivo y retraído. Complicando sus relaciones con frecuentes quejas de ser tratado injustamente, un patrón de comportamiento que inquieta a los demás, al no saber nunca si reaccionará de una manera agradable o malhumorada. Aunque intente ser complaciente, ha aprendido a prever el desengaño, y a menudo lo provoca poniendo a prueba la paciencia de los demás, cuestionando a menudo su sinceridad e interés por él. Estos comportamientos erráticos de comprobación exasperan y alejan a aquellos de los que depende, y como consecuencia, probablemente haya empezado a perder la esperanza de recuperar su apoyo. Podría recurrir a la culpa y al remordimiento como un medio para anular su comportamiento taciturno, pero cada vez más siente que esta reacción será en vano.

Como se dijo, es posible que este hombre haya empezado a sentir una sensación de impotencia además de estados de ansiedad y depresión. Reconoce que los demás podrían cansarse cada vez más de su comportamiento impredecible, y sus respuestas oscilan entre sentir remordimiento, mostrarse petulante y amargado, y el aislamiento en una burbuja de indiferencia protectora. Su lucha está entre la aquiescencia dependiente y el deseo de reafirmar su autonomía e independencia. Desafortunadamente, su incapacidad

para regular sus estados emocionales y su sensación de ser incomprendido, sólo producen más mal humor que finalmente aumenta su tensión y depresión.

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 el paciente.

Es atípico que este hombre irritable y conflictivo muestre una patrón distímico, pero los síntomas indican que está pasando por una depresión mayor en periodo aguda que probablemente se caracteriza por cualidades erráticas de agitación. Es probable que los cambios sean evidentes entre expresiones de desvalorización y desesperación, que se mezclan con pensamientos de suicidio y expresiones de desesperación y futilidad, que pueden ir acompañadas de arrebatos de descontento y demandas irracionales. Las circunstancias pueden haber impuesto restricciones más allá de sus habilidades manipuladoras. También puede sentirse atrapado e impotente para controlar tensiones internas de furia. Los períodos de desvalorización por las carencias y debilidades que cree tener, pueden combinarse con actos de desafío, o de brutalidad. Temiendo hacer peligrar más su situación problemática, puede actuar arrepentido después de actos explosivos. Sin embargo, sus típicas quejas y periódicas provocaciones proporcionan un vehículo para descargar tensión, para reafirmar la confianza propia -aunque brevemente- y aliviar la acumulación de resentimiento y enfado.

Este hombre parece estar padeciendo un episodio psicótico severo caracterizado por pensamiento bizarro y emociones fragmentadas, quizá sea una fase de un curso esquizofrénico más extenso. Ha descartado los controles que antes empleaba para reprimir pensamientos e impulsos inaceptables. La fuerza de estos impulsos y conflictos ya no pueden ser restringidos, y parece sumido en un mar de sentimientos y recuerdos que surgen a la superficie, presentando un cuadro de pensamientos dispersos e incoherentes y un comportamiento bizarro.

Incapaz de controlar las profundas y poderosas fuentes de amenaza, este hombre que se caracteriza por ser colérico, conflictivo e irritable actualmente experimenta los signos clínicos de un trastorno de ansiedad. Varios síntomas pueden ser evidentes los más notables: tensión muscular, cefalea, fatiga, transpiración y palpitaciones de pecho, además de índices conductuales tales como nerviosismo y distracción. Estas experiencias probablemente deriven de su sensación de estar atrapado por el surgimiento de conflictos internos incontrolables o por sentirse expuesto a fuerzas o acontecimientos que no puede contrarrestar. Su inquietud y nerviosismo derivan de la presión de estas fuentes de peligro descontroladas.

RESPUESTAS DESTACADAS

El 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

- 1. Contenido del ítem omitido
- 4. Contenido del ítem omitido
- 55. Contenido del ítem omitido
- 74. Contenido del ítem omitido
- 75. Contenido del ítem omitido
- 107. Contenido del ítem omitido

- 130. Contenido del ítem omitido
- 149. Contenido del ítem omitido



Los informes reales incluyen el contenido de los ítems. Para proteger el uso adecuado del test, el contenido de los ítems no aparece en este informe de ejemplo.

Alienación Interpersonal

- 10. Contenido del ítem omitido
- 18. Contenido del ítem omitido

- 27. Contenido del ítem omitido
- 48. Contenido del ítem omitido
- 69. Contenido del ítem omitido

- 99. Contenido del ítem omitido

- 161. Contenido del ítem omitido

- 165. Contenido del ítem omitido
- 174. Contenido del ítem omitido

Descontrol Emocional

- 14. Contenido del ítem omitido
- 22. Contenido del ítem omitido

- 30. Contenido del ítem omitido
- 34. Contenido del ítem omitido
- 83. Contenido del ítem omitido
- 96. Contenido del ítem omitido

- 134. Contenido del ítem omitido

Potencial Autodestructivo

- 44. Contenido del ítem omitido
- 112. Contenido del ítem omitido
- 128. Contenido del ítem omitido
- 142. Contenido del ítem omitido

- 150. Contenido del ítem omitido

- 151. Contenido del ítem omitido
- 171. Contenido del ítem omitido



Los informes reales incluyen el contenido de los ítems. Para proteger el uso adecuado del test, el contenido de los ítems no aparece en este informe de ejemplo.

Abuso Infantil

- 132. Contenido del ítem omitido

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 el paciente establecen un paralelo de los siguientes diagnósticos del Eje I, incluidos en orden de importancia y prominencia clínica.

- 295.70 Trastorno Esquizoafectivo
- 300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada

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 este paciente.

Configuración de personalidad:

- Rasgos de Personalidad Negativa (Pasivo-Agresiva)
- Características de Personalidad Límite
- y Características de Personalidad Paranoide

Curso: Las características de personalidad descritas anteriormente reflejan rasgos de larga duración o crónicos que probablemente han persistido durante varios años, antes de ésta evaluación. Los síndromes clínicos descritos anteriormente tienden a ser relativamente transitorios, crecientes y menguantes en su prominencia e intensidad en función de la presencia de estrés ambiental.

GUÍA DE TRATAMIENTO

Si los datos clínicos apoyan las hipótesis del MCMI-III, es probable que las dificultades de éste 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.

En primer lugar, sería aconsejable implementar métodos para mejorar el estado actual de ansiedad, desesperación depresiva o funcionamiento patológico de la personalidad de este paciente, poniendo rápidamente en práctica medidas psicoterapéuticas de apoyo. Con la consulta apropiada, también se pueden instaurar pautas de medicación psicofarmacológica definidas, las cuales pueden ser de utilidad.

Una vez que las dificultades más graves y urgentes de este 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.

Un objetivo prioritario a corto plazo del tratamiento con este paciente es ayudarlo a reducir su intensa ambivalencia y creciente resentimiento. Con un enfoque empático y breve, debería ser posible sostener una relación terapéutica productiva. Con un terapeuta que transmita afecto genuino y firmeza, podría ser capaz de superar su tendencia a cuestionar la sinceridad y motivaciones del terapeuta. Aunque será lento revelando su resentimiento, porque le disgusta que le vean como una persona enojada, este asunto puede ser explorado y tratado de un modo amable y comprensivo. No se siente proclive a enfrentar su ambivalencia, pero sus sentimientos y actitudes deben ser un foco importante del tratamiento. Para evitar que abandone el tratamiento antes de que se produzca una mejoría o para adelantarse a las recaídas, el terapeuta deberá emplear técnicas breves y circunscritas para contrarrestar la expectativa del paciente ser decepcionando.

Los enfoques interpersonales limitados (p.ej., Benjamin, Kiesler) pueden emplearse para tratar la resistencia cíclica representada por el paciente en la relación con su terapeuta. El paciente puede mostrar sumisión halagadora alternativamente con una actitud recriminadora y demandante. Asimismo, puede requerir el afecto del terapeuta, pero cuando este se lo expresa, puede rechazarlo, expresando inseguridades acerca de la sinceridad de los sentimientos del terapeuta. El terapeuta puede usar procedimientos cognitivos para señalar estas actitudes contradictorias. Es importante mantener estas inconsistencias enfocadas, ya que el paciente podría valorar verbalmente la percepción del terapeuta, pero sin alterar sus actitudes. Envuelto en un patrón de repetición-compulsión inconsciente en el que recrea experiencias decepcionantes las cuales reflejan experiencias pasadas, el paciente no sólo debe reconocer sus expectativas, también debe aprender a aplicarlo en sus representaciones interpersonales.

Pese a su ambivalencia y actitud pesimista, existen buenas razones para trabajar bajo la premisa de que el paciente puede superar las decepciones del pasado. No se puede lograr recobrar el amor y la atención que tan parcamente experimentó en la infancia, aunque los hábitos que imposibilitan su satisfacción parcial pueden ser alterados en el aquí y ahora. Con ese fin, el terapeuta debe ayudarlo a desentrañar las necesidades que se contraponen. Por ejemplo, él quiere y no quiere el amor de aquellos de los que depende. Pese a esta ambivalencia el paciente entabla nuevas relaciones, como por ejemplo con el terapeuta, como si pudiera conseguir una relación idílica. Él continúa buscando una fuente de amor consistente y verdadera, que no le traicione como cree que lo hicieron sus padres y otros en el pasado. Pese a este optimismo, sigue inseguro de la confianza que puede depositar en otros. Consciente de las traiciones y decepciones pasadas, empieza a poner a prueba sus nuevas relaciones para ver si estas son leales y fieles. De manera semejante, puede intentar irritar y frustrar al terapeuta para comprobar si él o ella resultan tan volubles e insustanciales como los demás lo han sido en el pasado. Es aquí que el cálido apoyo y la firmeza del terapeuta pueden jugar un rol significativo a corto plazo para replantear las expectativas erróneas del paciente y mostrar consistencia en el comportamiento de relación.

Aunque la naturaleza arraigada de estas actitudes y comportamiento complicarán el avance de estos procedimientos terapéuticos, las técnicas de terapia cognitiva e interpersonales circunscritas y a corto plazo pueden tener bastante éxito. Una reconstrucción completa de la personalidad no necesariamente alterará el patrón problemático del paciente. En este sentido, los métodos de tratamiento familiares centrados en la red de relaciones que a menudo sostiene los problemas, pueden resultar técnicas útiles. Los métodos grupales también pueden ser empleados de manera fructífera para ayudar al paciente a adquirir autocontrol y consistencia en las relaciones cercanas.

Es aconsejable que el terapeuta no fije objetivos demasiado altos porque el paciente puede no ser capaz de tolerar bien las demandas o expectativas. Los esfuerzos terapéuticos breves deben estar dirigidos a construir la confianza del paciente, a concentrarse en los rasgos positivos y en realzar su confianza y autoestima.

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