

ENTREVISTA A THEODORE MILLON

Ernesto Quiroga Romero

Universidad de Almería

Transcripción: Sarah E. Meagher.

*Research Associate at the Institute for the Advance
Studies in Personology and Psychopathology.*

Traducción: Ernesto Quiroga Romero.

La figura del Dr. Millon (1928-) ha adquirido una considerable importancia en la Psicología de nuestro tiempo. Este psicólogo, conocido ante todo por sus obras sobre los trastornos de la personalidad, ha trabajado en varias universidades estadounidenses, como la Universidad de Illinois (Chicago), la Universidad de Miami (Florida) y la Universidad de Harvard (Boston), y cuenta en su haber con un Doctorado *Honoris Causa* otorgado en 1994 por la Universidad Libre de Bruselas. En la actualidad, ya jubilado, continúa trabajando en el *Institute for the Advance Studies in Personology and Psychopathology*, situado en Miami y que fue el lugar en el que amablemente nos recibió en septiembre de 1999 para hacerle la entrevista que aquí se publica.

Toda su obra, que ha alcanzado una notable implantación institucional, sobre todo en Estados Unidos, a raíz de la publicación

en 1969 del libro *Modern Psychopathology*, gira en torno a la idea de que el concepto de personalidad es el centro de la Psicología Clínica (o de la Psicología en general), pues en torno a ella y a su desarrollo se articularía la etiología, la clasificación, la evaluación y la terapia de los diversos trastornos psicopatológicos (del Eje I y del Eje II del D.S.M.).

El trabajo de Millon muestra dos grandes etapas en sus planteamientos de los trastornos de la personalidad y de la psicopatología, la del Modelo Biosocial del Aprendizaje, cuyo texto fundamental es el ya mencionado *Modern Psychopathology* de 1969, y la del Modelo Evolucionista, expuesto principalmente en *Toward a New Personology*, de 1990, y en *Disorders of Personality*, escrito junto con Davis, de 1995.

Según Millon, la personalidad es:

"... el mayor o menor *estilo distintivo de funcionamiento adaptativo* que exhibe un organismo de una especie en particular frente a sus entornos habituales." (1998, pág. 74, cursivas del autor; original 1995, p.70)

En consecuencia, los trastornos de la personalidad consisten en:

"... *estilos particulares de funcionamiento desadaptativo* debidos a deficiencias, desequilibrios, o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno." (1998, pág. 74, cursivas del autor; original 1995, p.70-71)

Este estilo de adaptación se define por el cruce o la combinación de tres (bi)polaridades. En el Modelo del Aprendizaje Biosocial, estas polaridades eran: (i) el tipo de refuerzo que busca el sujeto, refuerzo positivo o negativo; (ii) su estilo de conducta instrumental, activo o pasivo; y (iii) la fuente de refuerzo, uno mismo o los demás.

En el segundo modelo, el Modelo Evolucionista, las polaridades ahora son: (i) los propósitos de la existencia, logro del placer / potenciación de la vida o la evitación del dolor / preservación de la vida; (ii) los modos de adaptación, activo / modificación ecológica o pasivo / acomodación ecológica; y (iii) las estrategias de reproducción, el desarrollo de uno mismo o el cuidado de otros. En este segundo modelo se añade una cuarta bipolaridad, (iv) pensamiento o sentimiento, que recoge los aspectos cognoscitivos de las personas, pero se trata de una polaridad complementaria de las anteriores y relevante para las diferencias entre las personalidades normales antes que para la delimitación de las personalidades trastornadas.

Esto último se debe a que la idea organizadora de la obra de Millon en ambas etapas es que el núcleo de la personalidad y de sus trastornos son los comportamientos de relación interpersonal, porque:

“Las estrategias que despliega el individuo para lograr sus objetivos y resolver sus conflictos con los demás provocarán contrareacciones que influirán en que sus problemas se estabilizan, mejoran o provoquen sobretensiones o descompensaciones más graves.” (1976, pág. 252; original 1969, p. 223).

Precisamente por esta razón, el patrón de comportamiento interpersonal de las personas es la raíz a partir de la cual se pueden derivar tanto los distintos patrones de personalidad normal y trastornada como la etiología, la clasificación, la evaluación y el tratamiento de los distintos trastornos de la personalidad, generándose así, a juicio del autor, una ciencia clínica completa.

Respecto de la clasificación de los trastornos de la personalidad, el resultado del desarrollo de todo este planteamiento son los conocidos trastornos moderados, a saber, esquizoide, evitador, sádico / agresivo, autodestructiva / masoquista, antisocial, narcisista, histriónico, dependiente, pasivo-agresivo / negativista, compulsivo, depresivo, los 3 graves, límite, paranoide y esquizotípico, todos los cuales serían el contexto de desarrollo del resto de trastornos del Eje I.

La mayoría de estos trastornos de la personalidad son los que figuran en el sistema de clasificación de los trastornos psicopatológicos elaborado por la *American Psychiatric Association*, el D.S.M., ya desde su tercera versión, conservándose en las sucesivas versiones del D.S.M.-III-R y del D.S.M.-IV. Precisamente, que el D.S.M.-III, de tan amplia aceptación y elaborado por la institución psiquiátrica más importante del mundo, tenga una estructura multiaxial en la que el Eje II está constituido (principalmente) por los trastornos de la personalidad en cuanto que contexto de los síndromes clínicos del Eje I, es, en gran medida, un logro de Millon. Es muy posible, en consecuencia, que este veterano autor haya sido, al día de hoy, el psicólogo más influyente en la psiquiatría desde que ambas disciplinas conviven en el mundo.

Otra prueba de su grado de importancia institucional, esta vez al respecto de la evaluación psicológica, sobre todo por su test M.C.M.I

-de cuya segunda versión, 1987, existe una adaptación española, 1997-, es el reciente número monográfico del *Journal of Personality Assessment* (1999, vol. 72, nº 3) dedicado íntegramente a la teoría y a los inventarios de Millon.

Precisamente en el artículo que él mismo escribe en este número monográfico (1999b), Millon introduce una nueva palabra en su obra. Preguntándole por ella iniciamos nuestra entrevista, en la que se hace un repaso panorámico tanto de su teoría, su clasificación, sus métodos de evaluación y de terapia, como de sus experiencias profesionales pasadas y futuras, las cuales es de esperar que sirvan para valorar con más criterios de juicio la obra de Theodore Millon.

E. Q.: Podemos empezar por preguntarle algo general sobre su teoría. Vd. acaba de introducir en su obra el concepto de "psicosinergia", ¿qué significa dicho concepto?

T. M.: Es una nueva palabra incluso en los Estados Unidos, no sólo en España o en otros lugares. Y lo que intenta hacer es mostrar que las diferentes partes de la ciencia que llamamos Psicología se relacionan unas con otras muy estrechamente; que si pudiéramos unir estos diferentes elementos, tales como la comprensión de la personalidad, la evaluación de la personalidad y la psicoterapia con los pacientes, mediante la inclusión de cada uno de ellos y mostrando sus interrelaciones, todas estas partes se fortalecerían mutuamente. La separación que ha existido cuando unas personas hacen la evaluación, otras hacen la terapia, otras escriben la teoría, supone que no se une todo eso. Una de las fortalezas del Psicoanálisis es que durante muchas décadas, empezando fundamentalmente con Freud, aunque algunas personas le precedieron, se construyó gradualmente una compleja red de conceptos relacionados con la terapia, con el diagnóstico, y con la teoría del desarrollo, de forma que durante un período de tiempo se construyó un sistema que es muy atractivo. La mayor parte de los otros enfoques no han tenido tiempo de desarrollar esta compleja red de relaciones. Lo que yo he intentado hacer es mirar a los procesos psicológicos y a las funciones psicológicas para hacer evaluación o diagnóstico, para hacer terapia, y para intentar construir un sistema justo desde el principio, que permitiera a estas diversas partes reforzarse unas a otras. Por tanto, psicosisinergia se refiere al hecho de que juntando

las cosas éstas se mejoran respecto de cuando están separadas. Así, poner juntas las cosas es lo que significa sinergia, y la psicodinergia se refiere a juntar los procesos psicológicos, las funciones psicológicas y la profesión psicológica; y por ello el sistema, en un sentido, es un sistema de psicodinergia. Si uno realmente conoce la evaluación de los pacientes, uno puede hacer la terapia mejor. Si uno de verdad trabaja en la terapia, uno comprende mejor a la gente, sabe qué tipos de categorías o de clasificaciones funcionan. Pero esto se extiende incluso más lejos. Creo que la sinergia se favorece considerablemente con el reconocimiento de qué elementos de fuera de la Psicología es importante unir con la Psicología, y si Vd. quiere en algún momento podría hablar sobre el uso de una serie de principios evolutivos.

E. Q.: De acuerdo, entonces le preguntaré sobre su teoría. ¿Cómo descubrió las tres polaridades del Modelo de Aprendizaje Biosocial? Quiero decir, ¿cómo construyó su primer modelo de los trastornos de la personalidad?

T. M.: En los años 60 era un seguidor de B. F. Skinner y de muchas de las ideas de Skinner. Yo había estudiado con Clark Hull, otro eminente pensador del aprendizaje. Pero las ideas de Skinner me atraían en gran medida. Y mi pensamiento inicial fue que podría usar algunas de las ideas de Skinner como un modo de intentar entender, no simplemente la depresión, o la ansiedad, o el comportamiento motor, o lo que se quiera, sino la personalidad. Y entonces empecé a usar algunos de sus conceptos: refuerzo positivo y negativo, lo que yo también denominé placer y dolor; si uno es instrumentalmente activo o pasivo, es decir, si tú ejerces o no control sobre las situaciones; si los refuerzos proceden más bien del interior del individuo o de fuera, de otras fuentes, el sí mismo *versus* los otros. Y todas estas cosas en un sentido fueron diseñadas a partir de la obra de Skinner. Y entonces yo empecé a decir, bien, las personas difieren entre sí. No todo el mundo sigue los programas que se le trazan, sino que hay diferencias individuales, y para mí el estudio de la personalidad es una extensión de la idea de las diferencias individuales. Y es así como aparece la cuestión, si una persona está en su mayor parte centrada en refuerzos negativos, en evitar eso que le es doloroso y molesto, participa activamente en las evitaciones;

pero otra está principalmente interesada en sí misma, y otra quizás está orientada por otras cuestiones, se pueden empezar a derivar determinados tipos de personalidad sobre la base de esas polaridades skinnerianas.

E. Q.: Desde 1990 Vd. ha cambiado hacia un modelo evolucionista, ¿por qué este cambio? ¿Cuáles son las diferencias entre este modelo evolucionista y el anterior modelo del aprendizaje biosocial?

T. M.: Esa es una buena pregunta. Podría hablar con bastante detalle al respecto del interés que tuve durante mucho tiempo sobre la evolución y sobre cómo la evolución puede influir en una variedad de cosas, empezando por la evolución de la materia y de la energía a lo largo del tiempo, hasta el día de hoy y en el futuro. Pero, para responder de verdad específicamente a su pregunta, en algún momento alrededor de 1986 o 1987, me pareció que el modelo skinneriano era meramente un ejemplo de ciertos principios que se refieren a muchos campos distintos. Así que no era que el modelo biosocial fuera erróneo y que yo quisiera reemplazarlo, sino que me di cuenta de que era el tipo de cuestión que yo tenía en mente cuando al principio empecé a pensar sobre este problema. Entonces vi que la evolución trataba de los mismos asuntos, aplicables a la Cosmología, y la Química, y la Física; ciertamente también a la Biología, de forma que ciertos principios más profundos atraviesan muchos campos diferentes. Decidí que utilizaría esos principios evolutivos que son universales. Los mismos principios existen si uno se ocupa del átomo, del comportamiento humano, o de las complejas relaciones internacionales; aunque las palabras que usaríamos serían, de alguna forma, diferentes si pensáramos desde un modelo evolucionista. Así que en lugar de refuerzo positivo o negativo, más bien hablamos de individuos que son motivados por los placeres, las gratificaciones de la vida, y la evitación del dolor y las partes molestas de la vida. Se convierten en los conceptos supervivenciales que son potenciar la propia existencia y conservar la propia existencia, y por tanto es un cambio del refuerzo biosocial positivo y negativo hacia una idea de tipo existencia / supervivencial. Y cada una de estas tres diferentes polaridades dicen lo mismo que las del modelo biosocial excepto que son más generales. De este modo no es activo frente a pasivo, sino que se convierten en la modificación ecológica

para cambiar el ambiente de uno, esto es, activo, o la acomodación ecológica, es decir, encajarse en el ambiente de uno. Estas son las dos formas de interrelación de uno con el mundo que le rodea. Y la replicación se convierte en el tercer tema, potenciar la frecuencia con la que uno puede generar nueva progenie *frente a* el proteger las crías de uno a fin de que no se pierda la continuidad de las propias características y rasgos biológicos. De modo que no es que uno realmente sustituya al otro, sino que el segundo viene a ser un contexto más amplio en el que el modelo skinneriano encaja como un ejemplo.

E. Q.: Y entonces, ¿en qué medida han influido Skinner y Freud en sus modelos, o en su obra?

T. M.: Esa es otra pregunta interesante. Skinner fue intencionalmente parte de mi pensamiento cuando escribí el libro *Modern Psychopathology* que fue publicado en 1969 (*Psicopatología Moderna*, 1976). Fue un esfuerzo consciente por mi parte utilizar sus principios, y estaba muy contento por ser capaz de usar sus ideas para construir el modelo. Freud fue alguien a quien yo había leído con gran interés y con quien en ese momento yo simpatizaba mucho. Yo no conocía todo lo que él había escrito, pero es interesante que después de que diera una conferencia en un Instituto de Psicoanálisis, allá por los primeros 70, cuando acababa de esbozar este modelo teórico que provenía de Skinner, uno de los profesores que estaban en aquel acto me dijo: “¿conoce Vd. el artículo de Freud de 1915 *Instincts and their vicissitudes* (*Los instintos y sus destinos*, 1973)?”. Yo le dije que creía que no, y se acercó a la mesa y dijo “mire lo que Freud escribió: «hay tres polaridades principales que gobiernan toda nuestra vida mental»“, y las tres polaridades que propuso eran casi exactamente las mismas que las mías. De hecho, él usó las palabras dolor *versus* placer, activo *versus* pasivo y sujeto *versus* objeto. No puedo decir que Freud influyera en mi pensamiento a ese respecto, porque yo no había leído ese artículo suyo en particular, pero está muy claro que, implícitamente, yo había pensando como él líneas similares a aquellas que Freud había pensado, excepto que yo las tomé para proponerlas como la base de la comprensión de las personas y de las diferencias que existen entre la gente y su comportamiento. Por eso, ambos autores fueron muy significativos.

E. Q.: Ahora me gustaría preguntarle sobre la clasificación de los trastornos de la personalidad. Vd., un psicólogo, intervino en el proceso de creación del D.S.M.-III por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.). ¿Cómo consiguió colaborar con ellos, cuál fue su papel en ese proceso y cuáles fueron las dificultades que Vd. encontró en relación con el Eje II?

T. M.: Fui muy afortunado. Cuando estaba en la Universidad de Illinois yo era el Director del Departamento de Psicología y un psiquiatra llamado Melvin Sabshin era el Director del Departamento de Psiquiatría. Y teníamos una muy buena relación. Cuando no estábamos fuera de la Universidad, siempre dedicábamos al menos una hora al principio de cada semana para hablar sobre muy diversos temas. No era que un psiquiatra hablara desde arriba a un psicólogo. Siempre hubo igualdad. Entre las cosas que yo quería discutir con el Dr. Sabshin estaba el futuro de la Psiquiatría, las cosas importantes que la Psiquiatría y la Psicología deberían hacer para mejorar la calidad de su trabajo, el tipo de ciencia que teníamos. Resultó que al cabo de 5 años de esta relación tan cercana a ese Dr. Sabshin, le fue propuesto ser el Director Médico de la A.P.A.. Hablamos sobre algunas de las cosas que él tendría capacidad de hacer como Director de la A.P.A.. Entre ellas, la necesidad de, quizás, rediseñar el D.S.M., o el sistema de clasificación que la A.P.A. publicaba más o menos cada década. Exploramos varias ideas y una de ellas fue reunir una cierta cantidad de personas que fueran muy conocidas en taxonomía psiquiátrica para discutir las direcciones que se pudieran seguir. Una de las personas que asistió a esa reunión, otro psiquiatra, era un hombre joven que había trabajado con una persona a la que yo conocía muy bien, Robert Spitzer, que era el nombre de la persona que se reunía conmigo y con el Dr. Sabshin para discutir sobre estas materias. Una de las primeras cosas que el Dr. Sabshin hizo fue organizar una nueva «fuerza de choque» que fuera el grupo responsable del D.S.M.-III. El D.S.M.-I fue en 1952, el D.S.M.-II fue en 1968, y estoy hablando del período de 1974 en adelante, así que se creó una nueva «fuerza de choque» en la que el Dr. Spitzer, un psiquiatra, fue elegido como presidente, y yo, como psicólogo, sería uno de los miembros. Tenía inicialmente... no recuerdo si eran 9 justo al principio, o 10, pero había un psicólogo y una psicóloga, y

se añadió una psicóloga más poco tiempo después, de modo que principalmente había psiquiatras y unos pocos psicólogos. Robert Spitzer tenía una colega que trabajaba con él muy estrechamente, fue incluida como psicóloga, y la mujer de Donald Kline, otro psiquiatra, era especialista en el área infantil y también fue incluida como psicóloga. Así que ambas psicólogas tenían conexión con los psiquiatras, y yo estaba, en parte, a causa de algunos trabajos que ya había hecho, siendo el más significativo el libro *Psicopatología Moderna*; y entonces los psicólogos no nos sentíamos allí como ciudadanos de segunda clase. En los Estados Unidos hay un escalafón fáctico, o una jerarquía, con los psiquiatras colocados arriba y los psicólogos abajo. Eso, me he dado cuenta que es, desafortunadamente, verdad en todas las partes del mundo. Los psiquiatras tienen más *status* que los psicólogos. Pero eso no fue un problema en el comité. Los psicólogos hablábamos en voz alta y teníamos tantas cosas que decir como los psiquiatras. Y cuando se votaba, cada uno tenía un voto. No era que los psiquiatras tuvieran dos votos y los psicólogos sólo tuvieran uno. Todo era igual. Y eso era una parte muy importante de cómo funcionaba aquello. Y ahora, entre las cosas, para responder a su pregunta, entre las cosas que intentamos hacer, estaba el revisar lo que considerábamos que faltaba, o era deficiente, o problemático en el D.S.M.-II, de forma que lo que esperábamos lograr en el D.S.M.-III era conseguir algún avance significativo, tanto basado en la teoría, basado en la lógica, como basado en los datos empíricos. Entre las cosas que llegaron a ser muy evidentes estaba el que los trastornos mentales son un poco como los trastornos cardiovasculares. No hay un único trastorno, sino numerosas clases diferentes de trastornos. En los cardiovasculares, se pueden tener complicaciones eléctricas, se pueden tener complicaciones arteriales, se pueden tener problemas valvulares, y así sucesivamente. Lo mismo que en nuestro campo, hay una multiplicidad de tipos distintos de trastornos, y la razón por la que uno tiene tal o cual problema es asimismo multifactorial, es decir, hay muchos factores que pueden influir en la salud del individuo, mental o física. El Colegio Americano de Cardiología había desarrollado un sistema, que ellos llamaban sistema multiaxial, y decían, “estos son algunos de los factores que causan problemas

cardiológicos, pero también hay que considerar estos otros factores, factores distintos, por ejemplo, cómo es la nutrición de la persona, la cantidad de estrés con la que el individuo se enfrenta, las características de la cultura y cómo la gente se relaciona entre sí también es un factor". Ellos lo habían entendido así, al igual que lo hicieron otras personas que vieron lo que se había hecho para las enfermedades cardíacas. Así, por ejemplo, en Inglaterra se desarrolló un sistema multiaxial principalmente para los niños: factores relacionados con la educación parental, factores relacionados con la salud intrínsecamente constitucional del niño, lo que la biología puede influir, lo que puede hacer el ambiente, no sólo de la familia, sino la economía de la familia, etc. Por eso dijimos, algunos de nosotros, que quizá deberíamos tener un sistema multiaxial para la Psiquiatría, no simplemente presentar el problema de la ansiedad o de la depresión, o lo que se quiera, sino también indicar que hay fuerzas que influyen en varios trastornos psicológicos. Y entre las cosas que queríamos delimitar estaba lo que yo consideraba que era especialmente importante, esa entidad que presenta la sintomatología de la depresión, puede tener como raíz, diferentes clases de personas que tienen vulnerabilidades distintas que pueden llegar a la depresión, pero se debería saber de dónde viene el problema. Determinada personalidad, diferentes trastornos, y había cosas en el D.S.M.-I y en el D.S.M.-II que habían sido llamadas rasgos de personalidad y tipos de personalidad, etc. Lo que yo quise hacer fue seguir el modelo multiaxial y decir que una parte del mismo está relacionado con el tipo de persona, una parte está relacionada con la sintomatología que es prominente, de modo que después añadimos unos cuantos más, los problemas psicosociales de la persona... En ese momento pensé en todo esto como un circunplejo, es decir, en el centro está la sintomatología presente, la depresión, la ansiedad, un trastorno del pensamiento, que ha de ser colocado en otro eje, o círculo concéntrico mayor, del tipo de persona, que tiene que ser puesta en el contexto más amplio del ambiente psicosocial. La respuesta a esa idea fue bastante buena por parte del comité, pero se la consultaron a un colega, John Strauss, que había escrito argumentando a favor de tener un sistema multiaxial aunque no exactamente con los mismos ejes. Él defendió eso, y cuando lo

expuso ante el comité él también defendió que la persona, o la personalidad, sería un elemento muy importante a incluir. Y él, que era un psiquiatra, que era un profesor de la Universidad de Yale, tenía mucho *status*. Así que él puso algo así como el sello de aprobación a la inclusión de la personalidad como un eje separado, no situado junto a la depresión, la ansiedad, los somatomorfos, etc., etc., sino como un eje separado para ser usado para su propio estudio, pero también como un camino para la comprensión de las diferencias que existen entre los pacientes, que pueden estar todos deprimidos, pero la depresión en una personalidad evitadora es diferente y tiene un significado diferente que la depresión en un histriónico, y la depresión en un límite, y así sucesivamente. Él comprendió ese valor, que proporcionaba una base para la comprensión de la lógica, las vulnerabilidades y el estilo de afrontamiento de los diferentes pacientes que tienen una misma enfermedad.

E. Q.: ¿Y qué pasó con el D.S.M.-IV?

T. M.: Bueno, antes que el D.S.M.-IV vino el D.S.M.-III-R. Se suponía que sería una revisión menor del D.S.M.-III, pero se incorporaron muchas cosas al D.S.M.-III-R que verdaderamente no tenían una base empírica muy fuerte. Todos los D.S.M., el I, el II, el III y el III-R, fueron en su mayor parte producto de comités y de sus discusiones sobre diferentes temas. Los temas se discutían muy concienzuda, y cuidadosamente, la gente escribía artículos y manuscritos, de forma que no se trataba simplemente de decir lo que cada uno tenía en la cabeza. Se leía la bibliografía, se discutía y se daban argumentos, los miembros afinaban, sin embargo, no había realmente una base empírica para las categorías. ¿Con qué frecuencia se usaban?, ¿cuáles presentaban comorbilidad con otras o con síndromes clínicos? La evidencia, basada en investigación sustantiva, era mínima. De forma que cuando llegó el momento de empezar a planear el D.S.M.-IV uno de los principales objetivos era intentar obtener el mayor apoyo empírico para cada una de las categorías de los trastornos de personalidad con el fin de saber que el esquizoide al menos se muestra en un 2% de las ocasiones en la práctica, o que el evitador no es sólo una idea, sino que de hecho la gente lo usa y lo diagnostica; lo mismo que otros estudios que trataban de precisar las características y que estaban basados en

su mayor parte en la experiencia clínica y en la discusión, más que en recoger pruebas inequívocas de que la gente los usa de verdad y de que verdaderamente piensan que ésas son las características que retratan lo que una personalidad es, o lo que puede ser un síndrome clínico. Entonces, ése fue el propósito principal del trabajo del D.S.M.-IV. El tremendo éxito del D.S.M.-III y del D.S.M.-III-R dieron a la A.P.A. la responsabilidad de hacer ese trabajo muy bien. Fueron capaces de reunir..., no como en el D.S.M.-III, que fueron inicialmente 9 o 10 personas que después se ampliaron gradualmente, sino que ya desde el principio se dispusieron muchos comités sólo para la esquizofrenia, sólo para los trastornos de la personalidad, sólo para los somatomorfos, sólo para el trastorno maniaco-depresivo o trastorno bipolar... De forma que se reunieron muchos comités y especialistas de cada uno de esos grupos de trastornos, quizá cada uno tenía una media de cinco, o seis, o siete personas, que además tenían otras personas que eran asesores, quizá había 20 o 30 asesores. Cuando el comité se reunía y se les hacían preguntas como "bien, ¿qué piensan?", ellos remitían la pregunta hacia el comité asesor, que respondía con *memorandums* y entonces se tomaban decisiones. Así, el D.S.M.-IV se convirtió en un esfuerzo para hacer del diagnóstico psiquiátrico una ciencia más fuerte. No para crear una clasificación, sino para refinarla, para ampliarla.

E. Q.: ¿Y qué piensa Vd. de la no inclusión en el D.S.M.-IV de las personalidades agresiva / sádica y autodestructiva / masoquista?

T. M.: Esta es otra cuestión importante. Y ante todo me parece que la decisión de incluir esas dos categorías en el D.S.M.-III-R fue muy legítima. Se pusieron en el apéndice del D.S.M.-III-R porque eran categorías nuevas en el sistema oficial. Obviamente, la gente había escrito sobre las personalidades sádicas y las personalidades masoquistas desde muchos años antes, y los clínicos vieron por encima de todo el valor de, al menos, estudiar si merecía o no la pena mantenerlas. El fundamento de esto, desde mi punto de vista, parecía muy lógico y sensato. Mientras se estaba trabajando en el D.S.M.-IV, e incluso ya algunos años antes de eso, aparecieron cuestiones políticas de primera línea. Con esto no quiero decir el Partido Democrático en Washington *versus* el Partido Republicano, sino la política de las actitudes profesionales. Hubo una resistencia

muy fuerte por parte de determinados movimientos feministas contra el uso de la personalidad autodestructiva. La razón es que el modo en el que está formulado y su historia implicaban por lo general que las personas que son masoquistas / autodestructivas inducen intencionadamente, tratan de provocar en otros, actitudes hostiles / abusivas. Por eso, la historia parecía sugerir, en su mayor parte la historia del Psicoanálisis, que eran cosas que las personas creaban por sí mismas, es decir, que la mujer masoquista intenta provocar la condena y la brutalidad de otros. Ésa no era la visión de todos. Ése era un punto de vista clásicamente psicoanalítico. Había muchas personas que sentían que la autodestrucción tenía muchas formas diferentes, que el masoquismo, si se quiere llamarlo así, tenía muchas formas distintas. No es sólo que uno esté tratando de crearse problemas, sino que, dándole la vuelta ahora, puedes decir que una persona quiere sufrir una cierta cantidad de malestar a fin de poder evitar un grado mayor de malestar cuando la otra alternativa se le presenta. La niña que enferma y que aprende que cuando no está enferma su madre suele ser dura, crítica y la denigra, pero que cuando está enferma la madre es cariñosa, la apoya y la protege, de forma que lo que la niña aprende es: “trataré de enfermarme a mí misma porque si lo hago no seré criticada, no seré rechazada, no recibiré las duras palabras de mi madre, provocaré bienestar, amabilidad, cuidados”. De ese modo la persona crece y se permite a sí misma estar enferma una gran cantidad de tiempo porque aprende que cuando está enferma, recibe una respuesta positiva y no una negativa o crítica. Pero siendo esto, así, hubo una actitud muy negativa por parte de las psiquiatras feministas y escribieron artículos y cartas para intentar conseguir que el comité parara la inclusión de esto en el D.S.M.-IV, tal y como se hizo en el D.S.M.-III-R. Y el sádico, de la misma forma, tuvo una base política para su exclusión, pero no entraré en ello específicamente, aunque fue muy parecido. La gente no lo quiso porque podía ser «mal utilizado», por decirlo así, y podría causar problemas, en su mayor parte para las mujeres, más que para los hombres. Esta lógica era susceptible de ser discutida, sin embargo, los votos, la «fuerza de choque», es decir, el grupo del D.S.M.-IV para los trastornos de la personalidad, votó en ambos trastornos, y en ambos casos los votos de las nueve

personas que estaban allí fueron siete “deshagámonos de ellos”, y dos “conservémoslos”. Yo fui uno de los dos que se opusieron al cambio.

E. Q.: Podríamos ir ahora a algunas preguntas sobre la evaluación. Vd. es muy conocido por sus cuestionarios de personalidad, especialmente por su M.C.M.I., pero también por sus cuestionarios sobre la personalidad normal, la personalidad adolescente y la salud. ¿Piensa Vd. que el concepto de personalidad es central para la evaluación psicológica en general?

T. M.: Sí, y lo pienso desde hace mucho tiempo. Tal y como decía antes sobre el sistema multiaxial del D.S.M.-III, me parece que si realmente queremos comprender el trastorno de un paciente tenemos que describir no sólo cómo es ese trastorno, sino que tenemos que reconocer que ese trastorno tiene diferentes significados dependiendo del tipo de persona que el paciente es. Como mencioné antes, cuando la depresión se presenta, o es vista, en una personalidad evitadora es distinta que en una personalidad obsesivo-compulsiva. De forma que se vuelve imperativo que uno no sólo conozca la sintomatología presente, sino el tipo de persona que presenta ese síntoma. Y por eso, el comprender la personalidad se convierte en algo central por nuestra responsabilidad en la terapia. Lo que vamos a hacer con el paciente no está basado sólo en la depresión, o en la ansiedad, aunque en algunas pocas situaciones se dé sólo una depresión pura, sin ningún otro factor que la complique. Yo diferencio, en alguno de mis últimos trabajos, entre una reacción simple y un trastorno o síndrome complejo. Es decir, una reacción simple no tiene otra complicación psicológica asociada a ella. Se daría cuando la química cambiara súbitamente y la persona fuera ahora muy susceptible de sentirse deprimida. Pero eso nunca está relacionado con el estilo de la persona, sus patrones de pensamiento, el modo de relacionarse con la gente, y así sucesivamente. Eso es una reacción simple, tanto a un conjunto de circunstancias, como el pesar, por ejemplo, como un cambio químico, por cualesquiera razones que aún no conocemos. Pero la mayor parte de los deprimidos, para ponerlos como ejemplo, tienen una variedad de características de otro tipo que se relacionan con su depresión. De modo que se debe pensar en el estilo de funcionamiento con otras

personas. Debe de pensarse en, debe de considerarse, el modo de pensar de la persona sobre el mundo. Así, estamos diciendo que la sintomatología de la depresión está inserta en el contexto de una serie de otras características psicológicas. Se debe saber cómo son esas características. Si se está tratando con una simple reacción depresiva, se le da a la persona una medicación y probablemente eso será suficiente. Si, por el contrario, se está tratando con un síndrome clínico y los múltiples factores que correlacionan unos con otros como un grupo, entonces se necesita, quizá, hacer terapia cognitiva y terapia interpersonal tanto como terapia farmacológica. Con el fin de tratar a esa persona que tiene múltiples componentes, si uno quiere planificar un tratamiento que tenga en cuenta a esos componentes adicionales, antes que decir, ¿depresión?, esto es lo que se da, o, ¿ansiedad?, esto es lo que se hace, hay que pensar que es la depresión más un grupo completo de rasgos psicológicos. Ahora las diferentes personalidades tienen diferentes rasgos que se agrupan. De modo que lo que se quiere hacer terapéuticamente se basa en saber cómo son esos rasgos para una persona, para otra y para otra. De esa manera el tratamiento se conecta no sólo con la sintomatología actual, sino también con la personalidad completa.

E. Q.: ¿Le importaría contarme cómo fueron los orígenes del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (M.C.M.I.)*? ¿Cómo lo construyó Vd.?

T. M.: El M.C.M.I. vino a ser principalmente un acto defensivo por mi parte. Después de que el libro *Psicopatología Moderna* se publicara en 1969, se utilizó en muchos programas de doctorado en los Estados Unidos, y los estudiantes respondieron muy bien a él. Probablemente 15 o 20 cartas, ante todo cartas, también algunas llamadas telefónicas, me llegaron preguntando si había alguna manera mediante la cual los constructos del modelo teórico, particularmente los diferentes tipos de personalidad, o estilos, o patrones, pudieran ser determinados sobre la base de alguna prueba, o de alguna medida, de forma que se pudiera decir que una persona es un evitador, o un narcisista, o un pasivo-agresivo. Y unos cuantos de estos estudiantes estaban haciendo sus tesis doctorales, y al principio les contesté diciéndoles que pensaba que era estupendo y que estaría muy contento si les viera hacerlo a ellos mismos, pero que desafortunadamente yo no

tenía ninguna herramienta operativa para evaluar esas características. Muchos de ellos me volvieron a escribir agradeciéndome el interés y apoyando mi trabajo en algún sentido, pero decían que ellos desarrollarían un test para determinar si una persona era un evitador, o un histriónico, etc. Y cuando me escribió la primera persona diciéndome que desarrollaría una prueba, le dije que eso era interesante, que era un proyecto que merecía la pena, le animé a hacerlo. Y después un segundo, y un tercero, y un cuarto, y un sexto, y un décimo, diciéndome que iban a diseñar sus propias pruebas. De pronto se me ocurrió que teníamos delante mis constructos teóricos y una completa variedad de diferentes pruebas desarrolladas por personas que no estaban preparados para intentar el desarrollo de sus medidas, de sus herramientas operativa, para representar los diferentes constructos. Pensé que eso era una invitación a los problemas. Tenías cosas diferentes hechas por personas que no eran expertos, y creí, por consiguiente, que yo tenía la responsabilidad de construir una prueba que cualquiera pudiera utilizar para este propósito. Eso me puso en marcha para desarrollar una prueba que pudiera ser operacionalizada. Analizamos las que ya existían, el Rorschach, el M.M.P.I., y así sucesivamente, y así todo el tiempo. Ninguno de ellos parecía ser capaz de prestarse por sí mismo para lo que nuestro modelo teórico proponía. Así que entonces decidimos, después de examinar todas las otras pruebas, que tendríamos que construir uno nosotros mismos. Al principio pensamos en hacer una entrevista y un autoinforme. La entrevista propuesta fue demasiado complicada, llevaba demasiado tiempo y suponía demasiadas dificultades; mientras que el autoinforme no fue una cosa fácil de hacer, nos llevó seis años y medio terminarlo y tuvimos numerosas personas trabajando en grupo, y recogimos datos de casi 2000 pacientes. Por eso es por lo que desarrollamos la prueba que se llamó M.C.M.I.. Ese no era el plan inicialmente. Mi modelo entero no había sido formulado del modo en el que lo ha sido en la última década o dos. Simplemente estábamos algo cansados, moviéndonos haciendo algunas cosas, y tratando de encajar las piezas hasta que todas estuvieran claras. Así, por ejemplo, el modelo del profesional científico en su conjunto no se relacionaba con la evaluación, pero decía que se necesitaba una teoría que pudiera dirigir el pensamiento

para ver la relación entre la teoría y las diferentes categorías o clasificaciones que existen. Y más allá de eso, se necesitaría tener herramientas que operacionalizasen, que hicieran tangible una medida cuantitativa de los constructos teóricos. Y después de que eso se hiciera, si fuera bueno, podría ayudar a tomar decisiones con respecto a cómo se haría la terapia, de modo que ésta se encadenase con ese segundo elemento básico. Así pues, está la teoría, la clasificación y después la evaluación, que es lo tercero en ese grupo. Nos dimos cuenta de que lo que estábamos desarrollando, lo que se llamó el M.C.M.I., iba a ser una prueba psiquiátrica orientada por la personalidad. Como mencioné antes, yo fui el Director del Departamento de Psicología en Illinois, en Chicago, con unos 45 psicólogos que trabajaban conmigo en distintos ámbitos. Algunos de ellos trabajaban además en la enseñanza no universitaria y me dijeron “tu interés con respecto a los problemas de la personalidad adulta también puede extenderse hacia los adolescentes; debemos tomar el mismo modelo que desarrollamos para el M.C.M.I. y usarlo también para ellos”. Algunos otros miembros de la plantilla trabajaban en centros médicos, trataban con personas con cáncer, enfermedades del corazón, diabetes y cosas así. Y lo que decían era que las pruebas al uso, como el Rorschach o el M.M.P.I., no eran apropiados para comprender el tipo de persona que acababa de tener un ataque de corazón, o que tiene un cáncer que está avanzando. El Rorschach no tiene sentido en esos casos y lleva mucho tiempo. El M.M.P.I. también lleva mucho tiempo y habla sobre características psiquiátricas más que de otro tipo. Por ello desarrollamos un inventario de salud conductual y un inventario para adolescentes. Y así es cómo todos estos instrumentos llegaron a hacerse. Al principio yo no estaba muy contento con que muchas personas que no eran ni tan siquiera doctores aún, desarrollaran las pruebas, así que tuve que hacerlo yo mismo en colaboración con otros.

E. Q.: ¿Y cuáles son sus proyectos actuales en evaluación? ¿Está Vd. preparando instrumentos nuevos, o adaptando algunos de ellos a otros países, tales como España, por ejemplo?

T. M.: Siempre nos alegra el ver traducciones a otras lenguas. El español ha sido una lengua a la que hemos traducido el ya mencionado M.C.M.I. y el M.A.C.I., el *Millon Adolescent Clinical*

Inventory (Inventario Clínico Adolescente de Millon), y más bien con éxito. Pero no es el lenguaje que pudiera ser más apropiado para España, porque es un esfuerzo por utilizar el español hasta cierto punto, pero no con rigor total. Aquí en Miami tenemos muchas personas que son de Cuba, y en Nueva York hay muchas personas de Puerto Rico, y en Texas hay muchas personas de México. Todos ellos hablan español pero no exactamente del mismo modo. Por eso hemos intentado encontrar un lenguaje español que pudiera ser usado en cualquier lugar. Tenemos traducciones al noruego, al danés, al alemán, al francés, así que es una buena idea hacer eso. Estamos muy contentos de que eso pase. Hay determinados procedimientos que uno debe seguir para hacerlo, traducciones inversas y cosas por el estilo. Yo no me ocupo directamente de esta tarea, pero animo a otras personas a hacer traducciones, a hacerlas del modo correcto. Lo que nosotros estamos haciendo ahora son refinamientos de lo que ya existe. Así, por ejemplo, actualmente estamos trabajando en una revisión del M.B.H.I., el *Millon Behavioral Health Inventory (Inventario de Salud Conductual de Millon)*, y hemos aprendido en los últimos 20 años muchas cosas que lo harían más útil para la gente que la forma en la que originalmente lo formulamos. Por eso ahora estamos en el proceso de recoger muchos datos nuevos, tenemos nuevos ítems, estamos haciendo diversos análisis y esperamos que dentro de un año o así tengamos todo este trabajo hecho. Hemos estado ya trabajando en ello durante cuatro años, pero en un año esperamos tener una nueva forma del M.B.H.I. que llamaremos M.B.M.D., el *Millon Behavioral Medicine Diagnostic (Diagnóstico de Medicina Conductual de Millon)* con el fin de diferenciarlo claramente del original. Así que estamos siempre implicados en la evaluación, en parte porque el M.C.M.I. especialmente bien recibido en este país, y está siendo utilizado tanto que sólo es superado por el Rorschach y del M.M.P.I. en términos de su frecuencia de uso. Así que es muy popular en este país, y esperamos mejorarlo. Como Vd. sabe, ahora es el M.C.M.I.-III el que está en uso.

E. Q.: Y ahora una pregunta sobre la terapia. Vd. ha escrito recientemente un libro titulado *Terapia guiada por la personalidad (Personality-Guided Therapy, 1999a)*. ¿Qué significa ese título?

T. M.: Es un título que probablemente es el quinto o el sexto que le puse al libro. Empecé con otros títulos, aunque poco antes de que el libro fuera publicado, decidí darle el nombre de *Terapia guiada por la personalidad* (1999a) debido al tema que tocaba antes. Es decir, la importancia de comprender la personalidad del paciente cuando se hace terapia, incluso si la terapia es para la esquizofrenia, o la paranoia, o el trastorno bipolar. Es decir, no importa cuál sea la naturaleza de la sintomatología presente, siempre se puede hacer un trabajo mejor al comprender al paciente y al tratar al paciente si se sabe dónde están las vulnerabilidades de la persona, cómo son sus estilos de afrontamiento, de manera que cuanto más se sepa sobre la persona mejor, más efectiva va a ser la terapia. Lo que este libro hace es presentar los síndromes clínicos del Eje I pero describiendo cómo son los problemas si la persona es un evitador, a lo que la persona es probable que sea susceptible, qué rasgos es probable que estén interconectados con los síntomas si es un histriónico, o un obsesivo-compulsivo. Y entonces se ponen ejemplos de los tipos de terapias que uno puede utilizar. De esta forma, incluso si uno es un terapeuta de familia y quiere trabajar con una familia y el paciente está deprimido y es un obsesivo-compulsivo, lo que se hace en la terapia va a estar influido por la personalidad de ese paciente tanto como por la sintomatología que ese paciente tiene. Esto es sobre lo que trata el libro. Orientar la terapia en virtud de la personalidad del paciente. Estamos guiando al terapeuta, y guiando al terapeuta pensamos que podemos hacer la terapia más eficaz. Si uno está orientado cognitivamente, es útil ver cómo son las distorsiones del funcionamiento cognitivo que tienen lugar en los obsesivo-compulsivos. Qué es a lo que debes estar alerta si el paciente está deprimido, es un obsesivo-compulsivo y quieres saber algo sobre las características cognitivas de esa persona que está deprimida, y entonces elaborar el tratamiento teniendo eso en cuenta. Porque los procesos cognitivos, y las expectativas, y las anticipaciones de un obsesivo-compulsivo son bastante diferentes a si la persona es una histriónica o una esquizoide. Eso es sobre lo que trata el libro de la terapia. No son simplemente una serie de principios generales, sino que se exponen más de 100 casos de forma clara y extensa.

E. Q.: Ahora me gustaría preguntarle algo sobre nuestra sociedad. ¿Cómo pueden influir los cambios actuales de la cultura de nuestros países desarrollados, principalmente los cambios en la estructura de la familia, en la normalidad o salud mental?

T. M.: Esa es una cuestión muy extensa. Hay cambios radicales que están teniendo lugar en las sociedades occidentales: España, los Estados Unidos, la Gran Bretaña, Alemania ... Estos cambios son casi universales en las naciones más cultas del primer mundo, no en el tercer mundo, pues ellos no han llegado a este punto todavía, incluso aunque las fuerzas están allí, detrás de ellos. Yo he hablado y he escrito un poco sobre el concepto de personalidad límite en relación con esto. Entre las cosas que he dicho está que a los niños se les educa en un ambiente que moldea sus actitudes, su sentido del yo, la forma con la que se relacionan con los otros, de manera que la sociedad da un marco para que los niños vean lo que deben esperar, con quién se deben relacionar, cómo deben sentirse con ellos mismos. Y en las sociedades más tradicionales, hace algunos siglos, había un conjunto de reglas verdaderamente claro. La moral y la ética dependían en su mayor parte de la religión, el cómo tú aprendieras a relacionarte con los otros estaba determinado principalmente por la observación de los miembros de tu familia, tu madre, tu padre, tus hermanos; lo que la gente hacía en su trabajo estaba muchísimo más determinado por su clase social. Se podía ser granjero, o trabajar en la industria pesada, o en las plantas manufactureras, y unas pocas personas tenían oportunidades de ser cultas, de llegar a ser profesionales liberales, de llegar a ser doctores y cosas parecidas. Pero lo que ha venido pasando a lo largo de la última mitad del siglo es un cambio rápido en los valores que la gente tiene, un cambio rápido en términos de los papeles que desempeñan, o que piensan que podrían desempeñar, ha habido una disolución de muchos factores diferentes que influyen en el niño, mientras que antes solía saber dónde iba, qué hacer, qué esperar, y así sucesivamente. Eso ya no va a ser así nunca más. Los niños tienen múltiples opciones. La influencia de los padres ha disminuido debido a la televisión y a la facilidad para relacionarse con otros niños en grupos de la misma edad. Este tipo de avance tremendo hacia el caos, hacia demasiada variedad, demasiado cambio, crea una imagen

en el niño de “quién soy yo”, “qué quiero”, “adónde voy”, “cómo me relaciono”. Ven la televisión y ven a los adultos relacionarse de una manera, y entonces en otro programa los adultos se relacionan de otra forma. De modo que no hay cohesión, no hay foco, no hay centro. Yo creo, hablando de la personalidad límite, que la razón por la que ha habido un incremento de la personalidad límite es porque nuestra sociedad genera esta división, este “no estoy seguro de adónde voy, de lo que quiero”, y por lo tanto, los problemas que diagnosticamos en la sintomatología son los problemas de nuestra sociedad. Tenemos una personalidad límite, es decir, un problema sistémico. Nuestra cultura entera está llegando a ser de esa forma, y lo vemos en nuestros pacientes. Antes no se veían personas de tipo límite, o si habían, eran poco frecuentes, pero ahora el número es enorme. La cultura tiene un efecto tremendo, no sólo en las palabras que se transmiten desde el púlpito, o el periódico, sino precisamente en el estilo y en el patrón de vida y su cambio. Es ese cambio el que es ahora más importante que el contenido. La gente dice “haz esto”, “deberías hacer eso otro”, pero alguien por ahí dice, “oh no, no, hazlo de este otro modo”, y otra persona propone otro camino. De forma que no podemos encontrar un centro y un foco. Creo que es uno de los mayores problemas de nuestra sociedad. La vida cultural ya no tiene nada que sea específico en cada lugar, simplemente existe una multiplicidad de culturas a las que la gente está expuesta, y que hace un poco más difícil para el hombre medio entender lo que va a hacer, adónde va a ir. Por ejemplo te casas, pero no permaneces casado mucho tiempo porque te dices “bien, si no eres feliz, entonces cambia”. De manera que ahora la gente va a cambiar, y se va a crear inestabilidad en los niños, y así sucesivamente, y así todo el tiempo.

E. Q.: Para terminar, algo sobre su futuro. ¿Cuáles van a ser las próximas líneas de desarrollo de su obra, de su ciencia clínica? ¿Qué está preparando para el futuro?

T. M.: Bien, como Vd. sabe, yo ya no soy un hombre joven. Yo, en términos de futuro, espero pasar muchas de mis ideas a otros, lo que ya ha ocurrido y continua siendo el caso, así que me gustaría animar a las personas jóvenes, como Vd. mismo, a tomar algo del trabajo que está ahí y a ampliarlo en varias direcciones. Tengo

estudiantes de doctorado con los que colaboro, y les doy tareas para que puedan trabajar de ese modo. He tenido estudiantes de doctorado en el pasado que ahora son profesores y directores de departamentos que estudiaron conmigo hace 20 años, 15 años, 10 años. De manera que una mayor parte de lo que yo espero no es hacer mucho más, sino animar a otros que están en sus 30 y 40, o incluso en sus 50, a continuar este tipo de trabajo. Lo que voy a hacer ahora es una cosa que he visto que hacen muchos profesores jubilados, que es volver atrás y mirar a la historia. Tratar de ver de dónde vienen todas las ideas que usamos hoy. Lo que algunos de los filósofos griegos dijieran sobre la personalidad, el gran médico griego Hipócrates, así como Aristóteles, Platón... y seguir todo esto hasta el momento actual. Así que el libro de historia en el que ahora estoy trabajando, *Masters of the mind*, está diseñado para interconectar los primeros pensamientos e ideas sobre los trastornos de la personalidad y otras parecidas, justo hasta el día de hoy. He planteado el libro y estoy muy contento con su estructura. Sensibilizará al lector hacia los diferentes puntos de vista que existen hoy día y también hacia el origen de muchos de esos puntos de vista, yendo al siglo IV A. C., o al siglo XVI D. C., o hasta el siglo XIX, y el XX, llegando hasta el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of the mental disorders, IV* (D.S.M.-IV). Washington, D. C.: A.P.A. (1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV*. Barcelona: Masson)
- Freud, S.** (1925 / original de 1915). *Instincts and their vicissitudes*. Collected papers, vol. 4. London: Hogarth. (1973. *Los instintos y sus destinos*. Obras completas, 3ª edición, pp. 2.039-2.052. Madrid: Biblioteca Nueva)
- Millon, T.** (1969). *Modern Psychopathology: A biosocial approach of maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders. (1976. *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat)
- Millon, T.** (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (M.C.M.I.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Millon, T.** (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (M.C.M.I.-II). Minneapolis: National Computer Systems. (1997. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: T.E.A. Adaptado por Alejandro Ávila-Espada)
- Millon, T.** (1990). *Toward a new Personology: An Evolutionary Model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T.** (1999a). *Personality-guided therapy*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T.** (1999b). Reflections on psychosynergy: A model for integrating science. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-456.
- Millon, T.** (En preparación). *Masters of the mind*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Millon, T. and Davis, R.** (1995). *Disorders of personality. D.S.M.-IV and Beyond*. Nueva York, John Wiley and Sons, Inc. (1998. *Trastornos de la personalidad. Más allá del D.S.M.-IV*. Barcelona, Masson)
- Millon, T.; Green, C. J. and Meagher, R. B. Jr.** (1982). *Millon Behavioral Health Inventory* (M.B.H.I.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T.; Millon, C. and Davis, R. D.** (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory* (M.A.C.I.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T.; Millon, C. and Davis, R. D.** (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (M.C.M.I.-III). Minneapolis: National Computer Systems.
- Society for Personality Assessment** (1999). Special series: Millon's evolving personality theory and measures. *Journal of Personality Assessment*, 72, nº 3.