

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la Evaluación de Adolescentes Chilenos¹

The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) in the Assessment of Chilean Adolescents

Eugenia V. Vinet y Paula Alarcón
Universidad de La Frontera

Se presenta el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI), a través de una breve revisión teórica y la descripción de tres estudios empíricos realizados en Chile. El Estudio 1, realizado con 300 adolescentes escolarizados, sin problemas de salud mental, establece diferencias significativas según sexo y edad de los sujetos. El Estudio 2, a través de la evaluación de 74 adolescentes consultantes por problemas de salud mental y sus pares no consultantes, muestra la capacidad del MACI para diferenciar entre estos dos grupos. El Estudio 3, evalúa 62 adolescentes con problemas de adaptación social y muestra la capacidad del MACI para diferenciar a estos jóvenes de un grupo normal pareado. Estos resultados son discutidos en función de los aportes que este instrumento puede hacer al mejor conocimiento de los adolescentes en nuestro país.

The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) is presented through a brief theoretical revision and the description of three empiric studies done in Chile. Study 1, done with 300 school adolescents without mental health problems, shows significant differences considering the subjects' sex and age. Study 2, through the assessment of 74 adolescents consulting for mental health problems and their non-consulting peers, shows MACI's capability to differentiate between these two groups. Study 3 assesses 62 adolescents with social adaptation problems and shows MACI's capability to differentiate between these youngsters and their normal peers. These results are discussed considering the contributions this test may bring to increase the knowledge about adolescents in our country.

Este artículo presenta el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993) y da cuenta de los estudios psicométricos preliminares realizados para incorporarlo a la comunidad psicológica nacional como un instrumento adecuado para la evaluación de adolescentes chilenos.

En una primera parte, luego de revisar brevemente la etapa adolescente y la teoría que da origen

al instrumento, se describen sus características y el proceso para su introducción al medio nacional. En una segunda parte, a través de tres estudios empíricos, se evalúan sus características psicométricas en muestras de adolescentes chilenos.

El MACI en la Evaluación Psicológica de los Adolescentes

La adolescencia, es reconocida en la sociedad occidental, como una fase de transición en el desarrollo de la personalidad, donde los individuos abandonan el mundo infantil, buscando un espacio psicológico y social en la comunidad adulta. Esta etapa impone al individuo una gran diversidad de tareas que lo llevarán a alcanzar la autonomía expresada en independencia de los padres, posibilidad de una relación de pareja, amistades propias e inserción en el mundo laboral (Alarcón, 1997).

En la gran diversidad de investigaciones realizadas en población adolescente, coexisten diversas aproximaciones teóricas. Están aquellas que resaltan la inestabilidad de la etapa, "personalidad en crisis"; las que enfatizan la plasticidad y el potencial de cambio de los adolescentes, y por último, las que

Eugenia V. Vinet y Paula Alarcón, Departamento de Psicología. La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a Eugenia V. Vinet, Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Casilla 54-D, Temuco, Chile. E-mail: evinet@ufro.cl

¹ Este estudio recibió financiamiento del Proyecto DIDUFRO 9906 y del Proyecto FONDECYT 1010514. El artículo presenta resultados de aspectos parciales elaborados a través del Proyecto DIDUFRO 9906, de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad de La Frontera y resultados preliminares obtenidos en el Proyecto FONDECYT 1010514-Año 1.

Las investigadoras desean agradecer el excelente trabajo de recolección de datos realizado por los y las tesisistas del Proyecto DIDUFRO 9906, Cecilia Brió, Pamela Correa, Pablo Díaz, Macarena Díez, Mauricio Echeverría y Deyanira Salazar, y las tesisistas del Proyecto FONDECYT 1010514, Gisela Fernández y Carolina Montoya. Asimismo, agradecen los valiosos aportes de las doctoras María Fons (Universidad de Barcelona) y Sonia Salvo (Universidad de La Frontera) quienes leyeron y revisaron la versión preliminar de este artículo.

defienden una continuidad en el desarrollo, dando especial importancia a factores del entorno socio-cultural (Crockett & Croutter, 1997).

Existe consenso que la adolescencia comienza con la pubertad y su concomitante madurez sexual y que evoluciona a través de dos sub-etapas: adolescencia temprana y adolescencia media o tardía. Las motivaciones y preocupaciones de la primera fase versan en torno a la aceptación de la nueva imagen corporal, la sexualidad e impulsividad emergente, y la necesidad de parecer atractivos para los pares y potenciales parejas. Es un periodo de fragilidad emocional debido a la necesidad de ajuste personal, los cambios hormonales y las mayores demandas de intercambio social. La segunda fase, emerge después de los 16 años, cuando los cambios se han afianzado. El joven enfrenta la conquista del grupo de amigos, se adapta a una determinada cultura juvenil, forja su proyecto vocacional y construye una aproximación valórica personal ante la realidad. Además, gracias a la mayor delimitación del sentido de identidad, logra emprender la diferenciación de la familia de origen. Finalmente, junto a la superación de la dependencia afectiva surge, en este período, una importante incertidumbre acerca de la inserción en el mundo laboral y social (Ávila, Jiménez-Gómez & González, 1996; Zegers, 1988).

En un contexto más amplio, se señala que los cambios en la sociedad actual, en especial, su estructura post-moderna caracterizada por contactos más impersonales y ajenos, están moldeando de manera significativa la personalidad de los adolescentes al disminuir el contacto "cara a cara" y las oportunidades para que el joven tenga experiencias de apoyo e intimidad emocional. Desde esta perspectiva, uno de los factores que inciden de modo significativo en la adolescencia actual, es el estrés psicosocial al que se ven sometidos los jóvenes, el cual es acrecentado por las condiciones de pobreza en que viven muchos adolescentes latinoamericanos y por la fragilidad emocional propia de la etapa. Así, son frecuentes en los adolescentes, las vivencias de depresión y ansiedad, y las conductas de riesgo tales como consumo de drogas, embarazo precoz, conductas violentas, y de desadaptación social (Ávila, Jiménez-Gómez & González, 1996; OMS, 1995).

La mayor complejización de esta etapa del desarrollo plantea la necesidad de nuevos modelos, teóricos y empíricos, que puedan dar cuenta tanto de las estrategias que los adolescentes poseen para afrontar este contexto social tan diverso, como de

los criterios que permitan diferenciar el desarrollo psicológico normal de los trastornos en salud mental. En este contexto, el abordaje psicométrico, centrado en problemas prácticos de detección, evaluación y diagnóstico de problemáticas adolescentes, se constituye en un modelo alternativo pues permite abordar la discusión sobre los indicadores del desarrollo normal y patológico en esta importante fase de estructuración de la personalidad (Vinet, González & Alarcón, 2000).

El modelo psicométrico incluye, en la actualidad, una gran diversidad de tests referidos a aspectos circunscritos de la conducta adolescente y una gran variedad de reportes sobre la aplicación de instrumentos de evaluación de adultos en muestras de adolescentes, siendo escasos los reportes sobre herramientas de evaluación clínica general diseñadas ex profeso para ser usadas con los jóvenes. Este modelo no ha sido muy utilizado en el país debido, principalmente, a la escasez de instrumentos de evaluación psicológica y, en especial, a la carencia de instrumentos idóneos para el trabajo con adolescentes que hayan sido creados o adaptados y probados en su utilidad en la realidad nacional.

El presente trabajo aborda esta situación al iniciar el estudio del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993), con objeto de conocer sus propiedades psicométricas que permitirían, a futuro, iniciar un trabajo de estandarización. Este instrumento, diseñado especialmente para la evaluación de adolescentes, fue elegido pues permite encarar satisfactoriamente la problemática descrita de acuerdo a las teorías que le sirven de base: modelo del aprendizaje biosocial (Millon, 1969) y modelo evolutivo de la personalidad (Millon, 1990).

Millon (1969, 1990), define la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y comprenden el modo idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo. Desde esta aproximación, Millon plantea una hipótesis de continuidad en el desarrollo psicológico; por tanto, las características del funcionamiento del adolescente estarían determinadas tempranamente a partir de la interacción entre dos dimensiones de funcionamiento del ser humano.

La Dimensión I, anclada biológicamente pero modulada a través del aprendizaje, distingue dos modalidades básicas de obtención de reforzamiento instrumental y afrontamiento de situaciones que utilizaría el adolescente para maximizar el placer y evitar el dolor. Estos modos son (a) *actividad*, cuando los jóvenes aparecen atentos y alertas, interviniendo y modificando los acontecimientos; y (b) *pasividad*, cuando por el contrario, aparecen apáticos e inhibidos y permiten que los sucesos se desarrollen fuera de su control o regulación personal.

La Dimensión II propone cinco categorías para caracterizar el tipo de vínculo que establecería el joven con la fuente primaria a partir de la cual obtiene placer y satisfacción o intenta evitar el dolor y el sufrimiento. Estas categorías son: (a) *retramiento*, cuando el joven evita el establecimiento de vínculos; (b) *dependencia*, cuando el establecimiento de vínculos con otros es lo primordial para obtener placer y evitar el dolor; (c) *independencia*, cuando se puede prescindir de vínculos externos pues la gratificación se obtiene internamente, a partir de los propios valores y deseos; (d) *ambivalencia*, cuando el joven oscila y experimenta conflictos entre ser guiado por otros o por los propios deseos en la obtención de satisfacción; y (e) *discordancia*, cuando en el joven se ha trastocado la naturaleza del vínculo interpersonal y vivencia lo negativo como positivo sustituyendo el dolor por el placer.

La combinación de estas dos dimensiones genera una matriz de 10 (2x5) patrones básicos de personalidad, que incluyen tanto estrategias normales de funcionamiento personal como trastornos leves o severos de la personalidad. Estas estrategias, conceptualizadas como modos preferentes de percibir, sentir, pensar, actuar y relacionarse con otros, son evaluadas en el MACI a través de las escalas de Patrones de Personalidad.

En el modelo de Millon está, también, presente la idea de que la adolescencia no es un periodo apacible sino más bien lleno de intensas vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias que, debido a las demandas de ajuste propias de la etapa evolutiva, hacen del joven una persona especialmente vulnerable al estrés y a la desadaptación psicológica. Estas características, propias del adolescente, están presentes en el MACI a través de la evaluación realizada en las escalas de Preocupaciones Expresadas.

Finalmente, Millon (1993) reconoce que los adolescentes presentan ciertos trastornos que se manifiestan de modos relativamente específicos en conjuntos de síntomas agrupados en síndromes clínicos

bien definidos. Estos estados, que no son entidades extrañas que invaden el funcionamiento adolescente, sino más bien caricaturizan o acentúan el estilo básico de personalidad del joven, son evaluados a través de las escalas de Síndromes Clínicos.

Caracterización del Instrumento

El MACI consta de 160 ítems con afirmaciones que el sujeto debe responder en un formato verdadero/falso, dependiendo de si ellas representan o no aspectos vinculados a su experiencia personal. Estas afirmaciones aportan a 31 escalas: doce escalas de Patrones de Personalidad, ocho escalas de Preocupaciones Expresadas, siete escalas de Síndromes Clínicos, tres Escalas Modificadoras y una denominada Confiabilidad. Todas ellas aparecen listadas en la Tabla 1.

Como ya se señaló, las escalas de Patrones de Personalidad surgen del modelo 5x2 y muestran cómo los rasgos y características de personalidad del sujeto se combinan en forma de estilos de personalidad relativamente estables. Estas escalas revelan los estilos de personalidad que surgen y se estabilizan en la adolescencia, a saber: Introverso (1), Inhibido (2A), Afligido (2B), Sumiso (3), Dramatizador (4), Egoísta (5), Transgresor (6A), Poderoso (6B), Conformista (7), Oposicionista (8A), Autodegradante (8B) y Tendencia Límite (9).

Las escalas de Preocupaciones Expresadas se focalizan en sentimientos y actitudes sobre temas específicos que preocupan a la gran mayoría de los adolescentes; sin embargo, debido a la orientación clínica del instrumento, estas escalas han sido denominadas en función del polo que refleja alteración o problema psicológico. Ellas son: Difusión de Identidad (A), Autoevaluación (B), Desaprobación Corporal (C), Disconformidad Sexual (D), Inseguridad Grupal (E), Insensibilidad Social (F), Discordia Familiar (G) y Abuso Sexual (H). La intensidad de la experiencia del adolescente, en cada uno de los ámbitos señalados, se refleja en la elevación del puntaje de cada escala.

Las escalas de Síndromes Clínicos están vinculadas a trastornos relativamente específicos que se encuentran en una proporción significativa de adolescentes con problemas en este periodo del desarrollo. Las siete escalas de este grupo son: Disfunciones Alimentarias (AA), Tendencia al Abuso de Sustancias (BB), Predisposición Delictual (CC), Tendencia a la Impulsividad (DD), Sentimientos Ansiosos (EE), Afecto Depresivo (FF) y Tendencia Suicida (GG).

Tabla 1
Escalas del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)

Escalas	Abrev.	Ítems
<i>Escalas Modificadoras</i>		
Revelación	X	*
Descapacidad	Y	17
Depreciación	Z	16
Confiabilidad	V	2
<i>Patrones de Personalidad</i>		
Introvertido	1	44
Inhibido	2A	37
Afligido	2B	24
Sumiso	3	48
Dramatizador	4	41
Egoísta	5	39
Transgresor	6A	39
Poderoso	6B	22
Conformista	7	39
Oposicionista	8A	43
Autodegradante	8B	44
Tendencia Borderline	9	21
<i>Preocupaciones Expresadas</i>		
Difusión de la Identidad	A	32
Autodevaluación	B	38
Desaprobación Corporal	C	17
Disconformidad Sexual	D	37
Inseguridad Grupal	E	19
Insensibilidad Social	F	39
Discordia Familiar	G	28
Abuso Infantil	H	24
<i>Síndromes Clínicos</i>		
Disfunciones Alimentarias	AA	20
Tendencia al Abuso de Sustancias	BB	35
Predisposición a la Delincuencia	CC	34
Tendencia a la Impulsividad	DD	24
Sentimientos de Ansiedad	EE	42
Afecto Depresivo	FF	33
Tendencia Suicida	GG	25

* La escala X no tiene ítems propios, sino provenientes de otras escalas.

Las Escalas Modificadoras son tres escalas que permiten controlar ciertas tendencias de respuesta. La escala Sinceridad (X) mide el grado en que el adolescente fue honesto, abierto y autorevelador. La escala Deseabilidad (Y) evalúa el grado en que los resultados del test pueden haber sido afectados por la inclinación del adolescente a mostrarse agrada-

ble, con una moralidad admirable y gran integración emocional. La escala Alteración (Z) evalúa la inclinación de éste a devaluarse al presentar más problemas y dificultades que los que en realidad experimenta. Estas escalas se complementan por una escala de Confiabilidad (V), compuesta por dos ítems altamente improbables de ser respondidos en la dirección Verdadero. Sus respuestas permiten evaluar qué tan bien el adolescente ha comprendido los ítems del test y si les ha prestado la debida atención al responderlos; la presencia de las dos respuestas verdaderas cuestiona seriamente la validez de las otras respuestas.

Este conjunto de escalas hacen del MACI un instrumento comprensivo, adecuado para la evaluación de adolescentes. Su idoneidad está respaldada teóricamente ya que el modelo en que se sustenta (Millon, 1969, 1990) encara exitosamente el problema de si existe o no una personalidad adolescente y si es posible describirla, categorizarla y evaluarla con fines de diagnóstico y pronóstico a través de un instrumento psicométrico. Como respuesta, el modelo plantea que la personalidad adolescente puede ser descrita en términos de estilos observables en los jóvenes, los cuales son precursores de los patrones de personalidad normal descriptibles en el adulto y son recogidos en su variante más patológica en los trastornos de personalidad.

La adecuación del MACI también está respaldada por la consecución de los objetivos que llevaron a su creación. De acuerdo a Millon (1993), el MACI fue diseñado para ser usado por profesionales de la salud mental como una herramienta para la identificación, predicción y comprensión de una amplia gama de dificultades psicológicas que caracterizan al adolescente. Al evaluar tanto fortalezas como debilidades, el MACI ayuda al clínico a maximizar las potencialidades de enfrentamiento de situaciones problema pues le proporciona un amplio rango de atributos de la personalidad y no sólo una focalización en áreas específicas.

La investigación empírica también ofrece respaldos a la idoneidad del MACI. En este ámbito, el MACI ha demostrado ser un instrumento adecuado para discriminar entre población adolescente que requiere ayuda profesional de aquella que no la necesita (Casullo, Góngora & Castro, 1998). Específicamente, en poblaciones de adolescentes con problemas psicológicos y en poblaciones de adolescentes hospitalizados por trastornos psiquiátricos, el MACI permite una adecuada descripción del funcionamiento psicológico y de la conducta (Grilo,

Sanislow, Fehon, Martino & McGlashan, 1999; Hiatt & Cornell, 1999; McCann, 1997; Romm, Bockian & Harvey, 1999). Además, permite la diferenciación, en una población psiquiátrica general, de aquellos jóvenes que sufren trastornos específicos como depresión (Hiatt & Cornell, 1999), abuso sexual (Grilo et al., 1999) y trastornos por uso de alcohol y drogas (Grilo, Fehon, Walker & Martino, 1996).

Esta información es extremadamente relevante y promisorio en nuestra realidad ya que no se cuenta con instrumentos que permitan discriminar adecuadamente a los jóvenes en necesidad de atención psicológica en una población general, ni tampoco con métodos rápidos y objetivos para describir y evaluar las alteraciones vivenciales y conductuales de diferentes grupos de adolescentes, o que aporten información relevante para establecer diagnósticos diferenciales, estrategias de tratamiento, y/o planes de prevención.

Revisados tanto los aspectos teóricos como psicométricos del MACI y resaltada la necesidad de contar con un instrumento con sus características en la realidad nacional, se procedió a su estudio empírico con muestras chilenas. Para ello se realizó, primeramente, la traducción y adaptación del instrumento al contexto sociocultural chileno; y posteriormente, tres estudios cuyo objetivo fue determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez de la versión chilena del instrumento, paso previo para los estudios de estandarización futura.

Traducción y Adaptación del MACI al Contexto Sociocultural Chileno

El MACI fue traducido y adaptado al contexto cultural chileno por dos psicólogos y tres estudiantes de psicología, todos ellos bilingües y con experiencias de vida en Estados Unidos, utilizando el enfoque de comité (Brislin, 1980) y descentramiento (Werner & Campbell, 1970) en un proceso de cuatro etapas.

En la primera etapa, cada miembro del comité tradujo independientemente los ítems del test a partir del instrumento original en inglés y una versión en español realizada por la editora estadounidense para ser utilizada con sujetos hispano-parlantes de Estados Unidos. En la segunda etapa, a través de una serie de reuniones del comité, se revisaron las respectivas traducciones de los ítems privilegiando las concordancias entre los traductores y la fidelidad al texto original en inglés; en los casos en que las diferentes traducciones eran muy disímiles

se discutió sobre las diferentes alternativas y se llegó a una traducción de consenso. Posteriormente, se tradujeron las instrucciones para responder el instrumento y se diseñó la hoja de respuestas. El test resultante se ensambló en una versión preliminar.

En la tercera etapa, la versión preliminar fue aplicada a una muestra piloto constituida por 14 adolescentes de diferentes edades, procedentes de diferentes establecimientos educacionales. A estos adolescentes se le indicó que, primero, respondieran el instrumento conforme a las instrucciones que éste tenía; y que, segundo, señalaran cualquier aspecto que no comprendieran e hicieran todos los comentarios que les parecieran pertinentes para aclarar el significado de los ítems y facilitar la tarea de futuros respondientes. Los jóvenes respondieron el instrumento en un tiempo medio de 43.8 minutos, con oscilaciones entre 35 y 55 minutos. En general, no tuvieron dificultades para responder y sugirieron pequeñas modificaciones en algunos ítems. Considerando estos aspectos, en la cuarta etapa, se generó la *versión estándar* del instrumento que es usada en esta investigación (Vinet & cols., 1999).

Posteriormente, en el curso de la investigación, se generó un nuevo formato para el instrumento, en el cual la respuesta se escribe en el mismo cuadernillo, eliminando el uso de hoja de respuestas. Este nuevo formato, denominado *versión amigable* para diferenciarlo de la versión estándar que se contesta con hoja de respuesta (Alarcón, 2001), es una alternativa a utilizarse con jóvenes con poca escolaridad o con alteraciones emocionales y/o conductuales graves.

Características Psicométricas del MACI en Tres Muestras de Adolescentes Chilenos

A continuación se describen los tres estudios que sirvieron para responder las interrogantes básicas sobre confiabilidad y validez del instrumento y que permiten sentar las bases para su posterior estandarización y utilización en Chile.

El primero de ellos es un estudio con adolescentes escolarizados que no evidencian trastornos emocionales ni desórdenes conductuales graves. Este estudio permite responder cuestiones tan básicas como la necesidad de realizar o no diferenciaciones en relación al sexo, la edad y el nivel socioeconómico de los sujetos. El segundo estudio, se focaliza en un grupo de adolescentes consultantes por problemas de salud mental y verifica la capacidad de discriminación del instrumento entre este grupo y los adolescentes no consultantes.

Finalmente, el tercer estudio, centra la atención de los investigadores en un grupo de adolescentes con problemas de desadaptación social y verifica la idoneidad del instrumento para la evaluación de este grupo en particular, en contraste con los adolescentes sin problemas de adaptación social. A continuación se presentan las características específicas de cada estudio con sus resultados.

Estudio 1: El MACI en Adolescentes No-Pacientes

Participantes y Procedimiento

La muestra estuvo constituida por 300 adolescentes no-pacientes, hombres y mujeres, de 13 a 18 años, procedentes de colegios municipales, particular-subvencionados y particular-pagados que se distribuyeron tal como aparece en la Tabla 2 conforme a las variables señaladas. Todos ellos respondieron, anónimamente y de modo voluntario, la versión estándar del MACI en una sola sesión, en sus respectivos grupos cursos, en el contexto de una evaluación más extensa.

Resultados

Con los datos obtenidos en la aplicación del instrumento se realizó, primeramente, un examen de la confiabilidad de las escalas que conforman el MACI encontrándose coeficientes *alfa* de correlación ítem-test de magnitudes altas, similares a los reportados por Millon en el manual del test (Millon, 1993). Estos coeficientes, al igual que los correspondientes a los Estudios 2 y 3, se encuentran en la Tabla 3. En ella, en la columna 3 pueden observarse los valores correspondientes a la muestra de adolescentes no consultantes.

Tabla 2
Características biosociodemográficas de la muestra normal ($n = 300$) en frecuencias (f) y porcentajes (%)

Tipo de Colegio	n	Sexo		Edad		
		f	m	13-15	16-18	
Particular	f	59	34	25	30	29
	%	19.6	11.3	8.3	10	9.6
Subvencionado	f	91	50	41	52	39
	%	30.3	16.6	13.7	17.3	13.0
Municipal	f	150	90	60	82	68
	%	50	30	20	27.3	22.7
Totales	f	300	174	126	164	136
	%	100	58	42	54.7	45.3

A continuación esta muestra fue desagregada conforme a las variables sociodemográficas con objeto de determinar su relevancia para estudios posteriores.

Sexo. Al realizar contrastaciones según esta variable se observaron, tal como lo muestra la Tabla 4, diferencias significativas en 19 de las 27 escalas evaluadas, lo cual señala la necesidad de normas diferenciadas según sus dos valores: hombres y mujeres.

Estas diferencias parecen estar relacionadas con los estereotipos de género correspondientes a hombres y mujeres. Como se observa en la Tabla 4, los varones tienden a estructurar patrones de personalidad que enfatizan la exteriorización conductual (puntuajes significativamente más altos en las escalas Dramatizador, 4; Egoísta, 5; Transgresor, 6A; y Poderoso, 6B), en tanto que las niñas muestran mayor inhibición conductual que los varones (puntuajes significativamente más altos en las escalas Inhibido, 2A; Sumiso, 3; y Autodegradante, 8B). En cuanto a preocupaciones expresadas, los varones obtienen puntuajes significativamente más altos en Insensibilidad Social, F; y las niñas en escalas relacionadas con baja autoestima y posibles problemas en el área de la sexualidad (Autodevaluación, B; Desaprobatión Corporal, C; Disconformidad Sexual, D; y Abuso Infantil, H). Finalmente, en síndromes clínicos, los varones obtienen puntuajes significativamente más altos en las escalas relacionadas con alteraciones conductuales (Tendencia al Abuso de Sustancias, BB; Predisposición a la Delincuencia, CC; y Tendencia a la Impulsividad, DD) y las niñas en las escalas relacionadas con trastornos emocionales (Ansiedad, EE; Ánimo Depresivo, FF; Disfunciones Alimentarias, AA; y Tendencia Suicida, GG).

Edad. Al realizar contrastaciones según el grupo etáreo de pertenencia (13 a 15 y 16 a 18 años) se observan diferencias en 11 de las 27 escalas analizadas, ocho de las cuales corresponden a patrones de personalidad; esto muestra la necesidad de establecer normas diferenciadas según la edad de los sujetos.

En este caso, tal como se observa en la Tabla 5, los patrones de personalidad en los adolescentes más jóvenes resaltarían características emocionales e interpersonales disfóricas (puntuajes significativamente más altos en los patrones Introverso, 1; Inhibido, 2A; Afligido, 2B; Oposicionista, 8A; y Autodegradante, 8B); en los adolescentes mayores predominarían características de mayor exteriorización conductual (puntuajes significativamente más altos en los patrones Dramatizador, 4; Egoísta, 5; y Conformista, 7). En términos de las preocupaciones expresadas, los más jóvenes presentarían más pre-

Tabla 3
Coefficientes de confiabilidad alfa, en las tres muestras chilenas estudiadas y muestra normativa estadounidense

Escalas	Nº ítems	Normal n = 300	Clínica n = 74	Desadaptación n = 62	Normativa EU n = 579
X	*	*	*	*	*
Y	17	0.66	0.71	0.60	0.75
Z	16	0.81	0.82	0.79	0.85
1	44	0.80	0.68	0.71	0.83
2 A	37	0.82	0.80	0.72	0.86
2 B	24	0.82	0.81	0.81	0.86
3	48	0.72	0.81	0.75	0.74
4	41	0.83	0.78	0.71	0.82
5	39	0.80	0.74	0.67	0.80
6 A	39	0.74	0.81	0.76	0.84
6 B	22	0.75	0.80	0.79	0.83
7	39	0.82	0.86	0.85	0.86
8 A	43	0.79	0.82	0.87	0.85
8 B	44	0.90	0.88	0.89	0.90
9	21	0.79	0.81	0.87	0.86
A	32	0.71	0.63	0.75	0.79
B	38	0.88	0.85	0.87	0.91
C	17	0.82	0.81	0.74	0.85
D	37	0.54	0.51	0.69	0.73
E	19	0.65	0.61	0.46	0.75
F	39	0.75	0.74	0.62	0.79
G	28	0.62	0.67	0.65	0.79
H	24	0.77	0.76	0.78	0.83
AA	20	0.83	0.85	0.79	0.86
BB	35	0.80	0.87	0.87	0.89
CC	34	0.70	0.68	0.67	0.77
DD	24	0.57	0.74	0.62	0.79
EE	42	0.72	0.81	0.78	0.75
FF	33	0.84	0.83	0.86	0.89
GG	25	0.86	0.84	0.85	0.87

* La escala X no puede ser evaluada por consistencia interna ya que no posee ítems propios.

ocupación por la identidad personal que los mayores, manifestándose esta preocupación a través de puntajes significativamente más altos en las escalas de Difusión de la Identidad (A) y Autodevaluación (B). Finalmente, en relación a síndromes clínicos, el Afecto Depresivo (FF) se presenta con puntuaciones significativamente más altas en los sujetos jóvenes que en los mayores.

Nivel socioeconómico. Para evaluar esta variable se utilizó una medición indirecta a través del tipo de colegio (municipal, subvencionado y particular) donde estudiaban los adolescentes, partiendo del supuesto que este reflejaría el nivel socioeconómico del grupo familiar. Dada la disimilitud en

el tamaño de las muestras (ver Tabla 2), sólo se lograron establecer algunas diferencias relevantes con respecto a los adolescentes de colegios municipalizados y subvencionados. En este caso, tal como aparece señalado en la Tabla 6, los jóvenes de colegios subvencionados parecen ser más vulnerables y frágiles que los de colegios municipalizados, con más posibilidades de llegar a presentar trastornos conductuales y/o emocionales. O bien, dicho de otra forma, los jóvenes de colegios municipales tienden a ser más estables y a acercarse más al rol que la sociedad les demanda, presentando menos dificultades que los estudiantes de colegios subvencionados.

Tabla 4
Diferencias en las escalas del MACI según el género de los sujetos

	Escalas MACI	Hombres		Mujeres		p
		M	DS	M	DS	
1	Introvertido	14.98	6.26	16.14	6.00	
2 A	Inhibido	11.02	5.83	13.34	5.82	***
2 B	Afligido	5.80	4.03	6.64	4.59	
3	Sumiso	29.14	4.91	32.68	5.34	***
4	Dramatizador	25.14	5.95	23.39	6.25	*
5	Egoísta	23.56	5.46	20.05	6.25	***
6 A	Transgresor	15.49	4.89	12.77	4.89	***
6 B	Poderoso	6.21	3.74	4.95	3.40	**
7	Conformista	28.45	5.79	28.93	5.75	
8 A	Oposicionista	11.39	5.50	10.78	5.61	
8 B	Autodegradante	11.11	7.70	13.72	8.43	**
9	Tendencia Borderline	6.18	3.78	7.03	4.17	
A	Difusión de la Identidad	9.11	4.23	9.34	4.29	
B	Autodevaluación	11.24	6.92	13.99	7.46	***
C	Desaprobación Corporal	3.32	3.13	6.13	3.76	***
D	Disconformidad Sexual	20.46	3.52	23.05	3.26	***
E	Inseguridad Grupal	6.58	2.73	7.03	2.95	
F	Insensibilidad Social	18.59	4.89	14.61	4.76	***
G	Discordia Familiar	11.35	3.33	11.36	3.62	
H	Abuso Infantil	4.31	3.20	5.57	3.82	**
AA	Disfunciones Alimentarias	3.95	3.35	7.77	4.24	***
BB	Tend. Abuso Sustancias	8.55	4.84	6.75	4.61	***
CC	Predispos. Delincuencia	16.96	4.11	13.57	3.97	***
DD	Tend. a la Impulsividad	10.65	3.14	9.21	3.18	***
EE	Sentimientos de Ansiedad	25.45	4.72	29.15	4.63	***
FF	Afecto Depresivo	9.04	5.14	11.94	5.77	***
GG	Tendencia Suicida	4.49	4.12	5.90	5.02	**

Nota: * $p < 0.05$
 ** $p < 0.01$
 *** $p < 0.001$

Estudio 2: El MACI en Adolescentes Consultantes

Participantes y Procedimiento

En este estudio se trabajó con una muestra de 74 adolescentes en consulta por problemas de salud mental, que fue contrastada con un subgrupo de la muestra de no consultantes, también de 74 adolescentes. Este subgrupo, derivado de la muestra anterior, fue pareado a la muestra clínica en las variables de género, edad y tipo de establecimiento educacional de procedencia. Se realizó la contrastación clíni-

ca v/s normal, con una muestra pareada, pues el estudio anteriormente reportado había demostrado la necesidad de controlar diferencias de género, edad y, parcialmente, tipo de colegio de procedencia.

Los sujetos de la muestra clínica fueron contactados individualmente a través de los centros de atención en salud mental donde ellos estaban consultando. Luego de explicarles el motivo del estudio y solicitarles su colaboración voluntaria, se desarrolló una pequeña entrevista para consignar datos sociodemográficos y motivo de consulta, posteriormente

Tabla 5
Diferencias en las escalas del MACI según la edad de los sujetos

	Escalas MACI	13-15		16-18		p
		M	DS	M	DS	
1	Introverso	17.21	5.94	13.97	5.90	***
2 A	Inhibido	13.44	5.74	11.21	5.93	***
2 B	Afligido	6.78	4.40	5.76	4.29	*
3	Sumiso	31.13	5.79	31.26	5.05	
4	Dramatizador	22.97	6.06	25.37	6.09	***
5	Egoísta	20.69	5.82	22.42	6.42	*
6 A	Transgresor	13.70	5.31	14.15	4.80	
6 B	Poderoso	5.71	3.99	5.23	3.11	
7	Conformista	28.09	6.16	29.42	5.23	*
8 A	Oposicionista	12.02	5.89	9.97	4.98	***
8 B	Autodegradante	13.94	8.29	11.20	7.92	**
9	Tendencia Borderline	7.10	4.09	6.22	3.92	
A	Difusión de la Identidad	9.79	4.42	8.65	4.00	*
B	Autodevaluación	13.83	7.18	11.76	7.41	*
C	Desaprobación Corporal	5.08	3.68	4.80	3.86	
D	Disconformidad Sexual	22.03	3.84	21.89	3.32	
E	Inseguridad Grupal	7.09	3.08	6.58	2.59	
F	Insensibilidad Social	16.06	5.37	16.52	5.00	
G	Discordia Familiar	11.47	3.69	11.23	3.27	
H	Abuso Infantil	5.28	3.45	4.78	3.80	
AA	Disfunciones Alimentarias	6.28	4.13	6.04	4.53	
BB	Tend. Abuso Sustancias	7.85	5.12	7.13	4.38	
CC	Predispos. Delincuencia	14.60	4.37	15.42	4.32	
DD	Tend. a la Impulsividad	9.99	3.23	9.62	3.25	
EE	Sentimientos de Ansiedad	27.77	5.21	27.41	4.79	
FF	Afecto Depresivo	11.42	5.76	9.97	5.54	*
GG	Tendencia Suicida	5.71	4.64	4.87	4.76	

Nota: * $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

se aplicó la versión estándar del MACI en una sola sesión realizada individualmente o en grupos pequeños (dos a cinco sujetos).

Las muestras clínica y normal son equivalentes en las variables sociodemográficas. Sexo: 50 mujeres y 24 hombres en cada grupo. Media de edad: 14.95 años en la muestra clínica y 14.92 en la muestra normal. Su distribución según colegios de procedencia es la misma: municipales (47), subvencionados (15) y particulares (12). Sólo se observaron diferencias significativas en el nivel educacional de los sujetos. En este caso, la muestra clínica presenta un nivel edu-

cacional significativamente menor que la normal (9.04 años de educación formal v/s 9.81 años; $t = 3.43$, $p < 0.01$), con mayor dispersión intragrupo abarcando ocho niveles de educación, desde 5° de EB a 4° de EM, en tanto que la muestra normal se distribuye sólo en cuatro niveles, 1° a 4° de EM.

Resultados

Los niveles de confiabilidad de las escalas del MACI en la muestra clínica son adecuados y comparables con los reportados por la literatura interna-

Tabla 6
Escalas del MACI que presentan diferencias significativas según tipo de colegio

Escala	Tipo de Colegio							
	Particular <i>n</i> = 59		Subvencionado <i>n</i> = 91		Municipal <i>n</i> = 150		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>		
2B	5.81 ^a	4.70	7.35 ^{ab}	4.48	5.83 ^{ac}	4.09	3.92	*
3	30.39 ^a	4.72	29.78 ^a	5.71	32.37 ^b	5.32	7.55	**
6A	14.69 ^a	4.99	15.49 ^a	4.92	12.65 ^b	4.88	10.45	**
6B	5.73 ^a	3.25	6.46 ^{ab}	3.48	4.79 ^{ac}	3.66	6.57	**
7	28.59 ^a	5.30	26.46 ^{ab}	6.13	30.16 ^{ac}	5.27	12.60	**
8A	11.12 ^a	5.11	12.73 ^{ab}	5.65	9.97 ^{ac}	5.45	7.23	**
8B	11.76 ^a	8.26	14.58 ^{ab}	8.27	11.77 ^{ac}	8.02	3.78	**
9	06.93 ^a	4.17	7.51 ^{ab}	3.98	6.07 ^{ac}	3.92	3.84	*
A	9.71 ^a	4.12	9.97 ^{ab}	4.38	8.62 ^{ac}	4.17	3.33	*
G	11.15 ^a	3.33	12.49 ^{ab}	3.60	10.75 ^{ac}	3.34	7.52	**
H	4.56 ^a	3.60	5.96 ^{ab}	3.65	4.68 ^{ac}	3.54	4.26	*
BB	7.85 ^a	4.25	9.20 ^{ab}	5.03	6.34 ^{ac}	4.52	10.98	**
DD	9.85 ^a	3.28	10.82 ^{ab}	3.04	9.19 ^{ac}	3.20	7.56	**
EE	26.88 ^a	4.76	26.09 ^a	4.70	28.80 ^b	5.01	9.55	**
GG	5.17 ^a	4.91	6.29 ^{ab}	4.96	4.77 ^{ac}	4.40	3.02	*

Nota: Las medias con distinto supraíndice son significativamente diferentes ($p < 0.05$, prueba post hoc HSD de Tukey). * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

cional, aunque ligeramente más bajos que los de la muestra normal (ver Tabla 3, columna 4).

Al realizar la contrastación de puntajes entre la muestra clínica y normal se observan, tal como aparece en la Tabla 7, diferencias significativas ($p < 0.05$) en un 56% de las escalas evaluadas, las cuales en su mayoría presentan puntajes brutos más altos en la muestra clínica. Las excepciones, esto es, escalas con puntajes significativamente más altos en la muestra normal que en la clínica, son dos escalas de patrones de personalidad, las escalas 3 y 7 que corresponden a los patrones Sumiso y Conformista respectivamente, y la escala clínica EE que corresponde a Sentimientos de Ansiedad.

Específicamente, la muestra clínica tiende a puntuar más alto en los patrones de personalidad que privilegian sentimientos disfóricos (patrones Inhibido, 2A; Afligido, 2B; y Autodegradante, 8B), exteriorizaciones conductuales inadecuadas (patrones Transgresor, 6A y Oposicionista, 8A) o la posibilidad de alteraciones más graves (Tendencia Borderline, 9). Las preocupaciones específicas que expresan los jóvenes de ambas muestras son muy similares, aunque

en la muestra clínica se observan puntajes más altos en las escalas Difusión de la Identidad, A; Discordia Familiar, G; y Abuso Sexual, H. En relación a los síndromes clínicos, la muestra clínica presenta puntajes significativamente mayores en Abuso de Sustancias, BB; Impulsividad, DD; y Tendencia Suicida, GG. Como ya se dijo, el síndrome clínico con puntuación significativamente más alta en la muestra normal es Sentimientos de Ansiedad, EE.

Estos resultados ofrecen un respaldo empírico inicial de la capacidad del MACI para diferenciar entre adolescentes con problemas clínicos y adolescentes normales. Además, aportan a una mejor comprensión del funcionamiento psicológico del adolescente chileno al asociar los patrones Sumiso y Conformista con características propias de los adolescentes no pacientes y reconocer en ellos sentimientos de ansiedad como manifestaciones clínicas que serían normales y propias de su etapa del desarrollo. En los sujetos con problemas clínicos, estos resultados mostrarían que los problemas presentados son, generalmente, una exacerbación de dificultades normales de la adolescencia.

Estudio 3: El MACI en Adolescentes con Problemas de Desadaptación Social

Participantes y Procedimiento

Se trabajó con una muestra de 62 adolescentes que recibían atención especializada en centros vinculados al sistema judicial, por presentar conductas indicativas de problemas de adaptación social. Específicamente, los jóvenes procedían de Juzgados de Menores, Centros de Tránsito y Distribución (CTD) y Centros de Rehabilitación Conductual (CERECO).

Esta muestra fue contrastada con un subgrupo de la muestra de no consultantes, también de 62 adolescentes pareado en las variables de género y edad.

La composición de las muestras fue la siguiente: 38 hombres y 24 mujeres en cada muestra, con idéntico promedio de edad (15.42 años). Al igual que en el estudio anterior, se observan diferencias significativas en relación al nivel educacional de los sujetos. En este caso, la muestra de desadaptación social presenta un nivel educacional significativamente menor que la muestra normal (7.77 años de educación formal *v/s* 10.37 años; $t = 9.66, p > 0.001$), con mayor

Tabla 7

Puntuaciones de escalas del MACI en las muestras clínica y normal (n = 74)

	Escalas MACI	Clínica		Normal		p
		M	DS	M	DS	
1	Introverso	18.23	5.37	17.08	6.36	
2 A	Inhibido	15.41	6.05	13.36	6.38	*
2 B	Afligido	8.76	4.78	6.72	4.49	*
3	Sumiso	29.49	6.86	32.11	5.44	*
4	Dramatizador	22.09	6.08	23.19	6.66	
5	Egoísta	19.99	5.68	20.45	6.76	
6 A	Transgresor	15.61	6.21	12.89	5.10	**
6 B	Poderoso	6.70	4.28	5.45	3.85	
7	Conformista	25.08	7.12	28.43	6.11	**
8 A	Oposicionista	14.54	6.71	11.82	5.86	*
8 B	Autodegradante	16.74	8.54	13.76	9.14	*
9	Tendencia Borderline	8.91	4.60	7.01	4.43	*
A	Difusión de la Identidad	11.23	4.15	9.55	4.55	*
B	Autodevaluación	16.12	7.10	14.04	7.78	
C	Desaprobación Corporal	6.12	4.01	5.93	4.20	
D	Disconformidad Sexual	22.01	3.79	22.86	3.62	
E	Inseguridad Grupal	7.54	3.08	6.96	2.90	
F	Insensibilidad Social	16.35	5.51	15.39	5.34	
G	Discordia Familiar	12.70	4.20	11.36	3.79	*
H	Abuso Infantil	8.27	4.32	5.65	4.21	***
AA	Disfunciones Alimentarias	7.85	4.80	7.11	4.56	
BB	Tend. Abuso Sustancias	10.62	6.56	7.51	4.93	**
CC	Predispos. Delincuencia	15.00	4.64	14.22	4.63	
DD	Tend. a la Impulsividad	11.42	4.39	9.22	3.54	**
EE	Sentimientos de Ansiedad	25.61	6.54	28.50	4.87	**
FF	Afecto Depresivo	13.36	6.02	11.70	6.08	
GG	Tendencia Suicida	7.91	5.22	5.70	5.22	*

Nota: * $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

dispersión intragrupo abarcando nueve niveles de educación, desde 4° de EB a 4° de EM, en contraste con la muestra normal que se distribuye más homogéneamente en cuatro niveles, 1° a 4° de EM.

Los sujetos de la muestra de desadaptación social fueron contactados individualmente a través de los centros en que estaban recibiendo atención. En una entrevista inicial se los motivó a participar y se obtuvo su consentimiento y compromiso. Posteriormente, se aplicó la versión amigable del MACI en una sola sesión realizada individualmente o en grupos pequeños (dos a cinco sujetos).

Resultados

Los niveles de confiabilidad de las escalas del MACI en la muestra de desadaptación social son, en general, adecuados y comparables con los reportados por la literatura internacional y con las otras dos muestras de adolescentes chilenos (ver Tabla 3, columna 5), presentando solamente una escala con un coeficiente *alfa* no satisfactorio, a saber, escala E, Inseguridad Grupal, *alfa* = 0.46.

Al contrastar los puntajes de esta muestra y la muestra normal se observan diferencias significativas ($p < 0.05$) en el 85% de las escalas evaluadas. Estas diferencias, en su mayoría, son bastante intensas (67% de las escalas presentan diferencias con $p < 0.001$) y con puntajes brutos más altos en la muestra de desadaptación social (ver Tabla 8). Las excepciones, esto es, escalas con puntajes más altos en la muestra normal que en la de desadaptación social, son sólo tres escalas de patrones de la personalidad, las escalas 3, 4 y 7 que corresponden a los patrones Sumiso, Dramatizador y Conformista respectivamente; y la escala de síndromes clínicos EE que corresponde a Sentimientos de Ansiedad.

Específicamente, la muestra de desadaptación social tiende a puntuar más alto en los patrones de personalidad que privilegian tanto la inhibición de la expresividad y los sentimientos disfóricos (patrones Introverso, 1; Inhibido, 2A; Afligido, 2B; y Autodegradante, 8B), como las exteriorizaciones conductuales inadecuadas (patrones Transgresor, 6A, y Oposicionista, 8A); además, esta muestra presenta también una mayor probabilidad de alteraciones graves de la personalidad (Tendencia Borderline, 9). Las preocupaciones expresadas por estos adolescentes son más intensas en todas las áreas evaluadas por el instrumento, excepto en las escalas de Desaprobación Corporal, C, e Inseguridad Grupal,

E, áreas en las que no se observan diferencias significativas. En relación a los síndromes clínicos, esta muestra presenta puntajes mayores en todas las escalas excepto en Disfunciones Alimentarias, AA, donde no hay diferencias significativas; y como ya se dijo, en Sentimientos de Ansiedad, EE, donde la muestra normal puntúa más alto.

Estos resultados ofrecen un respaldo empírico inicial de la capacidad del MACI para diferenciar entre adolescentes normales y adolescentes con problemas de adaptación social y, además, aportan información interesante respecto de este grupo específico, hasta ahora poco estudiado en la psicología nacional.

Discusión General de los Estudios Realizados

Estos tres estudios muestran las propiedades psicométricas básicas del MACI en diferentes grupos de adolescentes chilenos. En esta sección se plantearán las conclusiones que se desprenden directamente de los resultados y se revisarán aquellos aspectos que elicitaban hipótesis de interés en términos de un mejor conocimiento de las poblaciones de adolescentes en estudio.

Confiabilidad

Este trabajo permite establecer adecuados niveles de consistencia interna para, prácticamente, todas las escalas del MACI en las tres muestras estudiadas. Las excepciones son la escala D, Disconformidad Sexual, en las muestras normal y clínica (*alfas* de 0.54 y 0.51, respectivamente) y la escala E, Inseguridad Grupal, en la muestra de desadaptación social (*alfa* = 0.46). Aunque estas escalas merecen mayor estudio, con los resultados generales se puede aseverar que los ítems del instrumento son adecuadamente entendidos por los sujetos de las tres muestras y que la medición de las escalas es consistente.

Validez

En esta área surgen tres aspectos importantes. En primer lugar, y en relación a la capacidad de discriminación del instrumento entre diferentes grupos de sujetos, se puede afirmar, a partir de los resultados del Estudio 1, que el MACI es capaz de establecer perfiles diferenciales para hombres y mujeres y entre dos grandes grupos etáreos (adolescentes jóvenes, de 13 a 15 años, y adolescentes maduros, de 16 a 18), cuestionándose la utilidad de una diferenciación con respecto al nivel socioeconómico de los sujetos.

Tabla 8

Puntuaciones de escalas del MACI en las muestras de desadaptación social y normal (n = 62)

	Escalas MACI	Desadaptación Social		Normal		p
		M	DS	M	DS	
1	Introverso	19.45	5.68	15.56	5.64	***
2 A	Inhibido	15.32	5.25	12.18	5.94	**
2 B	Afligido	11.08	5.01	6.03	4.08	***
3	Sumiso	25.87	6.33	31.94	5.26	***
4	Dramatizador	22.53	5.41	24.63	5.98	*
5	Egoísta	20.13	5.07	22.08	6.11	
6 A	Transgresor	20.37	5.73	13.11	4.95	***
6 B	Poderoso	8.95	4.35	5.03	3.74	***
7	Conformista	22.08	7.02	30.00	5.15	***
8 A	Oposicionista	18.68	7.92	10.27	5.19	***
8 B	Autodegradante	18.76	8.91	11.82	8.13	***
9	Tendencia Borderline	10.63	4.96	5.98	3.93	***
A	Difusión de la Identidad	14.15	5.15	8.69	3.92	***
B	Autodevaluación	17.21	7.67	12.26	7.08	***
C	Desaprobación Corporal	5.16	3.39	4.55	3.73	
D	Disconformidad Sexual	19.31	5.00	21.84	3.98	**
E	Inseguridad Grupal	7.53	2.60	7.26	2.85	
F	Insensibilidad Social	19.08	4.67	16.56	5.59	**
G	Discordia Familiar	14.10	3.97	10.69	3.47	***
H	Abuso Infantil	10.50	4.58	4.61	3.88	***
AA	Disfunciones Alimentarias	6.90	4.12	5.48	4.13	
BB	Tend. Abuso Sustancias	17.03	7.08	6.73	4.75	***
CC	Predispos. Delincuencia	19.06	4.72	15.00	4.81	***
DD	Tend. a la Impulsividad	13.39	3.64	9.21	3.37	***
EE	Sentimientos de Ansiedad	20.56	6.30	28.26	5.35	***
FF	Afecto Depresivo	13.15	6.67	10.35	5.71	*
GG	Tendencia Suicida	9.61	5.43	4.65	4.49	***

Nota: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

La diferenciación por sexo puede atribuirse, en este caso, a una temprana diferenciación de los roles sexuales tradicionales. La diferenciación etárea, por su parte, puede relacionarse con la crisis inicial del período adolescente vinculada a las transformaciones de la pubertad y a la vulnerabilidad que ellas conllevan en las vivencias de los jóvenes. Con respecto a la influencia del nivel socioeconómico de los sujetos, el Estudio 1 no es concluyente, probablemente debido a que el tipo de colegio es sólo una medición indirecta del nivel socioeconómico que puede estar distorsionada.

Cabe hacer notar que, conforme a estos resultados, un futuro estudio normativo del instrumento debería considerar separadamente muestras de hombres y mujeres y, al menos, dos tramos de edad. Sin embargo, se requerirá de mayor estudio para tomar una decisión apropiada en relación al nivel socioeconómico de los sujetos.

En segundo lugar, a partir de los resultados del Estudio 2, es posible aseverar que el MACI es capaz de diferenciar adecuadamente a los adolescentes normales de los adolescentes con problemas de salud mental. Específicamente, es posible señalar, a

partir de los datos y, de forma más evidente, a partir de la comparación de perfiles que se expone en las Figuras 1 y 2, que las diferencias entre las muestras normal y clínica son básicamente diferencias de magnitud o intensidad de las puntuaciones ya que, en términos generales, el perfil de las puntuaciones es esencialmente el mismo en los dos grupos.

En tercer lugar, a partir de los resultados del Estudio 3, se puede afirmar que el MACI también es capaz de diferenciar adecuadamente a los adolescentes normales de los adolescentes con problemas de adaptación social. Sin embargo, la situación en este grupo parece ser diferente a la del grupo clínico; las diferencias a favor del grupo de desadaptación social son más que en la muestra clínica (85% v/s 56% de las escalas respectivamente), su magnitud o intensidad es mayor (mayor frecuencia de $p < 0.001$) y los perfiles que se establecen gráficamente tienen una estructuración diferen-

te (ver comparaciones en las Figuras 3 y 4) especialmente en el área de patrones de la personalidad y síndromes clínicos.

El conjunto de las diferencias aludidas hace pensar que podrían desarrollarse, a partir de la adolescencia, estilos de personalidad con características específicas en los grupos de adolescentes estudiados. En este sentido, llaman poderosamente la atención las elevaciones, en la muestra normal, de las escalas 3 y 7 correspondientes a los patrones Sumiso y Conformista, y de la escala EE correspondiente a Ansiedad. Estos hallazgos mostrarían que el estilo de afrontamiento a la realidad de los adolescentes normales se caracterizaría por un mayor apego a los valores culturales tradicionales que en los otros grupos, y también por fuertes vivencias de ansiedad ante situaciones de conflicto.

En relación al grupo clínico, es interesante señalar que su perfil parece ser, simplemente, una intensificación de las dificultades que podrían observar-

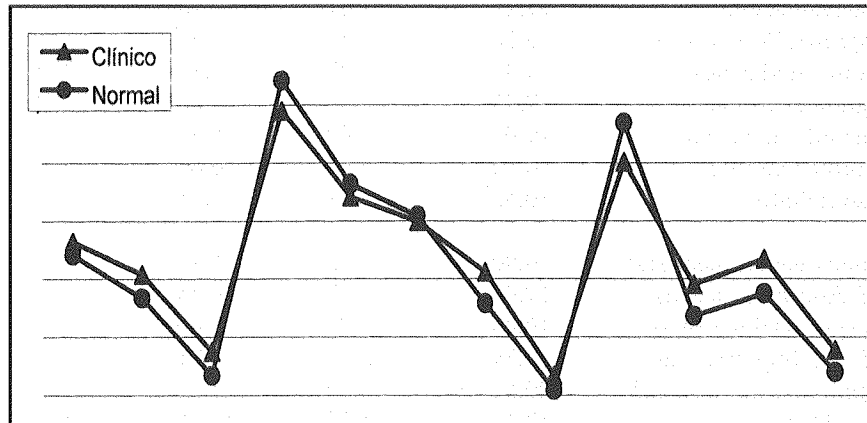


Figura 1. Patrones de personalidad en muestras clínica y normal pareada.

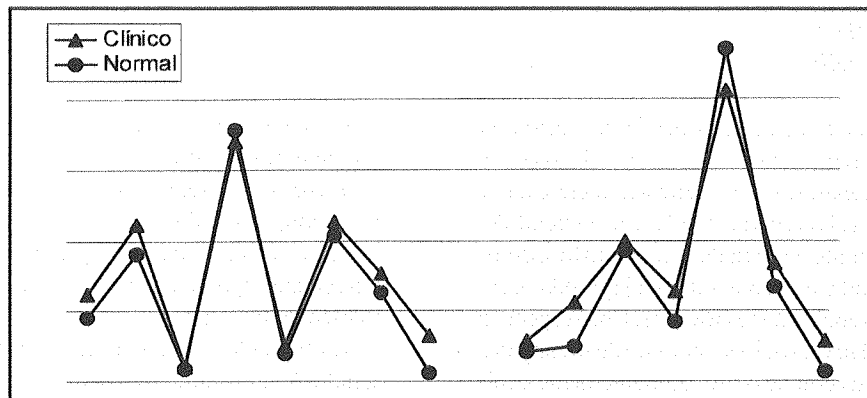


Figura 2. Preocupaciones expresadas y síndromes clínicos en muestras clínica y normal pareada.

se en los adolescentes normales. Sin embargo, no se puede decir lo mismo con respecto a los adolescentes con problemas de adaptación social.

Gráficamente, destacan en este grupo un cuarteto de patrones de personalidad conformada por las escalas 1, 2A, 2B y 8B (patrones Introverso, Inhibido, Afligido y Autodegradante) y un trío conformado por las escalas 6A, 6B y 8A, correspondiente a los patrones Transgresor, Poderoso y Oposicionista. Las escalas del cuarteto pueden implicar tanto la mantención de la distancia afectiva con otros como un modo de protección personal (patrones Introverso e Inhibido), como la presencia de vivencias disfóricas importantes al involucrarse emocionalmente con otros significativos (patrones Afligido y Autodegradante). Por su parte, la elevación de los patrones Transgresor, Poderoso y Oposicionista está claramente relacionada con los trastornos de conducta y adaptación social que caracterizan a este grupo.

En este grupo destaca, además, en el área de síndromes clínicos, la elevación de la tríada compuesta por las escalas BB; CC; y DD (Tendencia al Abuso de Sustancias, Predisposición a la Delincuencia y Tendencia a la Impulsividad), que puede expresar también trastornos de conducta y de adaptación social. Estas elevaciones, unidas a la escasa vivencia de sentimientos de ansiedad (escala EE) y al riesgo de conductas suicidas (escala GG), muestran un estilo de funcionamiento con características claramente desviadas de lo esperable en los adolescentes normales y posiblemente más graves que las encontradas en los adolescentes con problemas clínicos.

Aunque la capacidad de discriminación del MACI entre los adolescentes con problemas clínicos y aquellos con problemas de adaptación social no fue abordada inicialmente en este trabajo, los resultados obtenidos hasta aquí invitaron a estudiarla más detalladamente. Así, se realizó de modo

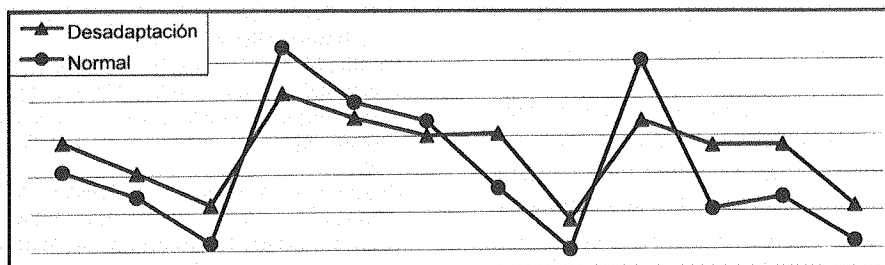


Figura 3. Patrones de personalidad en muestras de desadaptación social y normal pareada.

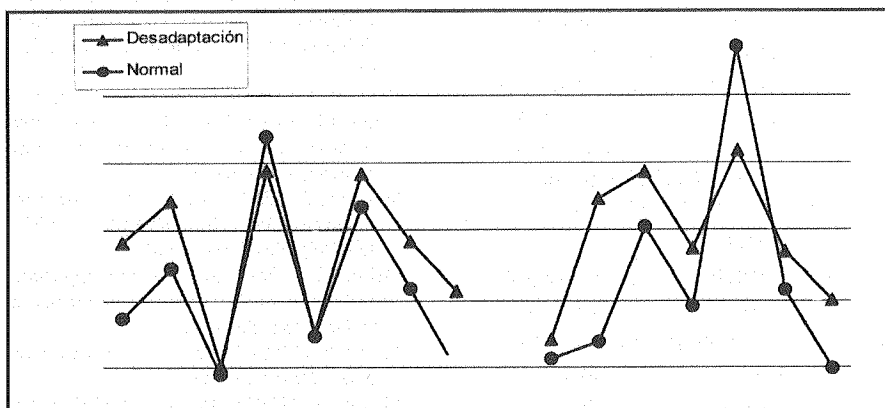


Figura 4. Preocupaciones expresadas y síndromes clínicos en las muestras de desadaptación social y normal pareada.

exploratorio, un análisis post hoc de contrastación de grupos, con los datos de estas dos muestras específicas.

Este análisis revela que las principales diferencias entre los adolescentes con problemas clínicos y los desadaptados están dadas por escalas que presentan puntuaciones significativamente más altas en la muestra de adolescentes con problemas de adaptación social que en la muestra clínica. Estas escalas son: (a) en el área de patrones de la personalidad, la tríada de escalas 6A, 6B y 8A, que corresponde a los patrones Transgresor, Poderoso y Oposicionista; (b) en el área de preocupaciones expresadas, las escalas de Insensibilidad Social y Abuso Infantil, y (c) en el área de síndromes clínicos, la tríada compuesta por las escalas BB, CC, y DD correspondientes a Tendencia al Abuso de Sustancias, Predisposición a la Delincuencia y Tendencia a la Impulsividad.

Esta agrupación de escalas describe a los adolescentes desadaptados de modo similar a lo que Achenbach (1993) ha caracterizado como trastorno de conducta exteriorizado en contraposición a un trastorno interiorizado, que correspondería, en este caso, al perfil de los adolescentes con problemas clínicos, de índole emocional y más inhibidos conductualmente.

La contrastación entre adolescentes con problemas de adaptación social versus adolescentes con problemas clínicos, unida a las anteriores, permite señalar, claramente, que el MACI es un instrumento capaz de realizar diferenciaciones significativas entre los diferentes grupos de adolescentes estudiados. Es importante señalar que estas distinciones empíricas son congruentes con la casuística en psicopatología adolescente, con teorías psicológicas de los ámbitos del desarrollo evolutivo y de la psicología clínica, y que además, permiten establecer vínculos con modelos contemporáneos más específicos de psicopatología del adolescente como, por ejemplo, el de Achenbach (1993), y con investigaciones empíricas realizadas en otros países (ver entre otros a Casullo, Góngora & Castro, 1998; Grilo et al., 1999; Hiatt & Cornell, 1999 y McCann, 1997).

En nuestro medio, caracterizado por una gran escasez de instrumentos de evaluación psicológica, estos resultados son muy promisorios pues muestran un instrumento con buenas características psicométricas que posibilitará, a futuro, tanto el análisis de casos individuales como la generación de distinciones finas entre grupos específicos,

profundizando el conocimiento de las características de personalidad y del funcionamiento psicológico de los adolescentes chilenos necesarias para el diagnóstico clínico, la planificación de tratamientos y el diseño de estrategias de prevención de trastornos.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alarcón, P. (1997). *Adolescencia y familia*. Trabajo presentado en Primeras Jornadas "Una Mirada a la Adolescencia". Universidad de La Frontera y Servicio de Salud Sur.
- Alarcón, P. (2001). *MACI, adaptación versión amigable, para uso exclusivo de investigación*. Proyecto FONDECYT 1010514. Manuscrito no publicado, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- Ávila, A., Jiménez-Gómez, F. & González, M. (1996). Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: perspectivas teóricas y técnicas de evaluación. En M. Casullo (Comp.), *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós.
- Brislin, R. (1980). Translation and content analysis of oral and written materials. En H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Methodology* (Vol. 2). Boston: Allyn & Bacon.
- Casullo, M. M., Góngora, V. & Castro, A. (1998). La adaptación del inventario MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory). Un estudio preliminar con estudiantes adolescentes argentinos. *Investigaciones en Psicología*, 3(2), 73-89.
- Crockett, L. & Crouter, A. (1997). *Pathways through adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grilo, C., Fehon, D., Walker, M. & Martino, S. (1996). A comparison of adolescent inpatients with and without substance abuse using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 379-389.
- Grilo, C., Sanislow, C., Fehon, D., Martino, S., & McGlashan, T. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-544.
- Hiatt, M. & Cornell, D. (1999). Concurrent validity of the Millon Adolescent Clinical Inventory as a measure of depression in hospitalized adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 73, 64-79.
- McCann, J. (1997). The MACI: Composition and clinical application. En T. Millon (Ed.), *The Millon inventories* (pp. 363-388). New York: Guilford.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los jóvenes*. Ginebra: Autor.

- Romm, S., Bockian, N. & Harvey, M. (1999). Factor-based prototypes of the Millon Adolescent Clinical Inventory in adolescents referred for residential treatment. *Journal of Personality Assessment*, 72, 125-143.
- Vinet, E. & colaboradores. (1999). *MACI, traducción y adaptación chilena para uso exclusivo en investigación*. Proyecto DIDUFRO 9966. Manuscrito no publicado, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- Vinet, E., González, M. E. & Alarcón, P. (2000). *Personalidad y psicopatología en adolescentes: perfiles diferenciales en tres muestras chilenas y estudio de validez transcultural de los instrumentos utilizados*. Proyecto FONDECYT 1010514. Manuscrito no publicado, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- Werner, O. & Campbell, D. (1970). Translating, working through interpreters, and the problem of decentering. En R. Naroll & R. Cohen (Eds.), *A handbook of methods in cultural anthropology*. New York: Natural History Press.
- Zegers, B. (1988). El desarrollo psicosocial normal en la adolescencia y la edad juvenil. En R. Florenzano, M. Maddaleno & E. Bobadilla (Eds.), *La salud del adolescente en Chile*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.

