

Validación de los Puntajes de Corte del MACI a través de las Escalas Clínicas del MMPI-A

Validation of Cutoff Scores for MACI Using the MMPI-A Clinical Scales

Eugenia V. Vinet
Universidad de La Frontera

María Forns i Santacana
Universidad de Barcelona

Inserta en el proyecto de desarrollo de normas chilenas del MACI, se reporta la validación concurrente de los puntajes de corte de las escalas del MACI, utilizando como criterio las escalas clínicas del MMPI-A. Las puntuaciones MMPI-A de los participantes de la muestra de baremación del MACI ($n = 807$) fueron analizadas a través de una serie de MANOVAS y ANOVAS que diferenciaron significativamente a los grupos de funcionamiento sano y funcionamiento alterado creados a partir de la segmentación de la muestra total según el puntaje de corte de cada escala. La discusión destaca la congruencia de la diferenciación realizada por el MMPI-A y sus aportes a la mejor comprensión de las escalas MACI.

Palabras clave: *MACI, MMPI-A, puntajes de corte, funcionamiento sano y alterado.*

Inserted in a project for building Chilean norms for the MACI, the concurrent validation of the cutoff scores of MACI is reported, using as a criterion the MMPI-A scores obtained by the MACI normative sample ($n = 807$). Data were analyzed through a set of MANOVAS and ANOVAS that allowed significant differentiation between healthy functioning and disorderly functioning groups that were created by dividing the sample on the basis of cutoff scores for each scale. Discussion emphasizes the congruence of MMPI-A results and its contribution to the better understanding of MACI scales.

Keywords: *MACI, MMPI-A, cutoff scores, healthy and disorderly functioning.*

Antecedentes

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon ([MACI] Millon, 1993) es el instrumento de auto reporte actualmente más usado en la evaluación psicológica clínica de adolescentes (Camara, Nathan & Puente, 2000). Este instrumento está asociado a las clasificaciones de trastornos de la personalidad del DSM-IV, permite la descripción de características de personalidad de los adolescentes y la identificación y comprensión de una amplia gama de dificultades psicológicas que se presentan en esta etapa del desarrollo, siendo muy útil para el diagnóstico y la detección de personas en riesgo de trastornos clínicos y de personalidad.

En Chile se cuenta con una versión del MACI (Vinet et al., 1999a) que presenta buenas caracte-

rísticas psicométricas en adolescentes de población general y con trastornos psicopatológicos (Vinet & Alarcón, 2003a), una capacidad adecuada para caracterizar diferencialmente a grupos de adolescentes con trastornos afectivos (Díaz, 2003), con desadaptación social (Alarcón, Vinet & Salvo, 2005) y con drogadicción (Faúndez, 2007). Además, sus escalas permiten caracterizar a jóvenes de población general con vulnerabilidad psicológica (Pérez, Díaz & Vinet, 2005) y a adolescentes en riesgo de trastornos psicopatológicos (Vinet, Salvo & Forns, 2005).

Estas cualidades se han acrecentado al estudiar la utilidad del MACI como una *prueba diagnóstica*, capaz de identificar la pertenencia del individuo evaluado a la población general o a una población clínica según las características evaluadas por las

Eugenia V. Vinet, Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

María Forns i Santacana, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona, España.

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

El estudio que dio lugar a este artículo recibió financiamiento de la Dirección de Investigación de la Universidad de La Frontera, a través del Proyecto DIUFRO 120612.

escalas del test. Esto se ha logrado al determinar, para las escalas del MACI, puntajes de corte específicos que permiten diferenciar entre adolescentes pertenecientes a estos dos grupos poblacionales. Específicamente, Vinet y Forns (2006) estudiaron, utilizando la metodología de las pruebas diagnósticas (Pita & Pértegas, 2003), la capacidad de las 27 escalas clínicas del MACI para diferenciar adecuadamente entre una población no-consultante y otra consultante, determinando en 23 de las 27 escalas evaluadas un puntaje de corte que permitía discriminar adecuadamente entre estos dos grupos poblacionales en la muestra evaluada. En ese estudio, además de identificar las cuatro escalas que no tenían capacidad de discriminación (Sumiso, Insensibilidad Social, Predisposición Delictiva y Sentimientos de Ansiedad), Vinet y Forns (2006) detectaron que, entre las 23 escalas que sí la tenían, existían cuatro escalas (Dramatizador, Egoísta, Conformista e Incomodidad Sexual) en las cuales, al contrario de lo esperado teóricamente, los puntajes medios mayores pertenecían al grupo de los no-consultantes, invirtiendo la cláusula respaldada teóricamente que indicaba que “a mayor patología, mayor puntaje en la escala”. Este comportamiento contra-teórico de algunas escalas había sido observado previamente en adolescentes hispanos de Estados Unidos (Blumentritt, Angle & Brown, 2004; Blumentritt & Wilson, 2004) y en adolescentes argentinos (Casullo & Castro, 2002), permitiendo plantear la hipótesis de la influencia del contexto cultural latinoamericano en las respuestas al test de las personas pertenecientes a esta cultura (Vinet, 2007).

Esta información, utilizada en el proceso de obtención de normas chilenas para el MACI (Vinet, 2008), dio origen a una escala de baremación diferente de las escalas de medida tradicionales, que, además de dimensionar las características medidas, permite categorizarlas como funcionales o disfuncionales, al incorporar el uso de un puntaje de corte entre dos grupos poblacionales (no-consultantes y consultantes) como aspecto esencial de la escala. Específicamente, en el estudio de baremación del MACI (Vinet, 2008) se realizó una estrategia de análisis estadístico similar a la desarrollada inicialmente por Vinet y Forns (2006), llegando a resultados muy similares. En primer lugar, estos resultados indican que, en muestras chilenas, las escalas del MACI pueden ser clasificadas en tres tipos. El primer tipo, compuesto por todas las escalas que discriminan apropiadamente y en las cuales las puntuaciones más altas las obtienen las personas

consultantes, está integrado por la gran mayoría de las escalas del MACI con significado clínico y ha sido denominado escalas *Acordes con la Teoría* (AT). El segundo tipo, compuesto por aquellas escalas que discriminan inversamente, en las cuales los puntajes medios mayores corresponden al grupo de funcionamiento sano o no-consultantes, ha sido denominado escalas *Contra-Teóricas* (CT). El tercer tipo, formado por aquellas escalas que no poseen capacidad para discriminar entre no-consultantes y consultantes, ha sido denominado escalas *No-Diferenciadoras* (ND), el que se presenta solo en las mujeres (Vinet, 2008).

En segundo lugar, para trabajar con las escalas AT y CT, en el estudio de baremación se diseñó la escala normativa ya mencionada, la cual incorpora el puntaje de corte para diferenciar la condición sana o patológica del individuo evaluado en las características medidas. Este puntaje de corte, que inicialmente es un puntaje directo, se hace equivalente al puntaje central de la escala de baremación (Puntaje Transformado 50) y permite categorizar o diagnosticar a cada persona evaluada como perteneciente a uno de los dos grupos poblacionales que conformaron la muestra de baremación.

Dada la relevancia de los puntajes de corte, en el estudio de baremación se planteó que, además del riguroso proceso para determinarlos, estos debían ser validados a través de un criterio externo que diera garantías de su capacidad de discriminación. El criterio seleccionado fueron los puntajes obtenidos por los individuos en las escalas clínicas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes ([MMPI-A] Butcher et al., 1992). El MMPI-A es un instrumento muy utilizado en la evaluación clínica de adolescentes con problemas de salud mental y también en la investigación psicológica con adolescentes. Pertenece a la tradición de los instrumentos de la Universidad de Minnesota y conjuga aquellos aspectos del MMPI original que han demostrado ser útiles en la evaluación de adolescentes y las innovaciones desarrolladas a partir del MMPI-2.

En Chile, se han examinado las características psicométricas del MMPI-A en adolescentes de población general y del ámbito clínico, obteniéndose indicadores compatibles con los señalados en la literatura internacional (Vinet & Alarcón, 2003b). Además, en ausencia de normas nacionales, se ha evaluado la aplicabilidad de las normas estadounidenses y mexicanas, utilizando dos estrategias: (1) la comparación de los puntajes brutos obtenidos por

una muestra de 777 adolescentes chilenos urbanos, escolarizados y sin evidencia de trastornos emocionales o conductuales, con los puntajes brutos de las muestras normativas estadounidense y mexicana; y (2) la comparación de los perfiles en puntaje T obtenidos al aplicar cada norma. Los resultados indicaron que las normas mexicanas son más adecuadas que las estadounidenses para el trabajo con jóvenes chilenos (Vinet & Lucio, 2005).

La información que aporta el MMPI-A en la evaluación de adolescentes es diferente en algunos aspectos a la aportada por el MACI y similar o complementaria en otros. El aporte más significativo del MMPI-A es la evaluación de psicopatología y trastornos de la salud mental que realizan sus escalas clínicas, en tanto el aporte más significativo del MACI es la evaluación de estilos o patrones de la personalidad y la evaluación de síndromes psicopatológicos con alta prevalencia en adolescentes. Ambos comparten la amplia gama de sintomatología emocional y conductual asociada tanto a la adolescencia normal como a los trastornos psicopatológicos, la cual está representada a través de diferentes escalas en cada instrumento.

El uso integrado o complementario de ambos instrumentos en la evaluación de adolescentes está poco reportado. Sin embargo, existen algunos estudios que establecen relaciones entre sus escalas. Como antecedente se cuenta con el estudio de Johnson, Archer, Sheaffer y Miller (1992) sobre las relaciones entre el MMPI y el MAPI, antecesores del actual MMPI-A y MACI, respectivamente. Estos autores estudiaron, en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios e internos, el grado de asociación de las escalas de estos instrumentos y el grado de acuerdo en la asignación de diagnósticos. Sus resultados muestran que 152 de las 240 correlaciones posibles alcanzan significación estadística, observándose algunos grupos de escalas que correlacionan más fuertemente; además, aunque el nivel de acuerdo entre los dos instrumentos es alto, disminuye al contrastarlo con el diagnóstico clínico de los pacientes. Los autores concluyen que, aunque el MMPI y el MAPI comparten componentes sustantivos de varianza común, también poseen áreas de medida que son relativamente únicas para cada instrumento y que se debe ser muy cauteloso al utilizar a cualquiera de ellos de modo aislado para establecer un diagnóstico.

Los estudios sobre el MMPI-A y el MACI están focalizados en áreas específicas. Schneider (1997) establece un vínculo entre Tendencia Límitrofe del

MACI y la escala de Inmadurez del MMPI-A para la detección de adolescentes de alto riesgo; Mackinnon (1998) vincula las escalas Insensibilidad Social, Tendencia a la Impulsividad y Predisposición a la Delincuencia con las escalas de Inmadurez y Problemas de Conducta adolescente del MMPI-A en la descripción de adolescentes infractores y, por último, Friedman-Lombardo (1999) señala que las escalas de patrones de la personalidad del MACI pueden ser utilizadas exitosamente en la discriminación de conglomerados de perfiles del MMPI-A en mujeres adolescentes con trastornos emocionales. Estos estudios, aunque escasos, demuestran empíricamente que la asociación entre las escalas de ambos instrumentos es promisoria.

En Chile, la relación MACI – MMPI-A fue estudiada por Vinet, González, Alarcón, Salvo, Pérez y Díaz (2004), al establecer un vínculo empírico entre las estructuraciones de personalidad objetivadas por el MACI y la psicopatología presente en cada una de ellas medida a través del MMPI-A. En ese estudio, similar al de Johnson et al. (1992), se correlacionan, separadamente para hombres y mujeres y en individuos comunitarios y del ámbito clínico, las escalas de Patrones de la Personalidad con las escalas clínicas del MMPI-A, obteniéndose un gran número de correlaciones significativas. Sin embargo, se constata que son pocas las de magnitud elevada que, más allá del dato estadístico, pudieran señalar una relación sustantivamente significativa desde el punto de vista psicométrico e interpretativo. Un hallazgo reportado por Vinet et al. (2004), relevante en relación a las escalas CT del MACI, es la obtención de correlaciones inversas entre las escalas Dramatizador, Egoísta, Conformista y Sumiso del MACI y las escalas clínicas del MMPI-A. Este hallazgo respalda la comprensión no-patológica y más bien adaptativa de esas escalas del MACI.

En función de los antecedentes expuestos, el objetivo de este artículo es presentar los resultados del estudio de validación de los puntajes de corte de las escalas del MACI, desarrollado en el contexto de su baremación, utilizando como criterio las puntuaciones de los individuos en las escalas clínicas del MMPI-A.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio corresponde a la utilizada en el estudio de baremación del MACI

(Vinet, 2008). Para constituirlos, un extenso grupo de adolescentes ($n = 1120$) de 13 a 19 años, procedentes de centros educacionales y de centros de atención de adolescentes con problemas psicológicos, fue invitado a participar en un proceso de evaluación orientado a conocer las características psicológicas de los adolescentes chilenos. Para abarcar el rango de edad preestablecido se evaluaron adolescentes de los últimos años de Enseñanza Básica, todos los niveles de Enseñanza Media y los primeros años de Enseñanza Superior. Aunque no se controló específicamente el nivel socioeconómico, el tipo de centros de procedencia, detallado más adelante, permite señalar que la muestra, no probabilística, está constituida por adolescentes de nivel medio a medio-bajo.

La muestra quedó compuesta por 807 adolescentes que presentaron protocolos válidos en el MACI y el MMPI-A, según los criterios establecidos para ambas pruebas (Lucio, Ampudia & Durán, 1998; Millon, 1993). Esta muestra, diferenciada por sexo y procedencia clínica, incluyó a 200 hombres no-consultantes, 212 hombres consultantes, 206 mujeres no-consultantes y 189 mujeres consultantes. Estos grupos son equivalentes en edad pero difieren en nivel de escolaridad, ya que los consultantes presentan como grupo menor escolaridad que los no-consultantes ($M_{\text{Nocon}} = 10,59$ años de escolaridad, $DE = 1,57$; $M_{\text{Con}} = 9,35$ años de escolaridad, $DE = 1,94$, $t = 9,96$, $p = 0,000$).

Los no-consultantes proceden de la zona centro-sur del país y la gran mayoría de ellos estaba cursando su ciclo de enseñanza media (76,6% de los hombres y 81,6% de las mujeres), en establecimientos municipales y particulares subvencionados ubicados en barrios residenciales de nivel medio y medio-bajo. El 94% de los consultantes procede también del centro-sur del país; el 6% restante proviene de la ciudad de Santiago. Cerca del 75% de ellos procede de centros clínicos, municipales y privados, con programas de atención especiales para adolescentes donde recibían atención por problemas de salud mental; el 25% restante proviene de centros, con financiamiento estatal y privado, vinculados al sistema judicial, donde recibían atención por problemas psicosociales y de adaptación social.

Instrumentos

Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (1993). Este es un instrumento de construcción

guiada teóricamente que sigue los modelos de aprendizaje biosocial y evolucionista de la personalidad desarrollados por Millon (1969, 1990). Consta de 160 ítems con formato de respuesta *verdadero-falso* que se organizan en 31 escalas, 27 de las cuales tienen significado clínico: 12 escalas de Patrones de Personalidad, 8 escalas de Preocupaciones Expresadas y 7 escalas de Síndromes Clínicos. Las escalas no clínicas son tres escalas de control y una escala de validez de solo dos ítems. La denominación de cada escala, según la versión chilena, aparece en la primera columna de la Tabla 1 y siguientes.

La confiabilidad de las escalas ha sido estimada en diversos estudios (Millon, 1993). En muestras chilenas los índices de consistencia interna obtenidos a través del coeficiente alfa de Cronbach son similares a los obtenidos por Millon (1993) y oscilan entre $\alpha = 0,54$ y $\alpha = 0,90$ en las muestras de no-pacientes y entre $\alpha = 0,51$ y $\alpha = 0,91$ en las muestras de pacientes con problemas psicológicos, con una mediana de 0,79 y 0,81, respectivamente (Vinet & Alarcón, 2003a).

En Chile, el MACI ha demostrado ser una prueba válida, con una adecuada capacidad de discriminación entre adolescentes normales y con problemas psicológicos (Vinet & Alarcón, 2003a) y con buenas características para describir psicológicamente a grupos en riesgo (Vinet et al., 2005) y con patologías específicas (Alarcón et al., 2005; Díaz, 2003; Faúndez, 2007).

El MACI cuenta actualmente con normas para tres poblaciones (Estados Unidos, España y Chile). Las normas estadounidenses y españolas están expresadas en puntajes de Tasa Base asociados a tasas de prevalencia de trastornos mentales; ellas evalúan diferenciadamente a hombres y mujeres de 13 a 15 años y de 16 a 19 años. Las normas chilenas, desarrolladas recientemente por Vinet (2008), están expresadas en Puntajes Transformados con Puntos de Corte e incluyen baremos diferenciados por sexo para adolescentes entre 13 y 19 años de edad. A diferencia de las anteriores, estas normas chilenas integran la información sobre la dirección ascendente o descendente de los puntajes indicativos de patología de las escalas AT y CT en muestras latinoamericanas y se expresan en una escala de puntajes transformados de 1 a 100 puntos, cuyo punto central (PT 50) está asociado al puntaje de corte que, en cada escala, diferencia entre funcionamiento sano o normal y funcionamiento alterado o patológico.

En este estudio se trabajó con puntajes brutos, pues los puntajes de corte a validar están expresados en las puntuaciones brutas de las escalas.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (Butcher et al., 1992). Este es un instrumento derivado empíricamente, específico para adolescentes. Consta de 478 ítems con formato de respuesta *verdadero-falso* que se agrupan en 38 escalas distribuidas en cuatro grupos: 10 escalas clínicas, 6 escalas suplementarias, 15 escalas de contenido y 7 escalas de validez.

Estudios internacionales reportan niveles adecuados de confiabilidad para la mayoría de las escalas, tanto en cuanto a su consistencia interna como a la estabilidad temporal de los puntajes (Butcher et al., 1992; Lucio et al., 1998). Estudios chilenos (Vinet & Alarcón, 2003b) reportan coeficientes de consistencia interna similares a los encontrados en la literatura internacional: alfa de Cronbach para las diferentes escalas entre 0,51 y 0,91, con una mediana de 0,74 en los hombres y 0,76 en las mujeres no-consultantes.

Con respecto a la validez del MMPI-A, la gran mayoría de sus escalas discrimina adecuadamente entre muestras de no-consultantes y muestras clínicas (Butcher et al., 1992; Lucio et al., 1998; Vinet & Alarcón, 2003b) y existen muchos estudios que avalan su uso clínico y el significado de sus escalas en diversas muestras de adolescentes (ver, por ejemplo, Archer, 1997; Butcher & Williams, 1992). Las normas, tanto estadounidenses como mexicanas, corresponden a adolescentes entre 14 y 18 años, diferenciados por género. Estas normas han sido evaluadas en jóvenes chilenos, recomendándose el uso de los baremos mexicanos en tanto no se disponga de normas propias (Vinet & Lucio, 2005).

En este estudio se utilizó la versión chilena del test (Vinet et al., 1999b) y los puntajes normativos mexicanos (Lucio et al., 1998).

Procedimiento

Las dos pruebas fueron administradas a los adolescentes por miembros del equipo de investigación en los centros educacionales (no-consultantes) y los centros de atención de adolescentes con problemas psicológicos (consultantes). Todos los adolescentes proporcionaron datos sociodemográficos básicos y respondieron primero el MACI y posteriormente el MMPI-A.

Los participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos del estudio; además, se les aseguró la confidencialidad de la información y la posibilidad de desistir en cualquier momento de la evaluación. Su participación fue formalizada con la firma de una carta de consentimiento informado.

Plan de Análisis

La validación de los puntajes de corte del MACI constituye un aspecto particular del análisis desarrollado para la obtención de las normas chilenas del MACI. A continuación se presenta una descripción general del proceso completo y luego se describen los análisis específicos de validación de los puntajes de corte correspondientes a este estudio.

Entre los aspectos más relevantes del análisis general está la categorización de las escalas del MACI en los tres grupos ya descritos (AT, CT y ND) y la determinación, en las escalas AT y CT y separadamente para cada sexo, del puntaje de corte que permitiría discriminar entre no-consultantes y consultantes. Este conjunto de análisis se realizó utilizando estadísticos de validez diagnóstica (Hsu, 2002) que incluyeron el análisis de la magnitud de las diferencias entre grupos y la prueba U_1 de no sobre-posición de las distribuciones de Cohen (1988), el análisis de curvas ROC (Metz, 1998) y el análisis de sensibilidad y especificidad para puntos específicos (Pita & Pértegas, 2003). A través de ellos se determinó la capacidad de discriminación de las escalas, la dirección de la discriminación y los puntos específicos que ofrecían los mejores indicadores de sensibilidad y especificidad y menos falsos positivos y falsos negativos.

En la escala de baremación el valor bruto del puntaje de corte de cada escala fue hecho equivalente al Puntaje Transformado 50 (PT 50). Los Puntajes Transformados de los segmentos de la escala bajo y sobre el puntaje de corte se obtuvieron mediante transformaciones lineales entre escalas, según lo propuesto por Aiken (1987).

La validación externa del puntaje de corte de cada escala fue realizada a través del cómputo de un extenso conjunto de análisis multivariantes de la varianza (MANOVA). Para cada análisis, se generaron dos subgrupos (adolescentes con funcionamiento sano y adolescentes con funcionamiento alterado), utilizando el puntaje de corte de la escala en estudio como criterio de segmentación. Estos grupos (variable independiente) se compararon en

función de sus puntajes en el conjunto de escalas clínicas del MMPI-A (variable dependiente). A continuación de cada MANOVA se desarrolló el conjunto correspondiente de análisis univariados de la varianza (ANOVA) para identificar las escalas clínicas del MMPI-A que fueron específicamente las responsables de las diferencias entre los grupos de funcionamiento sano y funcionamiento alterado.

Se excluyó de estos análisis a la escala Masculino-femenino del MMPI-A por su baja confiabilidad (Butcher et al., 1992) y porque hay autores que la cuestionan, planteando que podría prescindirse de ella debido a su escasa relevancia (Archer, 1997; Butcher & Williams, 1992).

Resultados

Los resultados de los 27 MANOVAS realizados en la muestra de hombres se presentan en la Tabla 1 y los resultados de los 24 MANOVAS realizados en la muestra de mujeres, en la Tabla 2. Ambas tablas informan, en la segunda columna, el tipo de escala (AT, CT o ND) y, en la tercera columna, el puntaje de corte en estudio.

El valor p indica que todos los MANOVAS realizados son estadísticamente significativos, demostrando que el puntaje de corte determinado para cada escala del MACI, en hombres y mujeres, es capaz de segmentar la muestra de baremación en dos grupos de adolescentes que presentan diferencias altamente significativas en el conjunto de escalas clínicas del MMPI-A.

El estadístico Eta^2 indica que los puntajes de corte generan grupos que varían según la magnitud de la diferenciación que pueden realizar. En los hombres la mayor diferenciación se presenta en los subgrupos conformados a partir del punto de corte de las escalas Autodegradante y Autodevaluación ($Eta^2 = 0,38$ para cada caso) y la menor diferenciación se produce a partir del punto de corte de la escala Desaprobación Corporal ($Eta^2 = 0,14$). En las mujeres, los valores Eta^2 son en general mayores que en los hombres, indicando que los puntajes de corte determinados para las mujeres tienen un poder de discriminación mayor. Las escalas con mayor poder de discriminación ($Eta^2 > 0,50$) son Afligido, Autodevaluación y Afecto Depresivo.

La comparación de medias de las escalas clínicas del MMPI-A entre los dos grupos generados según el puntaje de corte se estructuró en 27 tablas (una para

cada escala MACI). A continuación se presentan estos resultados a través de dos ejemplos. La Tabla 3 muestra los resultados de una escala AT (patrón Afligido) y la Tabla 4 muestra los resultados de una escala CT (patrón Conformista). Se presentan solo dos ejemplos por razones de espacio.¹

Los ejemplos muestran resultados cuantitativos acordes con lo esperado teóricamente. Las medias de las escalas clínicas del MMPI-A de los grupos de funcionamiento sano en ambos tipos de escalas son en general cercanas a T 50, valor que en el MMPI-A es indicativo de un funcionamiento normal, considerando una tolerancia de 0,5 DE o 5 puntos (Archer, 1997); las medias de los grupos de funcionamiento alterado en ambos tipos de escalas son cercanas o superiores a T 60, valor indicativo de psicopatología en las escalas del MMPI-A, considerando el mismo rango de tolerancia.

La interpretación clínica de estos resultados indica que en la escala AT (patrón Afligido), los valores mayores en las escalas Es y Pt, compartidos por hombres y mujeres con funcionamiento alterado, pueden asociarse con vivencias de inadecuación, infelicidad, quejas somáticas y daño; además, Dp indicaría rabia, hostilidad y rebeldía asociadas a problemas conductuales, como el uso de alcohol y drogas, los que pueden ser comprendidos como conductas autodestructivas. En las mujeres, estas vivencias se acentúan más, asociándose a los componentes somáticos de la depresión, la hipersensibilidad a la crítica y el retraimiento.

En la escala CT (patrón Conformista) las puntuaciones bajas en Dp y Es, presentes en hombres y mujeres con funcionamiento sano, describen a adolescentes maduros, con un adecuado control de impulsos y con buenas relaciones interpersonales; estas características están asociadas a un mayor nivel de Conformismo. Por el contrario, las elevaciones en Dp y Es describen a adolescentes inmaduros, con pobre control de impulsos y conflictos interpersonales crónicos. Según las escalas Pa y Ma, las mujeres no conformistas aparecen como recelosas, discutidoras y agresivas; además, Pt aporta rasgos de ansiedad, tensión y nerviosismo a esta caracterización.

En la Tabla 5 se pone de relieve el conjunto de análisis realizados mostrando, para cada escala del MACI, las escalas clínicas del MMPI-A en las cuales se obtienen las diferencias más significati-

¹ Los resultados para cada una de las escalas del MACI pueden solicitarse a la autora principal.

Tabla 1

MANOVA para Cada Escala del MACI, según Puntaje de Corte como Variable Independiente y las Escalas Clínicas del MMPI-A como Variables Dependientes. Muestra de Varones

	Escala	Tipo de Escala	Punto de Corte	Lambda de Wilks	GL	F	p	Eta ²
1	Introverso	AT	24	0,711	9, 393	17,72	0,000	0,289
2A	Inhibido	AT	19	0,673	9, 393	21,24	0,000	0,327
2B	Afligido	AT	11	0,654	9, 396	23,31	0,000	0,346
3	Sumiso	CT	48	0,852	9, 394	7,61	0,000	0,148
4	Dramatizador	CT	42	0,710	9, 399	18,08	0,000	0,290
5	Egoísta	CT	37	0,764	9, 395	13,57	0,000	0,236
6A	Trasgresor	AT	31	0,672	9, 395	21,44	0,000	0,328
6B	Poderoso	AT	11	0,741	9, 400	15,57	0,000	0,259
7	Conformista	CT	48	0,703	9, 399	18,71	0,000	0,297
8A	Oposicionista	AT	20	0,670	9, 398	21,80	0,000	0,330
8B	Autodegradante	AT	17	0,622	9, 393	26,49	0,000	0,378
9	Tendencia Límitrofe	AT	11	0,640	9, 402	25,09	0,000	0,360
A	Difusión de la Identidad	AT	14	0,691	9, 402	20,01	0,000	0,309
B	Autodevaluación	AT	16	0,622	9, 397	26,83	0,000	0,378
C	Desaprobación Corporal	AT	6	0,856	9, 400	7,48	0,000	0,144
D	Incomodidad Sexual	CT	29	0,833	9, 399	8,90	0,000	0,167
E	Inseguridad Grupal	AT	8	0,795	9, 400	11,47	0,000	0,205
F	Insensibilidad Social	AT	29	0,848	9, 400	7,99	0,000	0,152
G	Discordia Familiar	AT	14	0,718	9, 401	17,47	0,000	0,282
H	Abuso Infantil	AT	5	0,643	9, 397	24,48	0,000	0,357
AA	Disfunciones Alimentarias	AT	6	0,816	9, 396	9,95	0,000	0,184
BB	Tendencia Abuso Sustancias	AT	13	0,685	9, 397	20,32	0,000	0,315
CC	Predisposición Delincuencia	AT	25	0,819	9, 395	9,73	0,000	0,181
DD	Tendencia a la Impulsividad	AT	17	0,797	9, 400	11,31	0,000	0,203
EE	Sentimientos de Ansiedad	CT	30	0,798	9, 397	11,20	0,000	0,202
FF	Afecto Depresivo	AT	12	0,657	9, 400	23,22	0,000	0,343
GG	Tendencia Suicida	AT	5	0,630	9, 401	26,20	0,000	0,370

Nota. Tipo de Escala: AT = Escala Acorde con la Teoría y CT = Escala Contra-Teórica.

Tabla 2

MANOVA para Cada Escala del MACI, según Puntaje de Corte como Variable Independiente y las Escalas Clínicas del MMPI-A como Variables Dependientes. Muestra de Mujeres

	Escala	Tipo de Escala	Punto de Corte	Lambda de Wilks	GL	F	p	Eta ²
1	Introverso	AT	25	0,561	9, 378	32,89	0,000	0,439
2A	Inhibido	AT	24	0,554	9, 380	33,94	0,000	0,446
2B	Afligido	AT	14	0,495	9, 380	43,00	0,000	0,505
3	Sumiso	CT	54	0,833	9, 379	8,47	0,000	0,167
4	Dramatizador	CT	36	0,589	9, 382	29,62	0,000	0,411
5	Egoísta	CT	31	0,648	9, 379	22,92	0,000	0,352
6A	Trasgresor	AT	25	0,740	9, 381	14,88	0,000	0,260
6B	Poderoso	AT	8	0,757	9, 378	13,50	0,000	0,243
7	Conformista	CT	50	0,587	9, 382	29,91	0,000	0,413
8A	Oposicionista	AT	20	0,548	9, 382	35,04	0,000	0,452
8B	Autodegradante	AT	23	0,532	9, 378	36,89	0,000	0,468
9	Tendencia Límitrofe	AT	13	0,566	9, 383	32,67	0,000	0,434
A	Difusión de la Identidad	AT	15	0,577	9, 385	31,35	0,000	0,423
B	Autodevaluación	AT	26	0,499	9, 382	42,66	0,000	0,501
C	Desaprobación Corporal	AT	14	0,737	9, 385	15,23	0,000	0,263
D	Incomodidad Sexual	CT	34	0,902	9, 381	4,59	0,000	0,098
E	Inseguridad Grupal	AT	9	0,723	9, 382	16,29	0,000	0,277
F	Insensibilidad Social	ND	Escala que no ofrece un punto de corte entre no-consultantes y consultantes					
G	Discordia Familiar	AT	15	0,652	9, 384	22,77	0,000	0,348
H	Abuso Infantil	AT	8	0,570	9, 381	31,94	0,000	0,430
AA	Disfunciones Alimentarias	AT	17	0,787	9, 384	11,54	0,000	0,213
BB	Tendencia Abuso Sustancias	AT	10	0,630	9, 381	24,84	0,000	0,370
CC	Predisposición Delincuencia	ND	Escala que no ofrece un punto de corte entre no-consultantes y consultantes					
DD	Tendencia a la Impulsividad	AT	14	0,784	9, 383	11,73	0,000	0,216
EE	Sentimientos de Ansiedad	ND	Escala que no ofrece un punto de corte entre no-consultantes y consultantes					
FF	Afecto Depresivo	AT	21	0,492	9, 384	44,03	0,000	0,508
GG	Tendencia Suicida	AT	8	0,512	9,382	40,48	0,000	0,488

Nota. Tipo de Escala AT = Escala Acorde con la Teoría, CT = Escala Contra-Teórica y ND = Escala No Diferenciadora.

Tabla 3

Estadísticos Descriptivos de las Escalas del MMPI-A y Comparación de Subgrupos de Funcionamiento Sano y Funcionamiento Alterado Determinados según el Puntaje de Corte de una Escala Acorde con la Teoría

Escala 2B: Afligido							
Hombres							
Escalas	Funcionamiento sano Escala 2B < 11		Funcionamiento alterado Escala 2B ≥ 11		F	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
Hs	49,21	10,16	58,11	11,94	64,71	0,000	0,138
D	49,16	8,83	56,92	11,50	57,38	0,000	0,124
Hi	50,39	9,73	55,26	11,17	21,74	0,000	0,051
Dp	47,20	9,25	58,53	11,98	112,09	0,000	0,217
Pa	46,06	9,60	55,38	11,94	74,08	0,000	0,155
Pt	47,75	7,64	58,34	8,63	170,12	0,000	0,296
Es	46,31	8,23	57,65	9,17	170,72	0,000	0,297
Ma	49,52	8,90	55,47	11,76	32,53	0,000	0,075
Is	47,05	9,21	53,71	8,96	54,40	0,000	0,119
Mujeres							
Escalas	Funcionamiento sano Escala 2B < 14		Funcionamiento alterado Escala 2B ≥ 14		F	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
Hs	51,38	10,10	62,90	11,20	112,82	0,000	0,225
D	49,82	9,57	62,15	11,07	137,20	0,000	0,261
Hi	51,18	9,82	59,64	12,22	56,05	0,000	0,126
Dp	47,21	8,01	62,02	10,67	236,24	0,000	0,378
Pa	45,28	8,61	60,15	10,51	230,36	0,000	0,373
Pt	47,89	7,63	63,47	10,27	284,39	0,000	0,423
Es	46,12	7,52	62,36	10,20	314,43	0,000	0,448
Ma	47,77	10,17	55,25	10,90	48,78	0,000	0,112
Is	48,49	8,08	57,01	8,48	102,79	0,000	0,209

Nota. En esta tabla y en las siguientes los nombres correspondientes a las abreviaciones de las escalas del MMPI-A son: Hs = Hipocondría, D = Depresión, Hi = Histeria, Dp = Desviación Psicopática, Pa = Paranoia, Pt = Psicastenia, Es = Esquizofrenia, Ma = Manía, Is = Introversión Social.

Tabla 4

Estadísticos Descriptivos de las Escalas del MMPI-A y Comparación de Subgrupos de Funcionamiento Sano y Funcionamiento Alterado Determinados según el Puntaje de Corte de una Escala Contra Teórica

Escala 7: Conformista							
Hombres							
Escalas	Funcionamiento sano Escala 7 > 48		Funcionamiento alterado Escala 7 ≤ 48		F	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
Hs	48,89	9,54	57,81	12,13	65,82	0,000	0,139
D	50,14	9,21	55,73	11,73	27,65	0,000	0,064
Hi	49,03	9,27	55,93	10,84	46,62	0,000	0,103
Dp	46,48	9,00	58,14	11,65	123,81	0,000	0,233
Pa	45,86	9,70	54,85	11,75	68,94	0,000	0,145
Pt	48,63	8,27	56,82	9,25	87,01	0,000	0,176
Es	46,40	8,10	56,71	9,67	132,64	0,000	0,246
Ma	48,68	8,89	55,54	11,37	44,56	0,000	0,099
Is	48,56	9,15	52,26	9,93	15,01	0,000	0,036
Mujeres							
Escalas	Funcionamiento sano Escala 7 > 50		Funcionamiento alterado Escala 7 ≤ 50		F	p	Eta ²
	M	DE	M	DE			
Hs	52,45	10,95	61,27	11,60	58,76	0,000	0,131
D	52,24	10,68	59,57	12,28	38,54	0,000	0,090
Hi	52,38	11,04	57,97	11,95	22,59	0,000	0,055
Dp	47,18	7,71	61,05	11,32	189,72	0,000	0,327
Pa	46,62	9,49	58,23	11,65	112,66	0,000	0,224
Pt	49,12	9,18	61,68	11,08	144,18	0,000	0,270
Es	46,57	8,43	61,18	10,76	214,78	0,000	0,355
Ma	45,75	9,35	56,30	10,28	110,23	0,000	0,220
Is	49,94	58,83	55,39	9,04	35,94	0,000	0,084

Nota. En las Tablas 3 y 4 se han destacado en negrita los valores $Eta^2 > 0,20$ de los análisis univariados; ellos indican que al menos el 20% de la variabilidad total de la escala del MMPI-A puede ser explicada por la variación en la escala del MACI en estudio.

vas, dimensionadas a través de una magnitud de la diferencia sustantiva y clínicamente interpretable ($Eta^2 > 0,20$).

En la Tabla 5 se evidencia que existen diferencias en el funcionamiento de hombres y mujeres, pues las diferencias observadas entre los subgrupos

de mujeres alcanzan con mayor frecuencia que en los hombres magnitudes de Eta^2 superiores a 0,20. Además, también se evidencia que la relación entre cada escala del MACI y las escalas clínicas del MMPI-A es una relación compleja, pues cada escala del MMPI-A permite explicitar diferentes

facetas psicopatológicas que estarían implícitas en la conceptualización de las escalas del MACI. En este sentido, en muchas ocasiones se pueden realizar

interpretaciones de conjuntos de escalas del MMPI-A consistentes teóricamente que se relacionan con una determinada escala del MACI.

Tabla 5

Diferencias Significativas Obtenidas en las Escalas Clínicas del MMPI-A al Segmentar la Muestra en Subgrupos de Funcionamiento Sano y Funcionamiento Alterado según los Puntajes de Corte de las Escalas del MACI, para Hombres y Mujeres

Escalas	Hombres									Mujeres								
	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma	Is	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	Introvertido								X	X		X	X	X	X			X
2A	Inhibido		X			X			X	X				X	X	X		X
2B	Afligido				X	X	X			X	X		X	X	X	X		X
3	Sumiso																	
4	Dramatizador								X	X					X			X
5	Egoísta									X					X			X
6A	Trasgresor																	
6B	Poderoso																	
7	Conformista				X		X						X	X	X	X	X	
8A	Oposicionista				X		X	X					X	X	X	X		
8B	Autodegradante				X		X	X		X	X		X	X	X	X		
9	Tend. Límitrofe				X		X	X			X		X	X	X	X		X
A	Difus. Identidad						X	X			X		X	X	X	X		X
B	Autodevaluación						X	X		X	X		X	X	X	X		X
C	Desap. Corporal									X								
D	Incom. Sexual																	
E	Insen. Grupal																	X
F	Insensib. Social												Escala ND; sin puntaje de corte					
G	Discord. Familiar				X								X	X	X	X		
H	Abuso Infantil						X	X					X	X	X	X		
AA	Disf. Alimentar.																	
BB	T. Abuso Sustan.				X			X					X		X	X	X	
CC	P. Delincuencia												Escala ND; sin puntaje de corte					
DD	T. Impulsividad																	
EE	Sent. Ansiedad												Escala ND; sin puntaje de corte					
FF	Afecto Depresivo		X				X	X		X	X		X	X	X	X		X
GG	Tend. Suicida				X	X	X	X		X	X		X	X	X	X		

Nota. X indica que la escala MMPI-A presenta un $Eta^2 > 0,20$ en el contraste entre los grupos formados según puntaje de corte de la escala del MACI en estudio.

Discusión

Un puntaje central de corte, definido para discriminar entre quienes poseen un funcionamiento sano o alterado en una característica medida por el MACI, no podía ser aceptado sin una validación empírica según un criterio externo.

La elección del MMPI-A como criterio de validación obedeció a la necesidad de tener un instrumento que cumpliera con una serie de requisitos. Debía ser un instrumento de evaluación específica de adolescentes que entregara, como el MACI, una evaluación integral de la personalidad y que, a diferencia de este, estuviera orientado tanto a la evaluación de pacientes clínicos como a la población general; además, debía hacer aportes en áreas donde las contribuciones del MACI son más restringidas, como en los trastornos del Eje I del DSM. El MMPI-A cumple cabalmente con estos requisitos y, además, existe una versión chilena (Vinet et al., 1999b), estudios psicométricos en adolescentes chilenos (Vinet & Alarcón, 2003b; Vinet & Lucio, 2005) y antecedentes empíricos de asociación con el MACI (Vinet et al., 2004).

En este estudio, los puntajes de corte de las escalas clínicas del MACI, en hombres y mujeres, fueron validados empíricamente al utilizar como criterio las escalas clínicas del MMPI-A. Esto se realizó a través de un conjunto de MANOVAS que examinó las diferencias de grupos que producía la segmentación según el puntaje de corte de cada escala MACI en el conjunto de escalas clínicas del MMPI-A; posteriormente se desarrollaron los ANOVAS correspondientes para identificar con precisión las escalas del MMPI-A involucradas en la diferenciación.

Estos análisis permiten señalar que los puntajes de corte determinados para el MACI son puntajes capaces de discriminar entre funcionamiento sano y funcionamiento alterado en cada uno de los constructos investigados. De acuerdo con los resultados, las variables del MACI tienen expresiones psicopatológicas que son detectadas por las escalas clínicas del MMPI-A, tanto en las escalas AT como en las escalas CT. Al respecto, es importante destacar que los resultados de las escalas CT (Sumiso, Dramatizador, Egoísta, Conformista e Incomodidad Sexual en hombres y mujeres y Sentimientos de Ansiedad solo en hombres) son congruentes con el planteamiento de inversión en

la dirección de la psicopatología en estas escalas del MACI.

La validación de puntajes de corte y el respaldo a la categorización de las escalas del MACI en AT y CT obtenidos en este estudio se ven enriquecidos por los siguientes hallazgos que brindan información inédita sobre la relación entre el MACI y el MMPI-A: (a) se observa una diferente intensidad en las diferencias en hombres y mujeres, (b) aparecen conjuntos de variables del MMPI-A que afectan conjuntamente a varias escalas del MACI y (c) existen diferencias estadísticamente significativas pero no interpretables en algunas escalas del MMPI-A con respecto a determinadas escalas del MACI. Estos hallazgos son discutidos a continuación.

Diferencias según Sexo

El examen de las escalas clínicas del MMPI-A en cada sexo revela que, aunque la estructuración de la personalidad de las adolescentes mujeres es similar a la de los varones cuando hay un funcionamiento sano (valores medios similares en las diferentes escalas), las mujeres tienden a informar mayor patología cuando presentan un funcionamiento alterado (puntuaciones medias superiores a las de los varones en aproximadamente cinco puntos; ver ejemplos en las Tablas 3 y 4).

La mayor patología femenina está representada por la mayor participación que tienen las escalas D, Pa y Pt en la definición del funcionamiento alterado en muchos de los Patrones de la Personalidad y en algunas áreas de Preocupaciones Expresadas (ver Tabla 5). Las escalas D, Pa y Pt están asociadas, según estudios del MMPI-A (Archer, 1997; Butcher & Williams, 1992), a rasgos de depresión, sensibilidad interpersonal y ansiedad que, si se interpretan en conjunto, señalarían preocupación por las propias deficiencias e inadecuaciones e indicarían un funcionamiento intrapunitivo y desconfiado. Además, en algunos casos se agregan las escalas Es y Dp que han sido vinculadas, en población adolescente femenina, a experiencias de abuso y desacuerdos con los padres (Es) y a problemas de adaptación conductual (Dp). En suma, este examen plantea que el funcionamiento femenino alterado presenta una acentuación de rasgos que indican mayor sufrimiento interno y más relaciones interpersonales conflictivas, al compararlo con el funcionamiento alterado de los varones.

Variables MMPI-A en Relación a Diferentes Escalas del MACI

Los resultados indican que un conjunto de escalas del MMPI-A aparece repetidamente en el análisis de diferentes escalas del MACI. En los hombres, las escalas Dp, Pt y Es presentan diferencias significativas clínicamente interpretables en los patrones Afligido, Oposicionista, Autodegradante y Tendencia Límitrofe y, además, en Tendencia Suicida. En las mujeres, las escalas D, Dp, Pa, Pt y Es presentan diferencias significativas clínicamente interpretables en los patrones Introverso, Afligido, Autodegradante y Tendencia Límitrofe; además, aparecen en las escalas Difusión de la Identidad, Autoevaluación y Tendencia Suicida.

Ante este hallazgo, cabe preguntarse qué expresan estos conjuntos de escalas del MMPI-A que se manifiestan simultáneamente en varios patrones de la personalidad y en otras variables del MACI. Aunque la literatura sobre la relación MACI-MMPI-A no responde a esta pregunta, planteamos que la respuesta está en el ámbito de la compleja relación entre personalidad y psicopatología. Esta relación, abordada por Millon a través de cuatro posibles modelos de interacción entre ambos constructos (Millon & Davis, 1998), destaca el modelo de la vulnerabilidad por su aplicabilidad a la adolescencia. Este modelo señala que las características de personalidad actúan como un sistema de protección (paralelo al sistema inmune) que es susceptible de ser penetrado por los estresores psicosociales que afectan al individuo, conduciendo a la expresión de síntomas psicológicos. Este modelo señalaría que los problemas con la familia y la escuela, conceptualizados como estresores psicosociales especialmente frecuentes en la adolescencia, constituirían un factor de vulnerabilidad si el adolescente no posee un repertorio adecuado de estrategias para enfrentarlos, generando síntomas (vivencias y conductas) que afectarían su personalidad (patrones en formación). Hipotéticamente, podemos plantear que las escalas del MMPI-A representarían un complejo conjunto de vivencias disfóricas y conductas inadaptadas, que surgen en condiciones de vulnerabilidad familiar y psicosocial, afectando la estructuración de la personalidad del adolescente a través del posible desarrollo de los aspectos patológicos de los diferentes estilos de personalidad. Esta hipótesis podría evaluarse

empíricamente a través de la incorporación de datos objetivos sobre estresores psicosociales en los adolescentes, contribuyendo a profundizar esta línea de estudio.

Diferencias Estadísticamente Significativas pero No Interpretables

A partir de lo expuesto en la Tabla 5, se deduce que hay 12 escalas en la muestra de hombres y 6 en la muestra de mujeres en las cuales, aunque hay diferencias estadísticamente significativas, estas no son interpretables psicológicamente conforme al criterio de $Eta^2 > 0,20$ elegido para la interpretación de las escalas clínicas del MMPI-A.

Múltiples razones pueden dar cuenta de este hallazgo. Una de ellas se refiere al bajo poder de discriminación entre no-consultantes y consultantes de algunas escalas del MACI, como la escala Sumiso en hombres y mujeres y la escala Insensibilidad Social en hombres que obtienen, en el estudio de baremación, una capacidad de discriminación global relativamente baja según el análisis de curvas ROC (Vinet, 2008). Otra alternativa es que las escalas clínicas del MMPI-A podrían no ser el referente más adecuado para dar cuenta de diferencias en constructos específicos de la teoría de Millon, como Desaprobación Corporal, Incomodidad Sexual, Disfunciones Alimentarias y Tendencia a la Impulsividad. Por último, se podría señalar que el criterio para interpretación ($Eta^2 > 0,20$) es demasiado exigente en una muestra donde la patología no alcanza un nivel de severidad alto, tal como sucede en los patrones Trasgresor y Poderoso y en los síndromes clínicos Predisposición a la Delincuencia y Tendencia a la Impulsividad.

Los resultados obtenidos permiten concluir que la utilización del MMPI-A como instrumento de validación de los puntajes de corte ha sido un acierto pues, a través de sus escalas, se establece que los puntajes de corte de las escalas del MACI poseen validez concurrente establecida a través de un criterio externo. Además, tal como se ha visto, el MMPI-A ha sido particularmente útil para sustentar la significación conceptual de las escalas del MACI en al menos tres aspectos: (a) ha respaldado la hipótesis de la universalidad de las escalas AT y de relativismo cultural de las escalas CT, (b) ha confirmado la expresión diferenciada de la patología en hombres y mujeres y (c) ha entregado nueva información sobre la compleja relación entre

personalidad y psicopatología. Estudios futuros podrán documentar la utilidad de los puntajes de corte en las normas chilenas del MACI.

Referencias

- Aiken, L. R. (1987). Formulas for equating ratings on different scales. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 51-54.
- Alarcón, P., Vinet, E. & Salvo, S. (2005). Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia. *Psykhé*, 14(1), 3-16.
- Archer, R. P. (1997). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology* (2nd ed.). Mahwah, NJ: LEA.
- Blumentritt, T., Angle, R. & Brown, J. (2004). MACI personality patterns and DSM-IV symptomatology in a sample of troubled Mexican-American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 13, 163-178.
- Blumentritt, T. & Wilson, C. (2004). The Millon Adolescent Clinical Inventory: Is it valid and reliable for Mexican-American youth? *Journal of Personality Assessment*, 83, 64-74.
- Butcher, J. N. & Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Camara, W. J., Nathan, J. S. & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Casullo, M. & Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 129-140.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Díaz, C. (2003). *Desarrollo de una tipología de adolescentes consultantes en salud mental, a partir del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*. Tesis no publicada para optar al grado de Magister en Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Faúndez, X. (2007). *Construcción de una tipología empírica de adolescentes consumidores de drogas a partir del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*. Tesis no publicada para optar al grado de Magister en Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Friedman-Lombardo, J. (1999). An empirical analysis of personality disorders in female adolescents. *Dissertation Abstracts International Section B. Sciences & Engineering*, 60(2B), 827.
- Hsu, L. M. (2002). Diagnostic validity statistic and the MCMI-III. *Psychological Assessment*, 14, 410-422.
- Johnson, C., Archer, R., Sheaffer, C. & Miller, D. (1992). Relationships between the MAPI and the MMPI in the assessment of adolescent psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 58, 277-286.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (1998). *Manual para la administración y calificación del MMPI-A. Versión en español*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Mackinnon, D. (1998). Assessment of maturity in young offenders with the MMPI-A IMN and A-con scales. *Dissertation Abstracts International Section B. Sciences & Engineering*, 59(1-B), 442.
- Metz, C. E. (1998). *ROCKIT 0.9.1B. Beta*. Universidad de Chicago. Extraído el 20 Enero, 2009, de http://xray.bsd.uchicago.edu/cgi-bin/roc_software.cgi
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. & Davis R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Pérez, M. V., Díaz, A. & Vinet, E. (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. *Psicothema*, 17, 37-42.
- Pita, S. & Pértegas, S. (2003). Pruebas diagnósticas. *Cadena de Atención Primaria*, 10, 120-124. Extraído el 20 Octubre, 2004, de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.htm
- Schneider, P. (1997). The Immaturity Scale of the MMPI-A: An empirical study of its relationship to Loevinger's model of ego development, clinical utility, and correlation with external variables. *Dissertation Abstracts International Section B. Sciences & Engineering*, 57(10-B), 6618.
- Vinet, E. (2007, Agosto). *Cuando la patología es salud: el rol de la cultura*. Trabajo presentado en el Segundo Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva "Las relaciones interpersonales", Buenos Aires, Argentina.
- Vinet, E. (2008). *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon: baremación en población chilena y aplicación a grupos específicos*. Tesis no publicada para optar al grado de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Barcelona, España.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2003a). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé*, 12(1), 39-55.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2003b). Evaluación psicométrica del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) en muestras chilenas. *Terapia Psicológica*, 21, 87-103.
- Vinet, E., Brió, C., Correa, P., Díaz, P., Diez, M., Echeverría, M., Salazar, D. & Vargas, A. (1999a). *MACI. Traducción y adaptación chilena para uso exclusivo en investigación* (Proyecto DIDUFRO 9966). Manuscrito no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Vinet, E., Brió, C., Correa, P., Díaz, P., Diez, M., Echeverría, M., Salazar, D. & Vargas, A. (1999b). *MMPI-A. Traducción y adaptación chilena para uso exclusivo en investigación* (Proyecto DIDUFRO 9966). Manuscrito no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Vinet, E. & Fornis, M. (2006). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhé*, 15(2), 69-80.
- Vinet, E., González, M. E., Alarcón, P., Salvo, S., Pérez, V. & Díaz, A. (2004). *Personalidad y psicopatología en adolescentes: perfiles diferenciales en tres muestras chilenas y estudio de validez transcultural de los instrumentos utilizados. Informe Final* (Proyecto FONDECYT 1010514). Manuscrito no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Vinet, E. & Lucio, M. E. (2005). Aplicabilidad de las normas mexicanas y estadounidenses del MMPI-A en la evaluación

de adolescentes chilenos. *Revista Mexicana de Psicología*,
22, 519-528.

Vinet, E., Salvo, S. & Forns, M. (2005). Adolescentes no-consultantes en riesgo: una evaluación a través del MACI. *Anuario de Psicología*, 36, 83-97.

Fecha de recepción: Julio de 2008.

Fecha de aceptación: Marzo de 2009.

