

RELATIVISMO CULTURAL DEL MODELO DE PERSONALIDAD DE MILLON EN AMÉRICA LATINA: UN ESTUDIO CON ADOLESCENTES*

CULTURAL RELATIVITY OF THE MILLON'S PERSONALITY MODEL IN LATIN-AMERICA: A STUDY WITH ADOLESCENTS*

EUGENIA V. VINET**

*Este estudio fue financiado por el Proyecto 120612 de la Dirección de Investigación de la Universidad de La Frontera.

**Psicóloga y Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Profesora Asociada del Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera. E-Mail: evinet@ufro.cl
Av. Francisco Salazar 01145. Casilla 54-D. Temuco - Chile.

RESUMEN

Este estudio profundiza el análisis estadístico e interpretativo de cuatro patrones de personalidad del Inventario Clínico para *Adolescentes* de Millon (*MACI* - Millon, 1993). Estos patrones (Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista) han presentado un comportamiento no acorde con la teoría, en estudios realizados con adolescentes latinoamericanos. Se informa una revisión de los datos del estudio de baremación chilena del MACI, desarrollado con una muestra de 807 adolescentes, de 13 a 19 años, diferenciada por sexo y dicotomizada en dos grupos: no-consultantes (200 hombres y 206 mujeres) y consultantes (212 hombres y 189 mujeres) que contestó el MACI y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Un conjunto de análisis de validez diagnóstica determinó que las escalas MACI diferenciaban de modo inverso a lo esperado teóricamente y estableció puntajes de corte óptimos entre los dos grupos. La comparación, mediante las escalas clínicas del MMPI-A, entre los grupos de funcionamiento sano y funcionamiento alterado creados por la segmentación de la muestra según el puntaje de corte de cada escala, in-

dicó que estas escalas presentaban el comportamiento contra-teórico observado previamente. Estos resultados son discutidos considerando el síndrome cultural individualismo - colectivismo y los rasgos personales colectivistas que se presentan preferentemente en los grupos de adolescentes latinoamericanos. También se ofrecen criterios de interpretación clínica para estas escalas que integran características específicas relacionadas con la interacción social afectiva (escalas Dramatizador y Egoísta) y el respeto a las normas grupales (escalas Sumiso y Conformista) que se presentan preferentemente en la *cultura latinoamericana*.

Palabras clave: Modelo de Millon; Cultura latinoamericana; MACI; Adolescentes.

ABSTRACT

This article deepens on the statistical and interpretative analysis done with four personality patterns from the Millon Adolescent Clinical Inventory (*MACI* - Millon, 1993). These patterns (Submissive, Dramatizing, Egotistic, and Conforming) have presented, in different studies

done with *Latin-American adolescent* samples, a psychometric behaviour different from the one we shall expect in agreement with Millon's theory. To do this, the data from the MACI's Chilean normative study was revised deeply. A sample of 807 adolescents, aged 13 through 19, divided by sex and also divided into a non consulting group (200 males and 206 females), and a clinical group (212 males and 189 females), was selected. All participants responded the MACI and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A, Butcher et al., 1992). With the MACI scales data, a serie of statistical analysis for diagnostic validity (Hsu, 2002) that included Cohen's effect size (d), a percentage of non-overlap of the two distributions (U_1), areas under receiver operating characteristic (ROC) curves, and sensibility and specificity analysis, were run through successive stages.

First, results confirmed that the scales Submissive, Dramatizing, Egotistic and Conforming scored significantly higher in the non consulting groups than they did in the consulting groups, this finding confirmed that Submissive, Dramatizing, Egotistic and Conforming scales presented a *counter-theory* behaviour. Second, the same set of analysis allowed to determine cutting point scores that had the capability for discriminating among participants coming from the non consulting and the consulting groups. Later, the MMPI-A clinical scales data were analysed through a set of MANOVAS and ANOVAS drawing significant differentiation between the healthy functioning and disorderly functioning groups that were created by dividing the sample on the basis of cutting point scores from each scale. These analyses also confirmed the counter-theory behavior for the scales Submissive, Dramatizing, Egotistic and Conforming found in previous studies in Latin-America. Results showed that healthy functioning groups had higher MACI scores and MMPI-A scores around T 50, which indicated a healthy functioning; vice versa disordered functioning groups presented lower MACI scores and MMPI-A scores around or higher than T 60, which is an indicator of pathological functioning. The interpretation of these results was done considering the cultural syndrome of individualism and col-

lectivism which reflects shared attitudes, beliefs, norms, roles and values among people belonging to a specific cultural group. According to Triandis (2001), the central theme shared by collectivist individuals is the conception of themselves as aspects of groups or collectivities, on the other hand, the individualism central theme is the conception of the individuals as autonomous from groups. Collectivist adolescents are likely to define themselves by giving priority to in-group goals, they pay less attention to internal than external processes as determinant of social behavior, and they define the relationship with the in-group members as communal. Collectivist personal traits, affect the personality functioning of adolescents coming from Latin-American countries in two aspects: They are reflected in elevations of the Dramatizing and Egotistic scales by integrating specific characteristics related to externalized, affective and warm social interactions; also they are reflected in elevations of the Submissive and Conforming scales by emphasizing specific characteristics related to the respect for the group norms and rules and keeping group harmony. At the end of the study, a bipolar clinical interpretation criteria, that includes the possibility of pathological functioning in very low and very high scores, is offered for each scale to be used as a guide for interpreting these MACI scores in the context of adolescence within the Latino-American culture.

Key words: Millon's model; Latin-American culture; MACI; adolescents.

INTRODUCCIÓN

Theodore Millon postula un modelo teórico de la personalidad que se origina en los planteos del Modelo Biosocial del año 1969 y se consolida en el Modelo Evolucionista de la Personalidad del año 1990.

El *modelo biosocial* plantea que la personalidad se desarrolla y estructura a partir de la interacción de tres dimensiones polares presentes en todo ser humano. Estas son: (a) la dimensión *placer - dolor*, cuya orientación natural es buscar y repetir las conductas placenteras que promueven la supervi-

venia y evitar las experiencias dolorosas potencialmente peligrosas para la vida, (b) la dimensión *pasividad - actividad*, que representa la tendencia a adaptarse o acomodarse a las condiciones ambientales, o bien, la tendencia a tener una actitud activa para modificar el entorno y hacer que se adecue a las propias necesidades y (c) la dimensión *sí mismo - otros* que se refiere al desarrollo de la individualidad y el afianzamiento del sí mismo como fuente de satisfacción, o bien, a la orientación hacia los otros como proveedores de satisfacción y reforzamiento.

El *modelo evolucionista* revisa la conceptualización biosocial desde una perspectiva más amplia, otorgando a la evolución humana la calidad de principio ordenador del desarrollo de la especie y de los seres humanos en particular. Las tres dimensiones se reconceptualizan como *tareas evolutivas* vinculadas a la supervivencia, la adaptación y la replicación. La polaridad *placer - dolor* representa los mecanismos evolutivos relacionados con la supervivencia y está orientada al incremento y preservación de la vida. La polaridad *pasivo - activo* se asocia a la segunda tarea evolutiva y representa los mecanismos de adaptación al medio. La polaridad *sí mismo - otros* se vincula a la tercera tarea evolutiva al plantear que los estilos reproductivos masculinos y femeninos se diferencian por su énfasis en el desarrollo del sí mismo o en el cuidado de los otros como estrategias de preservación de la especie.

La *personalidad* es definida como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica” (Millon & Davis, 2001, p. 2). Tanto su expresión normal como la patológica son el resultado de la interacción de las tres dimensiones en el proceso de desarrollo del individuo.

Si una persona ha presentado un desarrollo sano, con estimulaciones adecuadas en cada una de las etapas del desarrollo neuropsicológico, exhibirá una capacidad para enfrentarse a su medio de modo flexible y apropiado y sus percepciones y conductas características

favorecerán su satisfacción personal. Este estilo de funcionamiento implica flexibilidad y adaptabilidad para establecer equilibrios entre las tres dimensiones (placer - dolor, activo - pasivo, sí mismo - otros). Hay una focalización en la maximización de las experiencias de vida placenteras junto a capacidades para enfrentar efectivamente las situaciones dolorosas, hay capacidad para ser activo o pasivo dependiendo de los requerimientos de la situación y hay flexibilidad para transitar entre una orientación hacia sí mismo y hacia los otros. Si esto sucede, puede afirmarse que la persona posee una personalidad sana y normal.

Por el contrario, si el desarrollo ha estado salpicado de infra o hiperestimulaciones en ciertas etapas, la persona responderá a las demandas cotidianas en forma más rígida o deficiente, sus percepciones y conductas favorecerán el aumento de la molestia personal o reducirán sus oportunidades. En este caso puede decirse que la persona posee una personalidad patológica o un trastorno de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad han sido descritos a través de estilos o patrones de funcionamiento que surgen al combinar cinco tipos de desorganizaciones posibles de ocurrir al considerar conjuntamente las tres polaridades del modelo biosocial. Estas desorganizaciones son descritas por Mc Cann (1999):

La primera puede surgir en el estilo instrumental de afrontamiento de la persona, llevándola a fijarse en un modo *activo* o *pasivo* de afrontamiento.

La segunda puede surgir en la fuente de gratificaciones de la persona cuando hay una excesiva confianza en sí mismo (*independiente*) o en los otros (*dependiente*) como proveedores de satisfacción y de experiencias positivas en la vida.

La tercera desorganización surge cuando la persona no establece vínculos con otros, es decir, se *desvincula* y presenta una falta de inclinación, desgano o inhabilidad para experimentar placer en la vida.

La cuarta puede ocurrir cuando la persona invierte la polaridad de dolor y placer, obteniendo placer de experiencias que son naturalmente dolorosas y dolor de situaciones que son normalmente placenteras; esta desorganización es denominada *patrón discordante* de la personalidad.

La última desorganización ocurre cuando la persona establece un *patrón ambivalente* y entra en conflicto no pudiendo determinar si sus fuentes de gratificaciones y satisfacciones en la vida residen en sí mismo o en los otros.

Las alteraciones en las polaridades forman una categorización de 2 (activo - pasivo) x 5 (independiente - dependiente - discordante - ambivalente - desvinculado) que contiene 11 estilos básicos de la personalidad. La Tabla 1 resume estos estilos con denominaciones que reflejan un nivel leve de trastorno cercano a la normalidad y, entre paréntesis incluye las denominaciones correspondientes a los trastornos más graves de la personalidad.

En el modelo de Millon se han desarrollado dos instrumentos que permiten describir y evaluar las características más relevantes de la personalidad y sus alteraciones en cada estilo mencionado. Estos son el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III (1994) orientado a evaluar la personalidad adulta y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI, Millon, 1993) dirigido a la población adolescente.

Aunque ambos instrumentos han sido traducidos al español, adaptados y aplicados en países latinoamericanos, el MACI es el que reúne la mayor cantidad de estudios que han considerado las particularidades del contexto cultural latinoamericano.

Los primeros estudios en esta línea surgen en Argentina (Casullo & Castro, 2002; Casullo, Góngora & Castro, 1998), Chile (Vinet & Alarcón, 2003a) y Perú (Iza, 2002) a través de procesos de traducción y adaptación del instrumento a las realidades socioculturales de los respectivos países. Ellos

muestran que el MACI es un instrumento idóneo para trabajar con adolescentes de diferentes países latinoamericanos aunque algunas escalas presentan sistemáticamente, puntuaciones directas más altas en los adolescentes de población general, sin trastornos de la salud mental y no en los adolescentes consultantes por trastornos mentales como habría sido esperable de acuerdo con la teoría. Este fenómeno se presenta en los patrones de la personalidad Dramatizador, Egoísta y Conformista y en algunos casos Sumiso, y contradice la hipótesis a mayor puntaje, mayor patología implícita en la construcción del MACI.

Resultados concordantes con estos reportes son encontrados por Blumentritt, Angle y Brown (2004) y por Blumentritt y Wilson (2004) en el trabajo realizado con adolescentes hispanos en Estados Unidos. Estos autores observan que, al contrario de lo esperado teóricamente, puntuaciones altas en las escalas de patrones de la personalidad Dramatizador, Egoísta y Conformista están asociadas, en este grupo cultural, a aspectos más saludables que patológicos, estableciendo un vínculo entre características de la cultura latina y rasgos personales asociados al respeto de las normas, al cuidado del grupo de pares y a la sociabilidad (Blumentritt et al., 2004).

En un estudio desarrollado con adolescentes chilenos, orientado a evaluar la capacidad de las escalas del MACI para discriminar entre consultantes por problemas de salud mental y no-consultantes procedentes de población general, Vinet y Forns (2006) encontraron tres grupos de escalas con comportamientos discriminativos diferentes: escalas que discriminan adecuadamente conforme a lo planteado originalmente en el test; escalas sin poder de discriminación, entre ellas el patrón Sumiso y escalas con una adecuada capacidad de discriminación aunque, a diferencia del resto de las escalas discriminativas, "la dirección de la puntuación indicativa de patología se invierte respecto de lo esperado" (p. 78), entre ellas los patrones de personalidad Dramatizador, Egoísta y Conformista.

Las autoras hacen comprensibles estos resultados al analizar extensamente el rol que

la cultura a la que pertenecen los sujetos podría jugar en sus respuestas al test. Para ello recurren a la *Dimensión Individualismo - Colectivismo* (Hofstede, 1980, 1999; Triandis, 2001) la cual es definida como un síndrome cultural que implica conjuntos compartidos de creencias, actitudes, normas, valores y conductas que se organizan en torno a un tema central (el predominio de los objetivos individuales sobre los grupales -individualismo- versus la dependencia de las personas con respecto a sus grupos de pertenencia -colectivismo-). Este síndrome aparece en grupos de personas que comparten un idioma, un período de tiempo y una región geográfica específica; su polo colectivista es especialmente alto en sociedades tradicionales y en la mayoría de las culturas de Asia, África y Latinoamérica; su polo individualista es especialmente alto en América del Norte (al norte de Río Grande) y en el norte y oeste de Europa (Triandis, 1997).

El término empleado para las tendencias personales colectivistas es *alocentrismo*, entendido como una preocupación por otros, que surge a través del desarrollo y que afecta tanto a la personalidad como a las conductas y cogniciones de los individuos (Triandis, Leung, Villareal & Clark, 1985). Triandis (2001) señala que las personas alocéntricas son caracterizadas en diversos estudios como afiliativas, no dominantes, atentas, respetuosas, humildes, deferentes, obedientes, responsables, sacrificadas, tradicionalistas, conformistas y cooperativas. Además, pueden ser vergonzosas, con una autoestima basada en el *llevarse bien*, sensibles al rechazo social y tímidas al entrar a un nuevo grupo. Experimentan más emociones con compromiso interpersonal (sentimientos de amistad, cercanía y respeto) y son muy interdependientes con su propio grupo de pertenencia, el cual les provee un ambiente social estable al cual adaptarse. La adaptación al grupo es prioritaria, están dispuestas a ajustar sus comportamientos y a restringir sus propias necesidades y deseos en función del grupo de pertenencia y disfrutan al hacer lo que su grupo espera de ellos.

De acuerdo a Vinet y Forns (2006), los resultados de no discriminación en la Escala

Sumiso y los resultados contrateóricos de las escalas Dramatizador, Egoísta y Conformista pueden comprenderse mejor al tener en cuenta este estilo colectivista de interacción social que está presente naturalmente en los estilos de interacción personal en los países latinoamericanos. Sin embargo, es importante señalar que estas características no son extrañas al modelo de Millon pues aparecen en las descripciones factoriales de las escalas desarrolladas por Davis en 1994 (citado en McCann, 1999).

Davis informa que en la Escala Sumiso aparecen seis dimensiones (Asertividad deficiente, Respeto a la autoridad, Disposición pacífica, Ansiedad de apego, Corrección social y Búsqueda de guía), todas ellas, excepto la de Ansiedad de apego, son valoradas positivamente en las sociedades latinoamericanas y al ser contestadas en dirección positiva caracterizarían a adolescentes con un funcionamiento adaptado y saludable.

La Escala Dramatizador incluye cinco dimensiones (Convivencia social, Búsqueda de atención, Autoimagen atractiva, Postura optimista y Desinhibición conductual) que en el contexto latinoamericano son consideradas positivamente e identifican a jóvenes que muchas veces son líderes populares entre sus iguales.

La Escala Egoísta incluye seis dimensiones (Autoimagen admirable, Vanidad social, Confianza en los propósitos, Independencia auto-asegurada, Indiferencia empática y Sentimientos de superioridad) que de poseer una elevación moderada serían adaptativas y deseables, especialmente si se consideran los diversos intentos del adolescente por llegar a establecer una identidad propia en un contexto colectivista.

Finalmente, para la Escala Conformista, Davis propone cinco dimensiones (Restricción interpersonal, Rigidez emocional, Adherencia a las reglas, Conformidad social y Conciencia responsable) que al estar presentes, podrían facilitar la interacción social adaptativa de los individuos dentro del contexto latinoamericano.

Vinet y Forns (2006) consideraron a las escalas del MACI como pruebas diagnósti-

cas similares a pruebas o exámenes de uso común en Medicina que permiten clasificar a los examinados como pertenecientes a un grupo *sano* o *enfermo* (Hsu, 2002; Pita & Pértegas, 2003) según su resultado. Las técnicas estadísticas utilizadas para determinar la calidad de una prueba diagnóstica incluyen análisis de curvas ROC y análisis de sensibilidad y especificidad (López de Ullibarrí & Pita, 1998; Metz, 1998; Pita & Pértegas, 2003). Estos análisis, desarrollados por Vinet y Forns para cada escala del MACI, fueron repetidos posteriormente en el estudio chileno de baremación del MACI (Vinet, 2008; Vinet & Forns, 2008) con resultados muy similares a los obtenidos por las mismas autoras en el año 2006.

En primer lugar, en el año 2008, las escalas del MACI fueron nuevamente clasificadas en tres grupos:

a.- El grupo de Escalas Acordes con la Teoría (AT) está integrado por 21 de las 27 escalas con significado clínico en los hombres y por 19 de ellas en las mujeres, e incluye a todas las escalas que discriminan apropiadamente y en las cuales las puntuaciones más altas aparecen en los sujetos consultantes.

b.- El grupo de Escalas Contra-Teóricas (CT) está integrado por seis escalas en los hombres y cinco en las mujeres y lo conforman aquellas escalas que discriminan inversamente, en las cuales los puntajes medios mayores corresponden al grupo de funcionamiento sano o no-consultantes; entre ellas se destacan los patrones de personalidad Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista en hombres y mujeres.

c.- El grupo de Escalas No-Diferenciadoras (ND) está formado por sólo tres escalas (Insensibilidad Social, Predisposición a la Delincuencia y Sentimientos de Ansiedad) que en la muestra de baremación femenina no tuvieron capacidad para diferenciar entre no-consultantes y consultantes.

En segundo lugar, para la baremación de las escalas AT y CT se diseñó una escala de medida que aúna criterios dimensionales y categoriales. La característica principal de esta escala es la presencia de un puntaje de corte que permite diferenciar la condición sana o patológica del sujeto evaluado. Este puntaje fue determinado empíricamente a través del análisis de curvas ROC y los índices de sensibilidad y especificidad calculados para cada escala y separadamente para hombres y mujeres. Su valor directo se hizo equivalente al puntaje central de la escala de baremación (Puntaje Transformado = 50) permitiendo categorizar o diagnosticar a cada sujeto evaluado como perteneciente a uno de los dos grupos poblacionales (no-consultantes y consultantes) que conformaron la muestra de baremación (Vinet, 2008; Vinet & Forns, 2008).

En tercer lugar, los puntajes de corte de las escalas del MACI, esenciales en esta baremación, fueron validados al contrastar las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A, Butcher et al., 1992) por la muestra de baremación segmentada según el puntaje de corte de cada escala MACI. Se utilizó el MMPI-A pues, al igual que el MACI, es un instrumento para la evaluación integral de la personalidad adolescente. Se emplearon las escalas clínicas ya que ellas provienen de la versión original del MMPI y existe un extenso número de estudios que avalan su capacidad de evaluación de psicopatología general en adolescentes; sin embargo, no se incluyó la Escala Masculino-Femenino (MF) pues su uso ha sido cuestionado por sus aportes poco relevantes y a veces contradictorios (Archer, 1997; Butcher & Williams, 1992).

En el caso de las escalas CT se hipotetizó que los grupos de sujetos con puntuaciones MACI sobre el punto de corte obtendrían puntuaciones bajas en las escalas del MMPI-A, compatibles con un funcionamiento normal; por el contrario, los grupos con puntuaciones bajo el punto de corte de las escalas MACI obtendrían puntuaciones altas en el MMPI-A, asociadas a patología.

OBJETIVO

En el presente artículo se informan los datos obtenidos en el estudio de baremación chilena del MACI, profundizando en el análisis de los patrones de personalidad contra-teóricos presentes en los estudios con adolescentes pertenecientes a la cultura latinoamericana. El objetivo de la investigación fue realizar un aporte a la adecuada interpretación de estas escalas al trabajar con el modelo de Millon en el contexto sociocultural latinoamericano. Para ello se informan y analizan en profundidad los resultados obtenidos en las cuatro escalas de patrones de la personalidad identificadas como contra teóricas, es decir, las escalas Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista (3, 4, 5 y 7 en su denominación abreviada).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los sujetos incluidos en este estudio corresponden a la muestra de baremación del MACI (Vinet, 2008).

Para constituirla, un extenso grupo de adolescentes de 13 a 19 años ($N = 1.120$), procedentes de diversos centros educacionales y de centros de atención de adolescentes con problemas psicológicos, participó voluntaria y anónimamente en un proceso de evaluación desarrollado en los propios centros. Los adolescentes proporcionaron datos sociodemográficos básicos y respondieron primero el MACI y posteriormente el MMP-A. La muestra quedó compuesta por 807 adolescentes, de ellos 406 eran no-consultantes (200 hombres y 206 mujeres) y 401 fueron consultantes (212 hombres y 189 mujeres). Todos cumplieron con el requisito de tener protocolos MACI y MMPI-A válidos según los siguientes criterios: El MACI tuvo ausencia de ítems omitidos o con dobles marcas, una puntuación directa de la Escala X (Sinceridad) mayor o igual a 201 e inferior o igual a 589 y una puntuación en la Escala V (Validez) igual o inferior a 1. El MMPI-A cumplió con los criterios de vali-

dez propuestos por Lucio, Ampudia y Durán (1998) para la versión mexicana del instrumento.

INSTRUMENTOS

A.- *INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI - MILLON, 1993)*

El MACI es un instrumento de construcción racional que sigue los modelos de aprendizaje biosocial y evolutivo de la personalidad desarrollados por Millon (1969, 1990) y que consta de 160 ítems con formato Verdadero-Falso.

Los ítems se organizan en 31 escalas, 27 de ellas con significado clínico (12 de Patrones de Personalidad, 8 de Preocupaciones Expresadas y 7 de Síndromes Clínicos). Las escalas no clínicas son tres escalas de control denominadas: Sinceridad, Deseabilidad y Depreciación y una de Validez de sólo dos ítems.

El estudio que se informa se refiere sólo a las escalas de patrones de la personalidad: Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista pues ellas han presentado un comportamiento no acorde con lo esperado teóricamente según el modelo de Millon en los estudios con adolescentes latinoamericanos.

La fiabilidad del instrumento ha sido probada en diversos estudios. En muestras argentinas y chilenas los índices *alpha* de las cuatro escalas en estudio son levemente más bajos que los obtenidos por Millon (1993) oscilando entre .72 y .83 (Casullo et al., 1998; Vinet & Alarcón, 2003a). En cuanto a validez, en Latinoamérica el MACI ha permitido diferenciar entre adolescentes con funcionamiento normal y funcionamiento alterado o en riesgo en muestras argentinas, peruanas y chilenas (Casullo & Castro, 2002; Iza, 2002; Vinet & Alarcón, 2003a; Vinet & Forn, 2006) y además, ha posibilitado la descripción de grupos de jóvenes con diversos problemas psicológicos (Alarcón, Vinet & Salvo, 2005; Díaz, 2003; Fantín, 2006; Faúndez, 2007).

El MACI cuenta actualmente con normas para tres poblaciones (Estados Unidos, Es-

paña y Chile). Las normas estadounidenses y españolas están expresadas en Puntajes de Tasa Base asociados a tasas de prevalencia de trastornos mentales; las normas chilenas (Vinet, 2008; Vinet & Forns, 2008) están expresadas en Puntajes Transformados con Puntos de Corte.

En este estudio se trabajó con la versión chilena del MACI (Vinet et al., 1999) y, dada la naturaleza del estudio, sus resultados son presentados en puntajes directos.

B.- INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A, BUTCHER ET AL., 1992)

Este instrumento es de origen empírico, específico para adolescentes y semejante a los otros instrumentos de Minnesota. Consta de 478 ítems con formato Verdadero-Falso que conforman 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 fiabilidad para la mayoría de las escalas tanto en consistencia interna como en estabilidad. Estudios chilenos (Vinet & Alarcón, 2003b) reportan confiabilidades similares a las encontradas en la literatura internacional. Si no se considera la Escala MF, que presenta confiabilidades muy bajas, los valores *alpha* para las escalas clínicas en adolescentes chilenos oscilan entre .52 (*Ma* en hombres escolares) y .92 (*Pt* en hombres con trastornos de desadaptación social y en mujeres con trastornos clínicos), con una mediana de .73. Con respecto a su validez, la gran mayoría de las escalas discrimina adecuadamente entre muestras de no-consultantes y muestras clínicas (Butcher et al., 1992; Lucio et al., 1998; Vinet & Alarcón, 2003b). Las normas, tanto estadounidenses como mexicanas, corresponden a sujetos de 14 a 18 años, diferenciados por género.

En ausencia de normas chilenas del MMPI-A se ha evaluado la aplicabilidad de las normas estadounidenses y mexicanas para ser utilizadas con adolescentes chilenos

(Vinet & Lucio, 2005). Este estudio ha demostrado que la muestra normativa mexicana se asemeja más que la muestra normativa estadounidense al perfil de los adolescentes chilenos de población general, recomendándose el uso de los baremos mexicanos en tanto no se disponga de normas propias. Consecuentemente, en el presente estudio se utilizó la versión chilena del test (Vinet et al., 1999) y los puntajes normativos mexicanos (Lucio et al., 1998).

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El estudio de baremación (Vinet, 2008) involucró una serie de etapas sucesivas que se inician a partir de la obtención y caracterización de la muestra. En este apartado se presenta una breve reseña general y se describen los procedimientos y análisis que conciernen específicamente a las cuatro escalas en estudio.

En la primera etapa, el aspecto más relevante fue poder determinar y luego validar, en cada escala y separadamente para cada sexo, un puntaje que permitiera discriminar entre no-consultantes y consultantes. Con estos objetivos, en primer lugar, se determinó la dirección ascendente o descendente de la psicopatología en la puntuación de cada escala junto a su capacidad de discriminación. Los estadísticos utilizados fueron la prueba *t* de Student complementada por los estadísticos de validez diagnóstica (Hsu, 2002) magnitud del efecto (*d*) y no-sobreposición (*nonoverlap*) de distribuciones de dos grupos (U_1) desarrollados por Cohen (1988) y un análisis de curvas ROC realizado a través del *software* Rockit 0.9B, Beta Version de Metz (1998). En segundo lugar, para las escalas que lo ameritaban se determinó el puntaje de corte óptimo para diferenciar entre no-consultantes y consultantes a través de los índices de sensibilidad (*S*) y especificidad (*E*).

Para validar los puntajes de corte determinados se utilizó un conjunto de análisis multivariantes de la variancia (MANOVA) con sus respectivos análisis invariados (ANOVA). En estos análisis el puntaje de

corte de cada escala en estudio (variable independiente) generó dos subgrupos (grupo con puntajes MACI menores o iguales al puntaje de corte y grupo con puntajes MACI mayores que el punto de corte); estos grupos se compararon en función de sus puntajes en las escalas clínicas del MMPI-A (variable dependiente).

A continuación, los ANOVAS permitieron identificar las escalas clínicas del MMPI-A responsables de las diferencias entre los grupos de funcionamiento sano y funcionamiento alterado creados según la segmentación por puntaje de corte de cada escala MACI en estudio.

RESULTADOS

El cómputo de las pruebas t , los estadísticos de validez diagnóstica d y U_1 y los análisis de curvas ROC de las cuatro escalas en estudio se presentan en la Tabla 2, en tanto que los puntajes de corte seleccionados con sus respectivos índices de sensibilidad y especificidad aparecen en la Tabla 3.

En la Tabla 2 se aprecia en primer lugar que, efectivamente, los puntajes medios de los no-consultantes son mayores que los puntajes medios de los consultantes y que estas diferencias son significativas.

En segundo lugar, en las tablas 2 y 3 se observa que las puntuaciones de hombres y mujeres siguen el mismo patrón, aunque los puntajes específicos presentan diferencias según sexo.

En tercer lugar, en ambas tablas se aprecia que la Escala Sumiso es la que obtiene los índices de discriminación entre no-consultantes y consultantes más bajos al compararla con las otras tres escalas.

La Tabla 4 muestra que la segmentación de la población total según puntajes de corte, produce en las cuatro escalas y en hombres y mujeres, diferencias significativas entre los subgrupos en el conjunto de escalas clínicas del MMPI-A. El estadístico η^2 cuadrado indica la magnitud de la diferencia determinada en cada escala MACI y corrobora los resultados comentados previamente.

En los ANOVAS realizados con los subgrupos sobre y bajo los puntajes de corte en cada escala MACI para hombres y mujeres se evidencia que los subgrupos con puntajes MACI mayores al punto de corte obtienen puntajes indicativos de funcionamiento normal en la gran mayoría de las escalas del MMPI-A, avalando los planteos de funcionamiento contra-teórico presentados en los antecedentes de este artículo y corroborados en los resultados iniciales.

La Tabla 5 informa los análisis realizados. Ella muestra para las cuatro escalas del MACI, los puntajes medios de los subgrupos sobre y bajo el punto de corte en las escalas clínicas del MMPI-A en las cuales se obtienen diferencias altamente significativas ($p < .001$); además se resaltan en negritas las medias con una magnitud de la diferencia superior a η^2 al cuadrado igual a .20, la cual sería sustantiva y clínicamente interpretable.

Los resultados expuestos en la Tabla 5 indican, en general, que el subgrupo correspondiente a Funcionamiento Sano (FS), formado por adolescentes con puntuaciones MACI sobre el puntaje de corte de estas escalas, obtiene en el MMPI-A puntajes cercanos a T50, el cual está asociado a ausencia de psicopatología. Por el contrario, el subgrupo correspondiente a Funcionamiento Alterado (FA), formado por los adolescentes con puntuaciones MACI bajo el puntaje de corte, obtiene en las escalas clínicas del MMPI-A puntajes cercanos o superiores a T60, el cual está asociado a la presencia de psicopatología.

Además, la Tabla 5 muestra 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 superiores a .20. También se constata que la relación entre cada escala MACI y las escalas clínicas del MMPI-A es una relación compleja donde cada escala del MMPI-A permite explicitar diferentes facetas psicopatológicas que estarían implícitas en la conceptualización de la escala MACI. La interpretación psicológica clínica de las diferencias observadas entre FS y FA permite explicitar los siguientes aportes de las escalas del MMPI-A0.

En el patrón Sumiso, los bajos niveles de *Ma* que aparecen en el MMPI-A de los hombres y mujeres con funcionamiento sano, el bajo nivel de *Dp* presente en hombres con funcionamiento sano y el mayor nivel de *Is* que aparece en las mujeres con funcionamiento sano, son consonantes con las características de cooperación o sumisión vinculadas a la adecuación conductual a las normas. Además, la menor sumisión, presente en los adolescentes con funcionamiento alterado, se relacionaría con la grandiosidad, la irritabilidad y la hiperactividad cognoscitiva y conductual propia de *Ma* y la posibilidad de conductas delictivas (*Dp* alto) presentes preferentemente en los varones.

En el patrón Dramatizador, la variable más relevante en los varones es *Is*; en las mujeres *Is* aparece asociada con *Pt* y *D*. Así, en los adolescentes con funcionamiento alterado, se puede interpretar que la ausencia de los rasgos de sociabilidad y apego natural hacia otros propios de este patrón, aumentan y refuerzan la Introversión Social (*Is*), la falta de motivación y la desesperanza (*D*) y una sensación general de falta de bienestar e incomodidad personal (*Pt*).

El patrón Egoísta produce diferencias significativas entre adolescentes con funcionamiento sano y funcionamiento alterado en la mayoría de las escalas del MMPI-A, aunque estas diferencias no son muy relevantes interpretativamente en los hombres. En las mujeres, la autocentración de las adolescentes con funcionamiento sano se asocia en el MMPI-A, con las escalas *Is*, *D* y *Pt* que, al tener puntuaciones bajas, son indicativas de salud mental en términos de sociabilidad, buen ánimo, seguridad personal y bienestar general; en cambio, la elevación de estas escalas presente en las adolescentes con funcionamiento alterado indicaría aislamiento, ánimo depresivo, insatisfacción consigo mismo e inseguridad personal y por ende, una baja generalizada en términos de bienestar general.

El patrón Conformista es responsable de diferencias significativas interpretables en las escalas *Dp* y *Es* en hombres y además, en las escalas *Pa*, *Pt* y *Ma* en las mujeres. Las puntua-

ciones bajas en *Dp* y *Es* presentes en hombres y mujeres con funcionamiento sano, describen a adolescentes maduros, con un adecuado control de su impulsividad 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 en conjunto a adolescentes inmaduros, con pobre control de impulsos y conflictos interpersonales crónicos. Las mujeres, además, a través de las escalas *Pa* y *Ma* aparecen como recelosas, discutidoras y agresivas; en tanto *Pt* aporta a la caracterización rasgos de ansiedad, tensión y nerviosismo.

DISCUSIÓN

Conviene recordar que el objetivo de este estudio era profundizar en el análisis de las escalas Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista para contribuir a su adecuada interpretación al trabajar con el modelo de Millon en el contexto sociocultural latinoamericano.

Los análisis estadísticos confirman la hipótesis que señalaba que en estas escalas se encontrarían puntajes directos mayores en los no-consultantes. Asimismo, conforme a lo anterior, se observa que los subgrupos con puntajes directos MACI *sobre el punto de corte* obtienen puntuaciones bajas en las escalas del MMPI-A que son asociadas a un funcionamiento sano, en tanto que los subgrupos con puntajes directos MACI *bajo el punto de corte* obtienen puntuaciones altas en el MMPI-A que se vinculan a patología.

El análisis interpretativo del MMPI-A permite validar clínicamente el significado de las escalas del MACI al explicitar los aportes de las escalas del MMPI-A que mejor diferencian entre los subgrupos sobre y bajo el puntaje de corte y asociarlos con los polos de funcionamiento sano y funcionamiento alterado.

En su definición de las escalas del MACI, Millon (1993) señala que las escalas 3, 4, 5 y 7 en sus extremos más patológicos (puntajes altos) deberían reflejar trastornos graves de la personalidad de tipo dependiente, histriónico, narcisista y obsesivo-compulsivo,

respectivamente. Sin embargo, las puntuaciones elevadas están definidas en gran medida a partir de rasgos o características personales que son consideradas en su mayoría saludables y deseables socialmente en el contexto cultural latinoamericano.

A continuación, se revisan interpretativamente los aspectos saludables y patológicos posibles de encontrar en los adolescentes latinoamericanos al integrar la información procedente de la definición de escalas del MACI (Millon, 1993), el análisis factorial de las escalas (Davis, 1994, en McCann, 1999), los aportes del MMPI-A encontrados en este estudio y observaciones de perfiles del MACI en casos clínicos específicos aportados por Vinet (2008).

El aspecto saludable, presente a través de puntajes directos altos, señala que los adolescentes normalmente Sumisos se caracterizarían por ser deferentes, amables y preocupados por los otros, los Dramatizadores se destacarían por ser conversadores y con encanto social, los Egoístas estarían bastante seguros de sus habilidades y de su propio valor y los Conformistas serían formales, eficientes y respetuosos.

Un aspecto menos saludable señala que, en casos de puntajes extremadamente altos, los Sumisos tenderían a anularse en el contacto interpersonal, los Dramatizadores tendrían relaciones breves pero intensas y se aburrirían con la rutina y la estabilidad, los Egoístas serían también arrogantes y explotadores y los Conformistas serían constreñidos emocionalmente y muy controlados y tensos. Por otro lado, también es posible encontrar puntuaciones patológicas en el extremo bajo de la escala de medición. En términos interpretativos, puntajes directos muy bajos señalan posibles trastornos ya sea porque los adolescentes serían despreocupados de los otros (No-Sumiso), poco expresivos e inhibidos emocionalmente (No-Dramatizador), inseguros y con escasa confianza en sí mismos (No-Egoísta), o irrespetuosos o con dificultades para adaptarse a las convenciones sociales (No-Conformista).

El análisis realizado permite señalar que los patrones de personalidad contra-teóricos

del MACI tendrían un comportamiento psicométrico bidimensional que identifica un área de funcionamiento sano y dos áreas de funcionamiento patológico ubicadas hacia los extremos de la escala de medición. Una propuesta con estos tres criterios interpretativos es presentada en el Anexo.

Aunque Millon (1993) restringe la aplicación del MACI al ámbito clínico, su extensión a grupos no clínicos está respaldada por la misma teoría de Millon que señala tanto la continuidad entre normalidad y alteración, como la estructuración de patrones de funcionamiento sano y alterado a partir de los mismos principios y por los mismos mecanismos (Millon, 1969, 1990; Millon & Davis, 2001). En este estudio se ha vinculado la aplicación del MACI a poblaciones no clínicas con el rol que juega el contexto cultural latinoamericano en determinadas escalas del MACI. Los resultados parecen ofrecer interpretaciones plausibles para comprender las variaciones de puntajes que se observan en los adolescentes latinoamericanos cuando se trabaja con grupos de poblaciones generales y clínicas. Esta propuesta interpretativa, que incluye dos posibilidades de alteraciones para cada patrón, debería ser sometida a escrutinio empírico en futuros estudios del MACI en adolescentes latinoamericanos pues es una proposición novedosa no reportada con anterioridad.

Como conclusión, se puede señalar que en los patrones de personalidad descriptos a través de las escalas 3, 4, 5 y 7 habría una especial sensibilidad a modos de interacción social que son muy relevantes en la cultura latinoamericana en contraste con la cultura angloamericana. Los patrones Sumiso y Conformista (3 y 7) parecen estar focalizados en el respeto a las reglas y al grupo de pertenencia; por su parte, los patrones Dramatizador y Egoísta (4 y 5) parecen privilegiar los aspectos afiliativos vinculados a la sociabilidad y afectividad; ambos aspectos han sido señalados por Triandis (2001) en la descripción de las personalidades aloécnicas susceptibles de encontrarse en países con una orientación colectivista como lo son la gran mayoría de los países latinoamericanos.

TABLA 1
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESCRIPTOS EN EL MODELO TEÓRICO DE MILLON
(ADAPTADO DE McCANN, 1999)

| Estilo Instrumental | Alteración en la Polaridad | | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| | Independiente | Dependiente | Discordante | Ambivalente | Desvinculado |
| Activo | Trasgresor (Antisocial) | Dramatizador (Histriónico) | Poderoso (Sádico) | Oposicionista (Negativista) | Inhibido (Evitativo) |
| Pasivo | Egoísta (Narcisista) | Sumiso (Dependiente) | Autodegradante (Masoquista) | Conformista (Compulsivo) | Introverso (Esquizoide) Afligido (Depresivo) |
| Trastornos Severos | Paranoide | Limítrofe | Limítrofe / Paranoide | Limítrofe / Paranoide | Esquizotípico |

TABLA 2
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS, CONTRASTE DE GRUPOS Y EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE DISCRIMINACIÓN EN LAS CUATRO ESCALAS EN ESTUDIO EN HOMBRES Y MUJERES

| Escala | No consultantes | | Consultantes | | <i>t</i> | <i>d</i> | <i>U</i> ₁ | ABC o Az |
|----------------|-----------------|-----------|--------------|-----------|----------|----------|-----------------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | | | | |
| Hombres | | | | | | | | |
| 3 Sumiso | 48.56 | 7.41 | 46.03 | 10.84 | 2.75** | .27 | 19.5 | .59* |
| 4 Dramatizador | 41.79 | 7.39 | 38.86 | 9.39 | 3.52* | .35 | 24.2 | .59** |
| 5 Egoísta | 38.86 | 7.55 | 34.13 | 8.77 | 5.81*** | .58 | 37.0 | .66*** |
| 7 Conformista | 51.01 | 6.33 | 41.33 | 10.30 | 11.50*** | 1.13 | 59.8 | .79*** |
| Mujeres | | | | | | | | |
| 3 Sumiso | 54.97 | 7.23 | 52.05 | 10.50 | 3.17** | .33 | 22.9 | .58* |
| 4 Dramatizador | 39.82 | 7.50 | 30.89 | 10.20 | 9.80*** | 1.00 | 55.5 | .76*** |
| 5 Egoísta | 34.61 | 8.76 | 26.82 | 9.82 | 8.28*** | .84 | 49.1 | .72*** |
| 7 Conformista | 52.47 | 6.60 | 40.69 | 10.98 | 12.74*** | 1.31 | 65.6 | .82*** |

*** $p < .001$

** $p < .01$

* $p < .05$

TABLA 3
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD PARA LOS PUNTAJES DE CORTE DE LAS CUATRO ESCALAS EN HOMBRES Y MUJERES

| Escalas | Hombres | | | Mujeres | | |
|----------------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|
| | PC | S | E | PC | S | E |
| 3 Sumiso | 48 | 57.00 | 50.25 | 54 | 55.08 | 51.49 |
| 4 Dramatizador | 42 | 58.37 | 49.00 | 36 | 71.66 | 68.29 |
| 5 Egoísta | 37 | 64.39 | 58.00 | 31 | 68.48 | 66.83 |
| 7 Conformista | 48 | 74.29 | 64.82 | 50 | 79.26 | 65.69 |

PC: Punto de corte
S: Sensibilidad
E: Especificidad

TABLA 4
MANOVA PARA LAS CUATRO ESCALAS EN ESTUDIO, SEGÚN PUNTAJES DE CORTE Y LAS ESCALAS CLÍNICAS DEL MMPI-A COMO VARIABLES DEPENDIENTES EN HOMBRES Y MUJERES

| Escalas | PC | λ | gl | F | η^2 |
|----------------|----|-----------|-------|----------|----------|
| Hombres | | | | | |
| 3 Sumiso | 48 | .852 | 9.394 | 7.61*** | .148 |
| 4 Dramatizador | 42 | .710 | 9.399 | 18.08*** | .290 |
| 5 Egoísta | 37 | .764 | 9.395 | 13.57*** | .236 |
| 7 Conformista | 48 | .703 | 9.399 | 18.71*** | .297 |
| Mujeres | | | | | |
| 3 Sumiso | 54 | .833 | 9.379 | 8.47*** | .167 |
| 4 Dramatizador | 36 | .589 | 9.382 | 29.62*** | .411 |
| 5 Egoísta | 31 | .648 | 9.379 | 22.92*** | .352 |
| 7 Conformista | 50 | .587 | 9.382 | 29.91*** | .413 |

*** $p < .001$

TABLA 5
 MEDIAS OBTENIDAS EN LAS ESCALAS CLÍNICAS DEL MMPI-A AL SEGMENTAR LA MUESTRA EN SUBGRUPOS DE FUNCIONAMIENTO SANO (FS) Y FUNCIONAMIENTO ALTERADO (FA) SEGÚN LOS PUNTAJES DE CORTE (PC) DE LAS ESCALAS MACI PARA HOMBRES Y MUJERES

| Escalas MMPI-A | ESCALAS MACI | | | | | | | |
|---------------------|------------------|----|------------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | HOMBRES | | | | | | | |
| | Sumiso PC: 48 | | Dramatizador PC: 42 | | Egoísta PC: 37 | | Conformista PC: 48 | |
| | FS | FA | FS | FA | FS | FA | FS | FA |
| Hipocondría (Hs) | | | 50 | 57 | 50 | 50 | 49 | 58 |
| Depresión (D) | | | 49 | 57 | 48 | 57 | 50 | 56 |
| Histeria (Hi) | | | | | | | 49 | 56 |
| Desv. Psicop. (Dp) | 50 | 56 | | | 51 | 55 | 46 | 58 |
| Paranoia (Pa) | | | 48 | 53 | 48 | 53 | 46 | 55 |
| Psicastenia (Pt) | | | 50 | 56 | 50 | 56 | 49 | 57 |
| Esquizofrenia (Es) | | | 49 | 55 | 49 | 55 | 46 | 57 |
| Manía (Ma) | 50 | 55 | | | | | 49 | 56 |
| Introv. Social (Is) | | | 45 | 55 | 46 | 54 | 49 | 52 |
| | MUJERES | | | | | | | |
| | Sumiso PC: 54 | | Dramatizador PC: 36 | | Egoísta PC: 31 | | Conformista PC: 50 | |
| | FS | FA | FS | FA | FS | FA | FS | FA |
| Hipocondría (Hs) | | | 53 | 61 | 53 | 62 | 52 | 61 |
| Depresión (D) | | | 50 | 62 | 50 | 62 | 52 | 60 |
| Histeria (Hi) | | | 53 | 58 | 53 | 58 | 52 | 58 |
| Desv. Psicop. (Dp) | | | 51 | 59 | 51 | 59 | 47 | 61 |
| Paranoia (Pa) | | | 49 | 57 | 48 | 58 | 47 | 58 |
| Psicastenia (Pt) | | | 50 | 62 | 50 | 62 | 49 | 62 |
| Esquizofrenia (Es) | 49 | 54 | 50 | 60 | 49 | 60 | 47 | 61 |
| Manía (Ma) | 55 | 51 | | | | | 46 | 56 |
| Introv. Social (Is) | | | 47 | 58 | 48 | 58 | 50 | 55 |

Nota:

Se muestran las medias aproximadas en números enteros y sólo en las escalas del MMPI-A en que se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p < .001$).

Las medias con diferencias mayores a $\eta^2 = .20$ aparecen en negrita.

ANEXO

PROPUESTA DE CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN PARA LOS PATRONES CONTRA-TEÓRICOS DEL MACI EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS

En estas escalas se ha invertido la orientación natural de los puntajes directos al convertirlos en Puntajes Transformados con Puntos de Corte, para mantener la congruencia con las otras escalas del MACI que incrementan sus puntajes a medida que aumenta la alteración o trastorno; sin embargo, dado el funcionamiento bidimensional que se observa en estas escalas, se proponen tres criterios de interpretación para cada una de ellas:

- 1.- *Funcionamiento Sano*: para puntajes normativos menores que PT 50, es decir, puntajes directos mayores que el puntaje de corte.
- 2.- *Funcionamiento Alterado según la Cultura Latina*: para puntajes normativos mayores que PT 50, es decir, puntajes directos menores que el puntaje de corte.
- 3.- *Funcionamiento Alterado según el Modelo de Millon*: para puntajes normativos extremadamente bajos, es decir, puntajes directos extremadamente altos.

INTERPRETACIÓN POR ESCALAS

Escala 3: Sumiso

Funcionamiento Sano: Adolescentes que se caracterizan por ser deferentes, amables y preocupados por los otros; están dispuestos a sacrificar sus intereses personales en función del bienestar del grupo y de la mantención de la armonía y las normas.

Funcionamiento Alterado según la Cultura Latina: Adolescentes despreocupados de los otros, que privilegian los intereses personales, siendo irritables y agresivos, con posibilidades de mostrar conductas desadaptativas o delictivas.

Funcionamiento Alterado según el Modelo de Millon: Adolescentes con tendencia a anularse en el contacto interpersonal; muestran una fuerte necesidad de apoyo externo y de atención, sienten malestar, tristeza y ansiedad si experimentan carencia de atención y cuidados.

Escala 4: Dramatizador

Funcionamiento Sano: Adolescentes con rasgos de sociabilidad y apego natural hacia otros, que buscan la compañía y el apoyo de otros, son conversadores, divertidos, seductores y con encanto social.

Funcionamiento Alterado según la Cultura Latina: Adolescentes poco expresivos e inhibidos emocionalmente, que tienden a aislarse experimentando soledad, falta de motivación y desesperanza, con una sensación general de falta de bienestar e incomodidad personal.

Funcionamiento Alterado según el Modelo de Millon: Adolescentes que tienen una insaciable e indiscriminada necesidad de estimulación y afecto; son propensos a maniobras de manipulación y seducción, tienen relaciones interpersonales breves pero intensas, se aburren con la rutina y la estabilidad.

Escala 5: Egoísta

Funcionamiento Sano: Adolescentes con gran seguridad personal, capaces de mostrarse asertivos, seguros de sus habilidades a la vez que sociables y de buen ánimo, mostrando un buen nivel de bienestar general.

Funcionamiento Alterado según la Cultura Latina: Adolescentes aislados, con ánimo depresivo, insatisfechos consigo mismos, con sentimientos de inseguridad personal; presentan una baja generalizada del bienestar general.

Funcionamiento Alterado según el Modelo de Millon: Adolescentes volcados exclusivamente hacia sí mismos; con una imagen sobrevalorada. Despliegan autoconfianza, arrogancia y alto egocentrismo en su relación con los otros, pudiendo ser despectivos y explotadores.

Escala 7: Conformista

Funcionamiento Sano: Adolescentes con un adecuado control de su impulsividad y con buenas relaciones interpersonales, son formales, eficientes, respetuosos, apegados a las reglas y confiables.

Funcionamiento Alterado según la Cultura Latina: Adolescentes inmaduros, con pobre control de impulsos y conflictos interpersonales crónicos; pueden ser irrespetuosos, discutidores y agresivos presentando, además, sentimientos de ansiedad, tensión y nerviosismo.

Funcionamiento Alterado según el Modelo de Millon: Adolescentes muy constreñidos emocionalmente, hipercontrolados, prudentes y perfeccionistas; anulan sus sentimientos y deseos para adoptar los de los demás, oscilan entre la agresión reprimida y el miedo y la vergüenza a la desaprobación social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, P., Vinet, E. & Salvo, S. (2005). Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia [Personality styles and adjustment problems in adolescence]. *Psyche*, 14(1), 3-16.
- Archer, R.P. (1997). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology* (2da ed.). Mahwah, NJ: LEA.
- Blumentritt, T., Angle, R. & Brown, J. (2004). MACI personality patterns and DSM-IV symptomology in a sample of troubled Mexican-American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 13(2), 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(1), 64-74.
- Butcher, J.N. & Williams, C.L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Casullo, M. & Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes [Personality patterns, clinical syndromes and psychological wellbeing in adolescents]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.
- Casullo, M., Góngora, V., & Castro, A. (1998). La adaptación del inventario MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory). Un estudio preliminar con estudiantes adolescentes argentinos [MACI Inventory adaptation. A preliminary study with Argentinians adolescent students]. *Investigaciones en Psicología*, 3(2), 73-89.
- 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* [Development of a clinical adolescents typology using the Millon Clinical Adolescent Inventory]. Tesis no publicada, Universidad de La Frontera, Chile.
- Fantín, M.B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados [Personality profile and drug consumption in school adolescents]. *Adicciones*, 18(3), 285-292.
- Faúndez, X. (2007). *Construcción de una tipología empírica de adolescentes consumidores de drogas a partir del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon* [Constructing an empirical typology of drug users adolescents using the Millon Adolescent Clinical Inventory]. Tesis no publicada, Universidad de La Frontera, Chile.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work related value*. Beverly Hills: Sage.
- Hofstede, G. (1999). *Cultura y organizaciones. El software mental* [Culture and organizations. Software of the mind]. Madrid: Alianza.
- Hsu, L.M. (2002). Diagnostic validity statistic and the MCMI-III. *Psychological Assessment*, 14(4), 410-422.
- Iza, M. (2002). *Personalidad, adolescencia y delito. Un estudio en adolescentes institucionalizados de Lima-Perú* [Personality, adolescence and offences. A study with Peruvian incarcerated adolescents]. Tesis no publicada, Universidad de Salamanca, España.
- López de Ullibarri, I. & Pita, S. (1998). Curvas ROC [ROC curves]. *Cadena de Atención Primaria*, 5(4), 229-235. Recuperado el 20 de octubre de 2004 de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/curvas_roc/curvas_roc.htm
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (1998). *Manual para la administración y calificación del MMPI-A. Versión en español* [Administration and scoring manual for the MMPI-A. Spanish version]. México: El Manual Moderno.
- McCann, J. (1999). *Assessing adolescents with the MACI. Using the Millon Adolescent Clinical Inventory*. New York: Wiley.
- Metz, C.E. (1998). *ROCKIT 0.9B. Beta Version* [software]. Universidad de Chicago. Recuperado el 25 de octubre de 2004 de http://xray.bsd.uchicago.edu/krl/roc_soft.htm
- 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*. NY: Wiley.

- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *MCMI-III Manual. Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna [Personality disorders in modern life]*. Barcelona: Masson.
- Pita, S. & Pértegas, S. (2003). Pruebas diagnósticas [Diagnosis tests]. *Cadena de Atención Primaria*, 10, 120-124. Recuperado el 20 de octubre de 2004 de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.htm
- Triandis, H.C. (1997). Cross-cultural perspectives on personality. En R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 439-464). San Diego: Academic Press.
- Triandis, H.C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69(6), 907-924.
- Triandis, H.C., Leung, K., Villareal, M.V. & Clark, F.L. (1985). Allocentric versus idiosyncratic tendencies: Convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality*, 19, 395-415.
- Vinet, E. (2008). *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon: Baremación en población chilena y aplicación a grupos específicos [Millon Adolescent Clinical Inventory: Norms for Chilean population and its application to specific groups]*. Tesis no publicada. Universidad de Barcelona, España.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2003a). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos [The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) in the assessment of Chilean adolescents]. *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 [Psychometric evaluation for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents (MMPI-A) in Chilean samples]. *Terapia Psicológica*, 21(2), 87-103.
- Vinet, E., Brió, C., Correa, P., Díaz, P., Diez, M., Echeverría, M., Salazar, D. & Vargas, A. (1999). *MACI. Traducción y adaptación chilena para uso exclusivo en investigación [MACI. Translation and adaptation only for research use]*. Proyecto DIDUFRO 9966. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Vinet, E. & Forns, M. (2006). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica [Millon's Adolescent Clinical Inventory (MACI) and its capability to discriminate between general and clinical population]. *Psykhé*, 15(2), 69-80.
- Vinet, E. & Forns, M. (2008). Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales [Chilean norms for MACI: An integration of categorical and dimensional criteria]. *Terapia Psicológica*, 26(2), 151-163.
- Vinet, E. & Lucio, M.E. (2005). Aplicabilidad de las normas mexicanas y estadounidenses del MMPI-A en la evaluación de adolescentes chilenos [Applicability of Mexican and United States norms for the MMPI-A in the assessment of Chilean adolescents]. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 519-528.

Departamento de Psicología
Universidad de La Frontera
Temuco - Chile

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2008

Fecha de aceptación: 22 de abril de 2009