

Anuario de Psicología
2005, vol. 36, nº 1, 83-97
© 2005, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Adolescentes no consultantes en riesgo: una evaluación a través del MACI

Eugenia V. Vinet

Sonia Salvo

Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Maria Forns

Universidad de Barcelona

Este estudio mide y describe aquellas características del funcionamiento psicológico de los adolescentes que, en caso de intensificarse, pueden transformarse en desajustes del desarrollo o en trastornos psicopatológicos. Para ello se trabajó con el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993) en un grupo de 561 adolescentes chilenos, de entre 14 y 18 años, no-consultantes y normalmente escolarizados. En este grupo se identificaron 150 adolescentes que sin presentar problemas emocionales o conductuales evidentes obtuvieron en el MACI escalas con puntajes extremos. Para ellos se evaluó el significado clínico de las puntuaciones extremas en las escalas del MACI a través de tres tipos de perfiles que emergieron de un análisis de conglomerados realizado con las puntuaciones en dichas escalas.

Palabras clave: *adolescencia, vulnerabilidad psicológica, evaluación, MACI.*

This study measures and describes characteristics of adolescents' psychological functioning which, at more intense levels, may become developmental or psychopathological disorders. The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI; Millon, 1993) was administered to a group of 561 Chilean adolescents, from 14 to 18 years old, non-consulting and with normal school attainment. In this group, increased scores on the MACI scales identified 150 at-risk adolescents who do not present evident emotional or behavioral problems. In this group the score's clinical significance were assessed by means of a cluster analysis that found three types of profiles on the basis of the MACI scores.

Key words: *Adolescence, psychological vulnerability, assessment, MACI.*

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de los proyectos FONDECYT 1010514, FONDECYT de Cooperación Internacional 7010514 de Chile y, en parte, a la ayuda MCYT, CICYT y FEDER, BSO2001-3751-C02-01 de España.
Correspondencia: Eugenia V. Vinet. Departamento de Psicología. Universidad de La Frontera, Casilla 54-D. Temuco, Chile. Correo electrónico: evinet@ufro.cl

La adolescencia es reconocida en la sociedad occidental como una fase de transición en el desarrollo que comienza con la pubertad y su concomitante madurez sexual, y evoluciona a través de dos sub-etapas: adolescencia temprana y adolescencia media o tardía. La primera fase es un periodo de gran fragilidad emocional debido a la necesidad de ajuste personal, los cambios hormonales y las mayores demandas de intercambio social. En la segunda fase, después de los 16 años, el joven enfrenta la conquista del grupo de amigos, se adapta a una determinada cultura juvenil, forja su proyecto vocacional, construye sus valores personales y logra diferenciarse de la familia de origen.

Estos desafíos someten a los adolescentes a importantes fuentes de estrés psicosocial aumentando el riesgo de trastornos psicológicos que se evidencian a través de las conductas de desadaptación social presentes en los varones, y las frecuentes e intensas vivencias de depresión y ansiedad presentes en las adolescentes mujeres (Abad, Forns y Gómez, 2002; Rudolph, 2002; Universidad de Chile, 1999; Vinet y Alarcón, 2003). Estas alteraciones están camufladas entre la gran cantidad de vivencias y conductas desestabilizadoras que los adolescentes experimentan normalmente a través de este periodo evolutivo y concuerdan con los trastornos externalizantes e internalizantes descritos por Achenbach (1991, 1993) como propios de la adolescencia.

¿Cómo detectar a aquellos adolescentes especialmente vulnerables a desarrollar trastornos psicopatológicos y diferenciarlos de aquellos otros que, en el curso de su desarrollo normal, son aquejados circunstancialmente por vivencias y/o conductas desestabilizadoras? El enfoque psicométrico intenta dar algunas respuestas a través de sus desarrollos recientes en evaluación psicológica de los adolescentes.

Existen tres instrumentos, desarrollados en la última década, orientados a la evaluación específica de adolescentes: El Youth Self-Report (YSR; Achenbach, 1991), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A; Butcher *et al.*, 1992) y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993). Los dos primeros provienen de tradiciones muy diferentes pero comparten una metodología empírica de construcción de tests. El MACI, por su parte, obedece a una metodología racional donde la teorización acerca de la patología es un elemento relevante.

La resolución exitosa de los desafíos de la adolescencia involucra tres aspectos: la estructuración de una personalidad equilibrada con características propias, la superación de las situaciones conflictivas propias del periodo y la ausencia de cuadros psicopatológicos. Estos aspectos aparecen reflejados en la teoría de la personalidad de Millon y en el MACI.

Millon (1969, 1990) plantea una hipótesis de continuidad en el desarrollo psicológico. Define la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que surgen a través del desarrollo como producto de una compleja matriz de determinantes biológicos y de aprendizajes. Estas características, en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, se expresan en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo como modos preferentes de percibir, sentir, pensar, actuar y relacionarse con otros, e incluyen

tanto las estrategias normales de funcionamiento personal como las más patológicas. El MACI las evalúa mediante las escalas de Patrones de Personalidad. Millon plantea también que la adolescencia no es un periodo apacible sino que está lleno de intensas vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias que hacen al joven especialmente vulnerable al estrés y a la desadaptación psicológica. Estos aspectos se evalúan en el MACI mediante las escalas de Preocupaciones Expresadas. Por último, Millon (1993) reconoce que los adolescentes presentan ciertos trastornos que se manifiestan en conjuntos de síntomas bien definidos. Estos estados psicopatológicos son evaluados en el MACI a través de las escalas de Síndromes Clínicos.

El MACI es un instrumento orientado clínicamente, idóneo para trabajar con jóvenes que presentan trastornos emocionales o conductuales. Su validez y utilidad para caracterizar adolescentes con problemas psicológicos ha sido ampliamente documentada en adolescentes consultantes con trastornos psiquiátricos (Grilo, Fehon, Walker y Martino, 1996; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino y McGlushan, 1999; Hiatt y Cornell, 1999; Velting, Rathus y Miller, 2000), en infractores de la ley (Booker, Hoffschmidt y Ash, 2001; Caggiano, 2000) y en jóvenes de grupos minoritarios latinos que presentan problemas psicológicos (Blumentritt, Angle y Brown, 2004). En estas poblaciones, el análisis clínico del MACI desarrollado por McCann (1999), considerando agrupaciones de escalas que se complementan entre sí, es una valiosa guía para la interpretación psicológica de los protocolos individuales.

Aunque el MACI ha sido escasamente utilizado con población no-consultante, pues sus normas han sido desarrolladas en población clínica y su propósito no es la descripción del funcionamiento psicológico sano, su uso en población comunitaria ha posibilitado la descripción de estilos de personalidad problemáticos (Meeker, 2002) y ha permitido diferenciar entre adolescentes que requieren de ayuda profesional de aquéllos que no la necesitan (Casullo, Góngora y Castro, 1998), mostrando sus potencialidades como instrumento de descripción y detección o *screening* de psicopatología en no-consultantes.

En Chile, país donde se desarrolla el presente estudio, el MACI ha sido estudiado en diferentes grupos de adolescentes incluyendo a escolares sin problemas evidentes de salud mental (Vinet, Brió, Correa y Díaz, 2001; Martínez y Sánchez, 2003), adolescentes con problemas de adaptación social (Alarcón, 2001) y adolescentes con problemas clínicos (Vinet, Díez, Echeverría y Salazar, 2001; Alvarez y Restovic, 2003). En adolescentes no-consultantes, Vinet y Alarcón (2003) han constatado que el instrumento es sensible a las diferencias de género ya que mujeres y hombres tienden a responder diferenciadamente en las tres áreas evaluadas. Además, han encontrado que el MACI da cuenta diferencialmente de las inquietudes y características psicológicas de las dos grandes etapas de la adolescencia, mostrando mayor vulnerabilidad y vivencias más intensas y desestabilizantes en la adolescencia temprana que en la adolescencia tardía, donde los funcionamientos tienden a estabilizarse apareciendo áreas problemáticas específicas que continúan evolucionando en la madurez. Por último, las escalas de Patrones de Personalidad y Síndromes

Clínicos han demostrado ser útiles para diferenciar entre adolescentes no-consultantes y con problemas psicológicos, planteando que el MACI puede ser un valioso instrumento de detección de trastornos psicológicos (Vinet y Alarcón, 2003; Vinet, González y Alarcón, 2002).

En este contexto, y dada la escasez de investigaciones con no-consultantes, el estudio actual busca conocer mejor las potencialidades del MACI en población comunitaria con fines de detección precoz de vulnerabilidad o riesgo para desarrollar cuadros psicopatológicos. Para ello se plantea, desde un enfoque psicométrico, la detección y caracterización de casos en riesgo presentes en la población general.

Método

Participantes

De un grupo inicial de 590 adolescentes se eliminó a 29 por tener protocolos con validez cuestionable (escala V). Así, el grupo analizado fue constituido por 561 adolescentes chilenos, no consultantes, urbanos, 263 varones (46,88%) y 298 mujeres (53,11%), de 14 a 18 años, que cursaban el ciclo regular de Enseñanza Media (noveno a decimosegundo año de instrucción en el sistema educativo chileno). Los adolescentes asistían a escuelas públicas y privadas subvencionadas y procedían de un estrato social medio a medio bajo. De este grupo se extrajo, a partir de los puntajes en las escalas del MACI, un grupo de sujetos “en riesgo”, denominándose sujetos “normales” a los que se mantuvieron en la muestra inicial. Sus datos de sexo, edad y curso se muestran más adelante en la tabla 1.

Instrumento

El MACI consta de 160 ítems que deben ser respondidos en un formato verdadero-falso y que se organizan en 31 escalas, 27 de ellas con significado clínico. La prueba posee 12 escalas de Patrones de Personalidad, ocho escalas de Preocupaciones Expresadas y siete escalas de Síndromes Clínicos; la denominación de cada una de las escalas aparece en las primeras dos columnas de la Tabla 2. Además, el MACI tiene tres Escalas Modificadoras: Revelación (X), Deseabilidad (Y) y Depreciación (Z) y una escala de validez (V).

La fiabilidad de las escalas ha sido probada en reiteradas oportunidades en diversos estudios. En muestras chilenas, los índices de consistencia interna son similares a los obtenidos por Millon (1993). Éstos oscilan entre 0.54 (D) y 0.90 (8B) en las muestras de no-pacientes y entre 0.51 (D) y 0.91 (8B y B) en las muestras de sujetos con problemas psicológicos, con medianas de 0.79 y 0.81 respectivamente (Vinet y Alarcón, 2003, Vinet, *et al.*, 2002). Su estabilidad en periodos cortos (siete a diez días) muestra correlaciones test-retest entre 0.64 (CC) y 0.90 (GG) en adolescentes del ámbito escolar (Vinet *et al.*, 2002). Asimismo, el instrumento ha demostrado ser una prueba válida,

con una adecuada capacidad de discriminación entre adolescentes normales y grupos con problemas psicológicos (Vinet y Alarcón, 2003; Vinet *et al.*, 2002).

Los baremos del MACI tienen dos características especiales: (1) están referidos a una población clínica, es decir a individuos consultantes por problemas de salud mental; y (2) los puntajes de los sujetos tienen como referente las tasas de prevalencia con que se manifiestan, en las poblaciones clínicas, los diversos patrones, preocupaciones o síndromes evaluados por el MACI. Estos puntajes se expresan en Tasa Base (TB), una escala lineal de 115 puntos que vincula el puntaje del sujeto en una determinada escala con una posición en la distribución de esa característica en la población clínica de referencia. En este sistema escalar se asignaron puntos de anclaje para las escalas clínicas del MACI: a la presencia de una determinada característica se le asignó la TB 75 y a su prominencia la TB 85. Para más detalle véase cómo Millon (1993) ejemplifica este procedimiento en el Manual del MACI.

Debido a la complejidad de estas transformaciones, a la imposibilidad de contar con estimaciones de prevalencia para las diferentes características medidas por las variables MACI en población comunitaria, y porque se está evaluando a una muestra no-clínica, en este estudio se optó por trabajar directamente con puntuaciones brutas.

Procedimiento y Plan de Análisis

Se desarrolló a través de tres etapas: (1) obtención, computo y examen de validez de los protocolos MACI; (2) categorización de los sujetos en dos grupos a partir de la identificación de puntajes extremadamente altos en, al menos, una de las escalas del MACI con significado clínico; y (3) agrupación de los sujetos con puntajes extremos en función de sus tipos de perfil en el MACI.

Con la autorización y colaboración de la dirección de los colegios involucrados, los adolescentes fueron contactados en sus aulas, donde se les planteó la aplicación en grupo del MACI en el contexto de una actividad del centro educativo cuyo objetivo era conocer las características psicológicas de los adolescentes. La participación fue voluntaria e informada y se les aseguró la confidencialidad de los datos individuales.

A partir de los estadísticos descriptivos de las escalas del MACI, obtenidos para cada sexo, se identificó a los sujetos con puntajes desmesuradamente altos en al menos una escala mediante un procedimiento sugerido por Sprent (1993). Este procedimiento permite calificar un valor observado X_0 , como fuera de rango, a través de la expresión siguiente:

$$\frac{|X_0 - Md|}{MAD} > 5$$

donde el valor 5 indica que toda observación será considerada fuera de rango cuando esté más allá de tres desviaciones estándar del centro de la distribución

o el percentil 99.87. La mediana de los datos es Md , y MAD es la mediana de las desviaciones absolutas de cada valor de la variable respecto a la mediana de la distribución, es decir $MAD = \text{Mediana de } |X_i - Md|$. Dado que Sprent (1993) plantea que también se puede tomar un valor inferior, luego de sucesivas observaciones, en este estudio se consideró como punto atípico todo valor mayor o igual a 4. Este valor corresponde a 2.698 desviaciones estándar de la distribución normal y al percentil 97.72.

Con este procedimiento se identificó a 150 sujetos (62 hombres y 88 mujeres) que tenían, al menos, una escala con puntaje extremo. Este grupo, “en riesgo”, fue caracterizado comparándolo con el resto de la muestra de la cual procedían, es decir con los adolescentes “normales” sin puntajes desmesuradamente altos ($n = 411$).

Con el grupo “en riesgo” se realizó, para cada sexo, un análisis de conglomerado jerárquico determinándose tres agrupaciones en cada sexo. Estas agrupaciones se utilizaron como punto de partida para realizar un análisis de conglomerados “*cluster k-means*”, basado en la salida centroide más próxima, es decir, aquélla en la que cada caso es asignado a una agrupación en base a que su distancia con respecto al centro de la misma sea la mínima. Los centroides de las agrupaciones fueron las medianas, la cual es una medida robusta cuando se está trabajando con datos atípicos como en este caso (Palmer, 1999).

Finalmente, para facilitar la interpretación de los perfiles obtenidos en los conglomerados, se utilizó un análisis GH Biplot (Gabriel, 1971), técnica gráfica multidimensional que permite una buena calidad de representación de las variables involucradas en el análisis a través de la longitud de sus vectores. Las variables cuyos vectores son más largos se corresponden con mayor varianza intersujetos y por ende están ayudando a describir mejor al grupo con el cual están asociadas en el plano. Las variables que están más juntas (en un menor ángulo) son las que están más correlacionadas entre sí.

Resultados

Descripción sociodemográfica y psicológica de los grupos normal y en riesgo

La composición sociodemográfica de la muestra de no-consultantes, des- agregada en grupo en riesgo y grupo normal, está expuesta en la tabla 1 de la página siguiente.

En ella se aprecia que los valores iniciales de algunas variables se modifican con la extracción de los casos extremos: por ejemplo, la composición según sexo del grupo en riesgo tiene proporcionalmente más mujeres que el grupo total inicial (aumento de un 5.6%); los jóvenes de 15 años en riesgo aumentan en un 9.1% con respecto al grupo total, y los jóvenes del décimo curso escolar aumentan, a su vez, en un 6.9%.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO, EDAD Y CURSO DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES CHILENOS

Variable	Riesgo (n = 150)		Normal (n = 411)		Total (n = 561)	
	f	%	f	%	f	%
<i>Sexo</i>						
Hombres	62	41.3	201	48.9	263	46.9
Mujeres	88	58.7	210	51.1	298	53.1
<i>Edad</i>						
14	14	9.3	74	18.0	88	15.7
15	65	43.3	127	30.9	192	34.2
16	36	24.0	95	23.1	131	23.4
17	24	16.0	96	23.4	120	21.4
18	11	7.4	19	4.6	30	5.3
<i>Curso</i>						
9	37	24.7	113	27.5	150	26.7
10	55	36.7	112	27.3	167	29.8
11	29	19.3	101	24.6	130	23.2
12	32	21.3	85	20.6	114	20.3

En la tabla 2 de la página siguiente se presentan las puntuaciones medias y desviaciones de las escalas del MACI en los grupos en riesgo y normal, junto a la prueba *t* de diferencia de medias. Se aprecia, tal como se esperaba dado el procedimiento de extracción de sujetos, que el grupo en riesgo presenta puntajes significativamente más altos que el grupo normal en la mayoría de las escalas del MACI. Sin embargo, llama la atención que en algunas escalas de Patrones de la Personalidad (3, 4, 5 y 7) los puntajes sean significativamente mayores en el grupo normal ($p < 0.001$). Lo mismo sucede en la escala D de Preocupaciones Expresadas y en la escala EE de Síndromes Clínicos. La única escala donde no se presentan diferencias significativas es en la escala CC.

Al realizar este análisis separadamente para cada sexo, aparecen pequeñas diferencias en los hombres, pero no en las mujeres. En ellos no se observan diferencias significativas entre los jóvenes en riesgo y normales en las escalas 3, F y EE, manteniéndose las otras diferencias encontradas en el análisis no diferenciado por sexo.

Aunque las preocupaciones por la sexualidad, la interacción social y la elevación de la ansiedad (escalas D, F y EE) han sido descritas como fenómenos comunes en la adolescencia en general, los puntajes de las escalas de patrones Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista llaman a revisar su rol en los procesos de adaptación social y salud mental en la adolescencia, al menos en el contexto sociocultural chileno.

TABLA 2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS MACI EN ADOLESCENTES CHILENOS NORMALES Y EN RIESGO

Escala	En riesgo		Normales		t	p	
	M	DT	M	DT			
1	Introvertido	30.65	10.87	20.76	7.47	10.29	***
2 A	Inhibido	29.31	12.31	18.36	7.20	10.28	***
2 B	Afligido	22.72	10.62	9.55	6.60	14.22	***
3	Sumiso	47.73	11.96	51.80	8.46	-3.83	***
4	Dramatizador	33.77	11.44	41.04	7.34	-7.25	***
5	Egoísta	31.63	11.56	36.67	8.44	-4.88	***
6 A	Transgresor	34.48	11.49	24.80	9.07	9.32	***
6 B	Poderoso	16.72	8.89	8.39	5.26	10.81	***
7	Conformista	39.76	10.46	51.45	6.86	-12.73	***
8 A	Oposicionista	30.67	10.55	16.27	8.02	15.19	***
8 B	Autodegradante	32.18	13.92	15.06	9.95	13.83	***
9	Tendencia borderline	20.54	8.31	9.88	5.81	14.47	***
A	Difusión de la identidad	20.96	7.57	11.91	5.97	13.23	***
B	Autodevaluación	32.96	14.20	16.41	10.12	13.11	***
C	Desaprobación corporal	14.15	8.46	8.19	7.04	7.71	***
D	Disconformidad sexual	28.88	7.55	32.74	5.77	-5.69	***
E	Inseguridad grupal	13.47	7.51	8.32	3.17	8.13	***
F	Insensibilidad social	27.05	10.59	24.88	7.63	2.31	*
G	Discordia familiar	20.39	8.30	13.26	4.85	9.91	***
H	Abuso infantil	11.97	6.42	4.82	4.10	12.72	***
AA	Disfunciones alimentarias	17.84	10.83	10.27	8.90	7.68	***
BB	Tendencia abuso sustancias	20.13	10.73	9.27	6.84	11.56	***
CC	Predisposición delincuencia	22.23	8.10	20.93	5.33	1.83	
DD	Tendencia a la impulsividad	19.91	6.76	13.92	5.73	9.65	***
EE	Sentimiento de ansiedad	31.79	7.68	33.41	6.01	-2.32	*
FF	Afecto depresivo	25.50	11.21	13.30	7.06	12.46	***
GG	Tendencia suicida	15.99	10.09	4.65	4.63	13.26	***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Descripción específica de los adolescentes en riesgo

A través de los análisis de conglomerados, se retuvieron tres agrupaciones en los hombres y tres en las mujeres. En los hombres, las agrupaciones fueron integradas por 18, 21 y 23 sujetos (Grupos 1, 2, 3 respectivamente); en las mujeres por 25, 35 y 28 sujetos (Grupos 1', 2' y 3'). En ambas las medias de edad y escolaridad fueron muy similares. Los resultados se presentan en las dos páginas siguientes en las tablas 3 y 4 (hombres y mujeres, respectivamente).

Los perfiles obtenidos por las agrupaciones de cada grupo en riesgo son claramente diferentes entre sí; sin embargo, hay cierta similitud entre las agrupaciones de hombres y mujeres. El Grupo 1 de los hombres tiene un perfil muy similar al Grupo 3' de las mujeres, el perfil del Grupo 2 de los hombres se asemeja al perfil del Grupo 2' de las mujeres, y el perfil del Grupo 3 de los hombres es similar al perfil del Grupo 1' de las mujeres.

TABLA 3. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LAS TRES AGRUPACIONES DE HOMBRES EN RIESGO

Escala	Agrupaciones						F	p	Post-hoc
	1		2		3				
	M	DT	M	DT	M	DT			
1	23.89	6.63	39.71	9.55	30.52	9.25	16.43	***	1 < 3 < 2
2A	17.44	8.40	32.24	6.93	31.91	9.26	19.92	***	1 < (3 y 2)
2B	13.78	6.17	27.86	8.55	18.30	6.63	19.72	***	(1 y 3) < 2
3	36.56	9.59	40.95	9.54	57.17	7.49	31.98	***	(1 y 2) < 3
4	42.11	7.12	30.81	8.32	30.74	10.00	10.89	***	(3 y 2) < 1
5	42.17	7.24	30.76	6.06	28.22	8.49	19.70	***	(3 y 2) < 1
6A	44.44	8.13	41.14	8.88	23.48	7.19	41.75	***	3 < (2 y 1)
6B	24.94	6.76	23.95	7.95	8.35	4.27	45.22	***	3 < (2 y 1)
7	38.22	9.37	32.19	9.57	50.04	5.83	26.33	***	(2 y 1) < 3
8A	30.00	6.89	38.52	8.26	20.96	5.72	34.61	***	3 < 1 < 2
8B	22.72	6.91	39.43	6.71	26.57	10.65	21.67	***	(1 y 3) < 2
9	15.89	5.09	26.38	6.14	13.43	5.38	32.54	***	(3 y 1) < 2
A	17.33	4.28	28.86	4.94	15.78	5.26	45.19	***	(3 y 1) < 2
B	20.83	6.33	39.00	5.15	29.78	8.70	32.91	***	1 < 3 < 2
C	10.39	9.05	13.33	7.53	14.00	6.83	1.19		
D	22.06	6.21	23.67	5.61	33.70	7.63	19.60	***	(1 y 2) < 3
E	8.67	6.36	16.10	5.64	14.30	7.09	6.96	**	1 < (3 y 2)
F	38.50	8.14	32.95	8.05	20.43	5.62	33.95	***	3 < (2 y 1)
G	19.78	5.67	19.29	7.02	14.13	6.36	5.13	**	3 < (2 y 1)
H	6.61	3.24	13.14	4.54	8.78	4.81	11.78	***	(1 y 3) < 2
AA	11.83	10.15	16.29	8.68	16.52	9.47	1.51		
BB	25.67	9.93	27.67	10.13	11.52	6.90	20.95	***	3 < (1 y 2)
CC	30.83	7.19	25.48	6.09	18.57	5.43	20.19	***	3 < 2 < 1
DD	22.78	5.58	21.90	5.23	13.78	5.77	17.27	***	3 < (2 y 1)
EE	24.22	6.94	26.90	7.11	36.57	5.27	21.61	***	(1 y 2) < 3
FF	15.06	5.23	30.05	5.45	21.91	6.71	31.66	***	1 < 3 < 2
GG	8.72	5.71	20.10	7.15	9.83	4.62	23.35	***	(1 y 3) < 2

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

El análisis GH Biplot (Gabriel, 1971), que apoya la interpretación de los perfiles, utilizó como etiquetas identificadoras de los sujetos su pertenencia a un determinado grupo (e.g., Grupos 1, 2 y 3 y 1', 2' y 3'). A través de sus resultados se puede apreciar que tanto en hombres como en mujeres (ver figuras 1 y 2 en la página 93) se presentan algunas variables con vectores claramente más largos, es decir, tienen mejor calidad de representación en el plano y por ende permiten describir más apropiadamente al grupo con el cual están asociadas en él.

En los hombres, el Grupo 1 tiene como descriptores a las escalas 4 y 5 (patrones Dramatizador y Egoísta), asociadas con las escalas F y CC (Insensibilidad social y Predisposición a la delincuencia). El Grupo 2 reúne como descriptores a una gran variedad de escalas que incluye, en un extremo, al patrón 2A (Inhibido) asociado con las escalas B y FF (Autodevaluación y Afecto depresivo) y, en el otro extremo, a los patrones 6A y 6B (Trasgresor y Poderoso) asociados con las escalas DD y BB (Tendencias a la impulsividad y al Abuso de

TABLA 4. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LAS TRES AGRUPACIONES DE MUJERES EN RIESGO

Escala	Agrupaciones						F	p	Post-hoc
	1'		2'		3'				
	M	DT	M	DT	M	DT			
1	35.24	8.55	35.37	8.87	18.29	4.65	46.95	***	3 < (1 y 2)
2A	40.08	9.01	35.94	8.15	14.71	6.27	83.13	***	3 < (1 y 2)
2B	23.80	9.09	34.03	5.89	13.14	6.23	68.62	***	3 < 1 < 2
3	61.44	7.56	48.60	6.70	38.93	7.81	62.80	***	3 < 2 < 1
4	23.36	8.42	30.14	8.93	46.96	5.95	63.67	***	1 < 2 < 3
5	21.64	8.41	25.31	8.21	45.14	7.31	69.70	***	(1 y 2) < 3
6A	20.72	5.59	38.06	7.80	39.93	7.46	58.65	***	1 < (2 y 3)
6B	7.20	4.18	18.03	6.32	19.75	6.22	36.90	***	1 < (2 y 3)
7	48.44	6.29	31.31	7.53	40.79	6.81	45.06	***	2 < 3 < 1
8A	23.68	7.90	41.77	6.48	25.57	6.18	66.66	***	(1 y 3) < 2
8B	34.24	11.97	46.26	9.55	18.00	8.67	61.66	***	3 < 1 < 2
9	18.52	5.72	29.46	4.80	15.64	6.30	54.43	***	(3 y 1) < 2
A	20.12	5.86	27.29	5.74	14.46	3.94	46.65	***	3 < 1 < 2
B	40.28	12.13	45.80	9.88	16.25	7.99	72.47	***	3 < (1 y 2)
C	17.20	7.98	18.89	7.60	8.68	7.43	15.06	***	3 < (1 y 2)
D	35.60	4.42	27.20	5.87	29.32	6.41	16.49	***	(2 y 3) < 1
E	21.56	5.58	13.63	5.97	6.46	4.00	53.54	***	3 < 2 < 1
F	15.44	4.30	23.60	7.57	35.39	7.13	60.73	***	1 < 2 < 3
G	14.00	6.10	27.77	6.11	23.21	7.70	31.52	***	1 < 3 < 2
H	14.00	6.20	16.77	5.18	9.32	6.97	11.73	***	3 < (1 y 2)
AA	21.84	11.07	23.94	10.41	12.75	9.48	9.84	***	3 < (1 y 2)
BB	8.36	3.76	26.29	7.88	20.79	7.89	48.94	***	1 < 3 < 2
CC	13.12	4.99	20.03	5.25	28.18	5.70	53.19	***	1 < 2 < 3
DD	12.72	4.33	22.94	4.38	24.21	5.01	50.34	***	1 < (2 y 3)
EE	40.16	4.02	32.97	5.19	27.46	4.99	45.91	***	3 < 2 < 1
FF	30.08	9.34	36.69	7.73	13.68	6.16	69.89	***	3 < 1 < 2
GG	15.84	8.95	27.37	6.87	8.54	7.01	49.88	***	3 < 1 < 2

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

sustancias); en el área media aparece una gran cantidad de escalas cuyo componente principal es un vivenciar disfórico, de gran intensidad, caracterizado por afectos depresivos, dificultades en la identidad personal e ideación suicida. Finalmente, el Grupo 3 tiene como descriptores a las escalas 3 y 7 (patrones Sumiso y Conformista), que se asocian con las escalas D y EE (Disconformidad sexual y Sentimientos de ansiedad).

En las mujeres, el Grupo 1' tiene como descriptores a las escalas 7 y 3 que aparecen asociadas a las escalas EE, D y E. En el Grupo 2', al igual que en los hombres, aparecen destacadas varias escalas que tienen en un extremo la escala 2A y, en el otro, la escala 6A. La escala 2A aparece asociada con las escalas B y FF; la escala 6A está asociada a las escalas BB y DD. La zona media, como en los hombres, está caracterizada por una serie de variables donde sobresalen patrones muy patológicos junto a vivencias autodestructivas. Finalmente, el Grupo 3' de las mujeres es similar al Grupo 1 de los hombres y al igual que en éste, sus variables descriptoras son las escalas 4 y 5 junto a F y CC.

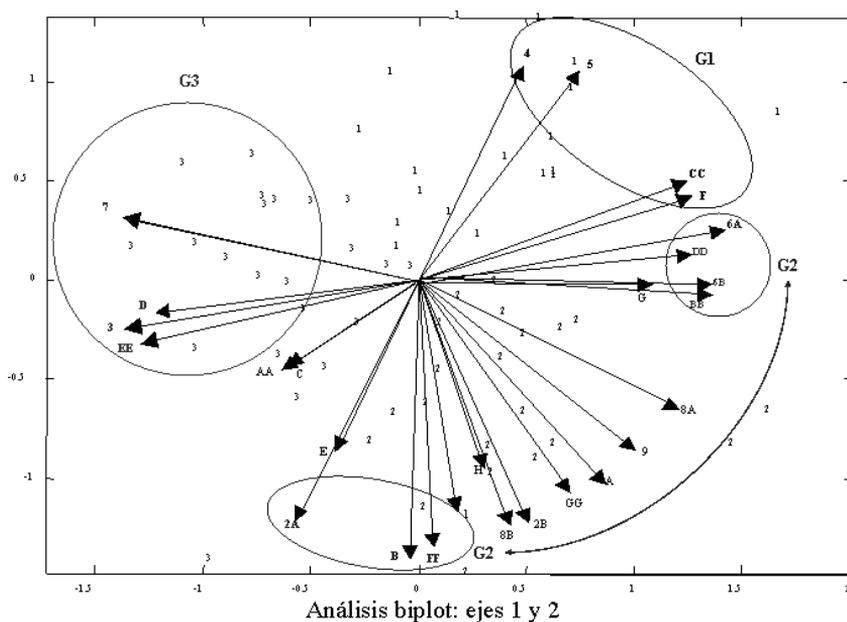


Figura 1. Análisis Biplot de los tres grupos de hombres en riesgo y las Escalas Clínicas del MACI

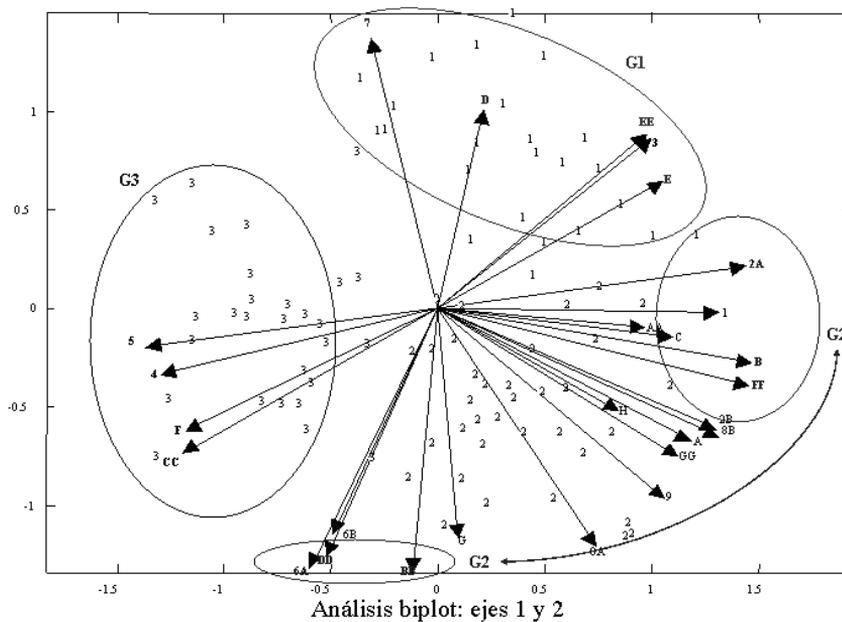


Figura 2. Análisis Biplot de los tres grupos de mujeres en riesgo y las Escalas Clínicas del MACI

Discusión

Este estudio muestra que la población no-consultante no es homogénea y que existe en ella un grupo en riesgo que alcanza, en esta muestra, al 26.7% (23.6% en los hombres y 29.5% en las mujeres), cifras similares a las reportadas por la Universidad de Chile (1999) que sitúa el riesgo de desarrollar trastornos emocionales entre un 29 y un 33%. Además, estas cifras confirman estudios previos (Abad, Forns y Gómez, 2002; Rudolph, 2002; Vinet y Alarcón, 2003), que muestran que en la adolescencia el nivel de salud mental de las mujeres es ligeramente menor que el de los hombres.

Al examinar el perfil normal que surge con la extracción de los casos en riesgo, resalta la importancia de los patrones de personalidad Sumiso, Dramatizador, Egoísta y Conformista en la descripción del funcionamiento normal o ajustado en la adolescencia. Este aspecto, desconocido hasta ahora, plantea una interpretación no-patológica de estas escalas en la medida en que podrían mostrar las posibilidades y recursos que posee el adolescente para expresar las necesidades e inquietudes propias de su etapa evolutiva en formas adaptativas y no conflictivas con el mundo adulto. Este hallazgo podría llevar a replantear el significado de estas escalas incluyendo caracterizaciones relacionadas con comportamientos no clínicos.

El perfil de los adolescentes en riesgo presenta elevaciones extremas en los patrones Introverso, Inhibido, Afligido, Trásgresor, Poderoso, Oposicionista, Autodegradante y Borderline (escalas 1, 2A, 2B, 6A, 6B, 8A, 8B y 9); preocupaciones exacerbadas en todas las áreas evaluadas con la sola excepción de la Disconformidad sexual (D), en la que muestran menor preocupación que los adolescentes normales; y elevaciones en todos los Síndromes Clínicos excepto en ansiedad (escala EE), área en que son muy similares a los adolescentes normales, hallazgo que puede llevar a replantear el contenido o el valor clínico de esta escala, en el conjunto de escalas MACI.

De acuerdo con los resultados, en la adolescencia se pueden detectar tres tipos de riesgo que no presentan grandes diferencias atribuibles al sexo de los sujetos. Estos tipos, no descritos hasta ahora en la literatura, serán caracterizados considerando las agrupaciones de escalas propuestas por McCann (1999) y el modelo empírico de externalización – internalización de Achenbach (1991, 1993).

El primer tipo (Grupo 1 en hombres y Grupo 3' en mujeres) tiene como eje los patrones Dramatizador y Egoísta. La configuración "4-5" o "5-4" es descrita por McCann (1999) como propia de adolescentes con rasgos narcisistas y con actitudes y comportamientos autocentros, con alta necesidad de estimulación y dificultades para retardar las gratificaciones. Al estar asociada a Insensibilidad social y Predisposición a la delincuencia, este grupo se caracterizaría, además, por cierta indiferencia hacia los sentimientos y reacciones de los otros y por la dificultad para adherirse a las normas y reglas sociales. Este tipo definiría a los adolescentes potencialmente infractores e identificaría a un grupo con riesgo de trastornos externalizantes de acuerdo con Achenbach (1991, 1993).

El segundo tipo (Grupo 3 en hombres y Grupo 1' en mujeres) tiene como eje los patrones Sumiso y Conformista, junto a una manifestación clínica de la

ansiedad y preocupaciones en el área de la sexualidad vinculada a la relación con pares. Según McCann (1999), la configuración “3-7” o “7-3” se presenta en adolescentes que son pasivo-dependientes, temerosos de las reglas, deferentes hacia la autoridad y dispuestos a sacrificar las propias necesidades en función de los deseos de los otros. En contextos sociales, este tipo de adolescente se sentirá inseguro e inadecuado al compararse con sus pares o con las expectativas parentales, pero, además, dada la elevación en las escalas D y E, su inseguridad y miedo a ser rechazado lo llevarán a enjuiciar negativamente los cambios relativos a su maduración sexual, encontrándose en conflicto en las situaciones de interacción social en que se requiera asumir un rol diferenciado sexualmente. La ansiedad que desencadena esta configuración unida a situaciones específicas puede fácilmente adquirir connotaciones clínicas en la línea de los trastornos internalizantes (Achenbach, 1991, 1993). Este tipo representaría a los adolescentes inseguros, temerosos y preocupados.

El último tipo (Grupos 2 y 2') es un grupo bipolar configurado por la dicotomía internalización (autodesvalorización y afecto depresivo) y externalización (transgresión, tendencia a la impulsividad) descrita por Achenbach (1991, 1993). El polo internalizante está representado por el patrón Inhibido, complementado por Autodevaluación y Afecto depresivo. Son adolescentes que poseen una hipersensibilidad al dolor psicológico, al rechazo y a la humillación, con dificultades importantes para disfrutar de la vida y experimentar placer. Estos jóvenes, además, tendrían una pobre imagen de sí mismos, baja autoestima, fuertes sentimientos de inadecuación y experimentarían muchos de los síntomas asociados a la depresión como tristeza, desánimo, apatía y desesperanza. El polo externalizante está representado por el patrón Trasgresor y las Tendencias a la impulsividad y el Abuso de sustancias. Su núcleo estaría dado por problemas conductuales que surgen del rechazo a la mayoría de las normas de conducta socialmente aceptadas; a esto se unen actitudes desinhibidas, impulsivas y arriesgadas que denotan un pobre control sobre la propia conducta y predisponen al uso y abuso de alcohol y/o drogas, aunque no necesariamente a conductas delictivas o antisociales *per se*.

Entre los dos polos aparece una zona media con una serie de patrones de personalidad y síndromes clínicos que complementan la caracterización de los polos y con preocupaciones específicas que dependerán del ámbito de vida propio del o la adolescente. En este contexto, tienen especial importancia el patrón de personalidad Tendencia borderline (escala 9) y el síndrome clínico Tendencia suicida (escala GG), que aparecen en los gráficos en un área media y con vectores claramente diferenciados.

El patrón Borderline se corresponde teóricamente con una orientación ambivalente desadaptativa y emocionalmente disfuncional, con conflictos a través de las tres dimensiones que definen el modelo teórico de la personalidad, esto es, placer-dolor, actividad-pasividad, *self*-otros (Millon, 1990, 1993). Los adolescentes que presenten una elevación en esta escala tendrán también elevaciones en otras escalas de personalidad y experimentarán graves conflictos emocionales e inestabilidad conductual. Según McCann (1999) sus emociones pueden fluctuar desde periodos de ansiedad, a rabia, depresión o felicidad;

ejercen poco control sobre su conducta y tienden a ser impulsivos, pudiendo, fácilmente, precipitarse en conductas auto-punitivas o de tipo suicida. En suma, este tipo caracterizaría a los adolescentes limítrofes polarizados, destacando tanto la ambivalencia y la impredecibilidad de los trastornos emocionales y conductuales, como la intensidad de las vivencias desestabilizantes.

Esta tipología, desarrollada empíricamente a través de un análisis de conglomerados de las puntuaciones directas de las escalas, deberá ser refinada cuando existan baremos para población comunitaria; ello permitirá tanto la comparación intergrupos similar a la desarrollada aquí, como la comparación interescalas necesaria para una descripción más ajustada de perfiles. Sin embargo, lo expuesto hasta aquí muestra que el MACI podría extender su uso a poblaciones no-clínicas, siendo útil como instrumento descriptivo y de *screening* y, en especial, en el diagnóstico de casos en riesgo. En estos casos se recomienda evaluar el tipo de riesgo utilizando las combinaciones de escalas de McCann (1999) que están relacionadas con los tipos de riesgo identificados en este estudio: Tipo 1: “Adolescentes potencialmente infractores”, Tipo 2: “Adolescentes inseguros y preocupados” y Tipo 3: “Adolescentes limítrofes polarizados”. Cabe señalar que estos tipos son consonantes con la propuesta de internalización–externalización de Achenbach.

Por último, puesto que esta tipología presenta los tipos de riesgo encontrados en el grupo estudiado, debe ser validada externamente, ya sea en otros grupos de adolescentes no-consultantes y en situación de riesgo, o bien, a través de otros instrumentos que evalúen el funcionamiento psicológico de los adolescentes y que no estén orientados, como el MACI, al trabajo exclusivo con poblaciones clínicas. En este caso, pueden ser adecuados el MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992) y el YSR (Achenbach, 1991) ya que consideran poblaciones de no-pacientes y provienen de tradiciones empíricas sólidamente investigadas. Las autoras de este estudio plantean que el YSR sería especialmente idóneo dada la concordancia que se observa entre los postulados de Achenbach respecto de la psicopatología adolescente y los tipos de riesgo que emergen en esta investigación.

REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M. y Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 2, 149-157.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alarcón, P. (2001). *Evaluación psicológica de adolescentes con desadaptación social: Un estudio a través de MACI e indicadores de riesgo en el sur de Chile*. Tesis de Master Universitario no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Álvarez, C. y Restovic, M. F. (2003). *Validez de constructo de los Patrones de Personalidad del MACI en adolescentes consultantes*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Blumentritt, T., Angle, R. y 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.

- Booker, A., Hoffschmidt, S. y Ash, E. (2001). Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 1, 81-96.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, S. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Caggiano, A. (2000). Identifying violent toward staff juvenile delinquents via the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Offender rehabilitation*, 32, 1-2, 147-165.
- Casullo, M. M., Góngora, V. y Castro, A. (1998). La adaptación del inventario MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory). Un estudio preliminar con estudiantes adolescentes argentinos. *Investigaciones en Psicología*, 3, 2, 73-89.
- Gabriel, K. R. (1971). The Biplot graphic display of matrices with application to principal component analysis. *Biometrika*, 58, 3, 453-467.
- Grilo, C., Fehon, D., Walker, M. y Martino, S. (1996). A comparison of adolescents inpatients with and without substance abuse using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 379-389.
- Grilo, C., Sanislow, C., Fehon, D., Martino, S. y McGlashan, T. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-544.
- Hiatt, M. y Cornell, D. (1999). Concurrent validity of the Millon Adolescent Clinical Inventory as a measure of depression in hospitalized adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 73, 64-79.
- McCann, J. (1999). *Assessing adolescents with the MACI. Using the Millon Adolescent Clinical Inventory*. New York: Wiley & Sons.
- Martínez, D. y Sánchez, L. (2003). *Caracterización psicológica de estudiantes de enseñanza media pertenecientes a la ciudad de Temuco: Relación entre percepción del profesor y una evaluación psicométrica*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Meeker, L. (2002). Adolescent attachment and prediction of problematic personality styles. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63, 5B, 2595.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Palmer, L. (1999). *Análisis de datos. Etapa exploratoria*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rudolph, K. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30, 4S, 3-13.
- Sprent, P. (1993). *Applied Non-Parametric Statistical Methods. 2nd edition*. Editions Paperback, Chapman Hall.
- Universidad de Chile. (1999). *Salud Mental de los jóvenes urbanos de los 90'*. Documento publicado en Internet: http://www.interjuven.cl/salud_mental.doc.
- Velting, D., Rathus, J. y Miller, A. (2000). MACI personality scales profiles of depressed adolescent suicide attempters: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 10, 1381-1385.
- Vinet, E. y Alarcón, P. (2003). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psyche*, 12, 1, 39-55.
- Vinet, E., Brió, C., Correa, P. y Díaz P. (2001, Julio). *Evaluación psicológica de adolescentes chilenos a través del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI): Un estudio preliminar*. Trabajo presentado en el III Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Vinet, E., Díez, M., Echeverría, M. y Salazar, D. (2001, Julio). *Características psicométricas del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en dos muestras chilenas*. Trabajo presentado en el III Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Vinet, E., González, M. E. y Alarcón, P. (2002, Octubre). *MACI in Chile: A study with two groups presenting psychological problems*. Trabajo presentado en The Ninth Annual Millon Clinical Inventories Conference. Minneapolis – USA.