

# Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias

Eduardo J. Pedrero Pérez<sup>1</sup>, Ana López Durán<sup>2</sup> y Elena Fernández del Río<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Adicciones y <sup>2</sup> Universidad de Santiago de Compostela

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) es un cuestionario ampliamente utilizado en la clínica, especialmente en drogodependencias, para la evaluación de la personalidad. El objetivo del presente estudio es conocer la estructura factorial subyacente del MCMI-II en una muestra de 1.106 adictos a sustancias psicoactivas que inician tratamiento. Los participantes cumplimentaron el MCMI-II y el TCI-R. Se realizó análisis factorial exploratorio multivariado. Los resultados muestran que en el MCMI-II hay un factor principal que evalúa sintomatología de aparición reciente relacionada con el Eje I, una escala de ideación autolítica, dos escalas que exploran problemas relacionados con alcohol y otras drogas, dos de rasgos de personalidad normal y siete de rasgos de personalidad disfuncional. Aunque el objetivo del MCMI-II es evaluar la personalidad, los resultados indican que la mayor parte del mismo evalúa condiciones no necesariamente estables que han aparecido recientemente. Las escalas que miden rasgos disfuncionales de personalidad se combinan entre sí para configurar los trastornos, sin ajuste claro a la teoría de referencia. Se concluye que el uso del MCMI-II con fines diagnósticos debe considerar la presencia de condiciones inestables que pueden incrementar artefactualmente las cifras de prevalencia y de coexistencia de trastornos de personalidad y comportamientos adictivos.

*Factorial dimensions of the Millon's MCMI-II in substance addicts.* The Millon Clinical Multiaxial Inventory II is a widely used questionnaire for the assessment of personality in clinical settings, especially in addictive behaviors. The aim of this study is to determine the underlying factorial structure of the MCMI-II in a sample of 1,106 drug-dependents who seek treatment. All participants completed the MCMI-II and the TCI-R. Multivariate exploratory factor analysis was performed. The results show that, in the MCMI-II, there is a main part that assesses symptoms of recent onset associated with the Axis I disorders, a scale that explores autolytic ideation, two scales that explore issues related to the use of alcohol and other drugs, two scales that assess normal personality traits, and seven scales that explore dysfunctional personality traits. Although the objective of the MCMI-II is the assessment of personality, the results indicate that the largest part of the questionnaire assesses not necessarily stable conditions and which have appeared recently. The scales measuring dysfunctional personality traits are combined to account for disorders without a clear match to the theory of reference. We conclude that, when using the MCMI-II with diagnostic purposes, one should consider the presence of unstable conditions that could artifactually increase the prevalence rates and the coexistence of personality disorders and addictive behaviors.

El *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) es un autoinforme ampliamente utilizado para el estudio de la personalidad y sus trastornos en personas de población clínica (por ejemplo, Fernández de Río, López y Becoña, 2010; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011; Sanz, 2007), especialmente en el ámbito de los trastornos adictivos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006a; López y Becoña, 2006; Perea-Baena, Oña-Compan y Ortiz-Tallo, 2009). Basado en la teoría de Millon (Millon y Davis, 1998), pretende aproximarse a los criterios diagnósticos DSM, esencialmen-

te ateóricos, para lo cual el autor ideó un método para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones de tasa base (TB) a partir de las prevalencias encontradas en estudios previos en diversas poblaciones clínicas (Millon y Green, 1989).

De todas las versiones disponibles (MCMI-I, II y III), el MCMI-II sigue siendo el más usado por investigadores españoles, probablemente por la tardanza en disponer de una versión española del MCMI-III (catorce años después de su publicación original en inglés). Quizá por ello siguen publicándose trabajos con el MCMI-II (por ejemplo, Casares-López et al., 2010), quizá también por la facilidad para comparar resultados entre estudios mientras no exista una adecuada producción científica con el MCMI-III.

Existen datos contradictorios sobre la estabilidad de los diagnósticos de trastornos de la personalidad, siendo lo más frecuente que los diagnósticos resistan mal el paso del tiempo (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivar-Arroyo, 2011), contrariamente a lo

Fecha recepción: 16-6-11 • Fecha aceptación: 16-3-12

Correspondencia: Eduardo J. Pedrero Pérez

Instituto de Adicciones. Madrid Salud

Ayuntamiento de Madrid

28027 Madrid (Spain)

e-mail: [ejpedrero@yahoo.es](mailto:ejpedrero@yahoo.es)

esperable si consideramos la personalidad como algo estable. Esto es más notorio cuando el diagnóstico de trastornos de personalidad se efectúa sobre personas adictas, observándose generalmente una rápida desaparición de los criterios que justifican los diagnósticos, desde fases muy tempranas de la abstinencia (Wagner et al., 2004). Cuando se ha utilizado el MCMI como instrumento diagnóstico algunos estudios informan de cierto grado de estabilidad en el tiempo (Craig y Olson, 1998; Lenzenweger, 1999), pero otros encuentran una reducción significativa en todas las escalas tras un tiempo de abstinencia mantenida (Calsyn, Wells, Fleming y Saxon, 2000). Ravndal y Vaglum (2010) evaluaron con el MCMI-II a una muestra de sujetos en el momento en el que iniciaban tratamiento por adicción a sustancias y repitieron las medidas a los siete años. Encontraron una reducción sustancial de las puntuaciones a lo largo del tiempo: al inicio del tratamiento el 49,5% obtenía puntuaciones criterio (TB >84) para el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, pero solo la mitad (29,5%) las obtenían durante el seguimiento. Similares resultados se encontraron para el trastorno límite (28,9%-11,3%), pasivo-agresivo (43,3%-23,7%), y, en general, en todas las escalas del cuestionario.

La teoría de Millon se sustenta, entre otros, en dos principios básicos: (a) la existencia de unas polaridades (yo-otros, activo-pasivo, búsqueda del placer-evitación del dolor) cuyas combinaciones extremas configuran los trastornos de la personalidad; (b) la analogía del sistema inmunitario, según la cual, la personalidad sería la estructura defensiva frente a amenazas externas, cuyos fallos se traducirían en trastornos del Eje I (Millon y Davis, 1998). La teoría ha evolucionado a medida que se han incorporado visiones complementarias, como la perspectiva evolutiva de la personalidad, y se ha traducido en formulaciones diversas, aunque se ha criticado que las diversas versiones del MCMI han ido perdiendo contacto con las bases teóricas, no reflejando, por ejemplo, las combinaciones de polaridades (Widiger, 1999).

Recientemente se ha publicado un estudio preliminar que encontraba una estructura factorial del MCMI-II en adictos (Pedrero-Pérez, 2009a) completamente diferente de la encontrada en otras poblaciones con diferente psicopatología aplicando una metodología similar (Besteiro, Lemos, Muñiz, García y Álvarez, 2007). El estudio con adictos encontró, en una primera rotación, un factor compuesto por solo siete ítems que explicaba por sí solo la mayor parte de la varianza del test (14,7%), compuesto por ítems que, en su mayoría, se iniciaban con frases como “en los últimos años”, “desde hace uno o dos años”, “hace algunos años”, etc. Esto sugería que en realidad se estaba midiendo algo que se denominó “cambio de personalidad”. En una rotación de segundo orden, este factor principal se asociaba con otro que englobaba todo el espectro sintomatológico del Eje I, desde los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo hasta los de índole psicótica; además, buena parte de sus ítems limitaba la aparición de estos síntomas a tiempos recientes; no estarían, pues, refiriéndose a rasgos de personalidad, sino a sintomatología de nueva aparición o recientemente experimentada por el sujeto (Pedrero-Pérez, 2009a).

Entonces, ¿qué mide el MCMI en adictos? Observando la estructura del programa de corrección (Millon, 1999a) encontramos que: (a) en coherencia con la teoría, la existencia de psicopatología del Eje I modifica al alza la puntuación de las escalas de trastornos de personalidad para obtener las puntuaciones TB definitivas; y (b) los baremos para sujetos adictos se establecen disminuyendo el umbral para el diagnóstico, porque se presupone una mayor prevalencia de trastornos de personalidad en ellos. Si consideramos

la primera cuestión y el hecho de que los adictos presentan una florida sintomatología al inicio del tratamiento, en buena medida atribuible al propio proceso adictivo y no a factores estables de personalidad (Pedrero-Pérez et al., 2011), la aplicación de los correctores estaría incrementando artefactualmente las puntuaciones por encima del umbral diagnóstico. Considerando la segunda cuestión es fácil deducir que estamos ante una argumentación circular y tautológica: es lógico que los adictos puntúen más en trastornos de personalidad puesto que sus puntuaciones se obtienen a partir de la premisa de que presentan una mayor prevalencia de trastornos de personalidad.

Aunque Millon rechace explícitamente la utilización de métodos lineales para el estudio de la personalidad (Millon, 1999b) ello no puede hacerse extensivo a su instrumento de medida. Como tal, el MCMI debe tener una estructura y la interpretación de la existencia o no de determinados trastornos debe provenir de las diversas combinaciones (lineales o no) que puedan obtenerse de los elementos estructurales. Siendo el MCMI uno de los instrumentos más frecuentemente utilizado en adictos, es necesario conocer qué estamos midiendo en realidad y qué valor diagnóstico tienen los datos que obtengamos a partir de este instrumento. Si, por otra parte, los trastornos de la personalidad son las categorías diagnósticas más frecuentemente asociadas a la adicción, tenemos indicios de que las categorías carecen de validez de constructo (Besteiro et al., 2004) y los instrumentos de medida tienden a incrementar artefactualmente la prevalencia de estos trastornos en población adicta, deberíamos revisar la pretendida comorbilidad entre ambos.

Por todo ello, el objetivo principal del presente trabajo es explorar la estructura factorial subyacente del MCMI-II en una amplia muestra de adictos que inician tratamiento. Como objetivos secundarios: conocer la relación entre tal estructura y los diagnósticos que se derivan de la aplicación usual del MCMI-II y explorar la relación entre esta estructura y la derivada de otras teorías de la personalidad.

## Método

### *Participantes*

Mediante muestreo consecutivo de las personas que iniciaban tratamiento en un centro de atención especializado en drogodependencias, público y gratuito (CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud), desde enero de 2008 hasta marzo de 2011, se obtuvo una muestra compuesta por 1.106 sujetos, 848 varones y 258 mujeres (ratio de 3,3/1, similar a lo habitual en nuestro contexto asistencial y el de países afines; OEDT, 2009). La media de edad de los varones fue de 36,3 años (D. T.= 9,2) y de las mujeres 37 (D. T.= 9,8). El 16,4% de los varones y el 16,3% de las mujeres tenían la heroína como droga principal, el 43% y el 34,9% la cocaína, el 33,3% y el 45% el alcohol, el 7,3% y el 3,9% el cannabis. Respectivamente, para varones y mujeres, el 15,9% y el 14,3% con estudios primarios, el 42,6% y el 33,7% estudios secundarios obligatorios, el 29,2% y el 36,8% estudios secundarios postobligatorios, el 12,3% y el 15,1% estudios universitarios.

### *Instrumentos*

Todos los participantes cumplieron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millon, 1999a), cuestionario de 175 ítems (4 de validez), con una escala de respuesta dicotómica verdadero/

falso. Tiene como referencia el sistema categorial DSM-III-R e informa sobre ocho patrones clínicos de personalidad, tres formas graves de patología de personalidad, seis síndromes clínicos de intensidad moderada y tres graves.

Adicionalmente, los participantes cumplieron el Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (*Temperament and Character Inventory-Revised*, TCI-R; Cloninger, 1999), autoinforme que mide cuatro dimensiones temperamentales —Búsqueda de novedad, Evitación del daño, Dependencia de recompensa y persistencia— y tres caracteriales —Autodirección, Cooperación y Autotranscendencia—. En este trabajo se utilizó la versión reducida TCI-R-67 (Pedrero-Pérez, 2009b), que tiene las mismas escalas (ocho ítems cada una) y cinco ítems de validez; además, se separaron de la Búsqueda de novedad los ítems de Excitabilidad exploratoria (seis ítems), una subescala en el original, al observar que presenta correlaciones sistemáticamente diferentes a los de la escala a la que supuestamente pertenecería. El mismo trabajo ha mostrado una correlación  $r > 0,80$  de las escalas abreviadas con las escalas de la versión original y adecuadas propiedades psicométricas.

### Procedimiento

Los participantes cumplieron los cuestionarios durante una sesión clínica. Se excluyó a personas sin un nivel adecuado de comprensión del idioma español ( $n = 18$ ) o que presentaran, en el momento de la evaluación, sintomatología psicótica aguda ( $n = 4$ ), síntomas de demencia o daño cerebral ( $n = 6$ ). También fueron excluidos todos los cuestionarios con escalas de dudosa validez ( $n = 28$ ), así como los incompletos o incorrectamente cubiertos ( $n = 16$ ). Como criterio de inclusión se estableció que los sujetos cumplieran, en el momento de la evaluación, criterios DSM-IV para abuso o dependencia de al menos una sustancia y que presentaran abstinencia, comprobada mediante análisis toxicológicos de orina, de entre tres y cuatro semanas previas a la evaluación, tiempo recomendado para evitar que síntomas asociados al uso de drogas se confundan con síntomas psicopatológicos independientes (Sonne y Brady, 1998). Todos los participantes fueron informados del doble propósito (clínico y de investigación) de la evaluación y firmaron un consentimiento informado para su participación.

### Análisis de datos

Puesto que la modalidad de respuesta del MCMII-II es dicotómica, los análisis univariados corren el riesgo de agrupar a los ítems según su distribución y no según su contenido, proporcionando resultados espurios (Bernstein y Teng, 1989; Muthén y Kaplan, 1992). Por ello, se efectuó un análisis factorial multivariado sobre los 171 ítems del cuestionario (una vez excluidos los 4 de validez). Para ello, y usando el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006) versión 8.02, se partió de la matriz de correlaciones tetracóricas, utilizando el criterio de Mardia (1970) para garantizar la normalidad multivariada. A continuación se realizó un análisis paralelo optimizado (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011), un análisis factorial de rangos mínimos (Ten-Berge y Kiers, 1991) y una rotación Simplimax (Kiers, 1994). Utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0 (IBM-SPSS-Statistics®) se exploró la consistencia interna de las escalas obtenidas (mediante  $\alpha$  de Cronbach y correlación ítem/test-correctada), las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas derivadas y las TB de la propia prueba y entre

aquellas y las del cuestionario de personalidad normal. Para evitar la comisión del Error Tipo I se utilizó la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Se efectuó también un análisis multidimensional para mostrar una imagen espacial mediante el algoritmo ALSCAL a partir de la distancia euclídea al cuadrado de las similitudes/disimilitudes.

### Resultados

Inicialmente se configuró la matriz de correlaciones tetracóricas entre los 171 ítems del MCMII-II, que alcanzó la normalidad multivariada (Mardia: Curtosis = 30217,5;  $g.l. = 43,3$ ;  $p < 0,0001$ ). Sobre esta matriz se realizó un análisis paralelo optimizado: solo los 13 primeros factores superaban el porcentaje de varianza explicado por aquellos generados aleatoriamente y, en consecuencia, debían ser retenidos, explicando en conjunto un 37,1% de varianza común.

Seguidamente se realizó una rotación Simplimax para obtener la agrupación de ítems más simple posible (Bentler IS = 0,93; ISC = 0,38; Percentil 100;  $p < 0,0001$ ). El primer factor estaba compuesto por 28 ítems que reflejarían: (a) sintomatología del Eje I: depresiva, ansiosa, somatomorfa, etc.; (b) los ítems que marcan un inicio temporal de esos síntomas, comenzando por “en los últimos años”, “últimamente”, “hace algunos años...”, etc.; se denominó a este factor “Sintomatología reciente”. El segundo factor, 6 ítems que exploran “Ideación autolítica”. El tercer factor, 9 ítems cuyo contenido se caracteriza por “Ambivalencia”, alternancia entre agresión y culpa y discrepancia en el proceso pensamiento-acción. El cuarto, 8 ítems cuyo contenido expresa “Sumisión”, dependencia de otros, autodepreciación y culpa. El quinto factor, 10 ítems que expresan sentimientos de superioridad, falta de empatía y tendencia a abusar de los demás, denominado “Egocentrismo/Psicopatía”. El sexto, 13 ítems que tienen en común la exploración de síntomas de ideación paranoide, delirante y despersonalización, se denominó “Psicoticismo”. El séptimo, 5 ítems que denotan tendencia a la sociabilidad, búsqueda de estimulación y expansividad, se denominó “Extraversión”. El octavo factor, 6 ítems, agrupando todas las cuestiones relativas al “Abuso de drogas”. El noveno, 7 ítems caracterizados por explorar la “Rectitud” en el comportamiento, la aceptación de normas y el establecimiento de objetivos individuales acordes. El décimo factor, 6 ítems que exploran “Abuso de alcohol”. El undécimo, 9 ítems que presentaban en común un rechazo a los errores ajenos, hostilidad y resistencia a las pretensiones de los demás, por lo que se denominó “Intolerancia”. El duodécimo, 13 ítems que compartían un rechazo a las relaciones sociales, sentimientos de ineptitud en la interacción con otros y tendencia al “Aislamiento”. El decimotercer factor, 11 ítems que tenían en común una insensibilidad a los refuerzos, inexistencia de objetivos conductuales y emocionales, se denominó “Inconsistencia”. El resto de ítems (36) fueron excluidos por no presentar cargas significativas ( $> 0,20$ ) en ninguno de los factores y no incrementar la consistencia de aquellos en los que presentaron su carga mayor. La composición final de las escalas se muestra en la tabla 1.

En la tabla 2 se exploran las correlaciones entre las escalas factorialmente derivadas, y en la tabla 3 se muestran las relaciones entre aquellas y las puntuaciones TB que se generarían si aplicaríamos el procedimiento y los baremos propuestos por el autor.

En la figura 1 se muestra el resultado del análisis bidimensional, que mostró índices de ajuste adecuados (Stress = 0,10; RSQ = 0,96).

Tabla 1  
Composición y propiedades de las escalas factorialmente derivadas

Factor	Denominación	Ítems	$\alpha$	$r_{it}$
1	Sintomatología reciente	5, 18, 26, 27, 33, 36, 45, 51, 53, 54, 67, 71, 72, 76, 96, 97, 98, 99, 107, 108, 109, 113, 114, 117, 118, 128, 132, 167	0,95	0,52 - 0,76
2	Ideación autolítica	59, 79, 110, 115, 136, 154	0,73	0,30 - 0,61
3	Ambivalencia	12, 23, 43, 50, 58, 66, 82, 95, 101	0,78	0,33 - 0,52
4	Sumisión	16, 25, 56, 77, 78, 106, 145, 171	0,67	0,24 - 0,48
5	Egocentrismo/Psicopatía	6, 9, 15, 28, 37, 44, 89, 91, 111, 170	0,71	0,27 - 0,48
6	Psicoticismo	24, 29, 68, 69, 85, 100, 112, 120, 121, 124, 127, 164, 168	0,77	0,24 - 0,49
7	Extraversión	14, 60, 86, 125, 137	0,65	0,20 - 0,52
8	Abuso de drogas	35, 70, 73, 105, 140, 175	0,78	0,40 - 0,65
9	Rectitud	[57], 61, 126, [142], [144], 149, 159	0,63	0,23 - 0,36
10	Abuso de alcohol	17, [52], 87, 119, [122], 157	0,75	0,24 - 0,72
11	Intolerancia	21, 55, 64, 74, 123, 134, 148, 165, 172	0,72	0,30 - 0,48
12	Aislamiento	3, 8, 13, 19, 32, 47, 63, 83, 102, 139, 141, 150, 158	0,80	0,32 - 0,53
13	Inconsistencia	7, 11, 20, 40, 92, 94, 147, 151, 155, 162, 174	0,73	0,31 - 0,49

Nota: entre corchetes los ítems que puntúan en sentido inverso;  $\alpha$ = estadístico alfa de Cronbach;  $r_{it}$ = correlación ítem-test, una vez excluido el propio ítem

Tabla 2  
Correlaciones entre las escalas factorialmente derivadas

	Ideación autolítica	Ambivalencia	Sumisión	Egocentrismo Psicopatía	Psicoticismo	Extraversión	Abuso de drogas	Rectitud	Abuso de alcohol	Intolerancia	Aislamiento
Sintomatología reciente	0,64*	0,57**	0,52*	0,34*	0,60*	-0,14*	0,27*	-0,45*	0,21*	0,33*	0,50*
Ambivalencia	0,50*										
Sumisión	0,41*	0,44*									
Egocentrismo/Psicopatía	0,25*	0,48*	0,27*								
Psicoticismo	0,54*	0,51*	0,53*	0,37*							
Extraversión	-0,06	0,00	0,10	0,15*	0,06						
Abuso de drogas	0,25*	0,33*	0,14*	0,23*	0,22*	0,02					
Rectitud	-0,36*	-0,50*	-0,24*	-0,38*	-0,27*	0,18*	-0,32*				
Abuso de alcohol	0,19*	0,21*	0,18*	0,10*	0,19*	-0,05	-0,01	-0,13*			
Intolerancia	0,27*	0,53*	0,27*	0,50*	0,44*	0,08*	0,19*	-0,22*	0,10		
Aislamiento	0,43*	0,41*	0,39*	0,18*	0,49*	-0,44*	0,14*	-0,28*	0,16*	0,32*	
Inconsistencia	0,46*	0,59*	0,36*	0,47*	0,53*	0,12*	0,45*	-0,43*	0,11*	0,46*	0,32*

Nota: \* $p < 0,0005$ , tras corrección de Bonferroni

Tabla 3  
Correlación entre escalas derivadas factorialmente y puntuaciones TB de las escalas del MCMI-II

Puntuaciones TB	Sintomatología reciente	Ideación autolítica	Ambivalencia	Sumisión	Egocentrismo Psicopatía	Psicoticismo	Extraversión	Abuso de drogas	Rectitud	Abuso de alcohol	Intolerancia	Aislamiento	Inconsistencia
Esquizoide	<b>0,40*</b>	0,28*	0,21*	0,35*	-0,03	0,35*	<b>-0,42*</b>	0,03	-0,15*	0,09	0,13*	<b>0,67*</b>	0,13*
Evitativo	<b>0,67*</b>	<b>0,55*</b>	<b>0,51*</b>	<b>0,63*</b>	0,22*	<b>0,56*</b>	-0,27*	0,20*	-0,37*	0,17*	0,29*	<b>0,76*</b>	<b>0,44*</b>
Dependiente	0,15*	0,12*	-0,06	<b>0,53*</b>	-0,10	0,15*	0,30*	-0,10	0,16*	0,01	-0,19*	0,00	-0,12*
Histriónico	<b>0,12*</b>	0,11*	0,36*	0,16*	<b>0,56*</b>	0,22*	<b>0,64*</b>	0,25*	-0,21*	0,00	0,33*	-0,25*	<b>0,47*</b>
Narcisista	0,13*	0,12*	0,37*	0,13*	<b>0,58*</b>	0,31*	0,38*	0,20*	-0,21*	0,00	<b>0,53*</b>	-0,03	<b>0,46*</b>
Antisocial	0,38*	0,34*	<b>0,64*</b>	0,21*	<b>0,50*</b>	<b>0,43*</b>	0,05	<b>0,43*</b>	<b>-0,45*</b>	0,14*	<b>0,60*</b>	0,28*	<b>0,76*</b>
Agresivo	0,33*	0,28*	<b>0,62*</b>	0,12*	<b>0,52*</b>	0,38*	0,06	0,27*	-0,29*	0,07	<b>0,70*</b>	0,25*	<b>0,56*</b>
Obsesivo	-0,26*	-0,22*	-0,35*	-0,08	-0,25*	-0,12*	0,04	-0,28*	<b>0,60*</b>	-0,11*	0,04	-0,09	-0,39*
Negativista	<b>0,62*</b>	<b>0,51*</b>	<b>0,84*</b>	<b>0,50*</b>	<b>0,55*</b>	<b>0,58*</b>	0,01	0,35*	<b>-0,53*</b>	0,18*	<b>0,68*</b>	<b>0,44*</b>	<b>0,66*</b>
Autodestructivo	<b>0,76*</b>	<b>0,66*</b>	<b>0,63*</b>	<b>0,72*</b>	<b>0,40*</b>	<b>0,64*</b>	-0,03	0,28*	<b>-0,49*</b>	0,19*	0,35*	<b>0,53*</b>	<b>0,51*</b>
Esquizotípico	<b>0,62*</b>	<b>0,54*</b>	<b>0,53*</b>	<b>0,58*</b>	0,31*	<b>0,71*</b>	-0,13*	0,23*	-0,31*	0,17*	<b>0,44*</b>	<b>0,69*</b>	<b>0,51*</b>
Límite	<b>0,74*</b>	<b>0,63*</b>	<b>0,79*</b>	<b>0,56*</b>	<b>0,49*</b>	<b>0,59*</b>	0,03	<b>0,44*</b>	<b>-0,53*</b>	0,16*	<b>0,50*</b>	<b>0,43*</b>	<b>0,68*</b>
Paranoide	0,24*	0,19*	<b>0,40*</b>	0,32*	<b>0,41*</b>	<b>0,50*</b>	0,20*	0,12*	0,00	0,07	<b>0,62*</b>	0,26*	<b>0,42*</b>

Nota: \* $p < 0,0003$ , tras corrección de Bonferroni. En negrita correlaciones  $r > 0,40$

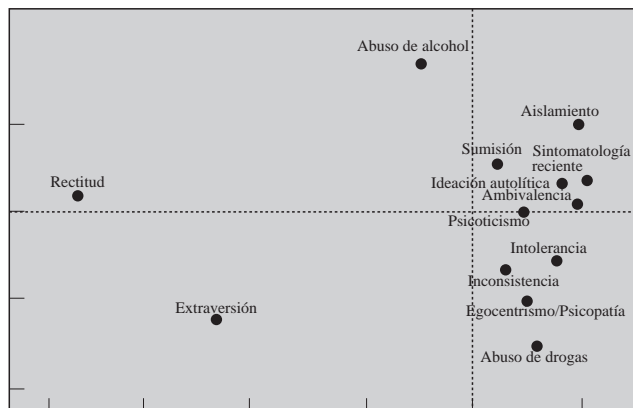


Figura 1. Escalamiento bidimensional de las escalas factorialmente derivadas

Finalmente, interesaba conocer la relación entre los rasgos evidenciados en el análisis estructural del MCMI-II y los propuestos por una teoría de la personalidad normal. Se exploraron las relaciones de aquellos con las dimensiones temperamentales y características del modelo de Cloninger. La tabla 4 muestra las correlaciones, una vez aplicados criterios de corrección del efecto del azar, para evitar la comisión del Error tipo I.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo ha tenido como objetivo principal el estudio de la estructura subyacente del MCMI-II cuando es cumplimentado por adictos. Para este estudio se adoptó una estrategia multivariada, adecuada al objeto de estudio. Todos los trabajos precedentes aplican métodos univariados, asumiendo un continuo entre las dos respuestas posibles, que resultan insuficientes para evitar la agrupación de ítems en función de sus peculiares distribuciones y no en relación a sus contenidos semánticos.

El resultado se resume en: (a) la parte principal del MCMI-II explora condiciones sintomatológicas de aparición reciente (últimos años, últimas semanas) que pueden relacionarse con trastornos del Eje I; (b) un factor explora específicamente ideación autolítica; (c) dos escalas exploran específicamente los problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas; (d) siete escalas exploran rasgos de personalidad disfuncional; y (e) dos escalas exploran rasgos de personalidad normal.

Sorprende que en un cuestionario que pretende evaluar la personalidad (sus trastornos), el grueso del contenido (que explica la mayor proporción de la varianza total) explore condiciones que no son estables, que se han presentado en tiempos recientes (semanas, meses, años), sin que formen parte de la manera de sentir, pensar y comportarse de los sujetos a lo largo del tiempo. Sin embargo, esta proliferación de síntomas sobre rasgos es coherente con la teoría de Millon (Millon y Davis, 1998). La escala de ideación autolítica, que explica el segundo mayor porcentaje de varianza, correlaciona con gran magnitud con este primer componente de sintomatología reciente, siendo plausible considerar que deriva del malestar experimentado. Ambas escalas correlacionan con casi todos los trastornos (salvo el obsesivo-compulsivo) y en varios casos con grandes magnitudes del efecto.

El escalamiento bidimensional nos ofrece una imagen gráfica en la que destacan varias cuestiones. Por una parte, los dos rasgos no-patológicos (Rectitud y Extraversión) se sitúan claramente fuera del "núcleo patológico", y la Extraversión espacialmente opuesta a Aislamiento. Por otro lado, el abuso de alcohol y el de otras drogas también se sitúan en cuadrantes diferentes: el abuso de alcohol más próximo a rasgos asociales y al malestar reciente, mientras que el abuso de drogas se sitúa próximo a rasgos egocéntricos e intolerantes. El abuso de alcohol no ha mostrado correlaciones con magnitud considerable con ninguno de los rasgos; por el contrario, el abuso de drogas correlaciona significativamente y con moderado tamaño del efecto con los trastornos Antisocial y Límite: éstos son los dos trastornos cuya prevalencia es habitualmente mayor en muestras de adictos (Verheul, 2001). Los datos

Tabla 4  
Correlaciones entre las escalas factorialmente derivadas del MCMI-II y las del TCI-R-67

	Búsqueda de novedad	Evitación del daño	Dependencia de recompensa	Persistencia	Excitabilidad exploratoria	Excitabilidad exploratoria	Cooperación	Autotrascendencia
Sintomatología reciente	0,38*	<b>0,64*</b>	-0,14*	-0,20*	-0,21*	<b>-0,68*</b>	-0,22*	0,20*
Ideación autolítica	0,32*	<b>0,44*</b>	-0,13*	-0,11*	-0,12*	<b>-0,54*</b>	-0,20*	0,17*
Ambivalencia	<b>0,48*</b>	<b>0,49*</b>	-0,09	-0,09	-0,02	<b>-0,52*</b>	<b>-0,42*</b>	0,17*
Sumisión	<b>0,27*</b>	<b>0,47*</b>	-0,05	0,01	-0,12*	<b>-0,48*</b>	-0,04	0,22*
Egocentrismo Psicopatía	0,36*	0,26*	0,10	-0,02	0,16*	-0,30*	-0,35*	0,21*
Psicoticismo	0,25*	<b>0,45*</b>	-0,07	0,06	-0,02	<b>-0,43*</b>	-0,22*	0,33*
Extraversión	0,01	-0,27*	<b>0,43*</b>	0,32*	0,34*	0,19*	0,11*	0,13*
Abuso de drogas	0,37*	0,20*	0,02	-0,08	0,06	-0,23*	-0,18*	0,10
Rectitud	<b>-0,58*</b>	-0,37*	0,13*	<b>0,40*</b>	0,03	<b>0,52*</b>	0,28*	-0,01
Abuso de alcohol	0,14*	0,19*	-0,05	-0,06	-0,11*	-0,23*	-0,06	0,08
Intolerancia	0,26*	0,27*	-0,06	0,12*	0,08	-0,25*	<b>-0,49*</b>	0,16*
Aislamiento	0,23*	<b>0,56*</b>	<b>-0,53*</b>	-0,18*	-0,30*	<b>-0,50*</b>	-0,27*	0,08
Inconsistencia	<b>0,48*</b>	0,36*	-0,03	-0,01	0,19*	-0,39*	-0,33*	0,24*

Nota: \*p<0,0005, tras corrección de Bonferroni. En negrita las correlaciones principales (r>0,40)



sugieren que el consumo de alcohol puede estar más relacionado con la reducción del malestar y el de otras drogas con la búsqueda de reforzamiento positivo.

No está claro que las diversas combinaciones de rasgos respondan a las polaridades propuestas de Millon. Como se observa en la tabla 3, cada trastorno se caracteriza por una determinada combinación de rasgos, que no responde adecuadamente al modelo teórico propuesto (Choca, 1999). Por ejemplo, los trastornos Narcisista y Antisocial deberían representar los dos polos del eje activo-pasivo; sin embargo, se observa que la combinación de rasgos característica de ambos es esencialmente la misma, siendo las únicas diferencias un mayor nivel de malestar, una mayor inconsistencia en la búsqueda de reforzadores y una mayor propensión al abuso de drogas en los sujetos con personalidad antisocial. Esto apuntaría a que se trata de dos grados de gravedad de un mismo patrón de comportamiento, y no a polaridades opuestas. Se requeriría un estudio de dimensionalidad más complejo para validar el modelo de polaridades.

Otra cuestión de interés es el rasgo que hemos denominado Ambivalencia, que muestra correlaciones con gran tamaño del efecto con muchos trastornos. Esta ambivalencia debiera ser característica de los trastornos Negativista/Pasivo-agresivo y Límite (como así se observa, con correlaciones próximas o superiores a  $r = 0,80$ ), pero aparece relacionado con todos los demás, salvo el Dependiente y el Obsesivo-Compulsivo. Suele admitirse una elevada prevalencia de Trastorno Límite en adictos (Grant et al., 2008) y del Negativista/Pasivo-agresivo, cuando se incluye en la evaluación (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivar-Arroyo, 2006). Algunos autores llegan a considerar que este trastorno es indistinguible del propio comportamiento adictivo (Nadeau, Landry y Racine, 1999). No obstante, es llamativo que casi todos los trastornos presentan correlaciones significativas con muchos rasgos disfuncionales, lo que habla de una varianza compartida por todos ellos y la necesidad de utilizar métodos que eliminen la colinealidad entre las escalas, o bien, atender únicamente a las correlaciones con magnitud del efecto elevada (por ejemplo,  $r > 0,60$ ).

Esta colinealidad se evidencia también en las relaciones observadas entre las escalas del MCMI-II y los rasgos del modelo de Cloninger: lo que tienen en común los rasgos disfuncionales es baja Autodirección (capacidad de programar y supervisar la propia conducta) y niveles elevados de dos rasgos contrapuestos: Búsqueda de novedad (tendencia irreflexiva a la búsqueda de reforzamiento) y Evitación del daño (temor ante la posible aparición de consecuencias negativas). Se requeriría también un método que controlara tal colinealidad para caracterizar más adecuadamente cada rasgo y cada trastorno, en la línea ya iniciada por los autores del modelo (Svrakic et al., 2002).

Aparecen también dos escalas que no pueden ser consideradas patológicas, ni conceptual ni empíricamente: la Rectitud y la Extraversión. La Rectitud presenta correlaciones opuestas a las que se observan en los rasgos disfuncionales y solo parece relacionarse positivamente con el Trastorno Obsesivo-compulsivo, que representaría una variante extrema de esta modalidad de comportamiento. Lo mismo sucede con la Extraversión, que muestra fuerte correlación positiva con el Trastorno Histriónico, del que es componente esencial. Estos rasgos sugieren una similitud con Escrupulosidad y Extraversión del modelo de los Cinco Grandes Factores (Widiger, Livesley y Clark, 2009), siendo la Ambivalencia cognitiva el equivalente al Neuroticismo y el Aislamiento, la Intolerancia y el Egocentrismo/Psicopatía los contrarios de la Afabilidad, sin que pueda encontrarse un análogo de la Apertura.

En consecuencia, lo que el presente estudio pone de manifiesto es la compleja estructura del MCMI-II que, pese a los intentos del autor para adecuarlo a los sistemas diagnósticos vigentes, es más leal a la teoría psicológica de su autor que a las clasificaciones sintomatológicas. La estructura encontrada en la muestra de adictos requiere ser replicada en otras poblaciones clínicas y en muestras de población no clínica: los sujetos que inician tratamiento para abandonar su adicción lo hacen en condiciones críticas derivadas de las consecuencias negativas (neuropsicológicas, emocionales, psicosociales, etc.) asociadas a su consumo y gran parte de su malestar no es probable que remita en los primeros meses de tratamiento. Por ello, la aplicación del MCMI-II (y, por extensión, cualquier instrumento similar, pero también las entrevistas diagnósticas) en sujetos adictos debe efectuarse con suma cautela: la mera aplicación de los baremos establecidos y la derivación automática de hipótesis diagnósticas debe evitarse. De hecho, se han evidenciado graves deficiencias en los baremos para la estimación de la existencia de trastornos de personalidad al utilizar el MCMI (Sanz, 2007). La consecuencia del proceder habitual es un sobrediagnóstico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006b), posiblemente derivado de contabilizar síntomas transitorios como componentes estables de la personalidad, y, en consecuencia, la obtención de prevalencias espurias de trastornos de personalidad. Por ello, en nuestra opinión, el MCMI es un instrumento útil en la medida en que orienta los diagnósticos a partir de la información proporcionada por los propios sujetos (y teniendo en cuenta los sesgos y alteraciones como información complementaria), pero, en modo alguno, es un instrumento del que puedan derivarse diagnósticos o estimarse prevalencias, como es habitual encontrar en la literatura. El estudio de los rasgos subyacentes a la estructura de la prueba puede proporcionar una información más rica y de mayor utilidad para el diseño de las intervenciones terapéuticas que la mera clasificación categorial en función de comportamientos observables.

## Referencias

- Bernstein, I.H., y Teng, G. (1989). Factoring items and factoring scales are different: Spurious evidence for multidimensionality due to item categorization. *Psychological Bulletin*, 105, 467-477.
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñoz, J., García, E., y Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 295-306.
- Besteiro, J.L., Lemos, S., Muñoz, J., García-Cueto, E., Inda, M., Paño y Roces, M. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 255-269.
- Calsyn, D.A., Wells, E.A., Fleming, C., y Saxon, A.J. (2000). Changes in Millon Clinical Multiaxial Inventory among opiate addicts as a function of retention in methadone maintenance treatment and recent drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 297-309.
- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., y Álvarez, M.M. (2010). Compa-

- ración del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 225-243.
- Choca, J.P. (1999). Evolution of Millon's personality prototypes. *Journal of Personality Assessment*, 72, 353-364.
- Cloninger, C.R. (1999). *The Temperament and Character Inventory-Revised*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Craig, R.J., y Olson, R. (1998). Stability of the MCMI-III in a substance-abusing inpatient sample. *Psychological Reports*, 83, 1273-1274.
- Fernández del Río, E., López, A., y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. *Psicothema*, 22, 357-362.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006a). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18, 453-458.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006b). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, M.P.H.B., Stinson, F.S., Saha, T.D., ... Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Kiers, H.A.L. (1994). Simplimax: A oblique rotation to an optimal target with simple structure. *Psychometrika*, 59, 567-579.
- Lenzenweger, M.F. (1999). Stability and change in personality disorder features. The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1009-1015.
- López, A., y Becoña, E. (2006). Patronos y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 577-582.
- Lorenzo-Seva, U., y Ferrando, P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38, 88-91.
- Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530.
- Millon, T. (1999a). MCMI-II. *Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- Millon, T. (1999b). Reflections on Psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-456.
- Millon, T., y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson (original publicado en 1995).
- Millon, T., y Green, C. (1989). Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II). En Newmark, C.S. (Ed.), *Major psychological assessment instruments*, vol. 2 (pp. 5-43). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Muthén, B., y Kaplan D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30.
- Nadeau, L., Landry, M., y Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.
- OEDT (2009). *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., y Cerezo, M.V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 44-59.
- Pedrero-Pérez, E.J. (2009a). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones*, 21, 29-38.
- Pedrero-Pérez, E.J. (2009b). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11, 12-23.
- Pedrero-Pérez, E.J., López-Durán, A., y Olivar-Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8, 22-41.
- Pedrero-Pérez, E.J., López-Durán, A., y Olivar-Arroyo, A. (2011). Addiction: Frontal personality change but not personality disorder comorbidity implications for treatment of addictive disorders. En Jordan, M.E. (ed.), *Personality traits theory, testing and influences* (pp. 1-36). New York: Nova Publishers.
- Perea-Baena, J.M., Oña-Compan, S., y Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21, 39-44.
- Ravndal, E., y Vaglum, P. (2010). The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: Stability over time? A seven-year follow-up study of substance abusers in treatment. *European Addiction Research*, 16, 146-151.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18, 287-304.
- Sonne, S.C., y Brady, K.T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine dependent individuals. *The American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R., y Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Ten Berge, J.M.F., y Kiers, H.A.L. (1991). A numerical approach to the exact and the approximate minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika*, 56, 309-315.
- Timmerman, M.E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., y Mahlke, K., ... Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 619-635.
- Widiger, T.A. (1999). Millon's dimensional polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72, 365-389.
- Widiger, T.A., Livesley, W.J., y Clark, L.A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21, 243-255.