

5.3. INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI)

Revisión:

María Forns Santacana.

NOMBRE ORIGINAL DEL INSTRUMENTO: Millon Adolescent Clinical Inventory.

FICHA TÉCNICA:

Autores: Th. Millon (1993, 2004).

Adaptación: La adaptación española ha sido realizada por la doctora G. Aguirre y editada por Tea (Millon, 2004).

Aplicación: Individual/colectiva.

Edad de aplicación: Adolescentes, de entre 13 y 19 años.

Duración de la prueba: Sin límite de tiempo.

Objetivos

El MACI pretende estudiar de forma sistemática los patrones de personalidad de los adolescentes, sus preocupaciones más relevantes y las alteraciones psicopatológicas. Se dirige a población presuntamente clínica.

También pretende facilitar a los profesionales de la salud la identificación, predicción y comprensión de las dificultades psicológicas propias de los adolescentes de entre 13 y 19 años.

Descripción

El test de MACI de Millon (1993, 2004) se asienta en la perspectiva teórica del modelo evolutivo y biosocial de este autor (Millon, 1974, 1990, 1995). Este modelo integra conocimientos teóricos, nosológicos, instrumentales y de intervención y sustenta sólidamente el quehacer del clínico (Millon y Davis, 1995).

El MACI es un autoinforme organizado en dos partes. En la primera parte se solicita al sujeto sus datos sociodemográficos y se le pide que identifique, de entre once problemas (conflicto familiar, problemas en el trabajo o estudio, soledad, estado de ánimo, etc.), aquel que le preocupa en mayor medida. En la segunda parte se le pide que responda a 160 ítems, según el formato de respuesta «verdadero-falso». Cada ítem presenta una conducta clínicamente no adaptada. Este conjunto de ítems se organiza en doce escalas que evalúan patrones de personalidad, ocho escalas que analizan preocupaciones del adolescente y siete escalas que reflejan problemas clínicos. El test dispone, además, de cuatro escalas de control. El número de ítems que configura cada escala es variable, y los ítems reciben distinto peso (1, 2 o 3 puntos) en función del valor de su contenido en relación con la significación clínica de la escala.

Las escalas de **patrones de personalidad** reflejan prototipos de personalidad (rebelde, egocéntrico, histriónico, etc.) que se organizan y diferencian entre sí en función de tres polaridades (placer-dolor, actividad-pasividad, sí mismo-otros). El concepto de polaridad se refiere a núcleos organizadores de las experiencias de aprendizaje interpersonal, relacio-

nados con los principios de la evolución. La polaridad placer-dolor se vincula con la finalidad existencial del ser humano y se refiere al incremento y preservación de la calidad de vida. La polaridad actividad-pasividad se refiere a las formas de intercambio de energía e información con el contexto. La polaridad sí mismo-otros se refiere a las estrategias de réplica o estilos de reproducción de las especies: propagarse o alimentarse. Las polaridades placer-displacer y sí mismo-otros son básicas, significan la fuente primaria de satisfacción y expresan la dirección hacia la cual el sujeto tiende a buscar el refuerzo. La polaridad actividad-pasividad puede intervenir de forma combinada con cualquiera de las otras dos polaridades y su actuación equivale a la conducta que el sujeto emplea para maximizar los refuerzos y minimizar el dolor. La combinación de estas variables da pie a la definición de distintas formas de conducta o patrones de personalidad, cuya expresión se relaciona con los patrones de personalidad defendidos por la taxonomía del Eje II del sistema clasificatorio de los sistemas DSM (1995). Cada uno de los patrones de personalidad es caracterizado por el autor según diversas dimensiones: conducta manifiesta, forma de relación interpersonal, estilo cognitivo, expresión del afecto, mecanismos inconscientes, autopercepción, representaciones internas y organización intrapsíquica. Esta diversidad de dimensiones en la descripción del patrón expresa la riqueza conceptual que caracteriza la obra de Millon.

Las escalas de **preocupaciones expresadas** se refieren a un conjunto de percepciones y actitudes que suelen ser comunes entre adolescentes con conflictos (insensibilidad social, discordancia familiar, abusos en la infancia, etc.).

Las escalas de **síndromes clínicos** reflejan distorsiones o alteraciones bien definidas por los cuadros clínicos que representan (impulsividad, depresión, conducta delictiva, etc.) y toman pleno sentido en función del patrón de personalidad que los sustente.

Las escalas de **control** se refieren a: transparencia (X), deseabilidad (Y), alteración (Z) y fiabilidad (W). La escala de transparencia analiza el grado de franqueza, autorrevelación o defensa (reticencia o secretismo) mostrado en las respuestas al test. La escala de deseabilidad se refiere al grado en que el sujeto ha intentado dar respuestas socialmente ajustadas o moralmente aceptadas. La escala de alteración se refiere al grado en que el sujeto se ha mostrado a sí mismo como desajustado. Los valores de estas tres escalas se emplean para corregir o modificar el resultado del resto de escalas. Finalmente, la escala de fiabilidad está compuesta por dos ítems de ocurrencia altamente improbable a través de los cuales se analiza el grado de atención y coherencia del sujeto en el proceso de respuesta al test.

El contenido específico de las escalas se refleja en la tabla 5.3.1.

TABLA 5.3.1

Patrones de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos

Patrones de personalidad			
Escalas	Conflictos predominantes	Características básicas en caso de presencia de los patrones	Trastornos de personalidad
1. Introverso	Conflicto en la polaridad placer/displacer. Dificultades (incapacidad) para experimentar la vida tanto de forma placentera como dolorosa. Acomodación pasiva.	Apatía, indiferencia, reserva, distancia, escasa sociabilidad, escasas necesidades afectivas, escasa manifestación de vida emocional, indiferencia a recompensas, a afectos y a la relación humana.	Esquizoide
2A. Inhibido	Conflicto en la polaridad placer/displacer. Capacidad disminuida para experimentar placer y gran sensibilidad y respuesta al dolor. Modificación activa.	Vergüenza, incomodidad frente a las relaciones humanas, escasa confianza en las relaciones de amistad, escasa expresión de sentimientos. Miedo, establecimiento de distancia y aislamiento como defensa.	Evitativo
2B. Pesimista	Conflicto en la polaridad placer/displacer. Aguda vivencia del sentimiento de pérdida y desesperanza en relación a la recuperación del placer. Acomodación pasiva.	Pesimismo, abatimiento, cansancio, desánimo. Presencia de culpa y remordimiento. Autodesvalorización. Visión pesimista del futuro.	Depresivo
3. Sumiso	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Énfasis en el polo otros, como fuente de seguridad y alimentación. Subordinación de las necesidades personales a las de otros. Acomodación pasiva.	Bondad, amabilidad, dependencia. Necesidad de apoyo externo. Escasa competitividad, escasa autoconfianza y tendencia a la desvalorización. Inhibición de toma de responsabilidad adulta.	Sumiso
4. Histriónico	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Énfasis en el polo otros. Orientación hacia los demás. Modificación activa.	Manipulación, seducción, continua búsqueda de atención. Necesidad constante de estímulos, actividad y afecto: insaciabilidad. Inconstancia, impulsividad, teatralidad en la expresión del afecto. Superficialidad. Gregarismo. Busca de experiencias y de excitación.	Histriónico

TABLA 5.3.1 (continuación)

Patrones de personalidad			
Escalas	Conflictos predominantes	Características básicas en caso de presencia de los patrones	Trastornos de personalidad
5. Egocéntrico	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Énfasis en el polo del yo mismo. Orientación hacia el yo. Acomodación pasiva.	Seguridad personal, egoísmo, narcisismo. Autoconfianza y autovaloración excesiva. Arrogancia. Optimismo. Poca preocupación por las necesidades de los demás. Escasa participación en la reciprocidad del intercambio social	Narcisismo
6A. Rebelde	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Énfasis en el polo yo mismo, con insensibilidad respecto a los motivos y deseos de los demás. Modificación activa.	Hostilidad, disociabilidad, explotación de los demás, irascibilidad, rebeldía. Desconfianza en los otros. Búsqueda de desquite. Irresponsabilidad. Conducta antisocial. Usurpación de lo que poseen los demás.	Disocial Antisocial
6B. Rudo	Conflicto o inversión en la vivencia de dolor/placer. El dolor puede ser considerado un placer. Modificación activa.	Asertividad, dureza, agresividad y hostilidad. Control, dominio e intimidación de los demás. Uso de la humillación, desagrado y abuso como fuente de placer. Relaciones personales conflictivas.	Sadismo
7. Conformista	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Orientación hacia los demás, relación social consistente y respeto interpersonal. Acomodación pasiva.	Atrapados en la ambivalencia de la corrección social (o en sus propias normas) y el sometimiento o la rebeldía. Formalidad, eficiencia, respeto, orden, planificación, autodisciplina, escrupulosidad y meticulosidad. Consciencia de normas. Control y tensión. Contención de las emociones. Rigidez. Constreñimiento.	Obsesivo-compulsivo
8A. Oposicionista	Conflicto en la polaridad sí mismo-otros. Modificación activa.	Hostilidad, imprevisión, desafío. Negativismo. Extravertidos, malhumorados. Discusiones continuadas.	Oposicionismo

TABLA 5.3.1 (continuación)

Patrones de personalidad			
Escalas	Conflictos predominantes	Características básicas en caso de presencia de los patrones	Trastornos de personalidad
8B. Autopunitivo	Conflicto en la polaridad placer/displacer. El dolor puede ser preferible al placer. Acomodación pasiva.	Actuación lesiva para sí mismo. Culpabilidad. Abnegación extremada. Autodepreciación y autohumillación. Satisfacción en el sufrimiento.	Masoquismo
9. Tendencia límite	Estructura altamente disfuncional.	Inestabilidad afectiva, relaciones personales erráticas, impulsividad. Cambios bruscos y caprichosos en la conducta. Temor al abandono. Tendencias autolesivas. Vulnerabilidad a la descompensación.	Límite
Preocupaciones expresadas			
Escala	Características básicas en caso de presencia del problema		
A. Difusión de la identidad	Confusión acerca de sí mismo y acerca de los deseos personales. Inseguridad en la identidad personal.		
B. Desvalorización de sí mismo	Insatisfacción en relación a la imagen de sí mismo. Baja autoestima.		
C. Desagrado por el propio cuerpo	Percepción de deficiencias y desajustes en la maduración biológica y en la morfología del propio cuerpo.		
D. Incomodidad respecto al sexo	Desagrado o confusión en relación a los sentimientos referidos a la sexualidad.		
E. Inseguridad con los iguales	Temor frente al rechazo por parte de los congéneres.		
F. Insensibilidad social	Indiferencia hacia los sentimientos y reacciones de los demás.		
G. Discordia familiar	Tensión y conflicto familiar. Escaso apoyo y exceso de distanciamiento entre los familiares.		
H. Abusos en la infancia	Vergüenza o disgusto por haber sido sometido a abusos verbales, físicos o sexuales por parte de familiares, parientes o amigos.		
AA. Trastornos de la alimentación	Tendencia a la anorexia o bulimia.		
BB. Inclinación al abuso de sustancias	Inadecuado uso de alcohol o drogas, con afectación significativa del comportamiento y de la vida escolar.		
CC. Predisposición delincuente	Desconsideración frente a las normas sociales. Tendencia a entrar en situaciones de violación de los derechos de los demás.		

TABLA 5.3.1 (continuación)

Síndromes clínicos	
Escala	Características básicas en caso de elevación de la escala
DD. Tendencia a la impulsividad	Tendencia a la pérdida del control del impulso; emociones muy fuertes y exacerbadas. Excitabilidad, impulsividad, falta de temerosidad.
EE. Sentimientos de ansiedad	Presencia de aprehensión, incomodidad, desasosiego.
FF. Afecto depresivo	Disminución de la eficacia. Desesperanza, aislamiento social, pérdida de confianza en uno mismo.
GG. Tendencia suicida	Presencia de ideación suicida.

Desarrollo de la escala

Los inicios de la escala se relacionan con sus predecesores MAI (*Millon Adolescent Inventory*) y MAPI (*Millon, Adolescent Personality Inventory*), a los cuales sustituye plenamente. El MACI fue desarrollado entre los años 1974 y 1993 por el equipo de Millon (1993) en colaboración con psicólogos clínicos, orientadores y psiquiatras, de múltiples servicios médicos de diversos estados de Estados Unidos. Muchos de los ítems del MACI pretenden reflejar los criterios diagnósticos de los sistemas DSM-III-R y DSM-IV (APA, 1995), aunque han sido reformulados con un lenguaje apropiado para los adolescentes.

Una de las características más relevantes del test es la introducción del concepto de **tasa base** como valor métrico para identificar la presencia e intensidad de las alteraciones evaluadas. Para fijar los puntos de corte de la TB se requiere conocer las tasas de prevalencia, de la característica en cuestión, en la población de referencia. El porcentaje en que una característica es valorada, por los clínicos, como «notablemente destacada» entre la población de consulta es empleado para fijar el punto de corte de TB = 85, y el porcentaje en que tal característica aparece como «presente», en el mismo grupo de sujetos, fija el punto TB = 75. A partir de estos puntos, se definen por interpolación el resto de puntos de corte. Este método se aplica con algunas variaciones a las distintas escalas. Así, la TB indica en qué medida la conducta de un sujeto se parece a la de un grupo prototipo de personalidad o a un grupo psiquiátrico que tiene un determinado atributo o trastorno. A partir del valor TB se puede interpretar la probabilidad de presentar un determinado atributo. La TB reconoce que igual cantidad de rasgo o de características psicológicas (en términos de centiles o puntuaciones T) tienen distintas implicaciones desde la perspectiva psicopatológica.

Características psicométricas

➤ Versión original

La consistencia interna de las escalas del test analizada mediante coeficiente alfa oscila, según las muestras contempladas, entre 0,73 o 0,74 (patrón sumiso y escalas de inco-

modidad en relación al sexo y deseabilidad) y 0,90 o 0,91 (patrón autopunitivo y escala de desvalorización de sí mismo). Los coeficientes de fiabilidad test-retest calculada a intervalos temporales de entre tres y siete días ofrecen correlaciones que oscilan entre 0,57 (escala de inseguridad con los iguales) y 0,92 (patrón de tendencia *borderline*), con una estabilidad media de 0,82. La validez del MACI ha sido testada mediante análisis de contrastes con juicios clínicos y de forma concurrente con otros instrumentos (de evaluación de conducta alimentaria, depresión, desesperanza y ansiedad). Las correlaciones obtenidas entre el test y los juicios de expertos fueron estadísticamente significativas para 14 de las escalas del MACI. Las escalas con mayores índices de correlación (entre 0,27 y 0,52, según diferentes muestras) fueron las de patrones de inhibición y rudeza, las de abuso sexual e insensibilidad social y las de predisposición al abuso de sustancias, predisposición delincuente y afecto depresivo.

➤ *Adaptación española*

La adaptación española ha sido realizada por la doctora G. Aguirre y editada por TEA (Millon, 2004). La baremación incluye 1.087 casos válidos, organizados en cuatro grupos según sexo y edad. Los puntos de corte fijados para la adaptación española son los siguientes:

- Puntuación TB = 50 Media del grupo normativo o centil 50 (según escalas).
- Puntuaciones TB = 75 y 85 Determinados por las tasas de prevalencia. La TB 75 se ha fijado, según escalas, en valores centilares comprendidos entre 81 y 88. La TB de 85 se ha fijado, también según las escalas, en valores centilares comprendidos entre 88 y 95.
- Puntuación TB = 115 Determinado por la puntuación directa máxima obtenida.
- El resto de TB se han fijado por interpolación.

La consistencia interna de las escalas del test analizada mediante coeficiente α ofrece valores muy próximos a los de la muestra original. Los valores más bajos de 0,65 y 0,69 se han identificado en las escalas de incomodidad en relación al sexo y en el patrón sumiso, respectivamente, y los más elevados, de 0,90 y 0,91 se han detectado en el patrón autopunitivo y en la escala de desvalorización de sí mismo, respectivamente. La escala de control de deseabilidad alcanza un valor alfa menos consistente (0,64) que en la muestra original. La ponderación de los ítems no afecta los valores de consistencia. La validez empírica, por el momento, sólo es certificada a través de la satisfacción de los clínicos con el uso del instrumento como medio de diagnóstico y de orientación para el tratamiento.

Administración

El MACI se aplica a adolescentes de entre 13 y 19 años, con un nivel de lectura equivalente al requerido en educación primaria. Como en todos los procedimientos de aplicación de pruebas psicológicas, se requiere que el examinador controle las variables que pueden interferir en el proceso de respuesta al test (comodidad, elementos de distracción, disponibilidad y honestidad para responder, tiempo y horario adecuados, etc.).

El material de administración se limita a un protocolo con las 160 cuestiones, de respuesta dicotómica verdadero-falso, y una hoja de respuesta preparada para corrección automatizada. Las instrucciones son muy sencillas, están escritas en el propio protocolo y pueden ser entendidas sin complicaciones. En ellas se informa al adolescente de que *a*) las frases describen conductas propias de los adolescentes, *b*) se pretende ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes, *c*) se le solicita honestidad y seriedad en sus respuestas, *d*) los resultados pueden ayudarle a conocerse mejor y a orientar su futuro, *e*) algunas frases, poco corrientes o atípicas, están incluidas porque el objetivo de la prueba es ayudar a adolescentes con todo tipo de problemas, y *f*) debe tratar de responder a todas las cuestiones, sin límite de tiempo.

Normas de corrección

La adaptación del MACI, realizada por TEA bajo la dirección de la doctora G. Aguirre, ofrece una corrección mecanizada. La corrección manual (prevista en el test original) implica una elevada inversión de tiempo y supone un largo proceso de transformación de las puntuaciones que facilita la introducción de errores. En efecto, la corrección manual requiere el recuento de la puntuación directa para cada escala, la transformación de estas puntuaciones en tasas base y el ajuste de estos valores en función de: *a*) la transparencia (ajuste escala X), *b*) el estado emocional en el momento de realización de la prueba (ajuste ansiedad/depresión), *c*) la deseabilidad o autodesvalorización (ajuste deseabilidad/alteración), *d*) la defensa psicológica (ajuste negación/queja). Estas modificaciones se aplican a diferentes escalas. Los valores TB finales son los que se emplean para la interpretación del perfil y dan lugar a la realización de un código personal.

Para la elaboración de este código se toman en consideración las tres partes del test, cada una de las cuales queda separada en el código por una doble barra (//). En primer lugar se toman las escalas prototípicas de patrones de personalidad que tengan una puntuación TB ≥ 59 . A aquellas que tengan un TB ≥ 85 se las destaca con dos asteriscos (**), a las comprendidas en el rango TB entre 75-84 se las destaca con un asterisco (*) y a continuación se listan escalas comprendidas en el rango TB entre 60-74. Si en alguno de los rangos no hay ninguna escala aplicable, se indica con un guión (-). Las escalas que se diferencien entre sí por puntuaciones TB ≤ 2 puntos deberán subrayarse, indicando con ello su valor de casi equivalencia. Los empates se resuelven dando preferencia a un orden prefijado (**9, 2B, 6A, 8B, 6B, 2A, 8A, 7, 4, 5, 3, 1**). El mismo procedimiento se emplea para las escalas de preocupaciones expresadas, en cuyo caso el empate se decide en función del orden de presentación de las escalas en el perfil (**A, B, C, D, E, F, G, H**). En las escalas de síndromes clínicos se sigue el mismo procedimiento expresado y el orden se decide en función de la lista siguiente: **GG, BB, FF, EE, CC, AA, DD**.

> *Ejemplo de código personal*¹:

—** 6B* 59// —** —* A // —** —* BBEE //

¹ Véase un ejemplo del uso de este código y de interpretación de este test en el capítulo 12, «Orientación vocacional», de M. Forns, en este mismo libro.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- Millon, T. (1974). *Psicopatología y personalidad*, México: Interamericana.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*, Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1993). *MACI. Millon Adolescent Clinical Inventory. Manual*, Minneapolis: NCS, Inc.
- Millon, T. (1995). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*, Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (2004). *MACI: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Manual*, Madrid, TEA (adaptación española realizada por G. Aguirre).
- Millon, T. y Davis, R. (1995). Putting Humpty Dumpty Together Again: Using the MCMI in Psychological Assessment. En L. E. Beutler y M. R. Berren (eds.). *Integrative Assessment of Adult Personality*, pp. 240-279, Nueva York: Guilford Press.