

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/264541358>

Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Article in *Revista Argentina de Clínica Psicológica* · January 2006

CITATION

1

READS

3,932

3 authors:



Maria Cristina Richaud

Austral University (Argentina)

265 PUBLICATIONS 2,953 CITATIONS

SEE PROFILE



Laura Oros

National Scientific and Technical Research Council

96 PUBLICATIONS 818 CITATIONS

SEE PROFILE



Viviana Lemos

National Scientific and Technical Research Council. Universidad Adventista del Pl...

246 PUBLICATIONS 1,118 CITATIONS

SEE PROFILE

**Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario
Clínico Multiaxial de Millon III ^(1, 2 y 3)**

**A Preliminary Adaptation of the Millon Multi-axial
Inventory III to Argentina**

Richaud de Minzi, M. C.* Oros, L. ** y Lemos, V. ***

Resumen

En este trabajo se estudió la validez de la versión al español del MCMI III propuesta por Millon. Para ello, se estudió, en primer lugar, la pertinencia de los ítem en función del trastorno que los mismos pretendían evaluar, como así también la adecuación de la expresión utilizada. Se administró la versión propuesta por Millon con algunas modificaciones idiomáticas del “argentino” a un grupo de expertos, psicólogos y psiquiatras, quienes debían actuar como jueces externos. Una vez establecida la versión a utilizar en este estudio argentino se estudió la calidad psicométrica de la misma en una muestra de pacientes clínicos de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, Argentina, obteniendo buenos indicadores de confiabilidad y validez.

Palabras Clave: Personalidad - Evaluación- Inventario MCMI III- Adaptación argentina

¹ Trabajo elaborado como producto de un proyecto de investigación subsidiado por la Facultad de Humanidades Educación y Ciencias Sociales de la Universidad Adventista del Plata. Las autoras agradecen especialmente a quienes colaboraron activamente en el proceso de estudio de los ítems: Dra. Delia Barrionuevo de Mussi, Dra. Carla Sacchi y Ps. Nancy Martinez, y a quienes realizaron la administración y evaluación de los cuestionarios a los pacientes, Lic. Mónica Braude y Matilde Bogani.

² Agradecen también la participación de las licenciadas: María Laura Rodríguez, Soledad Rodríguez, María Lorena Cabrera, Roseane Abreu y de las alumnas: Natalia Korsún, Nancy Hein, Mónica Patrone y Cristina Schmidt, quienes colaboraron en la primera parte del estudio en la administración y evaluación de los cuestionarios a los jueces.

³ *Nota.* Resultados parciales de este trabajo fueron presentados en el IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica realizado en Lima, Perú, en Julio del 2003. Título de la ponencia: “Adaptación Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, primera parte”.

* Dra. en Psicología. Investigadora principal del CONICET. E-mail: minzi@ciudad.com.ar

** Dra. en Psicología. Becaria post doctoral por el CONICET. E-mail: lauraoros@ismartin.com.ar

*** Dra. en Psicología. Becaria post doctoral por el CONICET. E-mail: vivianalemos@doc.uap.edu.ar

Abstract

In this study we worked on the validity of the MCMI III Spanish version proposed by Millon. For that, in the first place, we studied the pertinence of the items for each disorder that they pretended to evaluate, and the adequacy of the expressions used. The version proposed by Millon, with minor “Argentinean” idiom modifications, was administered to a group of experts, psychologists and psychiatrists, who had to act as external judges. Once the version to be used was established for this Argentinean study, the psychometric quality was taken into study with a sample of clinical patients from the provinces of Buenos Aires and Entre Rios, Argentina, and the results showed good indicators of validity and reliability.

Key Words: Personality – Evaluation – MCMI III Inventory – Argentinean Adaptation

Introducción

El Inventario Multiaxial de Millon (MCMI) es considerado un instrumento psicodinámico objetivo, ya que está compuesto y se administra en forma estructurada y estandarizada, pero se interpreta a partir del examen de la interacción entre los valores de las escalas y de las relaciones clínicamente establecidas entre los procesos cognitivos, el comportamiento interpersonal y las fuerzas intrapsíquicas. Por ello, se lo considera similar al MMPI en cuanto al formato de los ítems y al procedimiento de administración, aunque más parecido al Rorschach y al TAT en lo que se refiere al contenido y al proceso de interpretación.

Uno de los principales objetivos, durante la construcción de cada versión del MCMI, fue mantener un número total de ítems lo bastante reducido como para facilitar su utilización en marcos diagnósticos y terapéuticos diversos, aunque lo suficientemente completo como para permitir la evaluación de un amplio abanico de comportamientos

clínicamente relevantes. Parece que 175 ítemes se sitúan dentro de los límites de tolerancia de los pacientes. La mayoría de las personas completan el MCMI en 20-30 minutos, lo que facilita una administración simple y rápida a la vez que reduce la resistencia y fatiga de los pacientes.

El actual MCMI se compone de 24 escalas clínicas y 3 escalas "de corrección", útiles para el análisis interpretativo. El propósito de estos tres índices correctores (Sinceridad, Deseabilidad y Falsedad o encubrimiento) es la identificación de la tendencia a la distorsión que caracteriza a los pacientes y sus respuestas. Las dos primeras secciones clínicas incluyen las escalas de todos los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM III-R y del DSM IV (incluidos los trastornos de personalidad autodestructivo/masoquista y sádico del apéndice del DSM III-R y el Trastorno Depresivo de la personalidad del apéndice del DSM IV). La primera de estas secciones valora las patologías de la personalidad consideradas moderadamente graves, del Trastorno esquizoide al Trastorno masoquista. La segunda sección representa las patologías que Millon considera más graves o con déficit estructurales, el Trastorno esquizotípico, el Trastorno límite y el Trastorno paranoide de la personalidad. Las siguientes dos secciones cubren varios de los síndromes del Eje I más prevalentes, desde los más moderados hasta los más graves. La división entre escalas para trastornos de la personalidad y escalas para síndromes clínicos pretende que las interpretaciones del MCMI sean congruentes con la lógica multiaxial del DSM.

En Psicología de la Personalidad, uno de los problemas más importantes y dificultosos es el del diagnóstico válido y preciso. Es por ello, que los psicólogos tratan continuamente de mejorar sus instrumentos diagnósticos. En este sentido, la contribución de este trabajo consistiría en proporcionar a la comunidad psicológica argentina un estudio psicométrico de un instrumento no tradicional para la evaluación de la personalidad patológica, analizando su funcionamiento en nuestro medio.

Estudio 1

El propósito central de este primer estudio fue analizar si la traducción española del MCMI sugerida por Millon, resultaba plenamente comprensible y adecuada a las expresiones idiomáticas comunes de los adultos argentinos. Siempre existe la posibilidad de que, al administrar un cuestionario que fue originalmente construido para otra población, las diferencias idiomáticas atenten contra la validez constructiva (Matesanz, 1997). Es decir que se interprete el enunciado de un ítem como correspondiente a una dimensión para la cual no fue elaborado.

Con la versión española, y siempre teniendo como referencia el original estadounidense, se realizó un estudio idiomático del cuestionario como se describe a continuación.

Método

Sujetos

Se trabajó con una muestra no probabilística, intencional, de 30 psicólogos y psiquiatras argentinos de ambos sexos, comprendidos en un rango de edad de 25 a 65 años, con residencia en la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Entre Ríos (Argentina), para que actuaran como jueces externos acerca de la pertinencia de los ítems, en función del trastorno que los mismos pretendían evaluar, como así también de la adecuación de la expresión utilizada.

Procedimientos

El primer paso en la adaptación del instrumento consistió en analizar, a partir de la opinión de 8 jueces expertos (psicólogos y psiquiatras), las expresiones utilizadas en la versión española del instrumento, comparándolas con su original en inglés. El énfasis fue puesto en que el ítem reflejara en nuestra cultura, de manera comprensible, el trastorno que pretendía operacionalizar. Se encontró que la traducción española recomendada por Millon,

incluía expresiones poco usuales en nuestro medio, por lo que fue necesario realizar una redacción alternativa para 107 ítem de los 175 que posee el instrumento.

El segundo paso consistió en presentar los 107 ítem de ambas versiones (la traducción española y la versión argentina propuesta por nosotros) a los 30 jueces argentinos, quienes debieron compararlos de acuerdo a los criterios de adecuación del ítem al trastorno que pretende evaluar y al modo de expresión utilizado, como se aprecia a continuación (la primera formulación corresponde a la traducción española y la que figura a continuación a la versión argentina):

Por favor circule la expresión que refleja mejor el trastorno que se menciona. Si ambas definen igualmente bien el trastorno, indique cuál está mejor expresada. Muchas gracias.

Ítem 97. a) Yo creo en el dicho “acostarse con las gallinas y levantarse con los gallos”.
b) Creo que todos los días hay que levantarse y acostarse muy temprano.

¿Cuál refleja o define mejor el trastorno Compulsivo?	a	b
Si las dos reflejan o definen igualmente el trastorno, ¿cuál está mejor expresada?	a	b

Se analizó la adhesión de respuestas a cada categoría, realizando la prueba *Ji cuadrado* (χ^2) para evaluar si existía una preferencia significativa hacia alguna de las opciones.

Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los jueces evidenciaron una preferencia por la versión argentina en 106 de los 107 ítemes presentados con cambios. En 94 de ellos (88%), el *Ji cuadrado* indicó una preferencia significativa ($p \leq 0,05$), en los 12 restantes el mayor porcentaje de jueces también se mostró a favor de la versión argentina. En sólo un ítem los jueces escogieron la versión española, aunque no se presentó una preferencia significativa desde el punto de vista estadístico.

Discusión

Como hemos presentado hasta aquí, para obtener una adecuada evaluación psicológica es imprescindible la correcta adaptación de los instrumentos al contexto en que se pretenden utilizar.

Particularmente, al estudiar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III encontramos que 107 ítem de la versión española contenían palabras o expresiones que oscurecían la interpretación válida de los enunciados en nuestro país, por lo cual se propuso una expresión alternativa, que luego de ser aprobada por el grupo de jueces (en 106 de los casos), llegó a conformar la versión argentina, que fue posteriormente administrada en diferentes centros de asistencia psicológica y psiquiátrica, para evaluar sus propiedades psicométricas.

Considerando que los resultados obtenidos tras la aplicación de pruebas de evaluación psicológica como el MCMI III, son utilizados habitualmente para justificar importantes decisiones en diferentes escenarios, como por ej. la práctica clínica, y para generar conocimientos a través de su vinculación con los resultados de otras pruebas psicológicas, es que se considera de gran importancia optimizar el proceso de evaluación, utilizando únicamente aquellos instrumentos de los que se haya demostrado su validez y confiabilidad en el ámbito de interés.

Estudio 2

En la segunda fase de este trabajo, nos propusimos administrar esta adaptación argentina del MCMI para evaluar su funcionamiento en una muestra de pacientes clínicos de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, Argentina. Iniciamos contactos con aquellas instituciones o profesionales que realizaban la tarea psicodiagnóstica basándose, no sólo en la entrevista clínica, sino también en la evaluación psicométrica, de manera tal que fuera factible emplear nuestra versión del MCMI III en lugar de otros cuestionarios de diagnóstico clínico que los profesionales utilizaban habitualmente. A los efectos de agilizar la devolución de los resultados, trabajamos con un equipo técnico, previamente entrenado, para corregir el

inventario. El proceso de corrección del MCMI III es sumamente complejo, por lo que para reducir la probabilidad de errores, se utilizó la planilla de corrección automatizada. Se trabajó en la elaboración de dos instructivos para orientar a quienes colaboraron en el proceso de evaluación y corrección de los tests: (a) instructivo para la corrección automatizada, y (b) instructivo para la interpretación de los perfiles, basado en el trabajo de Chocca (2004). Este último instructivo fue entregado a los psicólogos y psiquiatras con el fin de facilitarles el proceso interpretativo y de análisis.

Método

Sujetos

Se trabajó con una muestra de 799 sujetos adultos, mayores de 18 años ($M= 35.68$; $DE=13.71$), de ambos sexos (481 mujeres y 288 varones), pertenecientes a diferentes provincias de nuestro país, que presentaban características clínicas psicopatológicas y asistían a los centros de salud mental que administraban nuestra versión del inventario. La prueba fue aplicada a grupos con diferentes patologías, previamente diagnosticados con el DSM IV.

Procedimientos

Los sujetos fueron entrevistados por psicólogos y/o psiquiatras que pertenecían a diferentes centros de asistencia psicológica, y que habían accedido a administrar nuestra versión del MCMI III. Durante la entrevista psicodiagnóstica, los profesionales evaluaron al paciente mediante los criterios clínicos que propone el DSM IV y entregaron el inventario al paciente, siempre que el mismo estuviera en condiciones de autocompletarlo. Los protocolos, debidamente contestados y revisados por el terapeuta, fueron procesados electrónicamente. Se realizó un estudio factorial por escalas que fue comparado con otros realizados con muestras estadounidenses. También se analizó la confiabilidad, a través del coeficiente alpha de Cronbach.

Resultados

Análisis factorial

El análisis factorial se realizó mediante el método de componentes principales y rotación Varimax. Siguiendo el criterio de Kaiser (autovalor 1), se extrajeron cuatro factores que explican el 74,39 % de la variancia total. El 31,20% viene inducida por el primer factor que aglutina aquellas escalas referentes al estado de ánimo depresivo y ansioso, tales como las escalas de distimia, de síndromes y trastornos depresivos, del trastorno dependiente, el desorden de ansiedad, etc. El segundo factor, que explica el 17,73% de variancia, agrupa las escalas relacionadas con conductas transgresoras, como las de trastorno antisocial, dependencia al alcohol, consumo de drogas, etc. El tercer factor explica el 14,27% de variancia, e incluye cuatro escalas, que representan los polos opuestos de placer vs displacer por la estimulación social. Finalmente, el último factor induce el 11,18% de variancia y agrupa las escalas *Paranoide* y *Desorden delirante*. En la Tabla 1 se expone la distribución de las escalas con sus respectivos coeficientes. Los pesos inferiores a 0.30 han sido suprimidos.

(Insertar Tabla 1)

Análisis de fiabilidad

En relación a la fiabilidad, se encontraron resultados satisfactorios para todas las escalas. En la Tabla 2 se pueden apreciar los coeficientes de alpha obtenidos para cada trastorno.

(Insertar Tabla 2)

Discusión

Uno de los aspectos sobre el cual más se han preocupado los investigadores en relación al MCMI es su estructura factorial (Craig, Bivens, 1998). En algunos casos se ha factorizado el test entero (Choca, Peterson, & Shanley, 1986; Lewis & Harder, 1990; Millón 1983, 1987;

Strack, 1991). Ocasionalmente se han factorizado por un lado las escalas de desórdenes de personalidad y por otro los síndromes clínicos (Hamberger & Hasting, 1986; Retzlaff & Gibertini, 1987).

La correspondencia de los ítems del test a más de una escala, supone una superposición de variancia o complejidad factorial, difícil de resolver aplicando un análisis factorial de 1º orden, es decir partiendo de los ítems.

A pesar de esto, algunos investigadores han factorizado las versiones anteriores del MCMI al nivel de ítem (Lorr, Strack, Campbell, & Lamnin, 1990), pero esto no se ha realizado con la última versión. Incluso el manual del MCMI III no contiene información sobre la estructura factorial general del test revisado. Probablemente esto se deba, además de a la complejidad factorial ya mencionada - que refleja la operacionalización teórica explícitamente propuesta por Millon- a un cambio importante en el sistema de puntuación, que se realizó en esta última versión, modificando el puntaje máximo por ítem de 3 a 2 puntos, lo cual hace incorrecto desde el punto de vista metodológico aplicar la correlación *r* de Pearson, sobre la cual se basa el análisis factorial.. Uno de los métodos que podría implementarse, con la intención de superar esta limitación metodológica, es partir de correlaciones tetracóricas (Richaud de Minzi, 2005).

En este estudio preliminar, realizamos un análisis factorial de 2º orden, es decir, partiendo de las escalas.

Si bien la estructura factorial hallada no responde a la clasificación teórica que propone Millon, en cuanto a desórdenes de personalidad por un lado y síndromes clínicos por otro, los resultados son equiparables a los encontrados en estudios psicométricos previos.

Tal como lo mencionan otros autores (Craig y Winberg, 1993; Craig y Bivens, 1998) hemos hallado un primer factor de *Desajuste general*, con preponderancia de síntomas depresivos y ansiosos; un segundo factor que podría denominarse *Antisocial-Acting Out*, pues incluye patrones de personalidad caracterizados por rasgos antisociales combinados con

comportamientos agresivos e impulsivos, en contraposición a la compulsión por el orden y la organización (nótese que la escala Compulsivo saturó con un valor negativo en este factor); un tercer factor con un tinte mayormente social, que incluye desórdenes referentes a la búsqueda vs. la evitación de la estimulación social y la vinculación interpersonal; y un último factor que reúne el comportamiento paranoide con los delirios, lo cual es perfectamente explicable desde el punto de vista teórico. Hemos denominado a estos dos últimos factores *Búsqueda vs. Evitación de la estimulación social y Rasgos paranoides*, respectivamente.

Los trastornos que saturan con mayor carga en el primer factor se caracterizan por presentar las siguientes particularidades:

(a) pesimismo, incapacidad de experimentar placer, sensación de dolor psicológico, tristeza, sentimientos de culpa, baja iniciativa, apatía, baja autoestima, disminución de la concentración, ideación suicida, desesperanza y resignación pasiva (síntomas típicos del desorden depresivo, la distimia, y la depresión mayor),

(d) períodos persistentes de fatiga y debilidad, sensaciones físicas dolorosas e incómodas no específicas que se experimentan en diferentes regiones del cuerpo (síntomas típicos del trastorno somatomorfo),

(e) aprehensión, indecisión, tensión elevada, inhabilidad para la relajación, miedos exagerados y fobias, reacciones de miedo intenso, hipervigilancia y desesperanza al evocar recuerdos dolorosos y traumáticos (síntomas típicos de ansiedad y de estrés postraumático), y (g) pensamientos incongruentes, desorganizados y expresión inapropiada de afectos (síntomas típicos del desorden del pensamiento).

Los trastornos que saturan con mayor carga en el factor *Antisocial Acting-Out* se caracterizan por:

(a) deseos de autonomía y venganza, irresponsabilidad, impulsividad, insensibilidad, tendencia a comportamientos ilegales (síntomas típicos del desorden antisocial),

- (b) experiencia de placer y satisfacción por la humillación y violación de los sentimientos de los otros, comportamientos abusivos, agresivos, hostiles y dominantes (síntomas típicos del trastorno sádico),
- (c) historias de alcoholismo (dependencia al alcohol),
- (d) abuso de drogas (dependencia a las drogas).

Complementando este perfil, aparece contraponiéndose el trastorno compulsivo, por lo que el opuesto de sus síntomas típicos también definen este factor.

- (e) baja prudencia, ausencia de control, falta de perfeccionismo y disciplina.

En el tercer factor saturan dos grupos de trastornos que podrían considerarse “incompatibles” entre sí. Por un lado, se encuentran los trastornos Esquizoide y Evitativo (caracterizados por la apatía, la dificultad para experimentar placer o dolor, el distanciamiento interpersonal, la falta de socialidad, el miedo y la desconfianza frente a otros y el aislamiento) y por otro lado, los trastornos Histriónico y Narcisista (que se caracterizan por la búsqueda de la atención social y la evitación de la indiferencia, la búsqueda de estimulación y afecto, una exagerada valoración de sí mismos y la necesidad del reconocimiento de los otros). Este factor por lo tanto, reúne dos polos opuestos de un continuo de búsqueda–evitación de la estimulación social.

Los trastornos que aglutina el último factor presentan las siguientes características:

- (a) temor y desconfianza hacia otros, conductas defensivas, cogniciones irregulares (síntomas típicos del trastorno paranoide)
- (b) presencia de delirios interconectados de celos, persecución o naturaleza grandiosa, estado de ánimo hostil, suspicacia, vigilancia y alerta por posibles amenazas del entorno (síntomas típicos del desorden del pensamiento).

Si se quisiera establecer un criterio de gravedad, podría pensarse que los factores *uno* y *cuatro* implicarían trastornos de mayor gravedad que los factores *dos* y *tres*, puesto que involucrarían trastornos en el pensamiento y pérdida del sentido de realidad.

En relación al estudio de la fiabilidad de las escalas, tal como fueron establecidas por Millon, los resultados permiten concluir que existe una buena consistencia interna, lo que denota homogeneidad entre los ítems que componen las escalas, a partir de la adaptación argentina. Si bien los coeficientes de las escalas Narcisista, Compulsiva y Desorden Bipolar Maníaco no son muy elevados, están dentro de lo aceptable. Los valores obtenidos oscilan entre 0,60 y 0,65. En ambas versiones (española-estadounidense y argentina) estas tres escalas fueron las que presentaron menor homogeneidad. También coincidieron las dos versiones en una mayor consistencia interna en las escalas: Evitativo, Depresivo, Estrés Post Traumático y Depresión Mayor.

Conclusión general

Hemos presentado aquí un proceso de adaptación y validación preliminar del MCMI III. Consideramos que este trabajo representa un aporte valioso para la práctica clínica, pues proporciona información sobre la utilidad y la calidad psicométrica de una prueba relativamente nueva, pero que ha resultado muy eficaz para la tarea psicodiagnóstica.

Los resultados obtenidos permiten concluir que esta adaptación argentina del MCMI III puede ser utilizada para conseguir diagnósticos válidos y fiables de pacientes argentinos. La matriz del análisis factorial muestra que la estructura del MCMI III en población argentina es análoga a las encontradas en estudios estadounidenses y que los coeficientes de confiabilidad son satisfactorios.

Actualmente, se está realizando un estudio acerca de la validez constructiva del MCMI III, correlacionando los diagnósticos obtenidos con el mismo con el diagnóstico clínico y el diagnóstico emitido a través del DSM IV.

REFERENCIAS

- Choca, J. P. (2004). *Interpretive Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. 3rd ed. United States of America: American Psychological Association.
- Choca, J. P., Peterson, C. A., & Shanley, L. A. (1986). Factor analysis of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 253-255
- Choca, J. P., Retslaff, P., Strack, S., Mouton, A., & Van Denburg, E. (1996). Factorial elements in Millon's personality theory. *Journal of Personality Disorders*, 10, 377-38.
- Craig, R. J. y Bivens, A. (1998). Factor Structure of the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, 70 (1), 190-196.
- Craig, R. y Winberg, D. (1993). *MCMI: Review of the literature*. In R. Craig (Ed.), *The Millon Clinical Multiaxial Inventory: A clinical research information synthesis* (pp. 23-70), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen, R. J y Swerdlik, M.E. (2001). *Pruebas y Evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- Hamberger, L. K., & Hastings, J. E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341
- Lewis, S. J., & Harder, D. W. (1990). Factor structure of the MCMI among personality disordered outpatients and in other populations. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 613-617
- Lorr, M., Retslaff, P. D., & Tarr, H. C. (1989). An analysis of the MCMI-I at the item level. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 884-890
- Lorr, M., Strack, S., Campbell, L., & Lammin, A. (1990). Personality and symptom dimensions of the MCMI-II: An item factor analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 749-754
- Millon, T. (1981). *Psicopatología moderna*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1983) *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN. National Computer Systems.
- Millon, T. (1987) *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN. National Computer Systems.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. y Everly, G.S.Jr. (1992). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Millon, T. (1997). *MIPS Inventario Millon de estilos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Matesanz, A. (1997). *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid: Pirámide.
- Retzlaff, P. D., & Gibertini, M. (1987). Factor Structure of the MCMI basic personality scales and common-item artifact. *Journal of Personality Assessment*. 51, 588-594.
- Richaud de Minzi, M.C. (2005). Desarrollos del análisis factorial para el estudio de ítems dicotómicos y ordinales. *Interdisciplinaria*, 22, 2, en prensa.
- Strack, S. (1991). Factor análisis of MCMI-II and PACL basic personality scales in a college sample. *Journal of personality Assessment*. 57. 345-355

Tabla 1. Resultados del análisis factorial de las escalas del MCMI III

ESCALAS	FACTORES			
	1	2	3	4
Esquizoide	,372		,635	,341
Evitativo	,433		,776	
Depresivo	,775		,378	
Dependiente	,633		,417	
Histriónico			-,902	
Narcisista			-,674	,479
Antisocial		,913		
Sádico		,661		,366
Compulsivo		-,718		,377
Negativista	,612	,390		
Mazoquista	,610	,301	,470	
Esquizotípica	,528		,441	,467
Bordeline	,670	,558		
Paranoide	,350			,777
Desorden de Ansiedad	,800			
Desorden somatomorfo	,830			
Desorden bipolar maníaco	,496	,464		
Desorden distímico	,830		,325	
Dependencia al alcohol		,732		
Dependencia a las drogas		,833		
Estrés post-traumático	,803			
Desorden del pensamiento	,799			
Depresión mayor	,864			
Desorden delirante				,796

Nota: KMO = .921; Ji cuadrado de prueba de esfericidad de Bartlett = 18184,88, p=.000.

Se indican en negrita las saturaciones correspondientes a las variables que definen el factor

Tabla 2. Resultados del análisis de fiabilidad de las Escalas del MCMI III

ESCALAS	Alpha de Cronbach Versión argentina	Alpha de Cronbach Versión original	N° de ítems
Desórdenes clínicos de personalidad			
Esquizoide	.69	.81	16
Evitativo	.81	.89	16
Depresivo	.81	.89	15
Dependiente	.79	.83	16
Histriónico	.74	.81	17
Narcisista	.62	.67	24
Antisocial	.68	.77	17
Sádico	.72	.79	20
Compulsivo	.60	.66	17
Negativista	.72	.83	16
Masoquista	.76	.87	15
Personalidad patológica severa			
Esquizotípica	.75	.85	16
Bordeline	.76	.85	16
Paranoide	.74	.84	17
Síndromes Clínicos			
Desorden de Ansiedad	.77	.86	14
Desorden somatomorfo	.78	.86	12
Desorden bipolar maníaco	.65	.71	13
Desorden distímico	.82	.88	14
Dependencia al alcohol	.71	.82	15
Dependencia a las drogas	.75	.83	14
Estrés post-traumático	.83	.89	16
Síndromes clínicos severos			
Desorden del pensamiento	.78	.87	17
Depresión mayor	.85	.90	17
Desorden delirante	.71	.79	13