

Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas

Adolfo J. CANGAS DÍAZ

Universidad de Almería

Juan José OLIVENCIA LORENZO

Centro Psicológico. Roquetas de Mar (Almería)

Resumen

La presente investigación indaga los aspectos clínicos y de la personalidad relacionados con la drogadicción. Para ello se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y se utilizó una entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos señalan la presencia de diferentes alteraciones de personalidad relacionadas con un mayor o menor abuso de drogas. Así, los sujetos con una puntuación menor en esta escala, no manifestarían características reseñables, a excepción de componentes antisociales de la personalidad. Sin embargo, los sujetos con un abuso de drogas pronunciado mostrarían una constelación amplia de distintas alteraciones. Se analiza la importancia de estos resultados de cara a la intervención.

Palabras clave: personalidad, trastornos de personalidad, adicciones, drogas.

Abstract

This study analyzes clinical and personality aspects related to drug addiction. The Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II) and a modified Graña (1994) semi-structured interview were employed. The results obtained indicate the presence of several different personality disorders related to different degrees of drug abuse. Subjects with lower scores on this scale did not show noticeable characteristics, except for antisocial elements of the personality. However, the subjects with a greater level of drug abuse did show a wide range of disorders. The importance of these results for intervention is analyzed.

Key words: personality, personality disorders, addictions, drugs.

La drogadicción es un trastorno multi-determinado, que viene influenciado por diversas variables, tanto de índole social, como económico o político. Dentro del ámbito clínico, las conductas adictivas generalmente se han relacionado con la presencia de diferentes problemas afectivos y de ansiedad, así como con diversos trastorno de personalidad, como el antisocial, límite o esquizoide (Seivewright y Daly, 1997).

Ahora bien, la unanimidad de los resultados en los diferentes estudios no es clara; así, por ejemplo, en la revisión de la literatura realizada por Nathan (1988), se concluye que únicamente el trastorno antisocial de la personalidad sería predominante. Igualmente, distintos autores señalan la necesidad de realizar diferentes agrupamientos de los sujetos según las características clínicas observadas (Craig, Verenis y Wexler, 1985).

El objetivo de la presente investigación fue indagar las características clínicas asociadas a la drogadicción, relacionándolas con el abuso de drogas. Este componente, que se define precisamente por las consecuencias negativas que acarrea el consumo de sustancias, pudiera estar afectando igualmente a elementos fundamentales de la personalidad y explicar así las divergencias encontradas en los resultados de las diversas investigaciones realizadas.

Para ello, hemos utilizado el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI) y hemos realizado una entrevista semiestructurada, modificada de Graña (1994), para completar e indagar información adicional.

Método

Sujetos

Participaron un total de 26 sujetos de una Comunidad Terapéutica, de los cuales

18 eran consumidores habituales de heroína y 8 de cocaína. Sus edades estaban comprendidas entre los 18 y los 40 años, aunque en conjunto son personas jóvenes (la media de edad de la muestra es 27 años). De ellos, 25 eran hombres y una mujer. Tienen un bajo nivel de estudios (el 77% no pasó de la EGB), desarrollan en su mayoría actividades laborales no cualificadas (el 86%), están en general solteros (el 77%) y muchos conviven con sus padres (68%).

Materiales

Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) (Millon, 1987). Se trata de un cuestionario clínico de evaluación de la personalidad y distintos síndromes clínicos. Consta de 175 ítems (de respuestas de verdadero/falso). Aparte de cuatro escalas de fiabilidad y validez, recoge diez escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva); tres escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide); seis síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas); y tres síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos). Para su análisis hemos aplicado los criterios utilizados en Choca y Van Denburg (1997), donde incluyen la escala agresivo-sádica y la autodestructiva dentro de la personalidad patológica, al igual que se recoge también en la tercera revisión del MCMI (Millon, 1994).

Modificación de la *Entrevista semiestructurada de Graña* (1994). Con la finalidad de indagar aspectos relevantes en el

inicio y desarrollo de la drogadicción se ha modificado la entrevista semiestructurada de Graña (1994), agrupando la información relevante en la secuencia de antecedentes, inicio y desarrollo de la drogadicción.

Procedimiento

Una vez superada la fase de desintoxicación, se aplicó individualmente a todos los sujetos de la Comunidad Terapéutica el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II (1987). Esta evaluación se llevó a cabo dentro del programa de deshabitación llevado a cabo por parte del equipo terapéutico. Posteriormente, en una segunda sesión, se realizó la entrevista semiestructurada modificada de Graña (1994).

Resultados

En cuanto a los componentes de la personalidad relacionados con la drogadicción, las características básicas o estilos de personalidad no patológicos (Choça y Van Denburg, 1997), los resultados obtenidos señalan que un 69% de los sujetos puntúan alto en personalidad antisocial, el 61% en personalidad pasivo/agresiva, el 50% en personalidad evitativa, el 42% en personalidad narcisista y el 23% en personalidad esquizoide (figura 1).

Por lo que se refiere a las puntuaciones en las escalas de personalidad grave, relacionadas más con trastornos de personalidad (Choca y Van Denburg, 1997), el 50% manifestó una personalidad agresivo/sádica, el mismo porcentaje de sujetos mostró una personalidad autodestructiva, el 46% manifestó una personalidad límite y el 23% una personalidad esquizotípica (figura 2).

En relación a la puntuación en las escalas de diversos síndromes clínicos, un 53% puntuó alto en distimia, un 46% en ansiedad y el 23% en pensamiento psicótico (figura 3).

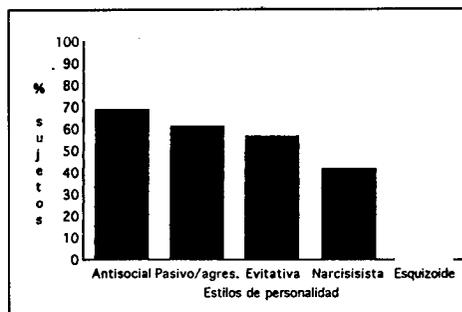


Figura 1. Porcentaje de sujetos que puntúan alto en diferentes estilos de personalidad.

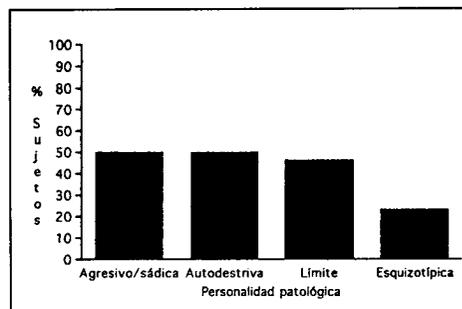


Figura 2. Porcentaje de sujetos que puntúan alto en las escalas de personalidad patológica.

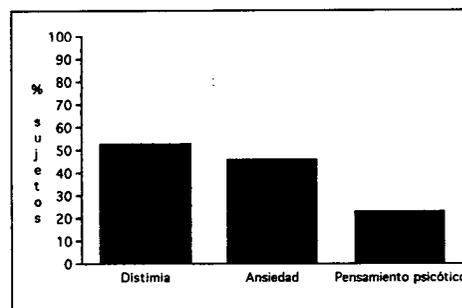


Figura 3. Porcentaje de sujetos que puntúan alto en distintos síndromes clínicos.

Ahora bien, un análisis más pormenorizado de estos resultados, nos lleva a plantear una distinción entre dos grupos de sujetos, en relación precisamente con la puntuación en la escala de abuso de drogas. El primero (grupo I) correspondería a los sujetos donde se da un menor abuso de drogas, o sea, con una puntuación por debajo de 75 en el MCMI-II y, el segundo (grupo II), donde el abuso de drogas es elevado, es decir, con una puntuación superior a 74 en el inventario. En este caso, 10 sujetos quedaron encuadrados en el primer grupo y 16 en el segundo.

Los resultados estadísticos señalan una diferenciación entre ambos grupos, sobre todo en las características graves de la personalidad (tabla 1). Así, en el grupo

II (mayor abuso de drogas) predominaría una personalidad autodestructiva, esquizotípica y límite. Asimismo, se darían puntuaciones elevadas en la escala básica de personalidad esquizoide y pasivo/agresiva. En otras medidas, como en personalidad antisocial, pasivo agresiva o agresivo/sádica, no se encontrarían diferencias significativas entre ambos grupos. La personalidad evitativa o fóbica, aunque es más frecuente en el grupo II, tampoco sería de un modo significativo superior en este grupo. En cuanto a los síndromes clínicos, el pensamiento psicótico se daría una mayor frecuencia en el grupo II, aunque en menor medida que las otras características.

Respecto a los datos proporcionados por la entrevista, se encontró que la mayor

Tabla 1. Puntuaciones de los sujetos en las distintas escalas del MCMI-II

Escala	TOTAL		GRUPO I		GRUPO II		t	p
	Media	DT	Media	DT	Media	DT		
ESCALAS BÁSICAS								
Esquizoide	78,80	20,74	60,70	12,08	78,12	22,47	6,02	0,022
Fóbica	80,23	23,31	61,40	12,95	92,00	20,51	0,49	NS
Dependiente	64,03	19,99	67,80	18,34	61,68	21,19	0,21	NS
Histrionica	66,15	8,82	67,50	7,44	65,31	9,72	0,51	NS
Narcisista	74,00	14,75	74,30	15,91	72,75	26,66	0,26	NS
Antisocial	84,15	19,38	67,50	12,15	94,56	15,40	2,15	NS
Compulsiva	57,46	20,29	69,80	12,28	49,75	20,75	1,85	NS
Pasivo/agresiva	84,03	27,14	58,40	23,80	100,06	13,28	3,32	0,043
PERSONALIDAD PATOLÓGICA								
Agresivo/sádica	78,50	19,63	65,90	12,24	86,37	19,50	3,21	NS
Autodestructiva	82,46	21,64	64,69	7,74	93,62	19,98	10,82	0,003
Esquizotípica	70,42	24,58	54,00	13,08	80,68	24,74	5,85	0,023
Límite	80,38	20,50	62,60	9,52	91,50	17,43	5,49	0,028
Paranoide	63,96	6,98	64,30	6,03	63,75	7,70	0,95	NS
SÍNDROMES CLÍNICOS (Gravedad moderada)								
Ansiedad	60,07	35,44	38,80	36,97	73,37	27,99	3,57	NS
Histeriforme	61,34	10,34	62,50	10,50	60,62	10,52	0,42	NS
Hipomanía	57,61	7,47	55,40	7,13	59,00	7,56	0,02	NS
Neurosis depresiva	61,57	32,08	43,70	33,11	72,75	26,66	2,17	NS
Abuso de alcohol	73,69	14,61	64,00	11,38	79,75	13,29	0,90	NS
Abuso de drogas	82,57	15,42	68,60	4,42	92,50	11,90	8,54	0,007
SÍNDROMES CLÍNICOS (Gravedad severa)								
Pensamiento psicótico	68,11	21,89	58,40	5,31	74,18	26,07	7,05	0,014
Depresión mayor	56,73	20,75	46,80	19,30	62,93	19,68	0,11	NS
Trastorno delirante	56,92	12,76	57,90	8,99	56,31	14,89	0,42	NS

parte de los sujetos se han iniciado en el consumo de drogas ilegales a través del hachís, continuaron con el consumo de cocaína y varios terminaron en el consumo de heroína (sólo hubo una excepción a este proceso, un sujeto que pasó directamente del hachís a la heroína). En este proceso se observó cómo el grupo al que pertenecen los sujetos con un mayor abuso de drogas (grupo II), son personas que se han iniciado antes en el consumo de estas sustancias, particularmente en el consumo de heroína (tabla 2).

El resto de las respuestas de los sujetos fueron catalogadas por dos investigadores independientes (con un índice concordancia de 0,89, hallado al dividir el número de acuerdos entre el número total de acuerdos y desacuerdos). Los datos obtenidos señalan que el grupo de mayor abuso de sustancias manifestaron un mayor número de problemas de desobediencia, afectivos y de ansiedad previos al inicio de la drogadicción, en comparación con el grupo de menor abuso de drogas (grupo I) (tabla 2).

Por otro lado, la mayor parte de los sujetos, de ambos grupos, mencionan lo gratificante de los primeros contactos en el consumo de drogas y la importancia del grupo de amigos en el inicio de la drogadicción. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos en relación al porcentaje de sujetos consumidores habituales de cocaína o de heroína (tabla 2).

Discusión

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto, en primer lugar, la alta incidencia de diversas alteraciones de la personalidad asociadas al consumo de sustancias. Así, en relación a los estilos básicos de personalidad, destacarían puntuaciones elevadas en las escalas de personalidad antisocial, pasivo agresiva, evitativa, narcisista y esquizoide y, por lo que se refiere a escalas de personalidad patológica, se encontraría una incidencia notable en personalidad agresivo-sádica, autodes-

Tabla 2. Datos de la entrevista.

	TOTAL	GRUPO I	GRUPO II	Significatividad
Consumidores de cocaína	30%	40%	25%	NS
Cosumidores de heroína	70%	60%	75%	NS
Edad inicio en hachís	15,1	15,8	14,3	NS
Edad inicio en cocaína	17,8	19,5	16,3	NS
Edad de inicio en heroína	19,4	22,2	17,7	0,015
Gratificante primeros contactos	73%	70%	75%	NS
Influencia amistades	100%	100%	100%	NS
Problemas de ansiedad	53,8%	20%	75%	0,01
Depresión	73%	40%	94%	0,005
Desobediencia	69,2%	40%	87%	0,02

tructiva, límite y, en menor medida, esquizotípica (figuras 1,2 y 3)

Ahora bien, estas características no serían uniformes para todos los sujetos, sino que cabría establecer una distinción precisamente en relación a la puntuación en la escala de abuso de drogas en el MCMI-II. De este modo, en el grupo de sujetos con un abuso de drogas acentuado es donde se encontraría una constelación amplia de alteraciones psicológicas. Así, dentro de las escalas graves de personalidad habría una incidencia notable de personalidad autodestructiva, límite y esquizotípica; igualmente, en las escalas básicas, habría un mayor porcentaje de sujetos con personalidad pasivo/agresiva y esquizoide (tabla 1). Por tanto, estos resultados parecen señalar la tendencia de estos sujetos a mostrar comportamientos emocionales e interpersonales inestables, a la vez que se desprecian o se sienten maltratados y muestran comportamientos excéntricos y hábitos que los demás pueden considerar extraños. Asimismo, sería frecuente encontrar indiferencia o aislamiento social, así como un profundo rechazo a ser controlado y fuerte resentimiento contra la autoridad (Choca y Van Denburg, 1998).

Otras características, como la personalidad antisocial y agresivo-sádica, aunque son más frecuentes en el grupo de mayor abuso de drogas, no serían exclusivas de estos sujetos, ya que no se aprecian diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos. Esto quiere decir, que estos comportamientos probablemente sean habituales en la drogadicción y no necesariamente van asociados a un mayor abuso de sustancias. Esta característica será de hecho una de las más mencionadas en las diversas investigaciones (Nathan, 1988).

Otro elemento, de menor frecuencia aunque también habitual en la drogadicción, sería el abuso de alcohol, el cual sería relativamente frecuente en todos los sujetos y no sólo en los que manifiestan un mayor abuso de drogas. Por otra parte, la personalidad fóbica o evitativa sería igualmente habitual en esta población, no encontrándose relación directa con el abuso de sustancias (tabla 1).

Por lo que se refiere a distintos síndromes clínicos, el pensamiento psicótico (caracterizado por suspicacia, desorganización de pensamiento y, esporádicamente, delirios y alucinaciones), se observaría fundamentalmente en el grupo II, aunque esta característica no sería tan frecuente como las anteriormente señaladas (tabla 2).

Por lo que se refiere a los datos de la entrevista, estos señalan que el grupo de mayor abuso de drogas se ha iniciado más precozmente en el consumo de las diferentes sustancias, sobre todo en el consumo de heroína (tabla 2). Este hecho probablemente tenga que ver con la función que adquieren las drogas en el comportamiento de estos sujetos. En este sentido la hipótesis de la automedicación, según la cual que el consumo de drogas vendría modulado por los aspectos afectivos (Khantzian, 1985), podría tener gran relevancia. Sin embargo, probablemente esto no signifique que las características psicopatológicas necesariamente preexistan a la drogadicción, sino más bien que se pueden estar desarrollando o consolidando junto al consumo de sustancias (Pérez de los Cobos y Casas, 1993). Hay que tener presente que la drogadicción es un comportamiento que lleva asociado múltiples alteraciones y donde precisamente los cambios que provoca, tanto físicos como conductuales, implican estilos de vida distintos con consecuencias

sociales y/o personales diferentes (Gil Roales, 1996). De este modo, un mayor abuso de drogas previo puede conllevar problemas psicológicos diversos que, a su vez, favorezcan una progresión mayor en el consumo de sustancias.

De igual modo, la mayor parte de los sujetos de ambos grupos mencionan el efecto placentero de las primeras veces en el consumo de drogas y la influencia que ejercieron los compañeros en el origen de la drogadicción (tabla 1). Estos hechos parecen indicar la importancia de estas variables en el inicio de las conductas adictivas y, del mismo modo, pudiera ser como señala, por ejemplo, Rounsaville *et al.* (1982) que las alteraciones psicológicas detectados posteriormente sean más consecuencia o consolidación del consumo de sustancias (Rounsaville *et al.*, 1982).

Sin embargo, también se observó que el grupo de sujetos con mayor abuso de drogas mencionan haber experimentado un mayor número de problemas psicológicos antes del inicio del consumo de drogas (tabla 2). Por tanto, estos componentes pudieran estar influyendo también en el origen de las conductas adictivas. Ahora bien, este dato probablemente haya que tomarlo con precaución, ya que puede estar sesgado precisamente por el estado anímico en el que se encuentran actualmente estos sujetos. Además, hay que tener en cuenta que los aspectos informados se refieren a acontecimientos acaecidos generalmente hace bastante tiempo. Se requeriría, en este sentido, un estudio prospectivo que fuese analizando el peso de todos estos elementos en la evolución de las conductas adictivas.

De este modo, los resultados de este trabajo apuntarían a una distinción entre dos grupos de sujetos relacionados con un

mayor o menor abuso de drogas. Esta diferenciación podría ser similar a la encontrada en trabajos previos, donde se destacarían dos subgrupos en la drogadicción; uno que tendría relación con una personalidad narcisista y antisocial y otro caracterizado por trastornos evitativos, relacionados con depresión y ansiedad (Craig *et al.*, 1985). En este caso, componentes narcisistas y, sobre todo, antisociales serían habituales en la mayoría de los drogodependientes, por lo que en los sujetos donde no se den más elementos destacables (grupo I) sería lo fundamental. Sin embargo, en el grupo de un abuso significativo de sustancias (grupo II), además de estas características, se observaría diferentes componentes patológicos relacionados principalmente con una personalidad autodestructiva, límite y esquizotípica (tabla 1).

Igualmente, esta distinción podría tener relación con la entablada en el alcoholismo, entre alcoholismo tipo I y tipo II (Modestin y Würmle, 1997) donde el primero, el alcoholismo tipo I, se caracterizaría por un comienzo tardío y pocas complicaciones médicas, conductuales y sociales, mientras que el tipo II, tendría un comienzo más temprano y los pacientes manifestarían mayor número de trastornos (Modestin y Würmle, 1997). En este caso, aquí también en el grupo II se observaría un inicio más "precoz" en el consumo de sustancias y más complicaciones psicológicas o conductuales.

Así, en conjunto, estos resultados nos indicarían la importancia de indagar los trastornos clínicos y de personalidad asociados a la drogadicción. Estas variables pueden ser, de hecho, importantes no sólo en la diferenciación de los distintos sujetos estudiados, sino que pueden incidir precisamente en los resultados de la interven-

ción y mantenimiento de las conductas adictivas (Treece y Nicholson, 1980). Así, por ejemplo, Fals-Stewart (1992), encontró cómo los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad suelen ser también más problemáticos en el seguimiento de las normas durante el tratamiento o, del mismo modo, cómo los sujetos con una personalidad esquizoide y evitativa son más *autocríticos* y se mostrarían más desanimados durante la terapia (Fals-Stewart, 1992). La evaluación de estos aspectos puede ser necesaria para adaptar aun más los programas terapéuticos a las características diferenciales de los sujetos.

Referencias

- Choca, J.P. y Van Denburg, E. (1997). *Guía para la interpretación del MCMI (Millon Clinical Multiaxial Test)*. Barcelona: Paidós., 1998.
- Craig, R.J., Verenis, J.S. y Wexler, S. (1985). Personality characteristics of drugs addicts and alcoholics on the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assesment*, 49, 156-160.
- Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drugs users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assesment*, 59, 515-527.
- Gil Roales, J. (1996). *Psicología de las adicciones*. Granada: Némesis.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Millon, T. (1987). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA, 1998
- Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Modestin, J. y Würmle, O. (1997). Two types classification of male alcoholism confirmed. *European Psychiatry*, 12, 335-341.
- Nathan, P.E (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- Pérez de los Cobos, J. y Casas, M. (1993). Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante. En *El paciente heroínmano en el hospital general*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Wilber, C. y Kleber, H.D. (1982). Pathways to opiate addiction. An evaluation of differing antecedents. *British Journal of Psychiatry*, 141, 437-446.
- Seivewright, N y Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: A review. *Drug and Alcohol Review*, 16, 235-250.
- Treece, C., y Nicholson, B. (1980). DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 621-628.