

Capítulo I Marco Conceptual

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está enfocada a la descripción de diferentes tipologías de toxicodependientes, situando el análisis en las características de la personalidad y sus trastornos en una muestra de usuarios de Proyecto Hombre de Bilbao que solicitaron tratamiento de Septiembre de 1997 a Octubre de 1998.

Partiendo de la afirmación de Mc Lellan et al; 1984 de que ya no se puede hablar de población adicta como un conjunto de sujetos homogéneo, con características similares, sino que se debe asumir la existencia, dentro del mismo grupo, de subgrupos diferenciados, se trataría de buscar la eficacia de los diversos dispositivos terapéuticos. Sería posible aumentar la eficacia mediante un adecuado diagnóstico, elemento crucial de toda esta cuestión.

Se pretende el considerar los elementos diferenciales que concurren para el tratamiento de los usuarios y de personalizar al máximo la atención terapéutica y el itinerario a desarrollar.

Desde el enfoque biopsicosocial se plantea la multicausalidad de la toxicomanía, de tal manera que no pueden establecerse relaciones causa-efecto estereotipadas para todos los drogodependientes o para distintos grupos de estos. Se podría afirmar que el principio de la "diferencia individual" resulta preponderante, ya que la significación que cada persona da al consumo y a la dependencia de las sustancias es individual y, por lo tanto, no extrapolable al resto de la población adicta.

Cada vez más se va haciendo necesario el acercarse a las respuestas que demandan las preguntas: ¿Qué tratamiento, por quién, es más eficaz para este individuo con este problema específico y bajo qué conjunto de circunstancias?. (Paul, 1967).

2.- OBJETIVOS

El objetivo principal de la investigación es conocer características de personalidad y en qué casos trastornos de la misma se asocian al consumo en usuarios de Proyecto Hombre de Bilbao.

Asimismo, se busca el poder asignar a cada usuario el tipo de "itinerario terapéutico" más adecuado en función del subgrupo de pertenencia, dentro de la propuesta de atención integral de Proyecto Hombre.

3.- JUSTIFICACIÓN

Para una adecuada y precisa atención y asistencia a los drogodependientes que acuden a tratamiento es necesaria la identificación de las necesidades y condiciones de partida para orientar la elaboración de un itinerario terapéutico a seguir.

Dentro de las diversas posibilidades terapéuticas se encuentran las procedentes de la práctica psiquiátrica, psicológica y de abuso de sustancias para utilizar en el tratamiento de estos usuarios heterogéneos.

En el caso de la presente investigación, dentro de los diversos instrumentos que en el proceso de diagnóstico se utilizan en Proyecto Hombre (entrevistas personalizadas, anamnesis personal y familiar, ASI, grupos de autoayuda...) nos centraremos en Inventario Multiaxial Clínico de Millon, (MCMI-II) que tiene por principal objetivo el aportar información en el proceso de evaluación y decisiones de tratamiento con personas que presentan dificultades emocionales e interpersonales.

La novedad que supone la utilización de este tipo de test y la aportación que supone en la mejora en la atención en Centros de rehabilitación de drogodependientes, tras ser validado en el Estado muy recientemente su uso, nos ha llevado a elaborar este estudio.

4.- DESCRIPCIÓN DE PROYECTO HOMBRE DE BILBAO

Gizakia Helburu / Proyecto Hombre es un Programa de atención y asistencia integral para la rehabilitación de drogodependientes y sus familias.

4.1.- Características del Programa

Teniendo en cuenta que el objetivo último del proceso de reinserción en Proyecto Hombre es: "la incorporación activa, responsable y crítica del individuo a la sociedad, desde una dinámica de participación, de forma normalizada" y, que así mismo se entiende la reinserción como "un proceso personal, evitando generalizar, respetando la individualidad" se podría afirmar que se aporta una nueva visión en el trabajo, en el área de las drogodependencias, afirmando que: "lo que se pretende en definitiva es favorecer la autonomía del individuo desde su totalidad como persona desde las dimensiones física, psíquica y espiritual", estando en este último aspecto una característica diferenciadora de otro tipo de programas al incluir la variable espiritual como parte del proceso personal.

A niveles más amplios, uno de los objetivos es que la persona pueda llegar a conjugar un alto grado de autonomía personal y capacidad de decisión incidiendo en la libertad y responsabilidad dentro de la incorporación activa a la que antes se hacía referencia.

El Programa hace especial hincapié, en entender la droga como el "síntoma" de un malestar profundo de la persona (de ahí el aspecto espiritual), de una "no resolución" adecuada a los conflictos que el individuo tiene planteados consigo mismo y con la colectividad a la que pertenece.

Para tratar de superar esas situaciones el Programa le ofrece una serie de "instrumentos terapéuticos" y recursos que le ayuden y apoyen en el proceso de cambio, junto con otras personas con las que ha coincidido en el consumo pasado de drogas, no necesariamente en una misma situación, espacio o lugar.

Entre los principios fundamentales se encuentra, como ya se ha referenciado antes brevemente, el entender la reinserción como "proceso".

Cuando se habla de proceso se está haciendo referencia no tanto al tiempo que la persona permanece en el Centro hasta la finalización del Programa, sino que se está hablando de un "proceso en perspectiva", es decir, para siempre.

El proceso personal, estaría apoyado por una estructura terapéutica temporal a su servicio, y no al revés. Se entiende que cuando una persona recibe el "alta terapéutica" no está finalizando su proceso personal, sino que lo que se está planteando desde ahí es la vida de una forma autónoma.

El Programa está centrado en tres dimensiones fundamentales: individual, familiar, y social. Considera las adicciones como una forma de expresión de un problema. Que se manifestará con problemas psicológicos precedentes o presentes en el momento de la adicción.

Sus ejes fundamentales son:

- **Proceso de crecimiento personal:** autoconocimiento y maduración hacia la propia identidad autónoma, que permita a la persona afrontar y disfrutar la vida real sin necesidad de drogarse. Para conseguirlo, se realiza un trabajo sobre tres áreas:
 1. **Comportamental.** Los aspectos comportamentales son los primeros a modificar, ya que facilitarán otros cambios más profundos.
 2. **Afectivo-cognitivo.** Se fomenta un proceso de maduración afectiva a través del conocimiento de las propias emociones y sentimientos de la redimensión de las mismas.
 3. **Decisional.** Readquisición de la propia escala de valores.
- **Participación de la familia:** Partiendo de la importancia que tiene para el ser humano su dimensión social, se da paso a las relaciones de los sujetos con su entorno. Así la familia se convierte, si es que existe y es posible, en un pilar de la rehabilitación.

Capítulo II Metodología

1.- MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO

La muestra consta de 146 sujetos politoxicómanos de ambos sexos que solicitaron atención en Proyecto Hombre de Bilbao durante el período de Septiembre de 1997 a Octubre de 1998.

2.- VARIABLES E INSTRUMENTO DE MEDIDA

2.1. Variables socio-demográficas

Los datos sobre las variables socio-demográficas han sido recogidos mediante entrevistas "ad hoc", junto a otros datos relevantes para la elaboración del diagnóstico clínico.

Se han establecido para la elaboración básica del perfil, las variables:

- Sexo
- Edad

- Estado civil
- Nivel de estudios
- Situación ocupacional al llegar al Centro.
- Situación judicial

2.2. Variables de personalidad y psicopatología

Descripción del instrumento de estudio.

Para el análisis descriptivo de las características de la personalidad se ha utilizado el MCMI-II. El inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) tiene como principal objetivo aportar información en tareas de evaluación y decisiones de tratamiento con personas que presentan dificultades emocionales e interpersonales; ahora bien, los datos normativos y las transformaciones de las puntuaciones del Inventario están basados sobre muestras clínicas por lo que son aplicables solamente a aquellos sujetos con evidentes síntomas psicológicos o que se encuentren en tratamiento.

Se trata de un autoinforme de 175 ítems integrando 20 escalas de interés clínico (11 correspondientes a los trastornos de personalidad descritos en el eje II del DSM-III, y 9 síndromes clínicos con mayor índice de prevalencia en el eje I). Vamos a realizar una breve descripción de las escalas que incluye:

1. Escalas de validez y fiabilidad: contempla una escala de validez (se incluyen cuatro ítems de contenido inverosímil que constituyen el índice de validez), una escala de sinceridad, una de deseabilidad y otra de alteración.
2. Patrones básicos de personalidad: se presentan diez escalas: personalidad esquizoide, personalidad fóbica (evitativa), personalidad dependiente, personalidad histriónica, personalidad narcisista, personalidad antisocial, personalidad agresivo/sádica, personalidad compulsiva, personalidad pasivo agresiva y personalidad autodestructiva (masoquista).
3. Trastornos de personalidad patológicos: tres escalas se consideran: personalidad o estilo esquizotípico (escala S), personalidad límite (escala C) y personalidad paranoide (escala P).
4. Síndromes clínicos: tenemos nueve escalas, a saber: ansiedad, histriiforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos.

3.- PROCEDIMIENTO

La pasación del test ha sido realizada en el propio Centro y por profesionales entrenados en el mismo. Cada sujeto rellenó el test durante el primer mes y medio de inicio del proceso diagnóstico y elaboración del itinerario terapéutico. Todos tenían conocimiento

de la conveniencia del cuestionario como herramienta útil para el diagnóstico clínico y lo realizaron voluntariamente.

La corrección del test fue realizada informáticamente mediante el programa (MCMI-PLA).

Capítulo III Resultados

Respecto del total de la muestra que inició tratamiento entre las fechas de referencia, para un total de 99 se les ha realizado la pasación y a otros 47 no, ya que aún el tiempo de estancia en el Programa es inferior a mes y medio.

1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1.1. Resultados sociodemográficos

Sexo:

Para el conjunto de la muestra el 88,35% son hombres y el 11,64% restante mujeres.

Edad:

La mayoría de la muestra se sitúa en la franja entre 29 y 33 años siendo el 45% del total de la población. A continuación se encuentran los que pertenecen a la franja de entre 24 y 28 años con el 25% sobre el total. Es reseñable que un 22% de la muestra tiene más de 34 años.

Se podría afirmar que más del 67% del total de la población estudiada tiene más de 29 años.

Estado civil:

Se aprecia que el 71% de la muestra es soltero/a y sólo un 8%, aproximadamente, está casado al igual que los separados que son también alrededor del 9%.

Las personas que están casadas o emparejadas representan el 15% del total y hay un 12% de separados o divorciados.

Nivel de estudios:

El 29 ha alcanzado un nivel de 8º de E.G.B. Han conseguido en cuanto a la Formación Profesional, un nivel igual o superior a F.P.I. el 19% del total. En cuanto al nivel universitario lo han alcanzado alrededor del 5%. Por debajo de 8º de E.G.B. se encuentran el 37% de la muestra.

Situación ocupacional al llegar al Centro:

Un total de 34,45% estaban en situación de paro sin subsidio al acudir al Centro, mientras que un 14% lo estaba en situación de baja médica y un 10% era trabajador temporal con contrato. Sólo un 4% era autónomo y un 8% era fijo con contrato.

Situación judicial:

El 37% acude al Centro sin antecedentes ni juicios pendientes, mientras que sí lo hace con antecedentes y juicios pendientes el 26%. Hay un 8% que no tiene antecedentes, pero sí juicios pendientes. Entre los que tienen antecedentes pero no juicios pendientes hay un 14%.

TABLA 1. Características socio-demográficas.

VARIABLES		FRECUENCIA %
SEXO	HOMBRES MUJERES	88 12
EDAD	19-23 24-28 29-33 34-38 39 y más	8 25 45 17 5
ESTADO CIVIL	SOLTERO/A CASADO/A SEPARADO/A VIUDO/A EMPAREJADO/A DIVORCIADO/A	71 8 9 2 7 3
NIVEL DE ESTUDIOS	HASTA 7° de E.G.B. 8° de E.G.B. FORMACIÓN PROFESIONAL BUP/COU UNIVERSITARIOS OTROS	37 29 19 8 4 3
SITUACION LABORAL	ACTIVO PARO CON SUBSIDIO PARO SIN SUBSIDIO BAJA MÉDICA ESTUDIANTE OTROS	30 8 34 14 2 12
SITUACION JUDICIAL	*Sin antecedentes ni juicios pendientes. *Con antecedentes y juicios pendientes. *Sin antecedentes y juicios pendientes. *Con antecedentes sin juicios pendientes. *Otros	37 26 8 14 15

1.2. Características de personalidad y psicopatología

En general, en todas las variables las puntuaciones están bastante diversificadas, algunos valores solamente tienen un solo sujeto y teniendo en cuenta que la serie de puntuaciones posibles son de 0 a 120, se han agrupado las puntuaciones en frecuencias siguiendo el modelo planteado por Millon. (*Ver Tabla 2*). Las personas con la puntuación 35 se considera semejantes a la media de la población normal. La puntuación 60 se considera la media de los sujetos que recurren a un Centro de Salud Mental. Los usuarios con puntuaciones 75 se considera como la media de aquellos sujetos con probable desviación significativa. Los sujetos con puntuación 85 es la media de aquellos que tienen desviación significativa.

En la elaboración de resultados se han agrupado las puntuaciones de 0 a 59 en un mismo grupo, por ser la toxicomanía como tal un trastorno. (DSM-III-R). El análisis se ha realizado analizando las puntuaciones de la característica de personalidad más marcada en cada usuario aunque, lógicamente, todos puntúan en todas las variables.

***TABLA 2. Situación de los usuarios según puntuación en frecuencias.
Modelo planteado por MILLON.***

PERSONALIDAD	MEDIA DE LA POBLACIÓN NORMAL	PERSONAS QUE RECURREN A UN CENTRO DE SALUD MENTAL	PROBABILE DESVIACIÓN SIGNIFICATIVA	DESVIACIÓN SIGNIFICATIVA
LÍMITE	-	3	-	13
AUTODESTRUCTIVA	-	-	-	1
PASIVO-AGRESIVA	-	-	-	10
ANTISOCIAL	1	4	-	13
COMPULSIVA	-	1	1	1
NARCISISTA	-	-	-	5
HISTRIÓNICA	-	-	-	2
AGRESIVO-SÁDICA	-	1	1	6
MASOQUISTA	-	-	-	1
FÓBICA	-	-	1	1
DEPENDIENTE	-	-	1	1
ESQUIZOIDE	-	1	-	4
EVITATIVA	-	-	-	6
ESQUIZOTÍPICA	-	-	-	4
ANTISOCIAL-AGRESIVO-SÁDICA	-	-	-	1
AGRESIVO-SÁDICA-ANTISOCIAL	-	-	1	1
AGRESIVO-SÁDICA PASIVO/AGRESIVA	-	-	-	1
HISTRIÓNICA-NARCISISTA	-	-	1	-
NULO	10			

Personalidad patológica límite

Los resultados indican una presencia importante de personas con este trastorno, concretamente 13 sujetos se sitúan por encima de la media con desviación significativa. Otros tres se sitúan en la franja de personas que recurren a un Centro de Salud Mental. No se da ningún caso de probable desviación significativa.

Trastorno antisocial de personalidad

Una parte destacada de las personas, un total de 13 sobre 18, que puntúan en este trastorno de una manera preponderante sobre los demás, se sitúa en el grupo de la media con desviación significativa. Un total de 4 personas se colocan en el grupo de sujetos que recurren a un Centro de Salud Mental y una persona se sitúa por debajo de tener la toxicomanía como un trastorno de la personalidad. No se da ningún caso de personas con probable desviación significativa.

Trastorno pasivo/agresivo

El total de las personas que tienen este tipo de trastorno de la personalidad, 10 sujetos, se sitúan por encima de la media de los usuarios que tienen desviación significativa.

Trastorno agresivo/sádico

Del total de 8 personas, seis de ellas se sitúan por encima de la media de personas con desviación significativa y las otras dos con probable desviación uno y el otro en el grupo de sujetos que recurren a un C.S.M.

Personalidad evitativa

El conjunto de las seis personas que puntúan más alto en este tipo de personalidad lo hace por encima de la media de desviación significativa. No se da ningún caso en los demás supuestos.

Trastorno narcisista de personalidad

Van a ser cinco personas de todo el conjunto de la muestra los que se sitúen en este tipo de personalidad. Alcanzan una media superior a las personas con desviación significativa.

Respecto de otros tipos de trastornos de personalidad, la muestra se diversifica de una manera importante como se puede apreciar en la tabla 2.

La mayoría de los casos están situados por encima de la media de las personas que tienen desviación significativa.

Un total de diez personas han dado como resultado nulo tras la pasación del test por la escasa fiabilidad en las respuestas.

Tabla 3. Características de personalidad y Psicopatología

PERSONALIDAD	FRECUENCIAS EN %
LÍMITE	22
AUTODESTRUCTIVA	1
PASIVO-AGRESIVA	11
ANTISOCIAL	17
COMPULSIVA	2
NARCISITA	2
HISTRIÓNICA	1
AGRESIVO-SÁDICA	7
MASOQUISTA	1
FÓBICA	1
DEPENDIENTE	2
ESQUIZOIDE	5
EVITATIVA	5
ESQUIZOTÍPICA	5
AGRESIVO-SÁDICA-ANTISOCIAL	2
AGRESIVO-SÁDICA PASIVO/AGRESIVA	1
HISTRIÓNICA-NARCISISTA	1
NULO	7

Capítulo IV Conclusiones y orientaciones terapéuticas

1. Conclusiones

Los datos del estudio muestran una heterogeneidad importante entre los sujetos en los diversos aspectos de la personalidad.

Este tipo de situación corrobora otros estudios realizados en el ámbito de las drogodependencias y afirma la hipótesis del "principio de la diferencia individual" que da respuesta a la significación que cada persona da al consumo y a la dependencia de sustancias, no pudiendo ser extrapolable al resto de la población adicta.

Asimismo, se puede apreciar que existen algunos grupos de usuarios homogéneos intragrupo y heterogéneos intragrupos según el nivel de trastorno de personalidad en el

De los resultados de la investigación parece desprenderse asimismo que sigue siendo mayoritaria la población masculina en cuanto a acudir a Centros de atención en drogodependencias y de que la edad media del conjunto de la muestra está por encima de los 29 años, por lo que se mantiene la tendencia de aumento de la edad en los usuarios. Es reseñable la situación laboral con la que acuden al Programa ya que la mitad, aproximadamente, tienen algún tipo de ingresos económicos, aspecto éste en el que se ha dado una cierta evolución positiva con respecto a otros años anteriores.

Del conjunto de los resultados de la investigación parece desprenderse, claramente, que la población drogodependiente es muy heterogénea, aunque está compuesta por subgrupos con ciertas semejanzas. Desde esta perspectiva, se puede argumentar que para que sea eficaz el itinerario terapéutico que se marque, deben concurrir una serie de características de los dispositivos terapéuticos adecuados a las necesidades de los diversos grupos de usuarios.

No se trata de afirmar que para cada persona se ha de elaborar un "tratamiento". De lo que se trata es de tener en consideración todos los elementos diferenciales que concurren en el tratamiento de los usuarios y de individualizar al máximo la atención terapéutica.

2. Orientaciones Terapéuticas

Parece adecuado que las intervenciones terapéuticas que se desarrollen vayan dirigidas, entre otros aspectos, a moderar las oscilaciones entre polaridades extremas, buscando que se establezcan en equilibrios más adaptativos. Disminuir el pensamiento dicotómico posibilitará un descenso de la intensidad y la variabilidad de los estados emocionales, por lo que las situaciones problemáticas no se evaluarán en términos extremos. En el fondo lo que se pretendería sería el estabilizar la vida del usuario, proporcionándole un contexto más sólido que impida rupturas con la realidad.

Se trata, en cualquier caso, de acercar la respuesta a la pregunta que realizábamos al inicio de esta investigación: ¿Qué tratamiento, por quién, es más eficaz para este individuo, con este problema específico y bajo qué conjunto de circunstancias?.

Realizando un acercamiento al análisis más concreto de los tres subgrupos donde se sitúan más personas (límite, antisocial, pasivo-agresivo) podrían establecerse las siguientes orientaciones terapéuticas.

Para el grupo de usuarios con personalidad patológica límite, el establecer un itinerario donde se posibilite una cierta estabilidad en las relaciones interpersonales para esas personas, donde puedan reelaborar su autoimagen y afectividad y donde pueda ser canalizada su notable impulsividad asentando el sentido de sí mismo. Un ambiente de convivencia residencial temporal puede ser un ámbito útil para este tipo de personalidad.

Para el grupo de personas con trastorno antisocial de la Personalidad, el posibilitar un ámbito de convivencia comunitaria residencial donde pueda aprender a conocer y respetar los derechos básicos de los demás, así como apoyar el aprendizaje de una relación "positiva" entre él y los otros podría ser conveniente. El desarrollo de valores es un aspecto importante en el trabajo terapéutico con personas con este tipo de características de la personalidad.

Por lo que respecta al grupo de personas con trastorno de la personalidad pasivo/agresiva hay que tener en cuenta en la atención terapéutica que es un trastorno de la personalidad activo-ambivalente, es decir, van a ser personas que expresan pasivamente una agresión encubierta. Puede ser útil el posibilitar un ambiente donde puedan expresar sus emociones y sentimientos con claridad y encauzando adecuadamente sus reacciones y comportamientos, desculpabilizando a los demás, a quienes tienen tendencia clara a responsabilizar. Su actitud de oposición y resistencia, así como de resentimiento hacia el otro pueden abordarse desde una atención donde aprenda a valorar la importancia de la colaboración grupal y la cercanía afectiva con el grupo de iguales potenciando la propia autoestima, lo cual reforzará sus recursos personales y ayudará y posibilitará que se sitúe en otro estadio de relación más adecuada.

Por último, reseñar que independientemente del trastorno de personalidad al que se haga referencia entendemos que, en las entrevistas personales y en los grupos terapéuticos, los usuarios tienen una oportunidad importante de adquirir y practicar habilidades sociales y de comportamiento. Se trata de potenciar habilidades de comunicación que les permitan obtener recompensas adecuadas del ambiente. Objetivos comportamentales como el establecimiento de mejorar en las relaciones con los demás, los comportamientos asertivos y la exposición a expectativas.

Bibliografía

- Avila Espada, Alejandro y colaboradores: adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon-II. TEA ediciones S.A. Madrid 1998.
- Avila Espada, Alejandro; y otros. Evaluación en Psicología clínica I. Proceso, método y estrategias psicométricas. Ediciones Amarú. Salamanca, 1992.
- Echebarria Odriozola, Enrique. Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1994.
- G.L., Paul. (1967); Strategy of outcome in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 31 (2): 109-115.
- Mclellan, A.T.; Childress, A.R.; Griffith, J.; and Woody, G.E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone Maintenance or Therapeutic Community? American Journal of Drug and Alcohol abuse 10 (1): 77-95.
- Roa Alvaro, Alfonso. Evaluación en psicología clínica y de la salud. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid, 1995.
- Salomón, J.; S. Zimberg, y E. Shollar (eds). Diagnóstico Dual. Ediciones en Neurociencias. 1ª Edición 1996.