

Estudio comparativo entre una muestra de pacientes toxicómanos, un grupo de suicidas y un grupo control de adolescentes a través del Mini-Mult

F. Facy *
M. Gutiérrez **
E. Elizagarate ***

* Chargée de Recherche, INSERM, Servicio de Psiquiatría (Prof. Widlocher), Hospital La Salpetriere, París.

** Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital "Santiago Apóstol", Vitoria. Profesor Adjunto Psiquiatría, Facultad de Medicina, Vitoria. Universidad del País Vasco.

*** Becario del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco

RESUMEN

A través del presente trabajo, los autores estudian tres grupos diferentes de adolescentes (suicidas, toxicómanos y control) por medio del test Mini-Mult. Se emplean diferentes métodos de análisis estadístico (análisis clásico, análisis factorial de correspondencias, análisis discriminante lineal, análisis discriminante no paramétrico). Se comentan los resultados obtenidos y la utilidad del Mini-Mult como instrumento de diferenciación intergrupos.

Palabras clave.— *Mini-Mult, Adolescentes suicidas, Adolescentes toxicómanos, Personalidad.*

SUMMARY

Through the present work, the authors study three different groups of adolescents (suicides, drug addicts, and control) by means of the Mini-Mult test. Different methods of statistical analysis are used (classical analysis, factor analysis of correspondences, lineal discriminant analysis, non parametric discriminating analysis). The obtained outcomes and the usefulness of the Mini-Mult test as an instrument of differentiation intergroups are commented.

Key words.— *Mini-Mult; Suicidal adolescents; Drug addict adolescents; Personality.*

INTRODUCCION

En el contexto de investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo sobre grupos de adolescentes, han sido varios los factores estudiados para considerar conductas desviadas, tales como la tentativa de suicidio y la toxicomanía: factores individuales, factores socio-familiares.

En este último abordamos el fenómeno de la toxicomanía. El modelo de estudios lo hemos concebido desde la psicometría, a través del test Mini-Mult. Los resultados obtenidos después de la aplicación del test a diferentes grupos de adolescentes, con conducta desviada o sin ella, serán expuestos y discutidos bajo diversos ángulos: epidemiológico, psicométrico y clínico. Estudiaremos particularmente los resultados obtenidos en el grupo de los toxicómanos.

En referencia al test Mini-Mult, es preciso señalar que se trata de un test de personalidad creado por KINCANON en 1968, derivado del MMPI americano y adoptado en Francia por el equipo del Profesor PICHOT (44). Varios estudios realizados hasta la fecha subrayan la buena correspondencia entre el Mini-Mult y el MMPI tanto en los toxicómanos como en otros grupos de población, tales como el NEWBY (38), EDINGER (16), STEVENS (53) y JABARA y CURRAN (25). MLOTT (37) y GAYTON (20) vuelven a corroborarlo haciendo hincapié en su utilidad sobre grupos de adolescentes.

Recordemos que el Mini-Mult se compone de 71 ítems a los que el individuo responde por Verdadero o Falso a todos ellos. Las escalas utilizadas para establecer e interpretar un perfil se reparten en dos tipos: escalas de actitud: L, F, K y 8 escalas clínicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Psicopatía (Pd), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma).

En cuanto a los *grupos de individuos estudiados*, fueron 3:

1. **Controles:** Individuos que no presentan ningún trastorno manifiesto de la personalidad. Con personalidades com-

prendidas entre 14 y 20 años. Por un lado, 212 individuos provienen de un estudio precedente del INSERM (15), y por otro 37 estudiantes en Medicina que completaron el grupo de testigos y con un promedio de edad de 19 años.

2. **Suicidas:** Individuos que han hecho al menos una tentativa de suicidio. Han pasado el test en el momento de la hospitalización consecutiva a su tentativa.

3. **Toxicómanos:** Consumidores habituales de drogas duras. Contactados en centros asistenciales. Su número es de 103. Un análisis más detallado de este grupo se encuentra en una publicación anterior de uno de nosotros (17). Hay que remarcar, sin embargo, que se trata en su mayoría de consumidores de heroína (85 %).

La aplicación del test Mini-Mult a diferentes grupos permite efectuar comparaciones entre ellos sobre una perspectiva de personalidad. A partir del análisis de las semejanzas y las diferencias entre estas categorías de población, vamos a abordar diferentes puntos:

- El interés y los límites de la utilización del Mini-Mult en el estudio del adolescente.
- La diferenciación de adolescentes con conducta desviada y de adolescentes testigos a través del Mini-Mult.
- La diferenciación de patologías de conducta: tentativas de suicidio y toxicomanías en los jóvenes.
- La ayuda al diagnóstico, como complemento de la clínica, individual, permitiendo además un tratamiento diferenciado y la prevención precoz de patologías de conducta.

2. METODOS DE ANALISIS ESTADISTICOS UTILIZADOS

1. **Análisis estadístico clásico** para la descripción de los diferentes grupos bajo las diferentes escalas. Así es como se han obtenido los perfiles medios.

Los dossiers han sido registrados y

tratados en el ordenador del INSERM (DPS 7), con el logiciel PASTIS.

2. Análisis multidimensionales para la explotación de los resultados obtenidos con el test Mini-Mult.

2.1. Análisis factorial de correspondencias (método de L. Lebart). (32). Realizado en el grupo de toxicómanos y en el grupo de estudiantes. Se estudiaron las respuestas iniciales a los diferentes items del test. Es decir, los siguientes datos: 101 individuos y 142 variables binarias (71 items \times 2) para los toxicómanos, y 37 individuos contra otras tantas variables binarias para los testigos (estudiantes de medicina). El análisis de las correspondencias múltiples evidencia los items más significativos y específicos de los dos grupos, identificando así el subconjunto de items más discriminante para ambos grupos. Dichos items son 28: 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 15, 18, 19, 21, 28, 30, 32, 38, 39, 42, 44, 46, 50, 57, 58, 61, 64, 66, 70.

En el manual de tratamiento del Mini-Mult (43) se encuentran las correspondencias entre las respuestas iniciales y las escalas en notas. Se percibe que entre estos 28 items así identificados, la mayor parte constituyen la escala de depresión.

2.2. Análisis discriminante lineal.

En este caso los individuos son descritos con una variable cualitativa indicando su pertenencia a uno de los grupos y por 8 notas cuantitativas derivadas de las diferentes escalas clínicas del test. Los grupos se oponen 2 a 2. En nues-

tro caso hemos hecho hincapié tanto en la exposición de resultados como en la discusión clínica en el Análisis discriminante lineal entre toxicómanos y suicidas. Los objetivos son:

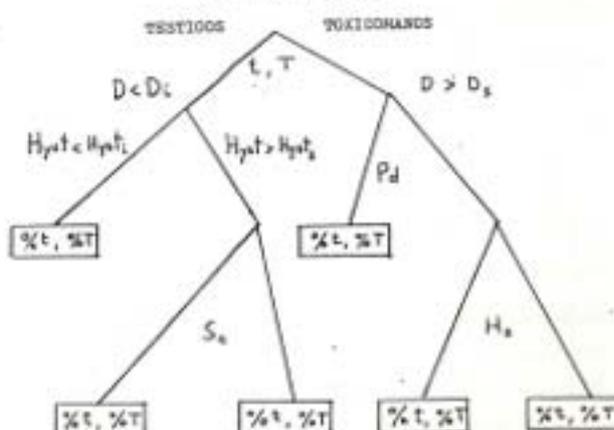
- Describir el subconjunto de notas que separa mejor los grupos.
- Encontrar una regla de inclusión simple, la cual es una combinación lineal de rasgos significativos.

2.3. Análisis discriminante no paramétrico.

El método utilizado es el desarrollado por un equipo del INRIA (Institut National pour la Recherche en Informatique) (5). El fin es constituir un árbol de segmentación con una jerarquía de variables, de más a menos, discriminantes de los grupos (cada variable definida por un valor umbral).

Por ejemplo, el árbol podrá estar bajo la forma:

GRAFICA I



Los grupos terminales muestran entonces la inclusión de los individuos en los diferentes grupos, con los porcentajes de bien y mal clasificados fácilmente deducibles.

Todos estos diferentes métodos estadísticos están confrontados a nivel de los re-

sultados obtenidos

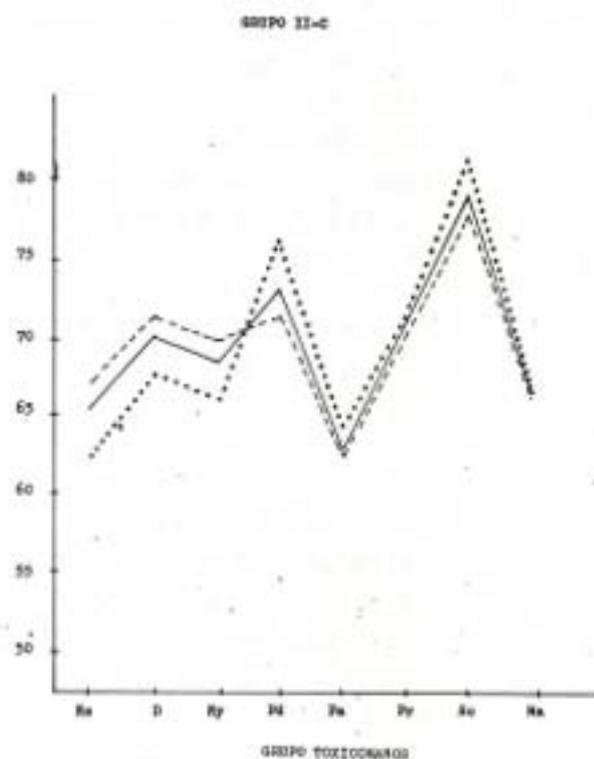
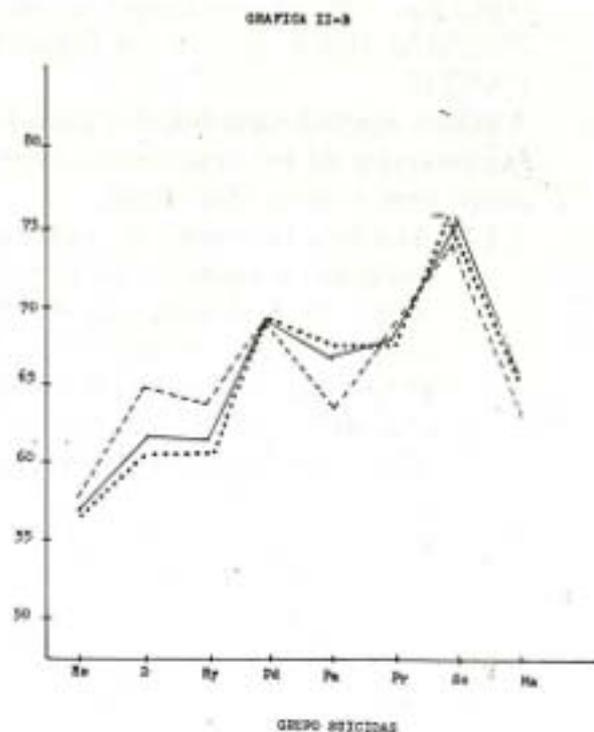
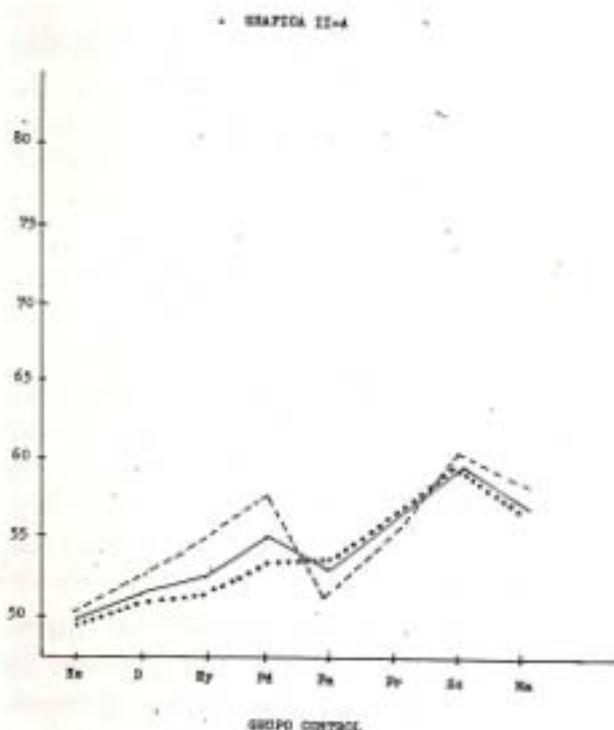
1) Para probar la validez de las escalas del Mini-Mult en la diferenciación de grupos y su aplicación desde una óptica preventiva.

2) Para contemplar su utilización por los clínicos: un árbol es de utilización más simple que una función lineal para la inclusión de un sujeto en un grupo.

3. RESULTADOS

1. En la gráfica de **Perfiles medios** se observa una buena diferenciación entre grupo control, toxicómanos y suicidas. Esta es particularmente notoria para las variables *hipocondriasis* y *depresión* donde los toxicómanos adquieren las puntuaciones más elevadas en relación a los otros grupos. Es preciso señalar también que los suicidas reicdivantes están más cerca de su perfil que los que no lo son.

(Gráfica II A, II B y II C).



2. A través del **análisis factorial de correspondencias** efectuado para el grupo control y el grupo de toxicómanos se identifica el subgrupo de items que discriminan mejor a los dos grupos. Su número fue de 28 items. Sobre estos 28 items hay 11 que constituyen la escala de depresión: 1, 2, 3, 6, 9, 18, 28, 32, 42, 44, 61.

3. El **análisis discriminante lineal** mues-

tra que existe una función lineal que define mejor el subconjunto de variables discriminantes entre todas las combinaciones posibles.

Se puede hacer la discriminación lineal sobre dos grupos (con la obtención de una sola función lineal) o bien sobre los tres grupos (con la obtención de dos funciones lineales que se representan en un plano factorial). Nosotros, nos limitaremos a la discriminación lineal efectuada sobre los grupos de dos en dos:

Como hemos señalado más arriba con el análisis discriminante lineal efectuado sobre los grupos y tratándolos de dos en dos, se obtiene una sola función lineal, que define el mejor subconjunto de variables discriminantes. Los alumnos de la Escuela Superior Politécnica de París efectuaron dicho análisis para todos los grupos.

Varias constataciones deben ser destacadas. Estas van a ser principalmente las relativas a suicidas y toxicómanos, que se resumen en tres apartados.

- a) Este método proporciona alrededor de un 70 % de bien clasificados. Es decir, casi tanto como una discriminación entre suicidas y control. Este porcentaje indica que el Mini-Mult representa una buena ayuda en cuanto a diagnóstico. Orienta las conclusiones con una buena fiabilidad.
- b) La variable más discriminante entre suicidas y toxicómanos es la *depresión*. Se puede notar una correlación negativa de la función discriminante con la *paranoia*: la paranoia parece más marcada en los suicidas que en los toxicómanos, contrariamente a las otras variables. La primera correlación confirma los resultados de trabajos precedentes en los pacientes suicidas (18, 27).
- c) La curva de suicidas se acerca a la de los toxicómanos en función del número de tentativas de suicidio efectuadas. Cuantos más intentos se constatan en el grupo de suicidas, éstos presentan más una curva que se

acerca a la obtenida para el conjunto de los toxicómanos.

(Gráfica III).



4. La última fórmula de tratamiento de los resultados la constituye el **Análisis Discriminante no Paramétrico** y que queda reflejado en el **árbol de segmentación**.

Esta última fórmula de representación es la más ilustrativa para el clínico, puesto que permite separar y caracterizar mejor los grupos. Nos parece importante señalar dos puntos:

1. La representación gráfica por los árboles de segmentación muestra que la «cima» de dicho árbol representa el principal factor de Discriminación e interesa por tanto al clínico para una discusión fenomenológica del sujeto, mientras que la base constituye el punto de partida para el cálculo de sujetos bien o mal clasificados y concierne a la validación del utensilio de trabajo y como consecuencia a sus límites.
2. Una reflexión muy actual dentro de las instituciones más experimentadas en materia de toxicomanías y de su tratamiento y que será desarrollada más tarde la constituye el hecho de que el trabajo terapéutico con los toxicómanos debe ser diferenciado ya que la demanda del paciente no es en absoluto siempre la misma.

Seguidamente mostramos los árboles de segmentación, haciéndolo en primer lugar con los sexos mezclados.

(Gráfica IV.)

Total de la muestra estudiada: 212 Grupo Control.
103 Grupo Toxicómanos.

Aquí no introducimos la variable sexo.

Para la comprensión de la gráfica:

En los recuadros

x	y
---	---

 : donde x = n.º grupo control e y = n.º toxicómanos. x e y no están diferenciados suficientemente, por lo que se debe profundizar su discriminación con otra escala clínica.

En los recuadros

x	y
---	---

 : x es significativamente menor que y (x = n.º grupo control, y = n.º toxicómanos) por lo que se define como un cuadro perteneciente a la clase toxicómanos y x representa en n.º de mal clasificados.

En los recuadros

x	y
---	---

 : x es significativamente mayor que y (x = n.º grupo control, y = n.º toxicómanos) en un cuadro catalogado en la clase grupo control y representa el n.º de mal clasificados.

Si ahora sumamos todos los y todos los por separado podremos sacar los porcentajes de bien y mal clasificados con respecto al recuento de origen es decir: 212 - 103 . En nuestro caso resulta 195 con respecto a 212 - 78 con respecto a 103.

Con los sexos mezclados se obtienen 195 sujetos incluidos el grupo control y 78 toxicómanos incluidos en el grupo «toxicómanos». Es decir, 92 % de bien clasificados en el grupo control y 76 % de bien clasificados en el grupo de toxicómanos.

¿Cuáles son pues las conclusiones que un clínico puede extraer y en definitiva el valor del test?:

El hecho de tener solamente un porcentaje de sujetos mal clasificados inferior al 10 % en el grupo control muestra que el Mini-Mult es un instrumento válido para el clínico y que permite un buen despistaje, el 10 % es un porcentaje de error débil si se utiliza el test desde una perspectiva diagnóstica.

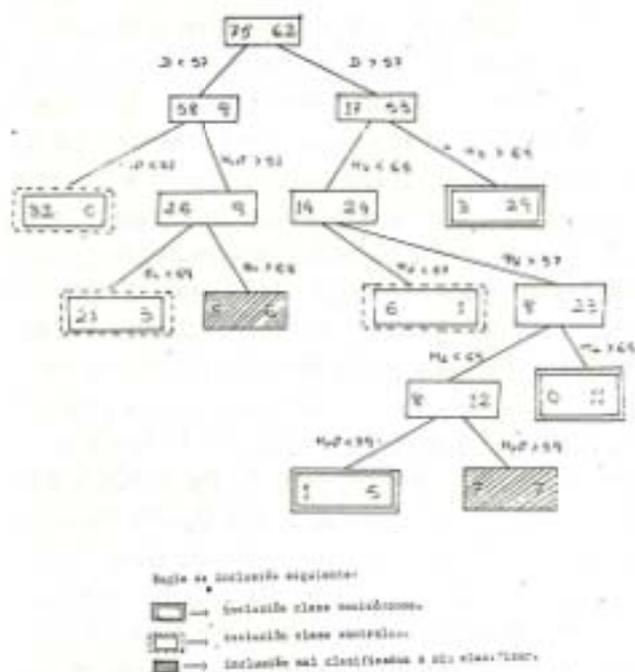
En el área de la prevención, este margen de mal clasificados nos permite también trabajar con el Mini-Mult, como instrumento psicométrico de referencia en estudios sistemáticos de población.

Si contemplamos los porcentajes de bien y mal clasificados entre los toxicómanos, 76 % y 24 % respectivamente, parece recomendable no derivar conclusiones demasiado apresuradas. Los clínicos podrán completar sus datos con la ayuda de éste y otros cuestionarios de personalidad.

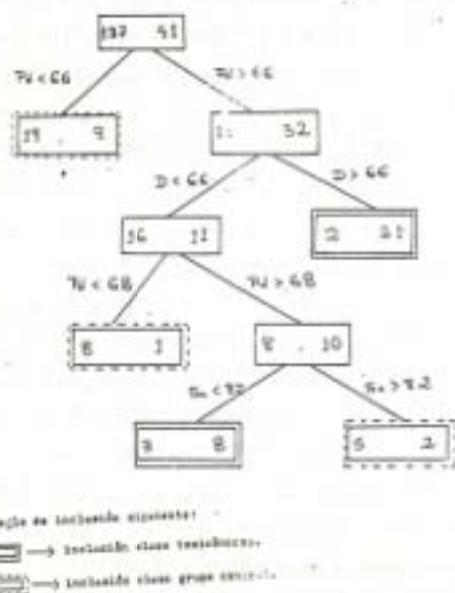
Para una discusión de los resultados desde un punto de vista teórico-clínico mostramos los árboles de segmentación para cada sexo.

Las escalas más discriminantes son la *Depresión*, seguida de la *hipocondriasis* para los chicos, y la *Psicopatía* seguida de la *depresión* para las chicas.

(Gráfica V, VI)



Variable Sexo Masculino



EXPLICACION GRAFICA V y VI

Estas 2 gráficas resultan de la introducción de la variable sexo:

El procedimiento y la regla de afectación o de introducción dentro de la clase grupo control o de la clase toxicómanos es el mismo. Es decir:

Grupo sin diferenciar aún su-

ficientemente. Se procederá a la introducción de una nueva escala clínica.

Grupo ya diferenciado y perteneciente a la clase TOXICOMANOS.

Grupo ya diferenciado y perteneciente a la clase GRUPO CONTROL.

En grupo de sexo masculino tenemos en la 4.ª línea del árbol de segmentación con $x = 5$ e $y = 6$, siendo imposible encontrar en este caso una nueva escala clínica discriminadora. Esto se repite en la última línea con $x = 7$ e $y = 7$.

Las cifras de x e y incluidas en estos recuadros (x por separado e y por separado) se incluyen dentro de los sujetos mal clasificados y su porcentaje se efectúa en relación con la casilla de origen:

- en los chicos 75 - 62
- en las chicas 137 - 41

DISCUSION DE LOS RESULTADOS: JOVENES TOXICOMANOS-GRUPO CONTROL

En nuestro trabajo *la variable depresión es la que aparece como esencial en los toxicómanos hombres menores de 20 años.*

Es ésta la que vamos a intentar analizar:

La idea, según la cual, la adicción a la heroína y a otras sustancias está vinculada a la depresión y a problemas de orden distímico está cada vez más desarrollada.

En los primeros trabajos sobre el MMPI y su aplicación en heroínómanos se muestra ya una cierta elevación de la depresión (58, 21 y 34).

Resulta difícil apreciar e identificar la verdadera naturaleza y la intensidad de esta depresión en los heroínómanos. Hay dos problemas para ello:

- El primero es que la depresión está habitualmente valorada en adictos al comienzo de su tratamiento, y éste es un momento en el cual pueden manifestar temporalmente un alto grado de síntomas en relación al perío-

do más agudo de su abstinencia o bien en relación a una crisis psicosocial.

- El segundo es que muchos clínicos e investigadores tienen tendencia a plantear el diagnóstico de depresión, pero para esto es necesario tener en cuenta el conjunto de síntomas, la duración de ellos y el grado de afectación que producen. Es decir, es diferente —por simple que parezca— síndrome depresivo y diagnóstico de depresión.

Será preciso constatar que hay una gran variación en los datos proporcionados por el propio paciente en función de su expresividad y de ahí la gran dificultad para evaluarlos. A pesar de todo, el síndrome depresivo expresado por el paciente adicto es bastante semejante —a nivel de verbalización intrínseca— al del paciente no adicto.

ROUNSAVILLE (47) demuestra la importancia de la depresión en los heroínomanos en un trabajo irreprochable. El ha seguido un grupo de 157 enfermos a comienzo de un programa de tratamiento diverso y 6 meses más tarde: en este estudio encuentra que casi la mitad de la muestra tendría síntomas que podrían ser catalogados como episodios depresivos mayores según los RDC (Research Diagnostic Criteria) y casi dos tercios (2/3) de la muestra sufrirían alguna alteración de tipo distímico. Estos datos concuerdan plenamente con los aportados por B. PRUSOFF (45) en la Universidad de Yale.

MYRMA WEISSMAN (57) mantiene las mismas proporciones de pacientes deprimidos que anteriormente hemos indicado en otros trabajos y además presenta datos según los cuales estos pacientes padecían un síndrome de depresivo patológico y no sólo presentaban una forma de ser deprimida. WEISSMAN demuestra que el patrón sintomático en estos pacientes era similar al de los pacientes externos deprimidos que acudían para un tratamiento antidepressivo y no eran, por ello, tratados con Metadona y que la severidad de la depresión en los pacientes mantenidos con Metadona era

suficientemente intensa como para orientarnos hacia tal tratamiento. Por otra parte, WEISSMAN, retomando los conceptos de depresión primaria y depresión secundaria, considera que los niveles de síntomas más bien bajos que se encuentra en la depresión secundaria son similares a los encontrados en adictos a los opiáceos.

La característica más interesante de sucesivas evaluaciones de síntomas depresivos era el *alto grado de fluctuación*. Tal es así que la mayor parte de clínicos han constatado que casi todas las alteraciones de tipo afectivo descenderían al final de un tratamiento. En la muestra de ROUNSAVILLE, sobre el conjunto del 60-70 % con algún tipo de trastorno tímico, descendería a un 20-30 % y éste 30 % que permanece tendría sin embargo una sintomatología más ligera. En lo que concierne a los catalogados en principio como pacientes con trastorno depresivo mayor, éstos serían al final un 12 %. La causa de esta mejoría no tendría nada que ver con el tipo de tratamiento, ya que los mismos resultados se obtienen con pacientes en un programa de mantenimiento con Metadona o en una unidad de desintoxicación, o en un programa de naloxona o naltrexona, o en residencia terapéutica para adultos o en residencia terapéutica para adolescentes.

A similares conclusiones llega T. R. KOSTEN (29) en un trabajo publicado en el año 83 en el que señala que no se encuentra relación entre el tipo de tratamiento realizado y los síntomas depresivos —medidos éstos con el Beck Inventory—. Es decir, cuanto más tiempo de tratamiento, menores son los síntomas depresivos.

A pesar de la fluctuación en la sintomatología más aguda, hay un buen porcentaje de adictos con condiciones distímicas crónicas y alrededor de una quinta parte (1/5) mantendrían elevados niveles tanto al comienzo como al final del tratamiento.

Estos datos confirman que los adictos a los opiáceos son muy vulnerables a los episodios cortos de grado medio de depresión, modulados o influenciados por el stress, mientras que una minoría bastante impor-

tante tendría síntomas depresivos crónicos.

B. PRUSOFF (45) vuelve a recalcar esto último, señalando el papel tan importante que juegan las «stresantes» psicosociales específicas en la etiología de la enfermedad mental, aportando estudios de comunidad, los cuales han demostrado la importante asociación entre hechos vividos y la afección psicológica. Según él, entre algunas formas de trastorno la depresión parece ser la más asociada a hechos vividos.

T. R. KOSTEN en el trabajo antes citado (29) sigue la misma línea en cuanto a la relación importante, depresión-stress psicosocial en el heroinómano. Introducen el RLE (Recent Life Events) y constatan que sobre 36 adictos con pocos números de RLE (0-4), el 25 % estaban deprimidos, mientras que sobre 26 adictos con alto número de RLE (9-15), el 50 % aparecían deprimidos.

Siguiendo la influencia de ADOLF MEYER y su postulado fundamental sobre el factor reaccional de los procesos psíquicos que tanto ha influido en los EEUU, KOSTEN concluye diciendo que la depresión parece ser la más firmemente relacionada con los RLE.

Es necesario analizar ahora el *pronóstico* en los adictos a la luz de estos datos centrados sobre la depresión. Las reflexiones pueden ser múltiples, pero, a nuestro juicio, todas ellas son complementarias y en absoluto contradictorias.

Unos índices de más o menos alto nivel de depresión al comienzo del tratamiento está en relación con el consumo ilegal de drogas en los meses siguientes. Hay un punto de vista que explica que la toma de tóxicos podría ser un intento de autotratamiento para efectos intolerables.

Otro dato que se deriva es que el pesimismo de estos pacientes pueden hacerles abandonar el tratamiento.

Muy importante es la idea tan extendida según la cual los adictos que solicitan tratamiento se distinguen de aquellos que no lo solicitan por tener los primeros elevados niveles de síntomas disfóricos y de-

presivos. Es por esto que se puede pensar que problemas de tipo depresivo son un apoyo, un incentivo para pedir ayuda.

Ya en 1974, JURIS. I. BERZIMS (6) publica un trabajo utilizando el MMPI con una técnica multifactorial. Separa dos tipos de perfil homogéneos:

Los del *tipo I* han obtenido elevaciones en las escalas 2 (Depresión) y 8 (Psicopatía) y 8 (Esquizotimia), es decir, depresión, inconformidad y alteraciones del pensamiento.

Los del *tipo II* han mostrado una única elevación en la escala 4 (Psicopatía).

Los del tipo I con altos niveles de depresión, inconformidad y problemas del pensamiento pueden utilizar los productos tóxicos para controlar o neutralizar sus sentimientos de ansiedad, depresión o stress. El fracaso de estas tentativas, así como ciertas características como su rechazo de la droga y su valor, el reconocimiento de los problemas y la actitud autopunitiva le impulsa a tratarse en el marco de una institución.

Los del tipo II, en cambio, están más o menos autosatisfechos y utilizan la droga como hedonismo.

Volvemos a insistir de nuevo en la mejoría que se experimenta en el conjunto de síntomas depresivos sin tratamiento específicamente antidepressivo, lo cual sugiere que muchas de las alteraciones depresivas son autolimitadas.

Hay algunos que postulan que el riesgo de recaída en un contexto de abatimiento y de depresión puede haber subsidiarios a estos enfermos de un tratamiento antidepressivo específico a modo preventivo, pero este punto requiere un estudio más profundo.

Todos estos estudios, confirman nuestros resultados que hablan de la importancia de la depresión utilizando el Mini-Mult. E. PENK en 1980 (42) rechaza la idea de que la escala Pd (psicopatía) sea el único factor común y señala como incierto que un sólo tipo de personalidad esté predisuesto a una adicción a la droga, cuestión

ésta que ha sido ampliamente rechazada posteriormente.

A la luz de nuestro estudio y con la ayuda de los trabajos ya citados tendemos a rebatir ciertas conclusiones publicadas desde el año 1972 en Francia y otros países, entre las que destacan por la significación de sus autores:

- PICHOT, BUCHSENCHUTZ y PERSE en 1972 en su comunicación «La personnalité du toxicoman» (44) hablan de un perfil medio con aumento en las escalas 4 (pd) y 9 (hipomanía).
- SEIBEL y DENICKER (50) publican un trabajo sobre 29 pacientes toxicómanos y encuentran que:
 - 16 eran psicópatas y con preferencia por la heroína.
 - 4 con estructura psicótica y preferencia por el L. S. D.
 - 4 con estructura neurótica y preferencia por las sustancias depresoras del sistema nervioso.
- H. LOO y F. CAROLI (35) en su comunicación «La conduite toxicomane dans ses rapports à la conduite suicidaire» sobre 100 pacientes, revelan que tenían:

	Sujetos
• Personalidades psicópatas	57
• Personalidades psicóticas	34
• Personalidades toxicómanas	5
• Personalidades neuróticas	4

En resumen, nosotros consideramos que la etiquetación abusiva como psicópatas a la mayor parte de toxicómanos refleja la impotencia o bien la falta de profundización para integrar o comprender dentro de sus coordenadas este fenómeno de la toxicomanía.

Como punto final de esta discusión hay una cuestión muy actual que las instituciones con experiencia en el tratamiento de la drogadicción se plantean: ¿es necesario dar

tratamiento en nuestros servicios a toda demanda que se nos presente?....

Si bien hemos rechazado la etiquetación abusiva como psicópata de un toxicómano, no podemos ser tan ingenuos como para negar la existencia de una proporción de psicópatas o de personalidades psicopáticas entre los pacientes. Estos pacientes tienen ciertas características, alguna de las cuales ya han sido señaladas:

En primer lugar su consumo de drogas es menor que el del toxicómano inveterado, su actividad delictiva y sociopática es en muchos casos anterior a la conducta toxicomaniaca y prácticamente no se benefician de servicios abiertos, sino que por su funcionamiento a un nivel de identificación grupal muy primitivo, son subsidiarios de otros centros de tratamiento más rígidos y —quizás por esta última característica que hemos señalado— más ideológicos o pro-selitistas.

SEXO FEMENINO

Para nuestra muestra de chicas, el Mini-Mult ha demostrado que el perfil «psicopatía» es el principal factor discriminante entre los dos grupos, seguido del perfil depresión. Antes de comenzar el análisis de estos resultados vamos a hacer una pequeña revisión de los datos ya publicados y que conciernen al consumo de drogas «duras» por parte de las mujeres y de datos relativos al conjunto del fenómeno de la toxicomanía en el sexo femenino.

Todo el mundo está de acuerdo en aceptar un aumento del número de sujetos de sexo femenino entre los toxicómanos. En Francia y España, desde los años cuarenta (por aquel entonces se trataba de un consumo de origen terapéutico y el número de mujeres estaba próximo del de los hombres) se ha asistido a un aumento en la segunda mitad de los años setenta: en 1970 la proporción hombres/mujeres era de 5/1, mientras que en 1978 había menos de 3 hombres por una mujer.

En los años ochenta, mientras que para los servicios represivos el porcentaje de mu-

jeros se mantiene, para ciertos establecimientos de curas y asistencia sanitaria para toxicómanos, se asiste a un crecimiento del porcentaje de mujeres hasta alcanzar un 30 % (55). Un dato remarcable lo representa también el hecho de que las mujeres comiencen su intoxicación más tempranamente: el porcentaje de mujeres toxicómanas con edades inferiores a los 18 años se sitúa alrededor del 13 %, lo cual es elevado en relación al de los hombres, con una cifra alrededor del 5 %. En relación al fenómeno de la toxicomanía en el sexo femenino se constata que la literatura concerniente a las mujeres toxicómanas es bastante reducida.

Los estudios concernientes a las características psicológicas de los toxicómanos presentan ciertos límites. Para nosotros hay tres que pueden ser significativos: el primero se refiere al hecho de que una gran parte de esta literatura está fundada sobre impresiones clínicas más que sobre datos recogidos en condiciones controladas. Un segundo podría resultar del hecho de que hay muy pocas publicaciones referidas al «retrato» de normalidad, es decir, referidas a grupos-control. El resultado es que se percibe sobre el conjunto de la literatura la existencia de un gran énfasis sobre perfiles de «psicopatía» en detrimento de representaciones concernientes a la normalidad. Un tercer límite se relacionaría con el hecho de que la mayor parte de estos estudios han sido hechos sobre muestras de hombres solamente y para aquellos que trataban hombres y mujeres los resultados no fueron mostrados en relación a la variable sexo.

Entre los pocos estudios concernientes a las mujeres toxicómanas y a su perfil psicológico es necesario anotar los estudios de COLTEN (11), FERGUSON (19) y DELEON (citado en 8), que encuentran que las perturbaciones de la estima de sí misma son significativamente más masivas en las chicas que en los chicos toxicómanos. Estas apreciaciones confirman las de PIERRRE y SYLVIE ANGELL (2) que constatan en su experiencia clínica la predomi-

nancia de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Otros estudios que han utilizado el MMPI sobre mujeres heroinómanas son los de STUCKER y MOAN, publicados en la revisión de la literatura del National Institute on Drug Abuse (8) en los que comparan tres grupos de mujeres: mujeres adictas en prisión, mujeres adictas fuera de la prisión y mujeres no adictas en prisión: subrayan estos autores la importancia de los perfiles de las mujeres adictas, las tendencias sociopáticas, su desviación en relación a las normas culturales y su tendencia también a la expresión irracional de sus impulsos.

Uno de dichos autores, STUCKER, publica más tarde (54) un estudio con el MMPI y otros cuestionarios pasados sobre 121 chicos y 33 chicas y no encuentran grandes diferencias según los sexos. Sin embargo, STUCKER subraya que las mujeres muestran un sentimiento de «inseguridad» mayor, una autonomía más débil y menos agresividad, menos «defensividad» e interés en las interacciones heterosexuales.

ROSS y BERZINS (6) sobre un grupo de jóvenes heroinómanas muestran con el MMPI elevaciones significativas en todas las escalas, sobre todo en las escalas de hipochondría (60) y psicopatía (70).

Sin embargo todos estos estudios —como hemos señalado anteriormente— no han sido hechos con grupos-control. Un estudio próximo al nuestro por su metodología y sus resultados es el de PATALANO (41). Este autor compara los resultados al MMPI de 80 hombres y 80 mujeres heroinómanas y de 550 hombres y 615 mujeres pacientes no toxicómanas de la Clínica Mayo de Los Angeles. Encuentra que las chicas toxicómanas tienen índices más elevados, excepto en la escala F. *Se puede concluir en un grado más alto de «defensividad» en las mujeres, lo cual es importante para el compromiso dentro de un tratamiento y por ende para el pronóstico.*

Nosotros estudiamos adolescentes en los cuales la inadecuación de nosografías rígi-

das es bien patente por lo que se hace necesario comentar algunos estudios sobre la psicopatología del adolescente que muestran aspectos interesantes sobre el tema.

BALL y CHAMBRES (3) sugieren que las mujeres heroínomanas muestran más agresividad e independencia y que su actividad toxicomaniaca representa la negación de un deseo de pasividad o de dependencia.

La importancia de sentimientos de pasividad y consecuentemente de formaciones reactivas a ella en el curso de la adolescencia es también señalada por PH. JEAMMET (26). Este autor dice que el cuerpo del adolescente participa íntimamente en la vida psíquica de este último como defensa contra el mundo psíquico interno.

El cuerpo permite más cómodamente la expresión de conflictos y a la vez su ocultación. Facilita el recurso a la acción, llega a ser medio de dominación y de transformación en conductas activas de la pasividad. No obstante, no hay recurso al cuerpo como medio de figuración de los conflictos sin un fracaso o un desbordamiento de las capacidades de organización neurótica. Este desbordamiento podrá encontrar salida negativa en una separación psique-soma y donde ciertas patologías de conducta como los autoagresiones son muy evocadoras: anorexia mental, toxicomanía, delincuencia, suicidio.

PIERRE y SYLVIE ANGEL (2) establecen de otra manera parecidas afirmaciones: las chicas adolescentes heroínomanas presentan múltiples formaciones reactivas a sus tendencias pasivas, las cuales se manifiestan por una exacerbación de sus tendencias agresivas. Esta dinámica les conduce a oponerse a las leyes.

En lo que a nosotros concierne, hemos encontrado la psicopatía y la depresión como los perfiles más discriminantes entre las adolescentes toxicómanas y grupo-control.

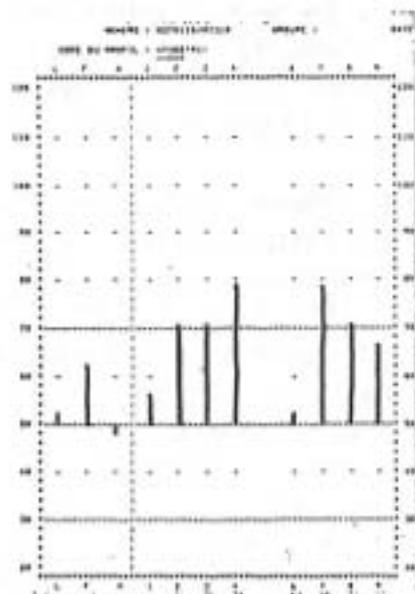
El concepto de psicopatía es difícil de delimitar a veces. Su relación con la depresión, en algunos casos puede ser estrecha, lo mismo que en el caso de las mujeres con la histeria.

No obstante, existen en lo que se refiere a poblaciones de toxicómanos, ciertas características en algunos de ellos que se asemejan a las descritas para ciertos psicópatas. Además de las tendencias antisociales, la agresividad, la oposición a las leyes, etcétera, que se han descrito anteriormente para las chicas toxicómanas, nosotros hemos mostrado en nuestros estudios precedentes en la Unidad 185 del INSERM (13 y 15) relacionados con la biografía y sobre todo con los antecedentes familiares de los jóvenes toxicómanos, rupturas más o menos precoces de la continuidad del entorno que rodea al joven. Estas rupturas son también frecuentes en los sociópatas, desequilibrados psíquicos o personalidades psicopáticas, para los cuales en muchos casos sólo la biografía y los antecedentes quedan a veces como signos innegables.

Por otra parte, los trastornos del humor del toxicómano tienen propiedades específicas, las cuales están muy cercanas a lo que se ha descrito como el estado de malestar tímico del psicópata.

El caso que a continuación presentamos ilustra de nuevo este parecido. Este caso ha sido extraído de nuestra muestra de toxicómanos adolescentes:

F. L., 21 años. Heroínomana desde hace 4 años. Su diagnóstico psiquiátrico habla de inmadurez con tendencias depresivas y dependencias vis-a-vis de su madre.



Su perfil de personalidad al test Mini-Mult muestra las escalas 4 (Pd) y 7 (Pt), inferiores a 70, pero muy por encima de lo normal. La escala 2 (depresión) es igualmente importante. La apariencia general del perfil traduce un estadio ansioso en un sujeto que presenta trastornos caracteriales. Parece encontrarse a disgusto consigo misma, teniendo sentimientos de fatiga, morosidad y malestar. Es inmadura y puede llegar a estar muy angustiada, cuando no obtiene inmediatamente satisfacción a sus deseos. Puede entonces reaccionar agresivamente pues tiene dificultades para admitir la menor contrariedad. No siendo capaz de aprovecharse de la experiencia, entra en conflicto con todo lo que representa autoridad y normas sociales. Se siente incomprendida, lo que según ella justifica su comportamiento. Existe un índice de ansiedad muy elevado.

Como decíamos y a la luz de este último caso, las propiedades de los trastornos del humor del toxicómano no están muy alejadas de las descritas para el psicópata o más concretamente su estado de malestar tímico y cuyas propiedades son:

- Trastornos del humor con un desencadenamiento rápido e instantáneo.
- Duración más o menos corta, modulada por influencias exteriores entre las cuales la interrupción en la toma de drogas y el tratamiento somático de la dependencia juegan un papel de importancia.
- Sufrimiento que puede parecer ficticio y exagerado, y algunas veces considerado como un intento de seducción del toxicómano hacia la institución o hacia el terapeuta.
- Tendencia entre estos pacientes a acusar al entorno como causa de sus problemas.
- Finalmente, aparte de estos diferentes episodios distímicos, es necesario añadir una propiedad inherente a su personalidad: la incapacidad de aprovecharse de las experiencias del pasado. No obstante, en esta actitud no se puede olvidar la marca innega-

ble que imprime la heroína en la historia del individuo.

Para mejor delimitar todavía lo que concierne a la psicopatía, citaremos a HATHAWAY (24), autor del MMPI y que define la psicopatía como una inmadurez afectiva con un narcisismo extremo que pone en peligro la inserción social de los que la padecen. Uno de los recursos posibles es el «pasaje al acto». El psicópata tiene grandes problemas de comportamiento debido al mal control que tiene de sí mismo, de su impulsividad, así como de la ausencia marcada de elaboración verbal de sus conflictos. Todo ello provoca en definitiva una imposibilidad casi total de tratamiento de buena relación terapéutica con este tipo de pacientes.

En el mismo sentido que el estudio de BERZINS (6), que el PATALANO (41) y de las últimas apreciaciones de Hathaway que acabamos de citar, podemos avanzar la hipótesis según la cual la predominancia de la asociación psicopatía-consumo de drogas influye sobre el tratamiento y el pronóstico. Sin embargo, esta hipótesis debe ser verificada con cifras concernientes a los abandonos de tratamiento cuando esta asociación está presente. La utilización del Mini-Mult en complemento a los datos clínicos, sería entonces importante para detectar este contexto.

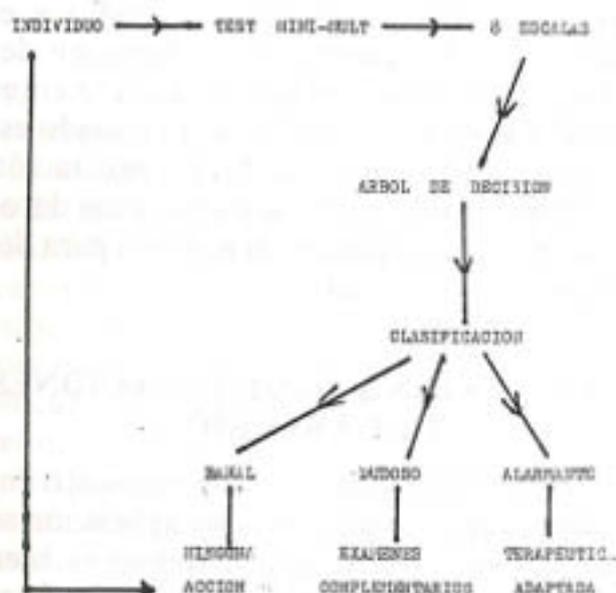
CONCLUSION Y PROLONGACIONES DEL ESTUDIO

El test Mini-Mult es un instrumento cuya utilización es cómoda y su aplicación se efectúa en poco tiempo. Además es bien aceptada por los jóvenes de los diferentes grupos. La explotación de los resultados obtenidos con el Mini-Mult en los diferentes grupos de adolescentes muestra perfiles significativos ligados a ciertas conductas desviadas. Restaría sin embargo probar estos resultados sobre otras muestras de población, para alcanzar una mejor representatividad, sobre todo para los jóvenes toxicómanos. Por otra parte, se podrían estudiar otras conductas desviadas como la

delincuencia, que la literatura relaciona con las conductas estudiadas aquí y que hemos remarcado a través del estudio de los toxicómanos en prisión como la que presenta los perfiles más patológicos.

Así, el Mini-Mult podría ser propuesto como instrumento de diferenciación, no solamente entre grupos control y grupos «desviados», sino también entre estos últimos entre sí. Las cifras encontradas en los adolescentes, para los cuales los diagnósticos psiquiátricos son los más difíciles y aleatorios de establecer, son estimulantes para proseguir este tipo de estudios y establecer ayudas complementarias a los exámenes clínicos.

Para una utilización del Mini-Mult, el esquema práctico propuesto en la Gráfica VII podría ser inscrito dentro de un contexto de ayuda al diagnóstico, induciendo eventualmente un trabajo terapéutico adaptado.



Entre los diferentes tratamientos utilizados, el árbol de segmentación parece el más fácilmente utilizable por los clínicos. Pero es preciso prevenir tendencias simplificadoras y también sensibilizar al profesional sobre los riesgos de malas agrupaciones (en clases) que pueden darse en estos trabajos.

No terminaremos sin antes insistir —una vez más— sobre la complementariedad de

los diferentes abordajes, clínico y epidemiológico, para una mejor comprensión de los problemas de salud y una mayor eficacia de las acciones a emprender.

BIBLIOGRAFIA

- (1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III (1983). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction de Pichot, P., et Guelfi, J. D. Masson.
- (2) ANGEL, P.; ANGEL, S. (1983). La toxicomanie au féminin. *Adolescence*, 1, n.º 2, pp. 247-268.
- (3) BALL, C. J.; CHAMBERS, C. D. (1970). *The epidemiology of opiate addiction in the U.S.* Springfield.
- (4) BERGERET, J.; FAIN, M. (1981). *La psychanalyse à l'écoute du toxicomane*. Dunod.
- (5) BERTIER, P.; BOUROCHE, J. M. (1975). *Analyse des données multidimensionnelles*. PUF.
- (6) BERZINS, J. I.; ROSS, W. F. ENGLISH, G. E., et al (1974). Subgroups among opiate addicts: a typological investigation. *J. Abnorm. Psychol.*, 83, n.º 1, pp. 65-73.
- (7) BRACONNIER, A.; OLIEVENS-TEIN, C. (1974). Les tentatives de suicide chez les toxicomanes actuels. *Rev. Neuropsychiatr. Infant.*, 22, n.º 10-11, pp. 677-693.
- (8) BURT, M. R.; GLYNN, T. J.; SOWDER, B. J. (1979). Psychological characteristics of drug abusing women. *N.I.D.A., Reserarch Monograph Series*.
- (9) CELEUX-LECHEVALLIER (1980). Méthodes de discrimination non paramétriques asymptotiquement efficaces au sens de Bayes. *Rapport de recherche INRIA*, n.º 52.
- (10) CHARLES-NICOLAS, A.; LE COQUIC, C. (1981). Crises et toxicomanies. *Perspect. Psychiatr.*, n.º 81, pp. 129-131.
- (11) COLTEN, M. E. (1979). A descriptive and comparative analysis of self-