

Perfil clínico de drogadependientes evaluados con el MCMI-III

Clinical profile of drug dependents
assessed with MCMI-III

ANA D'ANNA¹ Y MARCELO PÉREZ²

RESUMEN

El presente trabajo forma parte de una batería de técnicas, administradas a población adicta con fines psicodiagnósticos. De dicha batería se presenta el estudio realizado con el Millon Clinical Multiaxial Inventory en su tercera versión, adaptada a nuestro medio (Casullo y Castro Solano, 1997; Casullo et al, 1999).

El inventario se aplicó a una muestra de 55 sujetos varones, adictos a diferentes sustancias psicoactivas, quienes participaron de manera voluntaria. Todos registraban policonsumo, es decir, consumo de más de una droga y alcohol, y un tiempo promedio de enfermedad de 7 años. Los mismos se encontraban en diferentes etapas del tratamiento (ambulatorio o de tipo residencial) para su rehabilitación, al momento de realizarse la evaluación.

Se presentan los valores obtenidos para cada una de las escalas que conforman el inventario MCMI-III.

Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS-11.

El estudio es descriptivo y la muestra es intencional.

Palabras Claves:

MCMI-III, Personalidad, Adictos.

1. Docente. Facultad de Psicología. UBA y UP. E-mail: adanna@psi.uba.ar

2. Docente. Facultad de Psicología. UBA y UP. E-mail: mperez@psi.uba.ar

SUMMARY

The current work is part of a battery of technics given to addicted population with psychodiagnostic purposes. From this battery we present the study performed with Millon Clinical Multiaxial Inventory on its third version, adapted to our medium (Casullo y Castro Solano, 1997; Casullo et al, 1999).

The inventory was applied to a sample of 55 male subjects, addicted to different psychoactive substances, all of whom participated voluntarily. All of them were policonsumers, it means, they use more than one drug and alcohol, and their average time of addiction was 7 years. The moment of the evaluation they were at different stages of the rehabilitating treatment (ambulatory or residential).

We present the obtained values for each of the scales that make up the inventory MCMI-III.

To process the data we used the statistic pack SPSS-II.

The study is descriptive and the sample is intentional.

Keywords:

MCMI-III, Personality, Addicted.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras cuestiones fundamentales a las que se han enfrentado los investigadores es la que se refiere a por qué las personas se comportan de la forma como lo hacen; la noción de personalidad ofrece algún orden y congruencia a los diferentes tipos de conducta manifestadas por un individuo (Millon y Everly, 1994). Es relativamente difícil encontrar una definición de personalidad que satisfaga a todos los psicólogos; según Fierro (1996), se la puede definir como el conjunto de características psicológicas, biológicas y socioculturales, que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales fueran las circunstancias de la vida en las cuales se encuentre. La conducta de los niños se cristaliza en un patrón preferido de comportamiento, los cuales se vuelven resistentes a la extinción y el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado, hace a estos patrones de respuesta altamente prioritarios. La personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos períodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad: a) cómo interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y b)

cómo se relaciona el individuo consigo mismo (Millon, 1994.).

A diferencia de los enfoques estructuralistas (Kermberg, 1987), los enfoques dimensionalistas consideran la personalidad como un continuum entre dos polaridades: la salud y la enfermedad; los sujetos oscilan entre ambos puntos del gradiente y el objetivo de la medición es ubicar el punto en donde se encuentran para decidir si es necesaria o no la intervención, y de ser así, de qué tipo debería ser esta. Este concepto de personalidad rompe la larga tradición de considerar a los síndromes psicopatológicos como entidades patológicas ajenas al individuo o como lesiones que insidiosamente o abruptamente se superponen al individuo hasta impedir su normal funcionamiento (Millon, *Ibíd*; 1998).

Cuando hablamos de una personalidad anormal, patológica o trastornada, hacemos referencia a todo el modo de ser de un individuo, y no a aspectos concretos o parciales. Los trastornos de la personalidad se refieren a que el modo de ser habitual de ese individuo es enfermizo, patológico o anormal- en el sentido de que no es el modo de ser más frecuente de las personas- (Fierro, 1996); el criterio más comúnmente usado para la determinación de la anormalidad es el estadístico, según el cual la conducta anormal es cualquier conducta que se desvía de la norma esperada o aceptada (Millon y Everly, 1994). En la actualidad la clasificación de los trastornos

de la personalidad se basa en dos de los sistemas diagnósticos de mayor aceptación entre los clínicos: la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión: CIE-10, realizada por la organización Mundial de la Salud, y la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV, realizada por la American Psychological Association (Fierro, 1996.).

Se puede decir que un individuo posee una personalidad normal o saludable cuando: a) muestra capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible y adaptativa; b) las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas y, c) los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como promotores de salud. Por el contrario, un individuo posee un patrón de personalidad anormal y no saludable cuando: a) intenta afrontar las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas; b) las percepciones y características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes y, C) los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen efectos perniciosos para la salud (Millon y Everly, Op. Cit.).

En referencia a la personalidad, los teóricos factorialistas o empiristas, crean tests intentando hallar a ciegas qué variables correlacionan entre sí;

sin embargo una tendencia más reciente en la medición de la personalidad consiste en construir un edificio teórico y preparar ítemes que sirvan para operacionalizar dicha base teórica (Anastasi y Urbina, 1998). Este es el caso del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI), utilizado para este trabajo; dicho inventario es un test psicológico de tipo autoinforme pensado para ser aplicado a pacientes psiquiátricos, que consta de 175 ítemes con respuestas *verdadero-falso*, y que permite relevar información sobre trastornos de personalidad y varios síndromes clínicos, según el enfoque dimensionalista. Fue desarrollado por Millon (1981) y colaboradores a principios de los años '70. La prueba original permitía puntuar 11 escalas, cada una de las cuales representaba un trastorno de la personalidad de los descritos en la tercera edición del DSM (A.P.A., 1995). El inventario MCMI se revisó en 1987 y en 1990 (Casullo, 1997). Actualmente es considerado uno de los instrumentos clínicos más populares y ha sido traducido a varios idiomas (Choca, 1998; Kaplan y Sadock, 1996). La tercera versión del inventario MCMI-III, es del año 1994 y ha sido traducida y adaptada en el medio local (Casullo et al., 1997). El inventario es útil para tareas de diagnóstico de los trastornos de personalidad y algunos síndromes clínicos, desde la óptica de la teoría de su autor (Millon, 1981; 1998; Millon y Everly, 1994). Las escalas referidas

a los trastornos de la personalidad tienen un fuerte vínculo con las propuestas del DSM-IV.

Por otra parte, el fenómeno del abuso de sustancias tiene muchas implicancias en la investigación sobre el funcionamiento del cerebro, la psiquiatría clínica, la psicología y la sociedad en general. Algunos compuestos o sustancias pueden afectar tanto los estados mentales subjetivos, como el humor y las conductas observables. Una de las consecuencias que se derivan de lo expresado es que las sustancias psicoactivas pueden producir síntomas neuropsiquiátricos indistinguibles de los que se observan en trastornos psiquiátricos cuyas causas no se conocen y esto sugiere que, los trastornos psiquiátricos y aquellos en los que está implicado el uso de sustancias psicoactivas, guardan alguna relación (Kaplan y Sadock, 1996).

En el DSM-IV (A.P.A., 1995) se considera abuso de sustancias cuando a la presencia de alguno de los síntomas listados en dicho manual se le suma la alteración de la vida normal del sujeto ocasionada por dicho consumo. En 1964, la Organización Mundial de la Salud (Kaplan y Sadock 1996.) llegó a la conclusión que el término *adicción* no era demasiado científico y propuso sustituirlo por el de *dependencia de sustancias*; se ha recurrido a dos conceptos para referirse a la dependencia: conductual y física. La primera se refiere a las

actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia asociada de patrones de consumo patológico. La segunda, a los efectos fisiológicos de cada episodio en el que se consume la sustancia *-fenómenos de tolerancia o abstinencia-*.

En Estados Unidos, la prevalencia de consumo según la edad es superior entre quienes tienen 18 a 25 años de edad; se da más frecuentemente en varones que en mujeres y en sujetos de color más que en blancos o hispanicos; no contamos con datos comparables en nuestro país. En cuanto a la comorbilidad, también conocida como diagnóstico doble o de dos o más trastornos en un solo paciente, un estudio del mismo país, refiere que el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplían los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. La comorbilidad más frecuente suele ser el abuso de dos sustancias, una de las cuales suele ser el alcohol. Otros diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son: 1) *trastorno antisocial de la personalidad*. Entre un 35% y un 60% de los pacientes que cumplen los criterios de abuso, también lo hacen para este trastorno; 2) *fobias y otros trastornos de ansiedad*; 3) *episodios depresivos mayores y la distimia*. En general el uso de sustancias más potentes y peligrosas presenta, la mayor tasa de comorbilidad (Kaplan y Sadock, 1996).

Dado que las personas adictas a sustancias psicoactivas, suelen tener con mucha frecuencia desde leves a severos desajustes en su personalidad, se consideró que la técnica de Millon sería un buen instrumento diagnóstico.

Objetivo:

- Analizar el perfil clínico obtenido, en una muestra de adictos varones, evaluados con el MCMI-III.

MÉTODO:

Instrumentos:

- El Inventario Clínico Multiaxial de Theodore Millon en su tercera versión (MCMI-III), adaptado al medio local (Casullo, 1999).
- Se realizaron entrevistas con cada uno de los sujetos evaluados, en los que se incluyó una encuesta a fin de relevar datos sociodemográficos.

Muestra:

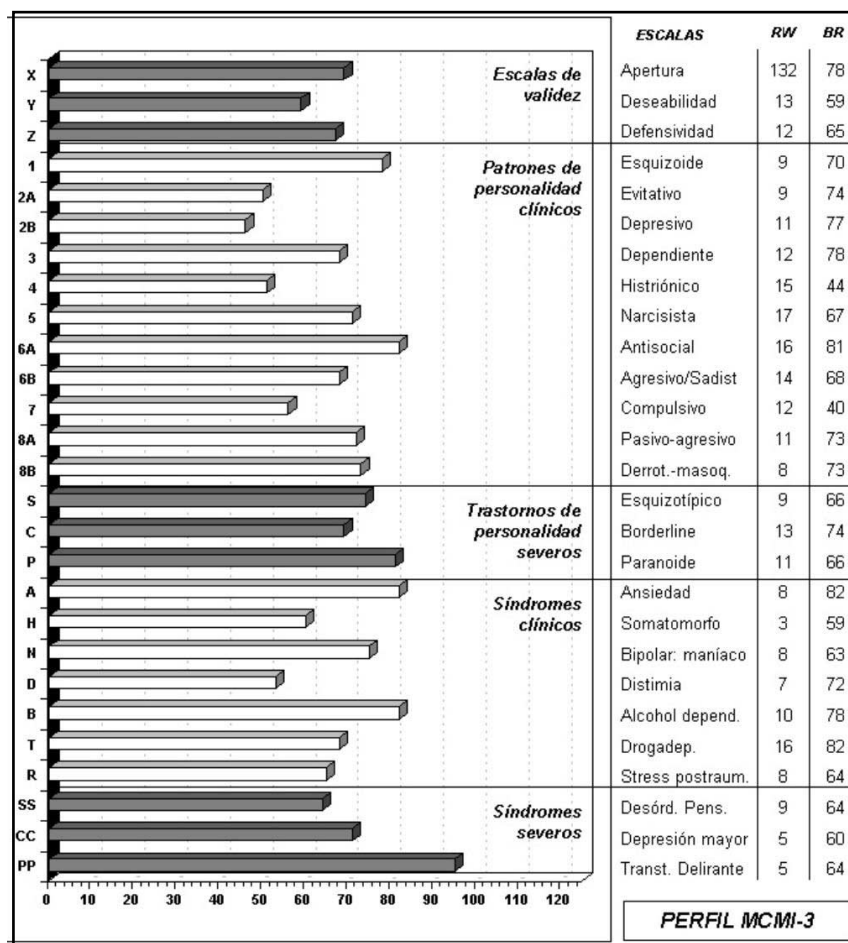
55 sujetos de sexo masculino, de 18 a 50 años de edad ($X = 26$) adictos a diferentes sustancias, quienes se encontraban realizando tratamiento de rehabilitación en dos instituciones privadas, al momento de la evaluación. Los mismos participaron de manera voluntaria. No se eliminaron protocolos ya que todos resultaron válidos, según las escalas diseñadas para tal fin.

Las características sociodemográficas relevadas en la encuesta fueron las siguientes:

- Nivel socio-económico: 90 % bajo y 10% medio.
- Estado civil: había un 60% de solteros, un 30% separados o divorciados y 20% casados.
- Nivel educativo: 20% primaria incompleta; 50% primaria completa y 25% secundaria incompleta y 5% secundaria completa.

Análisis de datos y resultados:

El perfil fue construido tomando en cuenta la mediana de cada puntaje bruto de la escala. Los resultados se muestran en gráfico:



El inventario utiliza puntajes transformados TBR en función de tasa de prevalencia. Establece el valor de corte en 75, que indica presencia del rasgo y, un TBR de 85 indica presencia del trastorno, para las escalas 1 a 8 y S, C y P que evalúan patrones clínicos de personalidad y personalidad severa. Para las escalas de síndromes clínicos A, H, N, D, B, T, R y síndromes severos SS, CC, PP, un puntaje de 75 indica presencia del síndrome y un puntaje de 85 indica prominencia del síndrome. En las escalas X, Y y Z, o índices de modificación, una tasa de 85 indica que la persona contestó de acuerdo al 10 % superior de la población; entre 75 y 84 contesto de acuerdo al siguiente 15%; una tasa entre 35 a 74 define al 60% de los evaluados y una tasa menor de 35 define el 15% inferior de la población (Casullo, et al., 1999).

En este trabajo se tendrán en cuenta los valores superiores a un puntaje de 75, siguiendo la teoría de su autor y las características prototípicas de cada patrón de personalidad por él descritas (Millon, 1998; Millon y Everly, 1994). En función de esta información se presentan los resultados hallados:

Índices de Modificación:

El valor obtenido para la escala *Apertura* (78) indica reticencia a revelar información personal. Los valores obtenidos en las demás escalas de validez, *Deseabilidad* y *Defensividad*

son medios, lo cual indica un estilo de respuesta adecuado y validan el perfil.

Patrones clínicos de Personalidad:

Las puntuaciones obtenidas en el perfil que superan el valor 75, establecido como puntaje de corte son las de las escalas *Depresivo*, *Dependiente* y *Antisocial*. El mismo está indicando la presencia de rasgos asociados a dichos patrones de personalidad propuestos por Millon (1998). La escala *Depresivo*, es definida por el mismo autor como personalidades con dificultad para experimentar placer mientras que las escalas *Dependiente* y *Antisocial* como personalidades con dificultades en sus relaciones interpersonales.

Las escalas *Esquizoide*, *Evitativo*, *Pasivo-Agresivo*, *Derrotista-Masoquista*, no serán analizadas en este trabajo pues no superan el valor de corte mencionado. De todas maneras, es de destacar que las puntuaciones se encuentran cercanas al TBR 75 y podrían estar indicando la presencia de algunas de las características que dichos patrones describen. Estas escalas serán analizadas en futuros trabajos.

Depresivo: (77 -Presencia de rasgos)

Los sujetos con estas características muestran un estado de ánimo apenado y afligido y, una conducta de abatimiento y desolación con una expresión sombría y apesadumbrada.

Tienen poca iniciativa o espontaneidad y se sienten interpersonalmente indefensos, vulnerables y desprotegidos, exigiendo garantías de afecto a los demás y sintiéndose despreciados. A nivel intrapsíquico hacen juicios muy duros sobre sí mismos con posibles autocastigos y conductas autodestructivas, presentan una organización disminuida y estrategias defensivas empobrecidas. Son derrotistas y fatalistas, esperando siempre que ocurra lo peor. Presentan incapacidad para experimentar placer, anhedonia, no considerándolo posible y teniendo profundos sentimientos de pesimismo acerca del futuro, asociado con retardo psicomotor y desesperanza aprendida. Ello puede deberse a diferentes motivos según el caso: una pérdida significativa por muerte (pérdida de seres queridos y deseo de ocupar su lugar) o separación (de sus esposas u otros significativos); vínculos poco gratificantes en su infancia; historias de fracasos en lo personal, social, académico y/o laboral; tratamientos realizados anteriormente que quedaron inconclusos.

Estos sujetos consideran que nada de lo que hagan va a modificar su entorno y que las cosas nunca mejorarán en el futuro.

Dependiente: (78-Presencia de rasgos)

Los sujetos que presentan esta característica evitan las responsabilidades buscando ayuda y guía en los demás; son dóciles y pasivos e interpersonal-

mente sumisos, subordinándose a figuras más fuertes. Se ven a sí mismos cómo débiles, frágiles e inadecuados; les falta autoconfianza y menosprecian sus actitudes y competencias. A nivel intrapsíquico pueden tener una actitud de devoción hacia los demás para evitar conflictos y amenazas a su relación. En la clínica esto se puede asociar con la relación que los adictos suelen establecer con los directivos de las instituciones en las que realizan sus tratamientos, a los que rápidamente ubican como figura de referencia muchas veces incuestionable. Por otra parte, sus vínculos de pareja son tormentosos y en ocasiones dependientes; en general las esposas o novias, creen que con su amor o con el de sus hijos podrán "salvar su pareja" y permanecen en la relación con una actitud mesiánica. Existen situaciones en donde es la misma esposa o novia la que consigue la sustancia de consumo o le da el dinero para evitar un mal mayor, como sería el hecho de salir a robar para conseguir la droga. También están las parejas que continúan unidas manteniendo conductas mutuas de sabotaje y agresión.

Antisocial: (81-Presencia de rasgos)

Se trata de personas impetuosas e incontrolables, que actúan de forma precipitada, siendo imprudentes, incapaces de planificar sus actos y las consecuencias de los mismos. En general, no se hacen cargo de sus responsabilidades personales, conyugales, labora-

les o económicas y violan los derechos de los demás, transgrediendo las normas sociales establecidas a través de comportamientos ilegales o fraudulentos. Menosprecian los valores convencionales y los ideales tradicionales. Se ven a sí mismos como si las restricciones sociales no le afectasen y desconfían de las personas, los lugares, las obligaciones o las rutinas.

Las representaciones internalizadas se componen de relaciones interpersonales degradadas y corruptas, que reflejan actitudes e impulsos vengativos, que transgreden los ideales y las costumbres culturales, devalúan los sentimientos personales y codician los beneficios materiales que la sociedad les ha negado.

A nivel intrapsíquico muestran un mecanismo de impulsividad -actuación, presentan escaso control de sus impulsos, los que son descargados directamente de manera precipitada sin culpa ni remordimiento; utilizan su energía de manera imprudente e inadecuada y muestran baja tolerancia a la demora o la frustración.

Su estado de ánimo es insensible, son personas duras, irritables y agresivas; manifiestan escaso interés por propia seguridad y la de los demás.

Patrones clínicos de personalidad severa:

Ninguna de las escalas llega al puntaje de corte establecido. La escala *Borderline* presenta un puntaje de (74),

lo cual podría estar indicando la presencia de algunas de las características descritas por el autor para este patrón

Síndromes Clínicos:

Las puntuaciones obtenidas en el perfil que superan el valor TBR 75 son las que presentan las escalas de *Ansiedad*, *Alcohólico-dependiente* y *Drogadependiente*. Dicho valor está indicando la presencia de cada uno de los síndromes propuestos por Millon (1998). Sólo la escala *Distimia*, muestra un valor cercano al puntaje de corte y además de estar indicando la presencia de algunas de las características descritas en dicho síndrome clínico, puede asociarse a la elevación de la escala *Depresivo*, presentada en párrafos anteriores, la cual estaría dando cuenta de características de personalidad más crónicas e incapacitantes (A.P.A., 1995; Millon, 1998).

Ansiedad: (82-Presencia del síndrome)

Esta escala se asocia con frecuentes estados de ansiedad generalizada y reacciones de angustia y de emotividad incontrolable, mostrando inadecuadas estrategias de afrontamiento; presentan sentimientos de inquietud, tensión, indecisión y discomfort físico, con la presencia de temor a la inminencia de un desastre inevitable y se sienten sobrepasados o incapaces de soportar la presión que surge del entorno. Se muestran aprehensivos e

hiperalertas respecto del ambiente. Puede percibir sucesos objetivamente triviales como devastadores, generando descargas emocionales. Además presentan diversos síntomas vegetativos y una excesiva preocupación por el cuerpo. Las personas que además poseen características antisociales, muestran breves períodos de ansiedad anteriores a actuar impulsivamente y el desencadenante de estos sentimientos es el temor a ser controlados por los demás. El recuerdo de experiencias dolorosas del pasado provocan una fuerte mezcla de ansiedad y hostilidad.

Drogadependiente: (82-Presencia del síndrome) y Alcohólico -dependiente: (78-Presencia del síndrome)

La elevación de estas escalas puede indicar el deseo de experimentar formas variadas de realidad y su esfuerzo por buscar una identidad que les proporcione alguna estructura para sus confusiones e impulsos. Los trastornos antisociales presentan un gran solapamiento con los relacionados con abuso de sustancias y esta relación puede atribuirse en gran medida a las influencias económicas y a la dinámica social, más que a procesos intrapsíquicos distintivos de cualquier personalidad específica; para algunos sujetos la motivación puede ser la ganancia de dinero asociada al tráfico y para otros puede ser la disolución de los sentimientos de culpa y autodestrucción que produce el consumo.

Muchos de los sujetos evaluados presentaban una historia de abuso de sustancias asociadas al delito y varios de ellos tenían familiares con otras adicciones: alcohol, juego, drogas y desórdenes de la alimentación.

Si bien las escalas de alcoholismo y drogadependencia se mostraron elevadas, sus valores no indican la prominencia del síndrome y esto puede deberse no sólo a la variabilidad en el consumo por parte de los sujetos evaluados sino también a la negación de la enfermedad característica de esta población (Kaplan y Sadock, 1996).

Síndromes Severos:

Las tres escalas se encuentran en valores inferiores al TBR 75.

Dichas escalas indican que la sintomatología de los adictos es muy variada. Los resultados hallados en cuanto a la patología dual, conciben con algunos de los presentados sobre Estados Unidos al comienzo de este trabajo. Las comorbilidades más frecuentes asociadas al consumo de sustancias encontradas en este trabajo son: el consumo de alcohol, la personalidad antisocial, la personalidad dependiente, los trastornos de ansiedad y la depresión.

Los pacientes adictos revelan una mayor probabilidad de mostrar las siguientes características de personalidad:

- Son reticentes a revelar información sobre sí mismos, se muestran menos adaptados socialmente y más defensivos al responder, intentando mostrarse con más trastornos psicológicos de los que realmente tienen (Choca, 1998; Millon, 1998; Millon y Everly, 1994).
- Se caracterizan por la pérdida del deseo y su incapacidad para experimentar placer. Tienden a ser apáticos y distantes y presentan un estado de ánimo negativo y pesimista. Presentan anhedonia y retardo psicomotor. Muestran desesperanzas sobre el futuro. Si bien pueden existir condicionamientos biológicos a tener en cuenta (temperamento) las razones que sostienen la incapacidad para permitirse el placer son diferentes según el caso: un ambiente no adecuado, una pérdida significativa, una familia no contenedora. Pueden manipular los eventos para recibir la atención y apoyo que ellos necesitan, evitando así la apatía de los demás. Exhiben una insaciable y, a menudo, indiscriminada necesidad de estimulación y afecto. Su personalidad es ambivalente y negativista. Estos individuos luchan entre las recompensas obtenidas por sí mismos y las ofrecidas por los demás. Pueden exhibir un patrón errático de ira explosiva y tozudez, combinado con periodos de ira y de culpa (Choca, 1998; Millon, 1994; 1998; Rojtenberg, 2001).
- Muestran defectos severos, estructurales y procesos disfuncionales. Se caracterizan por episodios de desorganización o poco usuales y déficits notables en las competencias sociales. Son más vulnerables al stress cotidiano. Representan un estilo de personalidad cognitivamente disfuncional y una orientación interpersonal desvinculada. Prefieren el aislamiento con mínimas obligaciones sociales y son percibidos por los demás como extraños. Se muestran cognitivamente confusos. Exhiben vigilancia y desconfianza de los demás, anticipando criticismo y decepción. Son en extremo irritables y ocasionan sentimientos de exasperación e ira en los demás. Si bien algunas de estas características se contraponen a las mencionadas en el párrafo anterior, se puede suponer que los sujetos adictos establecen relaciones interpersonales ambivalentes (Choca, 1998; Millon, 1994; 1998).
- Se trata de individuos que tienen dificultades psicológicas que las expresan a través de canales somáticos: persistentes períodos de fatiga y debilidad, preocupación por la salud física y una serie de dolores corporales no

específicos. Algunos sujetos pueden presentar trastornos hipocondríacos. Otros tienen episodios psicósomáticos, caracterizados por una historia recurrente de dolencias físicas que son presentadas en una manera exagerada y dramática. Son cambiantes en el tiempo y dependen del impacto de las situaciones estresantes. En general son reactivos, de corta duración y precipitados por eventos externos (Choca, 1998; Millon, 1994; 1998).

- Son incapaces de funcionar en ambientes normales, se muestran deprimidos y pueden presentar ideación suicida, sentimiento de desesperanza e indefensión. Algunos exhiben elevados montos de ansiedad y otros retardo psicomotor. Presentan trastornos del sueño, falta de apetito y pérdida o aumento de peso. Los problemas de concentración son comunes así como los sentimientos de culpa. Pueden volverse beligerantes con un estado de ánimo hostil y con sentimientos de no haber sido tratado como ellos esperaban (Choca, 1998; Millon, 1994; 1998).

Conclusiones:

Una de las más impresionantes u obvias lecciones de la historia de la medición de la personalidad es el reconocimiento de que la conducta humana compleja es influenciada por muchos determinantes y refleja la inseparable y continua interacción de un conjunto de variables tanto de la persona como de la situación; si esto es así, ceñirse a cualquiera de ellas probablemente conducirá a limitadas predicciones y generalizaciones (Fierro, 1981).

La conducta toxicómana no es testigo único de conflictos intrapsíquicos prevalentes sino que debe ser igualmente incluida en una disfunción severa de las relaciones del sujeto y los medios familiares y sociales. Sería un criterio cómodo y simplista el pensar que una conducta tan compleja como la del uso de drogas puede reducirse a datos mensurables obtenidos por cualquier metodología, por más objetiva que ésta fuera, o pensar que el usuario de drogas presenta un tipo de personalidad única y bien específica (Bachini y cols., 1992). Los resultados hallados ameritan continuar con las investigaciones sobre este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998) *Test psicológicos*. México: Prentice hall.
- A.P.A. (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Bachini, O. Martín, H. & Montenegro, A. (1992) Casos de usuarios de drogas investigados a través del IMPI. *Prevención, Salud y Sociedad*.
- Casullo, M. & Castro Solano, A. (1997) *Inventario Millon Multiaxial Clínico (MCMI-III). Manual para la realización de investigaciones previas*. Buenos Aires: UBA, Facultad de Psicología.
- Casullo, M.; Castro Solano, A. & Pérez, M. (1999) La evaluación de los estilos de personalidad y sus trastornos. Aportes de las técnicas de Theodore Millon, Mips y MCMI-III. *Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XI Jornadas Nacionales de ADEIP*. San Miguel de Tucumán.
- Choca, J. & Van Denburg, E. (1998) Guía para la interpretación del MCMI-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*). Barcelona: Paidós.
- Fierro, A. (1981) *Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Fierro, A. (1996) *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, H.; Sadock, B. & Grebb, J. (1996) *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Kernberg, O. (1987) *Trastornos Graves de la personalidad*. México: El manual moderno.
- Millon, T. (1981) *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. & Everly, G. (1994) *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. (1998) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Rojtenberg, S. (2001) *Depresiones y antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Buenos Aires: Panamericana.