

## Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana

Luis S. Espinoza Paul

Psicólogo de Consultoría-Psicológica. Programa de Tratamiento de Adicciones

### Resumen

El objetivo principal de este estudio es explorar la relación existente en los patrones de personalidad desadaptativa del modelo dimensional de Millon entre consumidores y no consumidores de marihuana. La muestra estuvo constituida por 82 participantes peruanos de ambos sexos divididos en dos grupos: consumidores de marihuana ( $n=41$ ; Edad Promedio = 24,3; Desviación Estándar = 7,65) que asistieron a las sesiones de orientación y consejería en el Programa "Lugar de Escucha" del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) y un grupo de no consumidores de marihuana ( $n=41$ ; Edad Promedio = 30,8; Desviación Estándar = 4,37) de una entidad crediticia privada. La recolección de los datos se realizó mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y la Ficha de Atención (FdA). Los resultados mostraron diferencias significativas en el grupo de consumidores y no consumidores de marihuana en la mayoría de las escalas de patrones clínicos y patología severa de personalidad, no encontrándose diferencias significativas en la escala de dependencia ( $t=-2,66$ ,  $p$  [bilateral] = ,010). Asimismo, se encontró diferencias significativas en la mayoría de las escalas de los síndromes clínicos y severos de personalidad en ambos grupos, en relación a la escala de ansiedad esta no manifestó diferencias significativas entre el grupo de consumidores y no consumidores de marihuana ( $t=5,22$   $p$  [bilateral] = ,640). Los resultados encontrados en este estudio sugieren que existen diferencias marcadas entre los patrones de personalidad desadaptativa de la teoría de Millon entre los consumidores y no consumidores de marihuana, por lo que sería importante tener en cuenta estas diferencias en el proceso de tratamiento de las adicciones cannábicas.

### Palabras Clave

Personalidad, Trastornos de Personalidad, Marihuana.

- Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Luis S. Espinoza Paul. Consultoría - Psicológica. Programa de Tratamiento de Adicciones.  
C/ Granada 454, Pueblo Libre. Lima, Perú.  
E-mail: lespinoza@consultoria-psicologica.com



## Summary

The main objective of this study is to explore the existing relation among the Millon's One Dimensional Model patterns of non-adaptative personalities of consumers and not consumers of marihuana. The sample was constituted by 82 Peruvian participants of both sexes divided in two groups, one of habitual consumers of marihuana ( $n=41$ ; Average Age = 24,3; standard deviation = 7,65) who attended orientation sessions at the "Lugar de Escucha" Program at the Center of Information and Education for the Prevention of the Abuse of Drugs (CEDRO) and a group of not consumers of marihuana ( $n=41$ ; Average Age = 30,8; standard deviation = 4,37) of a private credit company. The data collections were carried out through the Multiaxial Clinical Inventory of Millon (MCMI-II) and the Personal Information Form (FdA). The results showed a significant difference between the group of consumers and not consumers of marihuana in the majority of the scales of clinical patterns and severe pathology of personality, significant difference not being found in the scale of dependence to drugs ( $t=-2,66$ ,  $p$  [bilateral] =,010). Likewise it was found a significant difference in the majority of the scales of severe and clinical syndromes of personality in both groups, in reference to the scale of anxiety there was no significant difference between the group of consumers and not consumers of marihuana ( $t=5,22$   $p$  [bilateral]=,640). The results found in this study suggest that stand out differences exist among the patterns of non-adaptative personality of the Millon's theory between the consumers and not consumers of marihuana, considering this, is very important to keep in mind these differences in the process of treatment of marihuana addictions.

## Key Words

Personality, Personality Disorders, Addiction, Marihuana.

## INTRODUCCIÓN

A través de diversos estudios epidemiológicos a nivel nacional se ha evidenciado el incremento de la prevalencia e intensidad del consumo de sustancias psicoactivas (SPAs) en la población. En nuestro medio, después del tabaco y el alcohol -drogas legales-, la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo (CEDRO, Castro de la Mata y Zavaleta, 2004; Contradrogas, 1999; MINEDU Y PNUFID, 1999; MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO, 2004).

Desde la perspectiva clínica esta tendencia se mantiene; en el año 2006 el Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO atendió 1,744 personas, de las cuales el 29,61% acudieron al programa a pedir atención por abuso y dependencia de marihuana.

La popularidad de la marihuana en la población -especialmente en los púberes y adolescentes- tiene componentes multifactoriales como: el efecto desinhibidor; el refuerzo social y la disponibilidad, destacando como factores principales la creencia y percepción de los



usuarios de que la marihuana es una droga de bajo riesgo, lo cual se basa en que muchos usuarios manifiestan haberla consumido por años sin mostrar apenas efectos perniciosos o dañinos a causa de su consumo (Mothner y Weitz, 1986).

Los múltiples estudios disponibles en la actualidad que exploran la comorbilidad entre trastornos de personalidad y consumo de SPAs, parecen demostrar la alta prevalencia de trastornos de la personalidad en esta población; sin embargo, a pesar de haberse realizado numerosos estudios en este campo no se ha podido establecerse hasta el momento una relación de causa-efecto, existiendo un amplio debate sobre que trastorno aparece inicialmente, si el de personalidad previa o si el trastorno de la personalidad aparece como consecuencia del uso y abuso de SPAs. (Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Bigelow, 1997; Calsyn, Fleming, Wells, & Saxon, 1996) incluso algunas investigaciones han examinado el carácter predictivo que tienen diferentes indicadores de personalidad en el consumo futuro de SPAs. (Llorens, Palmer y Perelló, 2005)

Se ha investigado ampliamente la asociación entre trastornos de personalidad y consumo de SPAs demostrando la existencia de una alta comorbilidad de trastornos de personalidad y patología dual entre los consumidores (Blume, 1989; Brooner, et al., 1997; Calsyn et al., 1996; Flynn, Luckey, Brown, & Hoffman, 1995; Halikas, Crosby, Pearson, Nugent & Carlson, 1994), dándose en las últimas décadas relevancia a la relación entre los trastornos de personalidad y la dificultad en el abordaje clínico y psicoterapéutico de las personas que padecen estas adicciones. (Cervera, Bolinches, y Valderrama, 1999; Rubio, Ponce y Jiménez, 2000).

Anteriormente era común utilizar el término "personalidad adictiva" para explicar la predisposición al consumo de sustancias de SPAs, aunque actualmente este enfoque teórico no es muy utilizado debido a que no se ajusta a la realidad (Cervera et al., 1999; Makken, 1999). A pesar de que se ha intentado explicar las vías causales o evolutivas de los trastornos de personalidad hacia las adicciones que son la vía de la desinhibición del comportamiento, las cuales, explicarían la comorbilidad entre adicción y trastornos de personalidad límite y antisocial, la vía de la reducción del estrés, relacionadas con los trastornos de personalidad por evitación, dependencia, esquizotípico y límite y la vía de la sensibilidad a la recompensa vinculadas con los trastornos histriónico y narcisista. (Cervera et al., 2001).

Zucker & Gomberg (1986) señalaron que existe una clara evidencia que permite correlacionar los trastornos de personalidad con la dependencia a SPAs debido a que la personas que manifiestan una dependencia a SPAs generalmente llevan a cabo actividades desviadas e ilegales como consecuencia de su adicción, encontrando diferencias al compararse con grupos de "no adictos" en relación a la personalidad de tipo antisocial. (Rounsaville & Kleber, 1985; Zinberg & Jacobson, 1976)

Entre todos los patrones de personalidad, los más relacionados con el uso y abuso de SPAs están los concernientes a las dimensiones de la impulsividad, esto puede entenderse a partir de la vulnerabilidad para consumir sustancias, sin medir el riesgo que conlleva este comportamiento que puede generar con el tiempo una adicción (Bolinches et al., 2002). Se ha investigado la relación entre los trastornos de la personalidad, los trastornos del control de los impulsos y la adicción a



sustancias, llegándose a estimar que los tres conceptos comparten un sustrato conceptual común (Cervera *et al.*, 2001).

Craig & Weinberg (1992) realizaron una revisión apoyada en la literatura publicada de estudios que utilizaron el Inventario Clínico Multiaxial del Millon (MCMI-II) en consumidores de SPAs con una muestra total de 2,000 casos. La evidencia preliminar de este estudio sugiere que las escalas de desorden de la personalidad son útiles para determinar estilos de personalidad en abusadores de drogas. Aunque se encontró deficiencias en las escalas de síndromes clínicos, específicamente en la de Dependencia de Drogas que demostró poca confiabilidad diagnóstica, sin embargo, encontraron indicadores significativos en las escalas Paranoide y Antisocial.

Fals-Steward (1992) exploró las características de personalidad en abusadores de SPAs utilizando el MCMI-II en una muestra de 253 pacientes de 17 a 50 años de una comunidad terapéutica, encontrando patrones clínicos elevados en las escalas esquizoide y antisocial.

Otro estudio desarrollado en España por Pedrero (2003) estudió la prevalencia de los trastornos de la personalidad en una muestra de pacientes que se encontraban realizando tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en régimen ambulatorio y en régimen residencial con un mínimo de dos meses de tratamiento, encontrando que los patrones autodestructivo, límitico, histriónico y evitativo eran los que se relacionaban con una mayor dificultad de manejo terapéutico.

Troisi, Pasini, Saracco & Spalletta (1998) en una muestra de 133 militares italianos abusadores y consumidores ocasionales de marihuana encontró severos síntomas de-

presivos y de ansiedad los cuales aumentaban progresivamente con el grado de consumo.

Rey, Joseph & Sawyer (2002) realizaron un estudio con una muestra de 1,261 adolescentes consumidores de diversas sustancias psicoactivas de la cual el 25% eran consumidores de marihuana. El análisis de los resultados en el grupo de consumidores de marihuana reveló una asociación significativa entre la depresión y el consumo, sin embargo, no pudieron determinar cuál de estos trastornos fue el inicial.

Degenhardt, Hall & Lynsky (2001) compararon la prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad en consumidores de marihuana, alcohol y tabaco en relación con los trastornos afectivos y de ansiedad. Encontrando una mayor influencia de estos trastornos en los consumidores de marihuana.

Algunos investigadores concluyen en sus trabajos que existen indicadores fuertes que los cannabinoides aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de tipo esquizofrénicos (Crespo *et al.*, 1990; Smith, Bolier & Cuijpers, 2004). Sin embargo, manifiestan que no está claro si la marihuana precipitaba la esquizofrenia, era una forma de automedicación o debido a la combinación con el uso de otras drogas. Pero si quedaba claro que la marihuana puede aumentar los síntomas de la esquizofrenia. (Hall & Degenhardt, 2000).

Un estudio en una muestra de 50,087 participantes suecos, encontró que el 10,8% era consumidores de marihuana, 73 de estas personas (1,4%) desarrollaron esquizofrenia. Los investigadores concluyen que la marihuana está asociada a un aumento del riesgo a desarrollar una esquizofrenia. Aunque esta asociación no es clara dado que confunde por la interacción del uso de otras drogas,



los rasgos de personalidad que relacionan a la integración social y la influencia familiar. (Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg, & Lewis, 2002).

En un estudio de Van Os, Bak, Bijl, De Graaf, & Verdoux (2002) en un grupo de consumidores de marihuana encontró una diferencia de riesgo del 2,2% en desarrollar una esquizofrenia en relación a los no consumidores que mundialmente es del 1%, incluso para aquellos no aparentemente vulnerables.

Un estudio realizado en Perú por Rojas y Espinoza (2002) investigaron los perfiles de personalidad de 40 consumidores de SPAs peruanos utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). El 55% de la muestra era consumidora de marihuana, en esta sub-muestra se encontró indicadores moderados en las escalas de patrones clínicos de personalidad pasivo-agresivo (90,77) e histriónico (77,36). Asimismo se halló indicadores elevados en las escalas Agresivo-Sádico (91,73); Antisocial (90,36) y Narcisista (88,14). En este mismo grupo en las escalas de patología severa de la personalidad se evidenciaron indicadores moderados de personalidad de tipo limítrofe (78,32). Con relación a los síndromes clínicos en el grupo de consumidores de marihuana se dieron indicadores moderados en la escala de Dependencia de Drogas (80,23) aunque no se mostraron indicadores significativos en la escala de Dependencia de Alcohol (66,82).

Otro estudio realizado en Perú (De Macedo, 2006) evaluó la relación entre los rasgos desadaptativos de la personalidad y la dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta básica de cocaína y otras drogas) en una muestra no probabilística accidental de 108 pacientes farmacodependientes en tra-

tamiento en tres comunidades terapéuticas y un centro de rehabilitación para adictos de Lima metropolitana. La recolección de los datos se realizó utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II y una ficha de datos personales, los resultados encontrados revelan una elevada prevalencia de rasgos desadaptativos de personalidad entre los participantes del estudio.

La revisión bibliográfica anterior nos hace suponer que las personas que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas conforman uno de los grupos que ofrece una mayor dificultad de manejo clínico (Pedrero y Segura, 2003). Teniendo en cuenta estos supuestos es necesario conocer cuáles son los patrones clínicos de personalidad característicos de consumidores de sustancias psicoactivas, en este estudio específicamente con una muestra de consumidores de marihuana con el fin de poder adecuar mejores intervenciones terapéuticas y farmacológicas.

La realización de este estudio surge como necesidad de dilucidar si existen diferencias en los patrones de personalidad desadaptativa entre los consumidores y no consumidores de marihuana en la población peruana, en base al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI -II), instrumento psicométrico que ha demostrado cierto nivel de eficacia en la evaluación y el diagnóstico psicológico. Este inventario permite establecer un diagnóstico bastante amplio en relación a los patrones básicos de personalidad, trastornos de personalidad patológicos y síndromes clínicos de los cuales once corresponden a los trastornos de personalidad descritos en el Eje II del DSM-III, y nueve síndromes clínicos con mayor prevalencia en el Eje I.

Si bien existe un suficiente número de estudios que describen la existencia de las



diferencias entre los patrones de personalidad entre consumidores de marihuana y otros colectivos, en el Perú se han desarrollado pocos estudios que evalúen este aspecto. A pesar que la marihuana y sus derivados son las SPAs de mayor prevalencia de consumo en nuestro medio, aun son escasos los estudios respecto a cómo se desarrolla este proceso, cuales son las características psicosociales y culturales de uso y abuso de la marihuana, siendo los únicos datos existentes los de índole epidemiológicos (Rojas, 2005), esperando que estudios exploratorios como el presente permitan hacer comparaciones transculturales con estudios realizados en otros países que permitan entender mejor el proceso de adicción de los derivados cannábicos.

Teniendo en cuenta la deficiencia en investigación en relación a la estructura de la personalidad del consumidor y abusador de marihuana, se intenta responder la siguiente interrogante: ¿Existirá diferencias en los perfiles clínicos de personalidad de consumidores y no consumidores de marihuana?

## METODO

### Participantes

El procedimiento de muestreo utilizado fue no probabilístico e intencional. La muestra total fue constituida por 82 participantes de ambos sexos divididos en dos grupos (41 consumidores y 41 no consumidores de marihuana). Ambos grupos firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio.

El grupo clínico (consumidores de marihuana) estaba conformado por pacientes (Hombres 82,63% y Mujeres 17,07%) con

edades comprendidas entre los 17 a 26 años (Edad Promedio = 24,3; Desviación Estándar = 7,65) que solicitaron atención psicológica en el Programa "Lugar de Escucha" de la institución CEDRO de Lima-Perú. Los criterios de admisión en este grupo fueron las siguientes: a) ser consumidores de marihuana y no presentar policonsumo lo cual se determinó mediante la Ficha de Atención (FdA) y exámenes toxicológicos realizados como parte del proceso de consejería y b) no presentar signos de intoxicación por marihuana durante la entrevista.

El grupo control estaba conformado por personas no consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales (Hombres 75,61% y Mujeres 24,39%), con edades comprendidas entre los 19 a 32 años (Edad Promedio = 30,8; Desviación Estándar = 4,37) trabajadores de una institución crediticia del sector privado de Lima-Perú. Los criterios de inclusión de este grupo fueron los siguientes a) no ser consumidores de sustancias psicoactivas esto fue determinado por exámenes toxicológicos realizados como parte del proceso de selección y b) no haber estado en los últimos doce meses en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

### Instrumentos

#### Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)

El MCMI-II (Millon, 1999) es un inventario autoadministrable que consta de 175 afirmaciones breves y autodescriptivas con alternativas de respuesta de tipo dicotómicas de falso y verdadero. Elaborado desde el modelo estructural politético explora dimensionalmente 13 escalas de patrones desadaptativos de personalidad. El MCMI-II está conformado por 26 escalas diagnósticas comprendidas en los



patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádico, Compulsivo, Pasivo-Agresivo y Autoderrotista), patología severa de la personalidad (Esquizotípico, Borderline y Paranoide), síndromes clínicos (Ansiedad, Somatoforme, Bipolar, Distimia, Dependencia de alcohol y Dependencia de drogas), Síndromes severos (Desorden del pensamiento, Depresión mayor y Desorden delusional) y Escalas de fiabilidad y validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad Social y Auto descalificación). El contenido de este inventario procede de la teoría bio-psicosocial de Theodore Millon en la cual los síndromes clínicos son extensiones de los estilos de personalidad de una persona. La fiabilidad del MCMI-II fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de tres a cinco semanas, consiguiéndose coeficientes bastante altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y las de síndromes clínicos (Choca & Van Denburg, 1998; Craig & Weinberg, 1992; Millon, 1999). En nuestro medio (De Macedo, 2006) encontró una confiabilidad de 0.78 en una muestra de consumidores de SPAs.

### Ficha de Atención (FdA)

La Ficha de Atención (Rojas, Giraldo y Montes, 2001) es una encuesta simple de 34 ítems que comprende una serie de preguntas cerradas, abiertas y alternativas múltiples. Explora variables demográficas (sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo y procedencia), tipo de atención, motivo de consulta, observaciones generales, antece-

denes de consumo de sustancias psicoactivas, resumen de la historia natural del consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de tratamiento por adicción, tipo y antecedentes familiares. Este instrumento fue validado por la metodología de criterio de jueces. Se contó con cinco jueces para la validación, todos profesionales con especialización en el tema de la drogodependencias. A cada uno se le entregó el instrumento con una guía de calificaciones, donde debían consignar si estaban de "acuerdo" o "desacuerdo" con relación a los ítems. Se consideró como válidos aquellos ítems que tenían como mínimo 3 acuerdos.

### Procedimiento

La recolección de datos para el estudio fue realizada individualmente para ambos grupos durante el primer trimestre del año 2004. La recolección de datos para el grupo de consumidores de marihuana fue realizada en los consultorios del Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO por profesionales entrenados en evaluación psicológica y consejería en adicciones. En la primera sesión se recolectó la información brindada por el consultante y corroborada por el familiar acompañante, utilizando la Ficha de Atención (FdA). La aplicación del MCMI-II se realizó como parte del proceso de evaluación psicológica, este procedimiento permite realizar un diagnóstico psicológico para la elaboración de las alternativas de ayuda a los consumidores de sustancias psicoactivas.

La evaluación del segundo grupo (no consumidores de marihuana) se realizó como parte de un proceso de selección de personal de una entidad crediticia privada de Lima, asimismo sólo se seleccionaron a los participantes que como parte del proceso de selec-



ción habían reportado negativo en el examen toxicológico de sustancias psicoactivas.

Asimismo todos los participantes del estudio completaron un formulario de consentimiento informado antes de la administración de los cuestionarios.

### Análisis de Datos

Los datos recolectados y codificados fueron sometidos a tratamiento estadístico en el programa SPSS 11.0 (*Statistical Package of Social Science*) para Windows. El análisis de los datos se realizó en base de los puntajes obtenidos en cada alternativa de respuestas incluyendo estadísticos de tipo descriptivos y *prueba t* para muestras independientes.

## RESULTADOS

Las siguientes tablas contienen estadísticas descriptivas (media y desviación estándar) y correlacionales (*t*-student) de las escalas del MCMI -II en un grupo de consumidores y no consumidores de marihuana. Se han considerado como significativas las escalas con puntajes finales de 60 a 74 (Indicadores Sugestivos), 75 a 84 (Indicadores Moderados) y mayores a 85 (Indicadores Elevados). Para el análisis total de la muestra se consideraron significativas las puntuaciones en la tasa-base (TB) de la escala de validez (>1) y sinceridad (menos de 145 ó más de 590) según los criterios del MCMI-II.

En la Tabla 1 se puede observar que la mayoría de los consumidores de marihuana se encontraban en la franja etaria de 18 a 25 años de edad (75,61%), un 19,51% tenía entre 26 y 33 años, seguido por un 4,88% con 42 años a más. En el grupo de no consumidores casi la mitad tenía edades comprendidas entre

los 26 a 33 años (43,90%), un 34,15% entre 34 a 41 años, casi una cuarta parte de este grupo (12,20%) tenía 42 a más años, seguido por un 9,76% de 18 a 25 años.

En el grupo de consumidores más de la mitad son solteros/as (80,49%), una cuarta parte casados/as (14,63%), seguidos por un 4,88% de convivientes. En el grupo de no consumidores un 53,66% eran casados/as (3,42%), más de la cuarta parte (26,83%) son solteros/as, seguidos por un 12,20% de convivientes y un mínimo de los participantes eran divorciados o separados.

En lo que se refiere a la distribución según nivel educativo (Tabla 1), el grupo de consumidores de marihuana poco más de la mitad (56,10%) tiene secundaria completa, una cuarta parte (14,63%) técnica completa, un 12,20% superior universitaria incompleta seguidos por un 7,32% y 9,76% con educación técnica incompleta y universitaria completa respectivamente. En cuanto a los no consumidores el 41,46% poseen un nivel de instrucción de estudios universitarios incompletos, un 36,59% superior universitaria completa, seguidos por un 12,20% y 9,76% de educación secundaria completa y técnica completa respectivamente.

La tabla 2 muestra las diferencias entre los patrones clínicos y patología severa de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana, se puede observar diferencias significativas en las puntuaciones promedio de las siguientes escalas: Esquizoide ( $t= 3,16$ ,  $p$  [bilateral] =,002); Evitativo ( $t= 8,37$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Histriónico ( $t= 4,45$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Narcisista ( $t= 7,54$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Antisocial ( $t= 12,71$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Agresivo-Sádico ( $t= 8,70$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Compulsivo ( $t=-8,06$ ,  $p$  [bilateral] =,000); Pasivo-Agresivo ( $t= 14,63$ ,  $p$  [bilateral] =,000);





TABLA 1. Datos socio demográficos de la muestra (N=82)

VARIABLES	Consumidores		No Consumidores	
	n	%	n	%
<b>Edades</b>				
18 a 25	31	75,61%	4	9,76%
26 a 33	8	19,51%	18	43,90%
34 a 41	0	0,00%	14	34,15%
42 a más	2	4,88%	5	12,20%
<b>Estado Civil</b>				
Soltero/a	33	80,49%	11	26,83%
Casada/o	6	14,63%	22	53,66%
Divorciado/a o Separada/o	0	0,00%	3	7,32%
Conviviente	2	4,88%	5	12,20%
<b>Nivel de Instrucción</b>				
Secundaria completa	23	56,10%	5	12,20%
Técnica incompleta	3	7,32%	0	0,00%
Técnica completa	6	14,63%	4	9,76%
Superior universitaria incompleta	5	12,20%	17	41,46%
Superior universitaria completa	4	9,76%	15	36,59%

Autoderrotista ( $t= 8,22$ ,  $p$  [bilateral]  $=,000$ ); Esquizotípico ( $t= 6,51$ ,  $p$  [bilateral]  $=,000$ ); Borderline ( $t= 13,59$ ,  $p$  [bilateral]  $=,000$ ) y Paranoide ( $t= 4,25$ ,  $p$  [bilateral]  $=,000$ ). No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones promedio entre ambos grupos en la escala de Dependencia ( $t=-2,66$ ,  $p$  [bilateral]  $=,010$ ).

Del mismo modo se observan en los patrones clínicos y patología severa de personalidad en el grupo de consumidores de marihuana indicadores sugestivos en las escalas Esquizoide (63,39), Evitativo (64,73), Autoderrotista (67,02), Esquizotípico (66,83) y Paranoide (70,05). De la misma manera se evidencian en este mismo grupo indicadores moderados

**Tabla 2.** Puntuaciones de los patrones clínicos y patología severa de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana: t de student, media aritmética y desviación estándar (N=82)

ESCALAS	Consumidores			No Consumidores			t	p (bilateral)
	N	Media	DS	N	Media	DS		
<b>Patrones Clínicos de Personalidad</b>								
Esquizoide	41	63,39	23,66	41	48,10	20,07	3,16	*
Evitativo	41	64,73	26,84	41	21,68	19,08	8,37	**
Dependiente	41	50,46	28,82	41	65,05	20,09	-2,66	ns
Histriónico	41	75,07	14,66	41	57,93	19,84	4,45	**
Narcisista	41	87,10	13,68	41	60,37	18,13	7,54	**
Antisocial	41	90,51	17,57	41	44,61	15,05	12,71	**
Agresivo-Sádico	41	91,59	17,50	41	61,73	13,29	8,70	**
Compulsivo	41	54,76	20,86	41	84,37	10,86	-8,06	**
Pasivo-Agresivo	41	84,71	26,91	41	14,95	14,40	14,63	**
Autoderrotista	41	67,02	23,76	41	29,37	17,20	8,22	**
<b>Patología Severa de Personalidad</b>								
Esquizotípico	41	66,83	15,90	41	42,10	18,43	6,51	**
Borderline	41	78,20	21,16	41	22,07	15,86	13,59	**
Paranoide	41	70,05	11,02	41	59,34	11,80	4,25	**

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,001$  ns =  $p > 0,05$

en las escalas Histriónico (75,07) y Borderline (78,20); así como indicadores severos en las escalas Narcisista (87,10), Antisocial (90,51), Agresivo-Sádico (91,59) y Pasivo-Agresivo (84,71). En el grupo de no consumidores de marihuana se hallaron indicadores sugestivos en las escalas Dependiente (65,05), Narcisista (60,37) y Agresivo-Sádico (61,73) y solo indicadores moderados en Compulsivo (84,37).

En la Tabla 3 se observan las diferencias entre ambos grupos (consumidores y no consumidores de marihuana) en relación a los síndromes clínicos y severos de personalidad del MCMI-II. Se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones promedios de las siguientes escalas: Somatoforme ( $t = 0,47$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Bipolar ( $t = 4,75$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Distimia ( $t = 5,92$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Dependencia de alco-



**Tabla 3.** Puntuaciones de los síndromes clínicos y severos de personalidad del MCMI-II en síndromes clínicos y severos consumidores y no consumidores de marihuana: t de student, media aritmética y desviación estándar (N=82)

ESCALAS	Consumidores			No Consumidores			t	P (bilateral)
	n	Media	DS	n	Media	DS		
<b>Síndromes Clínicos</b>								
Ansiedad	41	48,90	30,23	41	23,61	6,95	5,22	ns
Somatoforme	41	52,78	16,47	41	51,00	17,80	0,47	**
Bipolar	41	63,51	14,80	41	48,05	14,68	4,75	**
Distimia	41	50,05	27,19	41	24,27	6,05	5,92	**
Dependencia de alcohol	41	68,37	14,82	41	27,98	14,13	12,63	**
Dependencia Drogas	41	80,22	17,64	41	39,37	14,85	11,34	**
<b>Síndromes Severos</b>								
Desorden del Pensamiento	41	61,61	17,01	41	37,37	23,06	5,42	**
Depresión Mayor	41	54,10	17,20	41	14,46	20,09	9,60	**
Desorden Delusional	41	60,78	12,48	41	51,83	14,00	3,06	*

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,001$  ns =  $p > 0,05$

hol ( $t = 12,63$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Dependencia Drogas ( $t = 11,34$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Desorden del Pensamiento ( $t = 5,42$ ,  $p$  [bilateral] = ,000); Depresión Mayor ( $t = 9,60$ ,  $p$  [bilateral] = ,000) y Desorden Delusional ( $t = 3,06$ ,  $p$  [bilateral] = ,003). Por otra parte, la escala de ansiedad no manifestó diferencias significativas entre el grupo de consumidores y no consumidores de marihuana ( $t = 5,22$   $p$  [bilateral] = ,640).

Igualmente se observan indicadores sugestivos en los puntajes en las escalas de los síndromes clínicos y severos de personalidad en los consumidores de marihuana Bipolar (63,51), Dependencia al Alcohol (68,37), Des-

ordenes del Pensamiento (61,61) y Desorden Delusional (60,78) y indicadores moderados en Dependencia a Drogas (80,22). No se encontraron indicadores significativos en ningún síndrome clínico y severo de personalidad en el grupo de no consumidores de marihuana.

Una vez realizada la transformación de las puntuaciones directas en puntajes de Tasa Base se muestra en la Tabla 4 y 5 la distribución de frecuencias y porcentajes de las puntuaciones entre 75 y 84 (sugestivas de presencia del trastorno) y superiores a 84 (presencia en grado de severidad del trastorno) según consumidores y no consumidores de marihuana



**Tabla 4.** Frecuencia y Porcentajes de los indicadores moderados y elevados en patrones y síndromes clínicos de las escalas del MCMI-II en consumidores y no consumidores de marihuana (N=82)

ESCALAS	Consumidores		No Consumidores		Consumidores		No Consumidores	
	75 a 84 (Indicador Moderado)				> 85 (Indicador Elevado)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>								
Esquizoide	6	16,63	1	2,42	7	17,07	0	0,00
Evitativo	8	19,51	0	0,00	7	17,07	0	0,00
Dependiente	6	14,63	5	12,20	4	9,76	6	14,63
Histriónico	12	29,27	7	17,07	8	19,51	1	2,42
Narcisista	12	29,27	10	24,40	24	58,54	1	2,42
Antisocial	7	17,07	0	0,00	22	53,66	0	0,00
Agresivo-Sádico	10	24,40	6	14,63	24	34,27	0	0,00
Compulsivo	2	4,89	13	31,71	3	7,32	21	51,22
Pasivo-Agresivo	6	14,63	0	0,00	22	53,66	0	0,00
Autoderrotista	3	7,32	0	0,00	6	14,63	0	0,00
<b>Patología severa de la personalidad</b>								
Esquizotípico	1	2,42	0	0,00	5	12,20	0	0,00
Borderline	2	4,88	0	0,00	11	26,83	0	0,00
Paranoide	5	12,20	0	0,00	4	9,76	0	0,00
<b>Síndromes clínicos</b>								
Ansiedad	5	12,20	0	0,00	3	7,32	0	0,00
Somatoforme	3	7,32	4	9,76	0	0,00	0	0,00
Bipolar	4	9,76	0	0,00	2	4,88	0	0,00
Distimia	7	17,07	0	0,00	5	12,20	0	0,00
Dependencia de Alcohol	5	1,49	0	0,00	6	14,64	0	0,00
Dependencia de Drogas	10	24,39	0	0,00	15	36,59	0	0,00
<b>Síndromes severos</b>								
Desorden del Pensamiento	0	0,00	0	0,00	4	9,76	0	0,00
Depresión Mayor	0	0,00	0	0,00	2	4,88	0	0,00
Desorden Delusional	0	0,00	0	0,00	2	4,88	0	0,00



## DISCUSIÓN

El análisis de los datos muestra diferencias significativas en la mayoría de las escalas de patrones clínicos y patología severa de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) al comparar las muestras de consumidores y no consumidores de marihuana. Los resultados encontrados mantienen relación con otras investigaciones que evidenciaron diferencias en los perfiles de personalidad de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas (Brooner, *et al.*, 1997; Calsyn, *et al.*, 1996; Tejero y Casas, 1992).

Entre los resultados más resaltantes se encuentra el alto número de indicadores elevados de trastornos de personalidad en relación al promedio de la muestra estudiada, encontrándose indicadores elevados en el grupo de *consumidores de marihuana* en las escalas agresivo-sádico (91,59), antisocial (90,51) y narcisista (87,10), otros datos relevantes son los indicadores moderados en el grupo de *consumidores de marihuana* en las escalas pasivo-agresivo (78,20), histriónica (75,07) y limítrofe (78,20) los resultados coinciden con los encontrados en diversos estudios que indagaban correlacionar el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos de personalidad. (Craig & Weinberg, 1992; Fals-Steward, 1992; Rojas y Espinoza, 2002)

Existe evidencia clara que relaciona el abuso de sustancias con los comportamientos psicopáticos como conductas desviadas e ilegales (Rounsaville & Kleber, 1985; Zinberg & Jacobson, 1976; Zucker & Gomberg, 1986) este estudio no es la excepción, al correlacionarse las puntuaciones promedio del grupo de *consumidores de marihuana* en la escala antisocial (90,51) y el de grupo de *no consumidores* (44,61) se encontraron diferencias

significativas entre ambos grupos ( $t= 12,71$ ,  $p$  [bilateral] =,000).

Un dato interesante es el concerniente a la escala de dependencia de alcohol, en donde se encontraron indicadores sugestivos en el grupo de *consumidores de marihuana* (68,37) a diferencia de los *no consumidores* (27,98), mostrándose una diferencia significativa en el análisis de ambos grupos ( $t= 12,63$ ,  $p$  [bilateral] =,000). Dichos resultados nos podrían estar evidenciando una correlación entre el consumo del Alcohol asociado a la utilización de otras sustancias consideradas como ilegales en este caso la marihuana, estos resultados, coinciden con lo encontrado en estudios anteriores en una población similar (Rojas y Espinoza, 2002).

Igualmente existen diferencias en proporción con otros estudios en los que se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial del Millon (MCMI-II) en poblaciones de consumidores de sustancias psicoactivas, en las cuales se encontró poca validez de la Escala de Dependencia de Drogas (Calsyn, Saxon, & Daisy, 1991; Craig & Weinberg, 1992), en este estudio se encontró indicadores significativos (80,22) en la muestra de *consumidores de marihuana*, que reflejan la característica propia de la muestra y apoyan la validez de esta escala en la predicción de adicción a drogas, teniendo en cuenta que se comparo con un grupo de *no consumidores* (39,37) encontrándose diferencias significativas en el análisis de ambas muestras ( $t= 11,34$ ,  $p$  [bilateral] =,000), estos resultados confirman lo encontrado por Rojas y Espinoza (2002) en una muestra similar de consumidores de alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína y pasta básica de cocaína.

De la misma manera cabe tener en consideración algunos resultados obtenidos en las escalas autodestructiva (67,02), limítrofe (78,



20), Histriónico (75,07) y evitativa (64,63), teniendo en cuenta que diversos estudios han relacionado estos patrones clínicos con la dificultad en el tratamiento de comportamientos adictivos (Pedrero, 2003; Pedrero y Segura, 2003), estos resultados deberían ser considerados al momento de diseñar programas de consejería, orientación y tratamiento para adicciones de tipo cannábicas.

A diferencias de otros estudios realizados en el extranjero y en diversas poblaciones (Degenhardt *et al.*, 2001; Rey *et al.*, 2002; Troisi *et al.*, 1998) en las cuales se encontró correlaciones significativas entre los trastornos de ansiedad y depresivos en el consumo de marihuana, en este estudio no se encontraron indicadores significativos en los *consumidores de marihuana* en la escala de ansiedad y depresión. Los *consumidores de marihuana* obtuvieron puntuaciones promedios bajas en la escala de ansiedad (48,90) al igual que los *no consumidores* (23,61) siendo el análisis de la diferencia entre ambos grupos no significativo ( $t=5,22$   $p$  [bilateral]=,640), del mismo modo, en este estudio no se evidenciaron indicadores elevados en relación a los promedios de la muestra de consumidores de marihuana en la escala de depresión (20,09).

Algunos investigadores han encontrado una fuerte evidencia entre la relación del consumo de marihuana y el desarrollo del trastorno esquizofrénico (Crespo *et al.*, 1990; Hall & Degenhardt, 2000; Smith *et al.*, 2004; Van Os *et al.*, 2002; Zammit *et al.*, 2002) en este estudio se encontraron indicadores sugestivos en los patrones clínicos de la personalidad en su patología severa en las escalas esquizoide (63,39); Esquizotípico (66,83); también se hallaron indicadores sugestivos en las escalas Paranoide, (70,05); desorden del pensamiento (61,61); y Desorden Delusional (60, 78) los

indicadores mencionados guardan una íntima relación con lo encontrado en estudios anteriores, debido a que pueden predisponer a la posible aparición de un desorden patológico de pensamiento y desencadenar en una psicosis de tipo esquizofrenia, sin embargo, para tener resultados concluyentes sería necesario realizar estudios en los que se correlacionen el tiempo y frecuencia de consumo de marihuana con estos patrones clínicos.

Las diferencias significativas en los promedios de la escala esquizoide entre *consumidores de marihuana* (63,39) y *no consumidores* (48,10) puede atribuirse al aislamiento social y pensamiento excéntrico que a menudo caracteriza el tipo de vida de los consumidores, no obstante, la funcionalidad y los efectos del uso de la marihuana dependerán de la filosofía de vida del propio consumidor; a diferencia del uso y abuso de la marihuana como un factor desinhibidor y refuerzo social. (Mothner y Weitz, 1986).

En definitiva las características de la presente investigación genera que se presenten algunas limitaciones debido a que se utilizó una muestra pequeña y no probabilística, falta de un grupo de contraste de consumidores de otras sustancias psicoactivas y el uso para la evaluación de trastornos de personalidad utilizando una prueba de auto informe (MCMI-II), por estas razones los resultados no pueden ser generalizables a poblaciones con características semejantes. Sin embargo, los resultados encontrados sugieren que existen diferencias marcadas entre los patrones de personalidad desadaptativa de la teoría de Millon entre los consumidores y no consumidores de marihuana. Por otro lado, los resultados de este estudio corroboran encontrado por otros investigadores que reconocen que la existencia de trastornos de



personalidad, sean estos previos o comorbidos con otros trastornos implican un riesgo claro de agravamiento psicopatológico, un peor pronóstico, evolución más deficiente, dificultades en la respuesta y complicaciones al momento de implementar programas terapéuticos (Gándara & Medina, 1998; Kosten, Kosten & Rounsaville, 1989; Seivewright & Daly, 1997). Por lo que sería importante tener en cuenta estas diferencias en el proceso de consejería, orientación y tratamiento de las adicciones cannábicas.

## AGRADECIMIENTOS:

El autor agradece a los integrantes del Equipo "Lugar de Escucha" –CEDRO por su contribución en la recolección de los datos para este estudio.

## REFERENCIAS

- Blume, S. (1989). Dual diagnosis: psychoactive substance dependence and the personality disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 139-144.
- Bolinches, F., De Vicente, P., Castellano, M., Pérez-Gálvez, B., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 04, 216-22.
- Broner, R., King, V., Kidorf, M., Schmidt & C., Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid. *Archive General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Calsyn, D., Fleming, Ch., Wells, E. & Saxon, A. (1996). Personality Disorders subtypes among opiate addicts in methadone maintenance. *Psychology of addictive behaviors*, 10, 3-8.
- Calsyn, D., Saxon, A. & Daisy, F. (1991). Validity of the MCMI Drug Abuse Scale varies as a function of drug choice, race, and Axis II subtypes. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 17, 153-159.
- Castro de la Mata, R. y Zavaleta, A. (2004). *Epidemiología de drogas en la población urbana-peruana 2003. Encuesta de hogares. Monografía de investigación No. 23*. Lima: CEDRO.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez, J., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3, 164-71.
- Choca, J. y Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Contradrogas (1999). *Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas*. Lima: INEI-UPCH-UNDCP-NAS.
- Craig, R. & Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.
- Crespo, M., Morales, M., Vinas R, Rios, B., Ruiz, L. y Franco, B. (1990). Psicosis y consumo de cannabis: estudio de las diferencias psicopatológicas y factores de riesgo. *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 18, 120-4.
- De Macedo, C. (2006). Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia. *Persona*, 9, 171-187.
- Degenhardt, L., Hall, W. & Lynsky, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, 12, 1861-3.



- Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 59, 515-527.
- Flynn, P., Luckey, J., Brown, B. & Hoffman, J. (1995). Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 21, 153-166.
- Gándara, J. y Medina, M. (1998). Comorbilidad. En M. Bernardo & M. Roca (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento* (pp. 97-122). Barcelona: Masson.
- Halikas, J., Crosby, R., Pearson, V., Nugent, S. & Carlson, G. (1994). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers. *American Journal of Addiction*, 3, 25-35.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian Journal of Psychiatry*, 34, 26-34.
- Kosten, T., Kosten, T. & Rounsaville, B. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló del Río, M. (2005) Características de Personalidad en Adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7, 90-6.
- Makken, C. (1999). *La personalidad adictiva*. México: Editorial Diana.
- Millon, T. (1999): MCMI-III. Inventario clínico multiaxial de Millon-III. Manual. Adaptación española de A. Ávila Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- MINEDU-DEVIDA-ONNUD-CEDRO (2004). *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores-2002*. Lima: Autores.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN-PNUFID (1999). *Estudio epidemiológico del uso indebido de sustancias psicoactivas y sus condiciones en la población escolar y docente de educación primaria y formación magisterial*. Lima: Autores.
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pedrero, E. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220.
- Pedrero, E. y Segura, I. (2003). Los Trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos adictivos*, 5, 229-240.
- Rey, M., Joseph, M. & Sawyer M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 180, 216-221.
- Rojas, M y Espinoza, L. (2002) Patrones de personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (SPA). *Psicoactiva*, 20, 3-20.
- Rojas, M. (2005). *Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes pautas y tendencias*. Lima: CEDRO.
- Rojas, M.; Giraldo, P. y Montes, C. (2001). *Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis*. Lima: CEDRO.
- Rounsaville, B. & Kleber, H. (1985). Untreated opiate addicts. How do they differ from those seeking treatment?. *Archive General Psychiatry*, 42, 1072-1077.
- Rubio, G., Ponce, G. y Jiménez, M. (2000). Eficacia de la risperidona en el manejo de





problemas clínicos en toxicomanías. *Trastornos Adictivos*, 2, 243-56.

Seivewright, N. & Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: A review. *Drug and Alcohol Review*, 76, 235-250.

Smith, F., Bolier, L. & Cuijpers, P. (2004). Cannabis use as a probable causative factor in the later development of schizophrenia. A Review. *Addiction*, 4, 425.

Tejero, A. y Casas, M. (1992). Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos y repercusiones clínico asistenciales. En: M. Casas M (Ed.), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (pp. 123-77). Barcelona: CITRAN Ediciones en Neurociencias.

Troisi, A., Pasini, A., Saracco, M. & Spalletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, 4, 487-92.

Van Os, J., Bak, H., Bijl, R., De Graaf, R. & Verdoux, H. (2002) Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156, 19-27.

Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. & Lewis, G. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1199-1201.

Zinberg, N. & Jacobson, R. (1976). The natural history of "chipping". *The American Journal of Psychiatry*, 133, 37-40.

Zucker, R. & Gombert, E. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.