

VARIABLES CLÍNICAS Y DE PERSONALIDAD EN ADICTOS A HEROÍNA

Carmen Berrocal
Margarita Ortiz-Tallo
Alfredo Fierro
José Antonio Jiménez
Universidad de Málaga

Un grupo de sujetos (N = 47), adictos a la heroína e incorporados a un programa de rehabilitación, ha sido evaluado en: a) indicadores de bienestar personal y adaptación social mediante sendas Escalas (EBP y EAS) confeccionadas para la medición de estas variables; b) en las 12 dimensiones del Cuestionario de Evaluación Clínica (CAQ); c) en los «cinco grandes factores» de personalidad con el correspondiente Cuestionario (BFQ). Sus puntuaciones han sido comparadas con puntuaciones normativas y también con las de un grupo de contraste emparejado con ellos en edad y sexo. Las diferencias han resultado significativas en gran número de las variables consideradas, con valores algo más altos en dimensiones que presumiblemente están más sujetas a modificación (las de EBP, EAS y CAQ) que en aquellas otras, las de los «cinco grandes», que se reputan pertenecer a la estructura básica de la personalidad.

Palabras clave: drogas, bienestar personal, adaptación, cinco grandes factores.

Subjects (N = 47), addicts to heroine and now in a rehabilitation program, have been evaluated: on indicators of personal well-being and social adaptation through Scales EBP and EAS; on 12 dimensions of Clinical Assessment Questionnaire (CAQ); and on «Big Five» factors of personality (BFQ). Their scores have been compared with normative scores and with those of a contrast group matched with them in age and sex. Differences have been significant in many scores, with higher values on likely modifiable dimensions (EBP, EAS y CAQ) than in those factors (BFQ) that are supposed to shape basic structure of personality.

Key words: Drugs, personal well-being, adaptation, big five factors.

El marco conceptual del presente estudio lo constituye un modelo descriptivo dimensional de salud mental. El modelo, ante todo, asume una dilatada tradición (de Eysenck, 1958, a Millon, 1996), que pone énfasis en la naturaleza continua de la contraposición salud/trastorno psicológico. Esta contraposición no es dicotómica, en conjuntos categóricos netamente delimitables; antes bien, se produce en continuidad, es de naturaleza dimensional y cuantificable.

A diferencia de los enfoques clasificatorios y por categorías dentro de los propios trastornos, el principal referente del punto de vista dimensional y cuantitativo lo constituye la severidad o gravedad de los problemas y trastornos psicológicos, no la cualidad y patrón específicos de cada uno de ellos. En eso es un análisis complementario y no excluyente del enfoque cualitativo de clasificación y diagnóstico diferencial de los diversos trastornos, que por su parte tiene utilidad para ciertos fines.

En concreto, el modelo aquí adoptado identifica y analiza el espacio de salud / trastorno psicológico a lo largo de dos dimensiones, que se presumen independientes entre sí: la de bienestar personal (que se abreviará en BP) y la de adaptación social (abreviada en AS). Se postula que sobre estos dos ejes se extiende la bipolaridad salud / trastorno psicopatológico.

La exposición teórica y una primera fundamentación empírica del modelo BP-AS se ha desarrollado en otros trabajos ya publicados (Fierro, 1984; Fierro y Cardenal, 1996) o presentados en congresos científicos (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998). El bienestar personal se refiere a una cualidad de la experiencia subjetiva, a una experiencia positiva y satisfactoria de la vida. La adaptación social, a una cualidad más objetiva de las relaciones con los demás y de la inserción en el grupo social de referencia: familiar, laboral, y del entorno social concreto en su generalidad.

Para este modelo, y como instrumentos de medida a su servicio, se ha operado con sendas Escalas, una de Bienestar Personal (en adelante, EBP) y otra de Adaptación Social (EAS), de 33 y 34 ítems respectivamente. Anteriores informes han dado cuenta de sus características psicométricas (Rivas, Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998) y de correlaciones con otras variables en una red nomológica que avala su validez de constructo (Fierro, Jiménez y Ramírez, 1998).

Los estudios empíricos ya realizados ponen de manifiesto que las dimensiones medidas con EBP y EAS se asocian estrechamente de modo negativo con variables que cabe calificar de «clínicas» por entrañar predisposición a trastornos psicopatológicos o asociación con ellos. Los valores de correlación que apoyan esa asociación oscilan en torno a .50 y son a veces incluso superiores. EBP y EAS se asocian asimismo con variables de la estructura básica de la personalidad como los «cinco grandes factores», aunque con valores de correlación algo más bajos, típicamente entre .20 y .40 (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998; Fierro, Jiménez y Ramírez, 1998). Los resultados así obtenidos concuerdan, a grandes rasgos, con otros hallazgos de investigación hoy disponibles sobre las relaciones existentes entre conducta psicopatológica y dimensiones básicas de personalidad (Costa y Widiger, 1993; Emmons y Diener, 1985; Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas y Hervig, 1994; McCrae, 1994).

Un componente importante de la validación tanto del modelo conceptual

como de los instrumentos de evaluación EBP y EAS lo constituye su capacidad para discriminar entre personas psicológicamente «sanas», sin trastornos psicológicos, y aquellas otras que sí presentan algún tipo de trastorno. Esa capacidad discriminativa ha de ser comprobada en distintas clases de alteraciones conductuales, como lo son las adicciones. Así, pues, una línea de estudio en el espacio definido por EBP y EAS procede a explorar si –y cómo– sujetos toxicómanos se caracterizan y difieren de sus pares en el patrón de puntuaciones en esas Escalas y también en otras medidas al uso en evaluación de la personalidad. Es una línea exploratoria que trata de examinar correspondencias entre dimensiones de personalidad y adicción a drogas. En ella, en cambio, por el tipo de estudio emprendido, no es posible abordar cuestiones propiamente explicativas, tales como la posible «patología dual» en la adicción (Dickey y Azeni, 1996; Miller, 1993), ni tampoco su inserción en un círculo comportamental cerrado, según postula el modelo de ciclos psicopatológicos de acción (Fierro, 1988).

El interés de los autores en estudiar el modelo BP-AS en personas adictas a sustancias tóxicas ha venido a converger con un encargo del *Proyecto Hombre* a una de las autoras de este trabajo (profesora Ortiz-Tallo). El encargo solicitaba una evaluación psicológica y análisis de sujetos adictos a la heroína que acababan de solicitar atención en un programa de rehabilitación. Ellos han constituido el grupo objeto de estudio del que se informa a continuación, personas, pues, de reciente incorporación al programa del *Proyecto Hombre*, en Málaga, y cuyas características de personalidad se pretendía conocer.

Los hallazgos de investigación disponibles trazan un perfil diferencial que se presume característico de los sujetos adictos a sustancias tóxicas. Se caracterizan éstos por socialización más baja (Sigurdsson y Gudjonsson, 1996) y por un nivel más alto en neuroticismo, paranoidismo y psicoticismo (Pons y Berjano, 1997). Autores que hallaron ese perfil han llegado incluso a postular que la «personalidad adictiva» precede a la adicción y no es simple consecuencia de ella (Teichman, Barnea y Ravav, 1989).

Ahora bien, la evidencia sobre diferencias en variables de personalidad no es convincente e inequívoca. No lo es al menos en lo concerniente a factores de la estructura básica de la personalidad, factores cuya exacta naturaleza sería necesario especificar muy bien para distinguirlos de otras dimensiones psicológicas. A ese propósito es oportuno recordar la conocida distinción que Spielberger (1975) acuñó al diferenciar entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Es una distinción que debe extenderse a otras dimensiones de personalidad –patrones o estilos comportamentales, si se prefiere un lenguaje más cercano a los observables–, tales como depresión o autoestima, que también son evaluables sea como «estado» actual (y no sólo estado de ánimo) sea como «rasgo» más duradero.

La distinción rasgo / estado, sin embargo, es insuficiente para diferenciar los diversos grados de permanencia («rasgo») frente a lo momentáneo («estado»). Entre las dimensiones o estilos conceptuados como rasgos, relativamente duraderos, pero también modificables, cambiantes, hay intensidades de «más» y «menos» en cuanto a persistencia. Hay algunos, como la propia ansiedad-rasgo o la depresión-rasgo, a menudo duraderos, pero muy influenciados por experiencias ya positivas ya adversas, y, en consecuencia, moldeables con relativa fa-

cilidad en una terapia de conducta o en un programa de intervención. Hay otros más estables, sin duda también modificables como resultado de la experiencia, del aprendizaje espontáneo o de la educación, la instrucción y, en general, la intervención, pero más resistentes al cambio, más lentos en modificarse y de hecho, y por lo general, apenas cambiantes sino en el largo plazo del ciclo de la vida. Quizá sólo los primeros merecen ser vistos como factores o rasgos de personalidad, mientras los segundos son estilos de comportamiento.

Los modelos generales de estructura de personalidad, los de las teorías clásicas de rasgos y los más recientes, de menor compromiso teórico, pretenden referirse a una estructura básica y no a simples estilos psicológicos o patrones de conducta. Así también lo presume el modelo de «cinco grandes factores» de personalidad. No es de extrañar que en estudios a lo largo del ciclo de la vida las personas aparezcan sumamente estables en esos factores (McCrae y Costa, 1990). En cambio, no cabe suponer pareja estabilidad en otras variables o estilos psicológicos, como ansiedad, depresión, autoestima, bienestar subjetivo, que también, sin embargo, suelen conceptuarse y evaluarse como dimensiones de personalidad. Buena parte de la polémica entre los defensores de los rasgos y los del absoluto predominio de la situación en la discusión sobre estabilidad y consistencia comportamental se hubiera ahorrado o al menos reconducido con el simple reconocimiento de que aquellas dimensiones son de muy variada naturaleza y modificabilidad (Fierro, 1982).

El presente estudio, pues, se propuso evaluar a sujetos heroinómanos en dimensiones de personalidad pertenecientes a los dos niveles mencionados: (a) de carácter básico, pertenecientes a una estructura individual que se presume relativamente estable, aunque no inmutable; (b) de carácter coyuntural, más asociadas a circunstancias y momentos biográficos concretos y, por eso mismo, y en su caso, presentes y detectables en periodos de tiempo marcados por trastornos psicopatológicos, a la vez que, por otra parte, sensibles a la intervención terapéutica.

Para el primer nivel se eligió un instrumento derivado del modelo de personalidad actualmente dominante, el de «los cinco grandes factores»: el *Big Five Questionnaire* (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993; adaptación española de Bermúdez, TEA 1995, que se cita en adelante como BFQ). Este Cuestionario presenta datos normativos diferenciados según sexo. En cuanto a tramos de edad, también ofrece datos, que, sin embargo, no deparan diferencias significativas, lo cual es por otro lado coherente con el modelo de «cinco grandes». Como ya se ha dicho, y aunque hayan trabajado con otro instrumento de medida, McCrae y Costa (1990) refieren una alta estabilidad de esos factores a lo largo de la vida.

Para dimensiones comportamentales circunstancialmente características de las personas y presumiblemente asociadas con trastorno o problemas psicológicos, se aplicó una prueba derivada del sistema de Cattell: el *Clinical Assessment Questionnaire* (Krug, 1980; adaptación española de Seisdedos y Prieto, TEA 1989, que se cita en adelante como CAQ). Este cuestionario «se presenta como una prueba factorialmente construida para medir rasgos clínicos en sujetos normales», según afirma el prólogo a la adaptación española. El carácter «clínico» de esos «rasgos» —sobre cuya naturaleza y estabilidad nada se presume— justifica su

asociación no sólo postulada, sino demostrada, con trastornos psicopatológicos. Esto justifica el rótulo mismo del CAQ como cuestionario «clínico»; y también avala que sus dimensiones puedan calificarse como «variables clínicas».

El Manual del CAQ ofrece tablas y perfiles para algunos grupos de trastornos o problemas, entre ellos adicción a drogas. Pero la información en este apartado es insuficiente y ambigua: no hay datos normativos; se compara sólo entre «narcoadictos» (principalmente heroína, se dice) y alcohólicos; el perfil difiere según sexos. De todo ello no es posible extraer hipótesis inequívocas concretas susceptibles de ser sometidas a prueba.

Junto con BFQ y CAQ se utilizaron las dos escalas referidas al comienzo, EBP y EAS, que evalúan dimensiones de bienestar personal (en adelante BP) y adaptación social (en adelante AS). Para éstas se postula una asociación positiva con características de personalidad psicológicamente sana.

El estudio trata de poner a prueba la hipótesis de que aparecerán diferencias en dimensiones de personalidad del nivel (b), de variables clínicas del CAQ, que implican mayor probabilidad de asociación con conductas psicopatológicas, y también del bloque BP-AS, asociado en cambio a una menor probabilidad, dimensiones, todas ellas, por otro lado, más susceptibles al cambio, terapéutico o de otra naturaleza, en un transcurso no muy largo de tiempo. También se predice que, por el contrario, no deberían aparecer diferencias en factores básicos del nivel (a), como son los «cinco grandes», reputados, por otra parte, más estables. Aun en estos últimos, sin embargo, cabe prever la excepción en un factor, el de estabilidad emocional. Este factor de los «cinco grandes» se corresponde en gran medida con el de «fuerza del yo» de Cattell (1965/1972) y, en su polo opuesto, con el de «neuroticismo» de Eysenck (1967), quienes definen la dimensión bipolar con trazos similares: por una mayor fortaleza o, por el contrario, en el extremo opuesto, vulnerabilidad, una cierta predisposición a trastornos psicológicos. Desde luego, el neuroticismo, aunque diversamente operacionalizado y evaluado en la investigación, suele aparecer aparejado de modo sistemático a dimensiones clínicas o de trastorno (*cf.* Duijsens y Diekstra, 1996; Shedler, Mayman y Manis, 1993) y también parece formar parte del perfil de personalidad de sujetos adictos (Pons y Berjano, 1997).

Las predicciones son, pues, que por comparación con grupos de referencia normativos y de contraste, los sujetos adictos presentarán diferencias significativas en el bloque BP-AS (puntuaciones más bajas) y en las variables clínicas del CAQ (puntuaciones más altas), y no en las dimensiones básicas de BFQ, excepto en estabilidad emocional (factor IV del BFQ), donde la expectativa obligada es que el grupo de adictos se situará más hacia el polo de neuroticismo. En caso de comprobarse esas predicciones, un paso ulterior exploratorio consistirá en averiguar a partir de qué variables asociadas es posible predecir mejor la probabilidad de pertenencia de una persona al grupo de adictos.

Era posible, además —y de hecho se ha seguido también— una lógica diferente, vinculada no ya a las diferencias entre los grupos o a las variables que mejor los discriminan, sino al perfil de personalidad de unos sujetos y otros, y al propósito de los investigadores de confirmar la posición de EBP y EAS en una red de relaciones nomológicas. En dicha lógica interesaba examinar por grupos esa

red de relaciones. A este propósito no se formula ninguna hipótesis concreta para puesta a prueba: el estudio es sólo exploratorio o heurístico y no confirmatorio.

Método

Sujetos

Los instrumentos fueron aplicados a 57 sujetos, 42 hombres y 15 mujeres entre los 19 y los 46 años, adictos a la heroína y recién alistados en un programa de rehabilitación. Los sujetos cumplieron las escalas y cuestionarios de forma voluntaria al incorporarse al programa *Proyecto Hombre*. De hecho, sin embargo, se pudo contar con la práctica totalidad de quienes se incorporaron a lo largo de un periodo de tres meses.

En los análisis del presente informe ese grupo de 57 sujetos ha quedado reducido en número a 33 varones y 14 mujeres con 20 años o más, con el fin de poder así efectuar comparaciones con datos normativos que con límite en esa edad suministra el cuestionario CAQ.

El nivel sociocultural de los sujetos era en general bastante bajo. En términos de nivel de estudios realizados, la mayoría no contaba más que con la escolaridad básica obligatoria, muy pocos con algún título o estudios por encima de ella, y no había ningún titulado universitario.

Instrumentos

Los sujetos fueron evaluados, de manera individual, mediante los instrumentos que se citan, en tres conjuntos de dimensiones:

1) Los «cinco grandes factores» de personalidad. Se han evaluado mediante el ya citado *Cuestionario «Big Five»* (BFQ), que consta de 132 ítems con posible respuesta en cinco grados para cada ítem. Los nombres en castellano de los factores así medidos (junto con las abreviaturas con que aparecerán en algunas de las tablas) son los que siguen: energía (E), afabilidad (A), tesón (T), estabilidad emocional (EE), cuyo opuesto es neuroticismo, y apertura mental (AM). El BFQ contiene una escala complementaria de distorsión que mide el grado del sesgo de deseabilidad social: tendencia a manifestar los aspectos más favorables de la propia persona, un sesgo que puede distorsionar las respuestas y por tanto las medidas en las escalas principales.

2) El conjunto de variables clínicas recogidas en el *Clinical Assessment Questionnaire* (CAQ), integrado por 144 ítems con tres posibles respuestas en cada ítem. El CAQ se propone evaluar un conjunto de 12 dimensiones que, sin ser estrictamente psicopatológicas, se supone que incluyen —o se asocian a— alguna propensión o predisposición a desarrollar comportamiento psicopatológico, principalmente depresión. Siete de ellas se refieren a variables integrantes de la depresión, por lo que el CAQ las designa mediante siglas con la letra D seguida

de un número: hipocondriasis (D1), depresión suicida (D2), agitación (D3), depresión ansiosa (D4), depresión baja energía (D5), culpabilidad-resentimiento (D6), apatía-retirada (D7). Los nombres de las restantes (con las abreviaturas con que aparecen luego en algunas de las tablas) son los siguientes: paranoia (Pa), desviación psicopática (Pp), esquizofrenia (Sc), psicastenia (As), desajuste psicológico (Ps). Estas últimas variables tratan de cubrir factores identificables extraídos del conjunto de los elementos del MMPI.

3) Bienestar personal (BP) y adaptación social (AS). Estas variables han sido medidas con las Escalas de Bienestar Personal (EBP) y de Adaptación Social (EAS), de 33 y 34 ítems respectivamente, con un formato simple de respuesta sí/no.

Procedimiento

Se aplicaron las pruebas de modo individual en dos sesiones. En la primera se recogían datos personales y se cumplimentaban EAS y CAQ; en la segunda, EBP y BFQ. La persona responsable de su aplicación, antes de las instrucciones correspondientes a cada una de las pruebas, había de instruir al sujeto con estas palabras, no a la letra, sino en cuanto al sentido:

«Estamos realizando una encuesta. Nos hallamos interesados en conocer cómo se sienten las personas, cuáles son los deseos, aspiraciones, sentimientos de los adultos. No es para hacer un diagnóstico individual de la personalidad, sino para saber algo sobre los problemas, preocupaciones y puntos de vista de las personas en distintas edades, profesiones, situaciones familiares y sociales. El análisis de las encuestas será colectivo, del conjunto de encuestados, y no de cada uno; no será individual. La encuesta consta de varios cuestionarios, cuya contestación requiere cierto tiempo, por lo cual se realiza en dos días distintos para evitar el cansancio.»

Grupos de comparación

El enfoque del estudio requería comparar entre el citado grupo de sujetos todavía adictos, pero con voluntad de rehabilitación, y la población «normal». La comparación debía de hacerse por sexos y tramos de edad según los datos disponibles en los manuales españoles de BFQ y CAQ. El de este último informa de diferencias por sexos y, en cuanto a edad, sólo entre la superior y la inferior a 20 años. Puesto que restaban muy pocos sujetos por debajo (11 varones, 2 mujeres), resultó aconsejable limitar el estudio a los sujetos por encima de esa edad, 33 varones y 14 mujeres, para poder efectuar contrastes realmente significativos. Para EBP y EAS la comparación se ha hecho con datos obtenidos de investigación previa con ambas Escalas.

Ha parecido oportuno efectuar, además, otro tipo de comparación: con un grupo de contraste de sujetos no adictos. Este grupo no fue evaluado *ad hoc* para el presente trabajo. Al objeto de poder proceder a un análisis discriminante ese

grupo ha sido configurado por los investigadores: extraído *post hoc* a partir de un colectivo mucho más numeroso, y de población «normal», que había sido objeto de estudio propio anterior (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998; Fierro, Jiménez y Ramírez, 1998). De dicho colectivo ($N = 531$) se ha hecho la extracción por el procedimiento de emparejar sujetos, uno a uno, por variables de edad, sexo y nivel de estudios (o máxima semejanza en ellos) con los del grupo de adictos.

La introducción de este grupo de contraste, cuyas puntuaciones son del todo cercanas a las de los datos de población, ha servido para proceder a un análisis discriminante que permita establecer qué variables se asocian críticamente a la adicción a la heroína.

Análisis de datos

Para atender al objetivo principal del estudio, formulado en las hipótesis de partida, se ha procedido en primer lugar al contraste de medias a través de las variables. El contraste se ha efectuado con datos normativos generales y también con los del grupo de contraste específico para el caso.

A la vista de sus resultados significativos, y con vistas a desvelar mejor los lazos subyacentes entre la conducta adictiva y las variables clínicas y de personalidad asociadas con ella, se ha pasado luego a un análisis discriminante. Por último, en atención a otro objetivo, de naturaleza exploratoria, referido en la introducción, se han obtenido también y se presentan análisis correlacionales.

Los análisis se han realizado de forma separada por sexos. En cambio, y una vez descartados los sujetos con menos de 20 años, no se han tomado en consideración intervalos de edad, al no poder efectuar comparaciones con los correspondientes datos normativos de las pruebas. El CAQ no ofrece tales datos diferenciados por edad después de los 20 años. Por eso mismo, como ya se indicó, no han entrado en el análisis los escasos sujetos del grupo inicial por debajo de esa edad. Respecto a los tramos del BFQ, con cortes a los 17, 25, 31 y 37 años, al no presentar diferencias significativas en la población normativa, carecía de sentido incorporarlos al presente estudio.

El reducido número de sujetos, junto con el hecho de que no hay una representatividad muestral del colectivo —se trata de adictos, pero con propósito de rehabilitación— aconseja no exagerar la relevancia de los criterios de significación estadística. Estos criterios llegarán a ser realmente relevantes si llevan aparejada una clara significación clínica, del todo coherente con lo que se conoce acerca del perfil comportamental y psicológico de los adictos a la heroína.

Resultados

Los sujetos parecen haber contestado a los cuestionarios y escalas de manera veraz. Desde luego, lo han hecho sin el género de distorsión o sesgo de deseabilidad social que mide una escala complementaria del BFQ. En la Tabla 1

constan por sexos los valores de media y desviación típica en dicha escala, por parte de los sujetos adictos, del grupo de contraste propio del presente estudio y de la población normativa del BFQ. Las diferencias no son significativas. Cabe destacar, sin embargo, que el grupo de varones adictos presenta en distorsión un valor medio más bajo (con $t = 1.91$, y $p < .06$) que sus pares de contraste.

TABLA 1. MEDIAS Y DESVIACIONES DE LAS PUNTUACIONES EN LA ESCALA DE «DISTORSIÓN»

	Adictos		Contraste		Normativo	
	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Varones	28.3	6.8	32.2	9.7	28.1	6.6
Mujeres	29.1	6.2	29.1	6.9	28.8	6.5

Descriptivos y análisis de diferencias

La doble Tabla 2a (varones) y 2b (mujeres) despliega los resultados de las medias y desviaciones típicas y sus valores de contraste en cada una de las variables, estimados estos últimos mediante un análisis multivariante de la varianza. En las dos primeras columnas de las Tablas 2 se cifran los datos descriptivos: valores medios (arriba en cada casilla) y las desviaciones típicas (abajo) para los sujetos adictos y para el grupo propio de comparación. La tercera columna recoge el valor de F, estimado a partir de la «lambda de Wilks»; y la cuarta el valor de probabilidad con que puede afirmarse que las diferencias halladas entre los grupos son significativas. En la última de las columnas, los valores del grupo normativo en CAQ y BFQ son los proporcionados por los respectivos manuales; los de EBP y EAS están tomados de un estudio anterior propio (204 varones, 327 mujeres) para dichas Escalas (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998; Fierro, Jiménez y Ramírez, 1998).

El grupo de adictos difiere significativamente del de contraste (que a su vez obtuvo valores muy cercanos a los normativos) en la mayoría de las variables evaluadas. Las diferencias más claras, con el mejor valor de significación estadística y en ambos sexos, se dan en la más baja puntuación en bienestar personal y adaptación social por parte de dicho grupo. Éste, por otro lado, obtiene una puntuación más alta en las variables del CAQ con diferencias significativas en muchas de ellas: en 8 de las 12, y esto en ambos sexos. Sin embargo, dentro del CAQ resalta una excepción en que la puntuación es más baja en el grupo de adictos y en los varones de modo significativo: en desviación psicopática. Finalmente también su media es más baja, con diferencia significativa de $p < .05$ o muy cercana a ella, en ambos sexos, en dos de los factores de BFQ: tesón y apertura mental.

Principalmente para el bloque de BP-AS y de las variables clínicas de CAQ, pero también, por extensión, para los «cinco grandes», se deseaba averiguar su capacidad discriminadora entre sujetos sin y con adicción a heroína. Era preciso, pues, un análisis discriminante que tomando una a una, paso a paso, las variables como predictoras, permitiera establecer su capacidad de discernir respecto a la circunstancia de la adicción.

TABLA 2A. DATOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE VARONES

<i>Variables</i>	<i>Adictos heroína</i>	<i>Grupo contraste</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Grupo normativo</i>
<i>De salud mental</i>					
Bienestar personal	20.8 6.1	26.6 5.3	17.931	.000	26.3 5.2
Adaptación social	20.7 5.2	26.2 5.2	19.501	.000	25.9 4.9
<i>De carácter clínico</i>					
Hipocondrías	6.9 3.8	4.6 3.6	6.976	.010	1.74 2.16
Depresión suicida	7.3 5.0	4.7 3.6	6.594	.012	1.85 2.66
Agitación	10.9 2.8	10.5 3.1	.346	.558	10.47 3.11
Depresión ansiosa	9.5 4.0	7.1 3.2	7.513	.008	5.94 3.22
Depresión baja energía	10.7 4.3	7.0 4.8	11.682	.001	4.35 3.33
Culpa-resentimiento	11.5 4.2	8.0 3.9	12.744	.001	7.84 3.87
Apatía-retirada	7.1 3.8	6.4 3.2	.569	.453	3.33 2.75
Paranoia	10.6 4.3	8.2 3.8	5.941	.017	4.92 3.40
Desviación psicopática	11.7 4.0	13.7 3.8	4.946	.029	14.38 3.46
Esquizofrenia	7.9 4.6	6.9 4.1	.996	.322	3.66 2.95
Psicastenia	12.9 3.0	11.1 4.3	4.192	.044	11.10 2.92
Desajuste psicológico	9.4 4.8	6.9 3.6	5.581	.021	4.29 3.28
<i>De personalidad</i>					
Energía	74.8 10.2	78.3 14.3	1.397	.241	76.08 9.95
Afabilidad	76.6 8.9	81.4 13.5	3.024	.087	80.85 8.78
Tesón	74.6 11.1	83.3 13.9	8.355	.005	79.56 10.33
Estabilidad emocional	64.9 11.7	69.1 17.8	1.307	.257	69.27 12.92
Apertura mental	75.2 10.1	81.5 14.4	4.418	.039	83.07 10.83

TABLA 2B. DATOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES

<i>Variables</i>	<i>Adictas heroína</i>	<i>Grupo contraste</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Grupo normativo</i>
<i>De salud mental</i>					
Bienestar personal	14.6 7.3	25.8 7.1	18.018	.000	24.7 6.2
Adaptación social	16.8 5.6	26.5 6.8	17.800	.000	24.4 5.3
<i>De carácter clínico</i>					
Hipocondría	9.7 6.1	5.2 4.5	5.483	.027	2.39 2.95
Depresión suicida	10.1 5.2	4.9 4.3	8.776	.006	2.13 3.05
Agitación	11.9 3.1	9.5 3.3	4.209	.050	10.55 3.31
Depresión ansiosa	13.0 3.6	10.3 4.2	3.468	.073	7.34 3.91
Depresión baja energía	13.2 3.8	9.6 4.8	5.427	.030	5.06 4.54
Culpa-resentimiento	14.0 4.1	9.2 4.8	8.765	.006	8.06 4.41
Apatía-retirada	8.8 4.1	6.6 3.5	2.427	.130	3.39 3.09
Paranoia	11.6 3.8	7.5 4.8	6.806	.014	5.19 3.74
Desviación psicopática	9.9 3.5	12.0 4.3	2.203	.149	13.77 3.72
Esquizofrenia	10.7 3.6	7.5 4.3	4.834	.036	3.52 3.22
Psicastenia	14.2 2.8	12.4 3.7	2.252	.145	11.22 3.04
Desajuste psicológico	12.6 3.9	6.9 4.2	14.521	.001	4.68 4.05
<i>De personalidad</i>					
Energía	74.5 19.0	73.2 10.3	.057	.813	75.02 10.12
Afabilidad	80.9 7.5	84.1 11.9	.776	.386	83.45 9.36
Tesón	72.4 10.4	84.4 14.9	6.342	.018	80.49 10.45
Estabilidad emocional	58.9 13.8	69.4 15.9	3.650	.066	64.96 13.08
Apertura mental	75.4 10.7	84.3 13.1	4.076	.053	83.58 10.02

Era preciso comprobar si las variables se ajustan a una distribución normal, lo que constituye requisito previo para aplicar el análisis discriminante. La Tabla 3 muestra los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para tal fin. Las variables van en ella (y en algunas otras tablas posteriores) con las siglas que reciben en el CAQ y que se mencionan en la descripción de los instrumentos dentro del apartado de Método. Puede observarse que tal requisito se cumple sin ninguna excepción.

TABLA 3. NORMALIDAD DE LAS VARIABLES

	<i>Varones</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Adictos</i>		<i>Contraste</i>		<i>Adictas</i>		<i>Contraste</i>	
	<i>K</i>	<i>p</i>	<i>K</i>	<i>p</i>	<i>K</i>	<i>p</i>	<i>K</i>	<i>p</i>
EBP	1.012	.257	1.043	.227	.744	.638	1.069	.204
EAS	1.015	.254	.980	.292	.442	.990	.785	.568
D1	.823	.507	.971	.303	.376	.999	.554	.918
D2	.586	.882	.844	.474	.495	.967	1.095	.181
D3	.858	.453	.579	.891	.768	.598	.696	.718
D4	.544	.928	.630	.822	.794	.554	.552	.921
D5	.471	.979	.909	.380	.572	.899	.533	.939
D6	.527	.944	1.100	.178	.707	.699	.496	.967
D7	.655	.784	.972	.302	.895	.400	.886	.413
Pa	.754	.621	.634	.816	.604	.859	.495	.967
Pp	.765	.602	1.060	.211	.484	.973	.541	.932
Sc	.709	.696	.976	.297	.684	.738	.627	.826
As	.518	.951	.881	.420	.791	.559	.590	.877
Ps	1.073	.200	.894	.401	.583	.886	.830	.496
E	.685	.736	.641	.806	.626	.828	.568	.903
A	.509	.958	.705	.703	.410	.996	.601	.863
T	.962	.313	.588	.879	.376	.999	.529	.942
EE	.932	.350	.828	.500	.651	.791	.942	.720
AM	.542	.931	.653	.787	.604	.859	.848	.469

La aplicación del análisis discriminante requiere además que las matrices de varianza-covarianza entre los grupos sean equivalentes. Los resultados de la prueba M de Box, en la Tabla 4, muestran la equivalencia, igualdad y simetría, de las varianzas y covarianzas de los grupos tanto de varones como de mujeres. Así, pues, se cumplen las condiciones requeridas para realizar dicho género de análisis.

TABLA 4. RESULTADOS DE LA M DE BOX

	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
M de Box	4.379	2.417
F	1.413	.355
p	.237	.907

El proceder paso a paso del análisis discriminante queda resumido en la Tabla 5 con los correspondientes resultados para mujeres y varones. Según consta en ella, del conjunto de variables, las que mejor discriminan entre el grupo de adictos y el de contraste son, en el caso de los varones, las de adaptación social (AS) y desajuste psicológico (Ps de CAQ), mientras que en las mujeres son bienestar personal (BP), agitación (D3 de CAQ) y tesón (T de BFQ).

TABLA 5. ANÁLISIS DISCRIMINANTE: RESUMEN DE LOS PASOS

Paso	Varones				Mujeres			
	Variables	λ	F	p	Variables	λ	F	p
1	AS	.777	19.501	.000	BP	.608	18.018	.000
2	Ps	.729	12.477	.000	D3	.485	14.312	.000
3	—	—	—	—	T	.416	12.154	.000

Variables que mejor discriminan entre el grupo de adictos y el de contraste; F parcial mínima para entrar: 3.84; F parcial máxima para salir: 2.71.

Para el grupo de varones, la función discriminante obtenida a partir de las variables, tipificadas, de adaptación social y de desajuste psicológico es la que sigue:

$$D = 0.917AS - 0.481Ps$$

Para el grupo de mujeres, la función discriminante obtenida presenta los siguientes coeficientes:

$$D = 0.813BP - 0.731D3 + 0.523T$$

La Tabla 6 recoge de forma resumida los resultados del contraste de las funciones obtenidas en el análisis discriminante, el autovalor o estimación de la variabilidad intergrupo explicada por la función y, en fin, la correlación canónica. El contraste, una vez más, resulta estadísticamente significativo para ambos sexos.

TABLA 6. CONTRASTE DE LAS FUNCIONES, AUTOVALORES Y CORRELACIONES

	Contraste			Correlación	
	Lambda	χ^2	p	Autovalor	Correlación canónica
Varones	.729	21.21	.000	.372	.521
Mujeres	.416	23.23	.000	1.402	.764

La Tabla 7 expresa las probabilidades previas y *a posteriori* que de acuerdo con los análisis efectuados existen para clasificar con acierto a varones y a mujeres en el grupo de adictos o no adictos. La máxima probabilidad *a priori* es de un 53 por 100, aproximadamente, en ambos grupos, mientras que *a posteriori* el porcentaje de casos correctamente clasificado asciende a alrededor de un 71 por 100 y de un 87 por 100, en el grupo de varones y, respectivamente, de mujeres. Así, pues, la información proporcionada por las funciones discriminantes mejora en grado considerable el acierto en la clasificación de los sujetos.

TABLA 7. PROBABILIDADES PREVIAS Y PRONÓSTICOS

Grupos		Probabilidades previas (%)	Grupo de pertenencia pronosticado (%)	
			Contraste	Adictos
Varones	Contraste	52.9	73	27
	Adictos	47.1	30.3	69.7
Mujeres	Contraste	53.3	87.5	12.5
	Adictas	46.7	14.3	85.7

Análisis correlacional

Un último género de análisis se desprende de las correlaciones entre todas las variables del estudio. Las Tablas 8a y 8b recogen las matrices de intercorrelación que corresponden respectivamente a varones y a mujeres. En cada casilla el valor superior corresponde al grupo de adictos y el inferior al grupo de comparación.

Pese al reducido número de sujetos del grupo, sobre todo el de mujeres, muchas de las correlaciones resultan significativas, con los valores de p que en las tablas se indican. En líneas generales BP y AS correlacionan de modo negativo con la mayoría de las dimensiones de CAQ, excepto con desviación psicopática (Pp) donde la correlación es positiva. Correlacionan, en cambio, de modo positivo con los factores del BFQ.

No se ha procedido a comprobar cuáles de las diferencias entre el grupo de adictos y el de no adictos en los valores de correlación resultan estadísticamente significativas. La misma circunstancia del reducido número de sujetos hace improbable hallar más que unas pocas. Pero, además, falta un asidero teórico sólido que permita otorgar significación psicológica a la significación estadística. De cualquier modo, y en el plano de los puros datos, de los resultados, llama la atención un patrón de correlaciones, no del todo inequívoco, pero sí bastante claro, que con algunas excepciones puede compendiarse así: 1) en las correlaciones de los factores básicos de la personalidad (BFQ) entre sí y con BP-AS los valores son más altos en el grupo de contraste que en los adictos; 2) en las correlaciones de variables clínicas del CAQ entre sí y con BP-AS, por el contrario,

TABLA 8A. MATRIZ DE CORRELACIONES EN LA POBLACIÓN MASCULINA

	BP	AS	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps	E	A	T	EE
AS	.797** .505**																	
D1	-.657** .465**	-.649** -.387																
D2	-.507** -.186	-.573** -.243	.521** .651**															
D3	.073 .196	.004 .378*	-.272 -.152	.169 -.226														
D4	-.566** -.127	-.507** -.026	.658** .328*	.449** .099	-.053 .097													
D5	-.581** -.592**	-.447** -.246	.623** .595**	.427* .399*	-.052 .011	.440** .478**												
D6	-.526** -.430**	-.344 -.325*	.402* .620**	.443** .427**	.145 -.079	.213 .417*	.324 .519**											
D7	-.688** -.164	-.592** -.265	.732** .281	.659** .629**	-.235 -.354*	.628** .213	.677** .198	.369* .298										
Pa	-.563** -.404*	-.512** -.059	.441* .316	.523** .361*	.315 -.391*	.575** .236	.371* .436**	.633** .391*	.491** .390*									
Pp	.012 .129	.133 .319	-.261 -.452**	-.124 -.481**	.163 .467**	-.060 -.071	-.033 -.317	-.134 -.465**	-.055 -.332*	-.048 -.260								
Sc	-.621** -.425**	-.616** -.117	.603** .501**	.487** .457**	-.003 -.104	.697** .287	.378* .570**	.420* .542**	.504** .328*	.676** .428**	-.145 -.319							
As	-.092 .287	.022 .120	.127 .034	.040 .004	.201 .239	.284 .411*	.178 .401*	.244 .341*	.009 .086	.383* .307	.108 .049	.283 .349*						
Ps	-.617** -.518**	-.532** -.340*	.689** -.551**	.510** .366*	.040 -.006	.725** .252	.617** .620**	.442** .435**	.644** .195	.677** .246	-.121 -.206	.711** .626**	.314 .189					
E	.486** .402*	.402 .362*	-.467** -.314	-.184 -.277	.171 .561**	-.341 -.038	-.437* -.309	-.146 -.317	-.488** -.376*	-.262 -.376*	-.075 .442**	-.334 -.304	-.227 -.200	-.372* -.371*				
A	.310 .230	.329 .152	-.405* -.141	-.176 -.304	-.174 .490**	-.232 .096	-.543** -.128	-.180 -.002	-.340 -.228	-.271 -.471**	-.012 .228	-.344 -.030	-.329 .021	-.548** .627**	.289			
T	.314 .408*	.365* .349*	-.413* -.332*	-.108 -.268	.244 .291	-.363* -.157	-.374* -.272	.088 -.099	-.309 -.260	.029 -.322	.258 .173	-.004 -.152	.072 .108	-.334 -.320	.351* .419**	.267 .613**		
EE	.432* .487**	.298 .295	-.396* -.485**	-.279 -.356*	.191 .491**	-.394* -.197	-.450** -.530**	-.163 -.412*	-.540** -.223	-.127 -.559**	-.071 .388*	-.193 -.479**	-.187 -.233	-.339 -.448**	.376* .527**	.150 .449**	.276 .371*	
AM	.370* .405*	.276 .447**	-.187 -.111	-.041 -.063	-.021 .552*	-.388* -.066	-.244 -.207	-.279 -.174	-.273 -.383*	-.458** -.347*	-.074 .294	-.349* -.314	-.247 -.135	-.366* -.220	.304 .729**	.223 .435**	.098 .491**	-.041 .363*

* p < .05; ** p < .01 (2 colas). Valores y significación de las correlaciones entre las variables en el grupo de adictos (cifra superior de cada casilla) y en el de contraste (cifra inferior).

TABLA 8b. MATRIZ DE CORRELACIONES EN LA POBLACIÓN FEMENINA

	BP	AS	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps	E	A	T	EE
AS	.734** .690**																	
D1	-.764** -.642**	-.668** -.657**																
D2	-.680** -.684**	-.604* -.671**	.664** .616*															
D3	.392 .201	.550* .153	-.223 -.290	-.151 .189														
D4	-.590* -.258	-.761** -.599*	.858** .448	.742** .588*	-.131 .064													
D5	-.351 -.757**	-.305 -.579*	.481 .764**	.552* .800**	-.436 -.048	.433 .450												
D6	-.663** -.806**	-.697** -.683**	.740** .681**	.551* .794**	-.200 -.196	.716** .398	.456 .735**											
D7	-.615* -.798**	-.516 -.475	.758** .537*	.576* .654**	-.217 -.069	.638* .415	.487 .750**	.484 .706**										
Pa	-.279 -.541*	-.108 -.475	.261 .689**	.232 .461	.011 -.143	.233 .372	-.259 .666**	.025 .677**	-.104 .700**									
Pp	.442 .303	.519 .240	-.465 -.560*	-.594* -.456	-.008 .135	-.616* -.521*	-.265 -.652**	-.438 -.257	-.558* -.315	.248 -.314								
Sc	-.695** -.349	-.678** -.580*	.731** .634**	.605* .672**	.186 .112	.747** .561*	.289 .616*	.405 .624**	.623 .423*	.341 .644**	-.281 -.401							
As	-.400 -.370	-.223 -.408	.431 .539*	.260 .545*	-.346 -.182	.334 .409	.485 .399	.167 .668**	.406 .227	.015 .438	-.122 -.437	.458 .629**						
Ps	-.387 -.351	-.542* -.456	.488 .146	.576* .705**	-.248 .489	.594* .561*	.371 .428	.116 .416	.395 .491	.092 .318	-.510 -.106	.655* .440	.238 .180					
E	.192 .260	.162 .328	.082 -.139	-.130 -.239	.318 .164	.170 -.379	-.062 -.345	-.294 -.130	.193 -.485	.207 -.306	.098 .150	.383 -.043	.039 .156	.223 -.318				
A	.173 .245	.191 .377	.049 -.067	-.314 -.147	.352 .076	.060 -.059	.001 -.116	.194 -.300	-.110 .000	-.066 -.256	-.004 -.096	-.112 .042	.235 -.212	-.198 -.353	.236 .141			
T	.104 .171	.159 .096	-.125 -.189	-.160 .012	.330 .327	-.060 -.108	-.501 -.276	-.214 -.025	.054 -.075	.234 -.172	-.093 .369	-.053 .353	.188 .108	-.257 .047	.193 .404	.403 .473		
EE	.240 .429	.276 .410	-.304 -.178	-.158 -.251	.201 .237	-.191 -.421	-.494 -.190	-.403 -.454	-.098 -.539*	.348 -.288	.178 -.084	-.076 .001	-.320 -.118	-.188 -.385	.211 .326	-.417 .410	.181 .135	
AM	.676** .323	.889** .230	-.495 -.153	-.487 .049	.634* .534*	-.580* .114	-.130 -.074	-.557* -.276	-.386 -.048	-.287 -.239	-.392 -.024	-.486 .292	-.097 -.119	-.294 .031	.201 .164	.345 .790**	.059 .686**	.003 .367

* p < .05; ** p < .01 (2 colas). Valores y significación de las correlaciones entre las variables en el grupo de adictas (cifra superior de cada casilla) y en el de contraste (cifra inferior).

los valores suelen ser más altos en los adictos que en el grupo de contraste, con alguna excepción, donde aparece de nuevo la desviación psicopática (Pp).

Discusión

Los sujetos adictos difieren del grupo de sus pares no adictos en muchas de las variables consideradas. Las diferencias más claras, y en ambos sexos, aparecen en bienestar personal y adaptación social. Pero también son significativas en muchas otras variables, en dos tercios de las de carácter clínico, en ocho de ellas sobre doce, y esto también por igual en los dos sexos. Hay una excepción de signo opuesto: el grupo de contraste tiene una puntuación media más alta en desviación psicopática, una variable del CAQ, sin embargo, que ha mostrado igualmente relaciones singulares en otro estudio (*cf.* Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998). El contenido de la misma en el CAQ se describe como una cierta anestesia emocional, indiferencia al dolor, al peligro y a la crítica social. El Manual del CAQ informa de que esa variable presenta correlaciones negativas con numerosas variables clínicas externas al CAQ, tales como las del MMPI; y es en ella, aparte de otras, donde según sus datos difieren las mujeres de los varones heroínómanos. Todo ello, tomado en conjunto, permite sospechar que la correspondiente escala no está bien construida del todo.

En los cinco grandes factores (BFQ) las diferencias significativas no son en proporción tantas (menos de la mitad), pero también las hay, concretamente, en tres de ellos: en tesón y apertura mental, los grupos de contraste puntúan más alto; y también sucede así en el factor de estabilidad emocional, polarmente opuesto a neuroticismo, aunque la diferencia en este caso sólo sea significativa en los grupos de mujeres.

Tales resultados son conformes en amplia medida con los hallazgos de otros estudiosos: más baja socialización (Sigurdsson y Gudjonsson, 1996); nivel más alto en neuroticismo, paranoidismo y psicoticismo (Pons y Berjano, 1997). La conformidad se da en el siguiente sentido: los sujetos adictos tienden a puntuar más alto en dimensiones clínicas y más bajo en adaptación social.

Merece destacarse que también en algunos de los «cinco grandes», en tesón, apertura mental, y en mujeres también neuroticismo, aparecen diferencias significativas. Este hallazgo es interpretable en varias claves. Una podría ser que los factores supuestamente básicos no son tan distintos de otras dimensiones psicológicas, y que la distinción hecha en la introducción entre dimensiones estructurales, más estables, y otras que no lo son, más cambiantes, tiene escaso fundamento, o ella misma no es una distinción categórica sino en continuidad. Otra es la conjetura de que los propios componentes estructurales y más permanentes de la personalidad no son neutros en vulnerabilidad a trastornos de conducta; que entre ellos hay algunos con mayor probabilidad de estar asociados a trastornos, de modo que en la bipolaridad que define los «cinco grandes» existe un polo psicológicamente «saludable» y otro que no lo es.

Los perfiles de las diferencias entre adictos y no adictos son muy semejantes en varones y en mujeres. Coinciden prácticamente en todo, salvo en el ni-

vel de significación, algo que cabe atribuir además al pequeño tamaño de los grupos. La extraordinaria semejanza entre sexos contribuye a dar firmeza a los resultados, a la vez que hace patente que el sexo o género no juega un papel de relevancia en las comparaciones efectuadas.

El análisis discriminante, en cambio, sugiere un panorama algo diferente. Las variables mejor predictoras son todas ellas distintas en varones y en mujeres, aunque persiste alguna similitud de estructura. En ambos casos la variable con más poder de discriminación pertenece a un miembro de la pareja BP-AS: bienestar personal en las mujeres, adaptación social en los varones; mientras la que viene en segundo lugar forma parte del grupo del CAQ: depresión-agitación (D3) en las mujeres (para quienes hay todavía una tercera: tesón), desviación psicológica (Ps) en los varones. El sentido que BP y AS tienen en el modelo bidimensional en cuyo marco discurre el presente trabajo ha sido expuesto en la Introducción. En cuanto a las variables clínicas que entran en el segundo lugar del análisis discriminante, la de depresión D3, identificada como agitación, y destacada en las mujeres adictas, es caracterizada en el Manual del CAQ por la búsqueda inquieta de aventura y riesgo, y por el disgusto, en cambio, cuando no hay nada arriesgado que hacer; algo que los autores del Cuestionario llegan a interpretar como un cierto anhelo de muerte. La de desajuste psicológico (Ps), que ocupa la posición segunda en el análisis discriminante en varones, es presentada como una variedad de psicosis, en la que el sujeto piensa de sí mismo que no vale para nada.

Junto con el contraste de diferencias, el análisis discriminante pone de relieve cuáles son las variables de personalidad más frecuentes y características en los sujetos adictos frente a los del grupo de comparación. Desde el punto de vista estadístico, en el orden de una lógica de la inferencia, dicho análisis es predictor de la adicción. Ahora bien, desde el punto de vista de los procesos, en el orden de las realidades comportamentales, las variables así identificadas no tienen por qué ser antecedentes o previas, predictoras de futuro, sino más bien y por el contrario dependientes de una experiencia y aprendizaje anterior, en este caso de un aprendizaje e historia de adicción. Por esta circunstancia, la conclusión de que el grupo de adictos difiere del grupo de comparación es difícil de interpretar. Lo es incluso cuando resulta que algunas de las variables estadísticamente discriminantes o meramente características, como tesón y apertura mental en este estudio, pertenecen a una estructura básica de personalidad del género de la de los «cinco grandes». ¿Puede extraerse de ahí el constructo de personalidad «propensa a la adicción»? Así lo entienden algunos autores (Teichman, Barnea y Ravav, 1989) a partir de resultados semejantes a los aquí presentados. Llegan a hablar de «personalidad adictiva» como precedente a la adicción y no sólo consecuencia de ella.

No es conclusión obligada. Más prudente es concluir que algunas características de personalidad van asociadas a la adicción, sea como consecuencia suya, sea acaso (tampoco hay que excluirlo) como antecedentes. En rigor, únicamente estudios longitudinales intrasujeto permitirían establecer la precedencia temporal de un factor de personalidad respecto a la conducta adictiva. Es plausible, desde luego, la hipótesis doble de que un bajo nivel de bienestar personal y de adaptación social puede constituir tanto una consecuencia cuanto un antece-

dente de la adicción a la heroína. Seguramente se da aquí la circularidad típicamente detectable en la adicción y en otros trastornos (Fierro, 1988). Por lo que toca a factores básicos de personalidad, que se presumen estables, cambiantes sólo quizá en el largo plazo de la vida, muchos de ellos, ya en su definición desde los correspondientes modelos e instrumentos de evaluación, se hallan positiva o negativamente marcados respecto al referente y a la probabilidad de salud / trastorno comportamental. El caso prototípico, pero no único, es el neuroticismo frente a la estabilidad emocional. Pero a fin de cuentas la cuestión no es ya si muchos factores llevan esa marca; lo es la de si todos ellos la llevan. El propio sistema del BFOQ la asigna o reconoce cuando a los extremos opuestos a cada uno de sus cinco factores los caracteriza por un determinado trastorno psicopatológico (Caprara y otros, 1993). En el presente estudio, han resultado positivos para la salud psicológica el tesón y la apertura mental, mientras que la baja puntuación en ambos caracteriza al grupo de adictos y se asocia a escaso bienestar personal y mala adaptación social. Desde luego, hay que reconocer que no hay constancia de si tales factores son antecedentes o bien consecuentes respecto al trastorno, a la adicción en este caso. Ahora bien, en la medida en que haya evidencias sólidas acerca del carácter básico de uno u otro factor, se podrá inferir que precede a la adicción y no es mera secuela psicológica suya.

Los sujetos del presente estudio eran adictos incorporados ya a un programa de rehabilitación. Cabe atribuir las diferencias sea a una previa y presunta «personalidad adictiva» (término en todo caso poco afortunado y que convendría evitar), o bien al hábito de adicción y como consecuencia del abuso de la heroína. No puede excluirse, por otra parte, tomar en consideración la hipótesis de la llamada «patología dual», que presume que la adicción suele ir asociada a algún otro género de trastorno psicopatológico (Dickey y Azeni, 1996; Miller, 1993). Pero existe todavía una circunstancia fundamental para no olvidar. Los resultados corresponden a sujetos que acudieron a un centro de rehabilitación. Lo que en realidad dibujan los hallazgos es el perfil no tanto del adicto, cuanto del que tiene ya alguna voluntad de dejar de serlo. Por otro lado, será difícil tener acceso al perfil de personalidad del adicto sin esa voluntad: no es probable que se preste a ser explorado o que se deje observar por el investigador. Es una limitación más de la investigación con grupos «clínicos», como el del estudio: no se dispone de los sujetos que uno necesitaría, sino de los que de hecho hay disponibles y accesibles; no pocas veces, además, sólo cabe estudiar círculos concéntricos próximos al objeto de interés, y no éste en su propio núcleo.

El mero dato de que se produzcan correlaciones como las de las Tablas 8 pone en cuestión la ortogonalidad e independencia que a menudo se presume entre los factores o variables de un mismo cuestionario. En lo relativo a bienestar personal y adaptación social, postuladas como independientes en su medición respectiva mediante EBP y EAS, el resultado refuta desde luego esa presunta independencia.

Por otra parte, en las correlaciones de las Tablas 8 aparece, y de nuevo casi idéntico en mujeres y varones, un patrón claro de variables personales. El grupo de contraste muestra mayor grado de asociación recíproca, interpretable como coherencia, en los factores básicos, estructurales, los definidos por los

«cinco grandes», a los que en esa compenetración se añaden bienestar personal y adaptación social. El grupo de adictos manifiesta coherencia, en cambio, en dimensiones clínicas, de predisposición psicopatológica, las del CAQ. No es fácil de interpretar este dato. Sobre la suposición de que los «cinco grandes» están asentados en la estructura más permanente y básica de la persona, un posible aunque sólo conjetural significado psicológico es el de que resulta más coherente dicha estructura en los sujetos no adictos. Por el contrario, el patrón que en los adictos prevalece como más coherente y trabado es el de estilos psicopatológicos. Es, sin embargo, poco más que una conjetura plausible necesitada de ulterior investigación y de confirmación.

Con la salvedad del postulado de independencia entre sus dimensiones, postulado que es preciso abandonar, el modelo bidimensional BP-AS sale robustecido en todos los demás resultados y análisis practicados. Sus dos variables aparecen estrechamente asociadas en sentido negativo con la gran mayoría de las variables clínicas (con una excepción tal vez imputable a la construcción del CAQ), y por lo general con los valores más altos en las matrices de intercorrelaciones. Además de eso, adaptación social (AS) es la primera variable que entra en el análisis discriminante de grupo adicto / no adicto en los varones, y bienestar personal (BP) en las mujeres.

Dos líneas de futura investigación se abren a partir de estos resultados. Se corresponden con los dos intereses convergentes que han guiado el presente estudio. La primera, en prosecución del proyecto investigador de los autores, habría de apuntar a establecer el perfil diferenciador en BP-AS, CAQ y BFQ (u otros conjuntos dimensionales equivalentes) entre personas con y sin trastornos psicopatológicos, atendiendo sea a otras adicciones, sea a otros tipos de trastorno. La segunda, en el marco de programas como el del *Proyecto Hombre*, se ordenaría a establecer los cambios que se producen en sujetos adictos en el transcurso de un programa de rehabilitación, a su término y después del mismo. Se trataría de examinar en investigación ya transversal ya longitudinal las diferencias significativas que a lo largo del programa y en fase posterior de seguimiento aparecen en variables clínicas y quizá también en dimensiones básicas de personalidad.

REFERENCIAS

- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Bermúdez, J. (1993). Cuestionario «Big Five». Florencia: Organizzazioni speciali. Madrid: TEA, 1995.
- Cattell, R. B. (1965/1972). *The scientific analysis of personality*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. (Trad. cast. *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Fontanella, 1972.)
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (Eds) (1993). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington: American Psychological Association.
- Dickey, B. & Azeni, H. (1996). Persons with dual diagnosis of substance abuse and major mental illness. *American Journal of Public Health*, 86 (7), 973-977.
- Duijnsens, I. J. & Diekstra, R. F. W. (1996). DSM-III and ICD-10 personality disorders and their relationship with the Big-five dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*, 21 (1), 119-133.
- Emmons, R. A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11 (1), 89-97.
- Eysenck, H. J. (1958). The continuity of abnormal and normal behavior. *Psychological Bulletin*, 55, 429-431.

- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Illinois: Charles, C., Thomas, Publisher. (Trad. cast. *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella, 1970.)
- Fierro, A. (1982). Consistencia y estabilidad en la conducta de la persona. Una revisión. *Anuario de Psicología*, 27 (2), 71-86.
- Fierro, A. (1984). Dimensiones de la personalidad sana. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 6, 373-391.
- Fierro, A. (1988). El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica. En A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (1), 65-82.
- Fierro, A. J., Jiménez, J. A. y Berrocal, C. (1998, mayo). *Bienestar personal y adaptación social en la estructura de la personalidad*. Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena, Málaga.
- Fierro, A., Jiménez, J.M. y Ramírez, C. (1998). Los «cinco grandes» y la personalidad sana. En M. P. Sánchez-López y M. A. Quiroga, *Perspectivas actuales en la investigación psicológica de las diferencias individuales*. Madrid: Ramón Areces.
- Krug, S. E. & Seisdedos, N. (1980). *Clinical Analysis Questionnaire Manual*. Champaign, Ill: IPAT / TEA. (Trad. cast. *Cuestionario de análisis clínico*. Madrid: TEA, 1989.)
- Marshall, G. N., Wortman, C.B., Vickers, R.R., Kusulas, J.W. & Hervig, L.K. (1994). The Five-factor Model of Personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 278-286.
- McCrae, R. R. (1994). Psychopathology from the perspective of the five-factor model. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.
- McCrae, R. R. & Costa, P.T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- Miller, N.S. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 12 (3), 1-3.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley. (Trad. cast. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998.)
- Pons, J. y Berjano, E. (1997). Personalidad y tendencias patológicas en mujeres toxicómanas. *Psiquis*, 18 (8), 15-20.
- Rivas, T. F., Fierro, A., Jiménez, J.A. y Berrocal, C. (1998, mayo). *Estudio de la estructura unidimensional de las Escalas de bienestar personal y adaptación social*. Congreso de Evaluación, Benalmádena, Málaga.
- Shedler, J. M., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The «illusion» of mental health. *American Psychologist*, 48 (11), 1117-1131.
- Sigurdsson, J. F. & Gudjonsson, G.H. (1996). Psychological characteristics of juvenile alcohol and drug users. *Journal of Adolescence*, 19 (1), 41-46.
- Spielberger, C. D. (1975). Anxiety: state-trait-process. En C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety*. Washington: Hemisphere / Wiley.
- Teichman, M., Barnea Z. & Ravav, G. (1989). Personality and substance use among adolescents. *British Journal of Addiction*, 84 (2), 181-190.

TABLA 8A. MATRIZ DE CORRELACIONES EN LA POBLACIÓN MASCULINA

	BP	AS	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps	E	A	T	EE
AS	.797** .505**																	
D1	-.657** .465**	-.649** -.387																
D2	-.507** -.186	-.573** -.243	.521** .651**															
D3	.073 .196	.004 .378*	-.272 -.152	.169 -.226														
D4	-.566** -.127	-.507** -.026	.658** .328*	.449** .099	-.053 .097													
D5	-.581** -.592**	-.447** -.246	.623** .595**	.427* .399*	-.052 .011	.440** .478**												
D6	-.526** -.430**	-.344 -.325*	.402* .620**	.443** .427**	.145 -.079	.213 .417*	.324 .519**											
D7	-.688** -.164	-.592** -.265	.732** .281	.659** .629**	-.235 -.354*	.628** .213	.677** .198	.369* .298										
Pa	-.563** -.404*	-.512** -.059	.441* .316	.523** .361*	.315 -.391*	.575** .236	.371* .436**	.633** .391*	.491** .390*									
Pp	.012 .129	.133 .319	-.261 -.452**	-.124 -.481**	.163 .467**	-.060 -.071	-.033 -.317	-.134 -.465**	-.055 -.332*	-.048 -.260								
Sc	-.621** -.425**	-.616** -.117	.603** .501**	.487** .457**	-.003 -.104	.697** .287	.378* .570**	.420* .542**	.504** .328*	.676** .428**	-.145 -.319							
As	-.092 -.287	.022 .120	.127 .034	.040 .004	.201 .239	.284 .411*	.178 .401*	.244 .341*	.009 .086	.383* .307	.108 .049	.283 .349*						
Ps	-.617** -.518**	-.532** -.340*	.689** -.551**	.510** .366*	.040 -.006	.725** .252	.617** .620**	.442** .435**	.644** .195	.677** .246	-.121 -.206	.711** .626**	.314 .189					
E	.486** .402*	.402 .362*	-.467** -.314	-.184 -.277	.171 .561**	-.341 -.038	-.437* -.309	-.146 -.317	-.488** -.376*	-.262 -.376*	-.075 .442**	-.334 -.304	-.227 -.200	-.372* -.371*				
A	.310 .230	.329 .152	-.405* -.141	-.176 -.304	-.174 .490**	-.232 .096	-.543** -.128	-.180 -.002	-.340 -.228	-.271 -.471**	-.012 .228	-.344 -.030	-.329 .021	-.548** .627**	.289 .627**			
T	.314 .408*	.365* .349*	-.413* -.332*	-.108 -.268	.244 .291	-.363* -.157	-.374* -.272	.088 -.099	-.309 -.260	.029 -.322	.258 .173	-.004 -.152	.072 .108	-.334 -.320	.351* .419**	.267 .613**		
EE	.432* .487**	.298 .295	-.396* -.485**	-.279 -.356*	.191 .491**	-.394* -.197	-.450** -.530**	-.163 -.412*	-.540** -.223	-.127 -.559**	-.071 .388*	-.193 -.479**	-.187 -.233	-.339 -.448**	.376* .527**	.150 .449**	.276 .371*	
AM	.370* .405*	.276 .447**	-.187 -.111	-.041 -.063	-.021 .552*	-.388* -.066	-.244 -.207	-.279 -.174	-.273 -.383*	-.458** -.347*	-.074 .294	-.349* -.314	-.247 -.135	-.366* -.220	.304 .729**	.223 .435**	.098 .491**	-.041 .363*

* p < .05; ** p < .01 (2 colas). Valores y significación de las correlaciones entre las variables en el grupo de adictos (cifra superior de cada casilla) y en el de contraste (cifra inferior).