

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES DEPENDIENTES DEL CANNABIS EN TRATAMIENTO: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Enrique Echeburúa¹, Ricardo Bravo de Medina² y Javier Aizpiri²

¹Universidad del País Vasco; ²Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao (España)

Resumen

En este artículo se determina la tasa de comorbilidad de trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento. La muestra consta de 141 pacientes diagnosticados de dependencia del cannabis en el grupo experimental, de 140 pacientes no-adictos en el grupo clínico de control y de 140 sujetos, con las mismas características demográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico), en el grupo normativo de control. Los instrumentos de evaluación para los trastornos de la personalidad son el MCMI-II y el IPDE y la entrevista con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Sólo se considera trastorno de personalidad cuando un sujeto puntúa positivo en ambas pruebas y el trastorno es coincidente. Los resultados muestran que el 32,8% de los pacientes del grupo experimental presentan trastornos de la personalidad, frente al 23,7% del grupo clínico de control y el 10% del grupo normativo de control. Los trastornos de mayor prevalencia para el grupo experimental son el trastorno narcisista (11,3%), seguido del antisocial (9,9%) y el esquizotípico (9,9%). Se comentan las líneas futuras de investigación para este tema.

PALABRAS CLAVE: *trastornos de la personalidad, dependencia del cannabis, comorbilidad.*

Abstract

In this paper the most frequent personality disorders related to young adult cannabis-dependent treatment seekers are described. A sample of 141 cannabis-dependent patients was compared to 140 clinical patients with non-addictive disorders and to 140 normative subjects from the general population with the same demographic features (age, sex and socioeconomic level) to find out the prevalence of personality disorders. All subjects were assessed with the IPDE and the MCMI-II (for personality disorders) and with an interview for DSM-IV-R.

According to the results, 32.8% of the clinical sample of cannabis-dependent patients and 23.7% of the general clinical sample (versus 10% of the normative sample) showed at least one personality disorder. The most prevalent ones were the narcissistic personality disorder (11.3%), followed by the antisocial and schizotypal personality disorder (9.9% each). Finally, implications of this study for clinical practice and future research in this field are discussed.

KEY WORDS: *personality disorders, cannabis dependence, comorbidity.*

Introducción

El consumo abusivo de cannabis, vinculado frecuentemente a la ingesta de bebidas alcohólicas, constituye un problema de salud pública (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) y puede ser causa de múltiples alteraciones físicas y psicológicas. Al margen de los síntomas psicopatológicos frecuentes en la intoxicación por cannabis (ideas delirantes paranoides, ataques de pánico, cuadros confusionales, etcétera), el consumo crónico en adultos jóvenes puede generar una disminución del aprendizaje y alteraciones de la memoria a corto plazo, un deterioro en la actividad académica/laboral, pérdida de motivación por el estudio/trabajo, cambios bruscos de humor y síntomas ansioso-depresivos, así como una alteración del sistema inmunológico (Chabrol, Ducongé, Casas, Roura y Carey, 2005). Asimismo el consumo temprano del cannabis (antes de los 18 años) y a dosis altas o frecuentes puede favorecer la aparición de la esquizofrenia en jóvenes y adultos jóvenes con una predisposición genética a este trastorno (Barkus y Lewis, 2008; Núñez y Gurpegui, 2002; Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg y Lewis, 2002).

Al margen de la que la búsqueda de ayuda terapéutica sea más tardía, este problema comienza a incubarse frecuentemente en una población adolescente (14-18 años), es decir, en una edad escolar y cuando los sujetos están en pleno desarrollo madurativo y emocional. La generalización del cannabis está asociada a la fácil disponibilidad de la droga, a la baja percepción de riesgo y a la tolerancia social a su consumo (Agosti, Nunes y Levin, 2002; Arendt y Munk-Jorgensen, 2004).

Si bien se ha estudiado en otras adicciones, como la dependencia del alcohol (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007) o de la cocaína (Landa, Lorea, López Goñi y Fernández-Montalvo, 2003; López Durán y Becoña, 2006), son pocos los estudios que han relacionado la vulnerabilidad psicológica de los jóvenes y adultos jóvenes (en concreto, los trastornos de la personalidad) con el consumo regular de cannabis. En algunos estudios se ha mostrado una asociación entre los rasgos esquizotípicos y el consumo habitual de cannabis (Bailey y Swallow, 2004; Dumas *et al.*, 2002) o entre el trastorno antisocial, paranoide y límite de la personalidad y la dependencia del cannabis (Agosti *et al.*, 2002; Arendt y Munk-Jorgensen, 2004; Mariani *et al.*, 2008). No se sabe si estas variables de personalidad facilitan meramente el consumo o si constituyen un factor de riesgo específico para el consumo abusivo.

El estudio de la comorbilidad de los trastornos de la personalidad con la dependencia del cannabis en jóvenes y adultos jóvenes tiene una significación

clínica relevante. La comorbilidad está asociada a una mayor probabilidad de problemas psicosociales e interpersonales, así como a una menor adherencia al tratamiento y a una mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia, tal como se ha puesto de relieve en pacientes con dependencia al alcohol, en donde la tasa de comorbilidad oscila entre el 40% y el 44% de los casos (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007, 2008, 2009; Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008).

Ante la inconsistencia de los resultados obtenidos hasta la fecha, en cuanto al número y al tipo de trastornos y la relevancia clínica de la patología dual, el objetivo de esta investigación es estudiar las variables sociodemográficas y detectar los trastornos de la personalidad más relevantes en una muestra adulta joven dependiente del cannabis, buscadora de ayuda terapéutica, comparada con un grupo de control clínico y con un grupo de control sano. Se van a utilizar para aumentar la fiabilidad diagnóstica un instrumento de autoinforme y una entrevista estructurada. Se trata, en última instancia, de arrojar más luz sobre los trastornos de la personalidad presentes en los pacientes dependientes del cannabis, a efectos de poder diseñar en el futuro estrategias preventivas selectivas y procedimientos terapéuticos eficaces en función de estas variables.

Método

Participantes

La muestra de esta investigación está compuesta por 421 sujetos, distribuidos en tres grupos:

1. Grupo experimental ($n= 141$). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener más de 18 años y buscar ayuda terapéutica por problemas relacionados con trastornos derivados del consumo abusivo de cannabis; b) cumplir los criterios de dependencia del cannabis según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*); y c) recibir el diagnóstico de dependencia del cannabis como diagnóstico primario, al margen de que pueda existir más o menos esporádicamente un policonsumo (cannabis, tabaco y alcohol; éxtasis y cannabis). A efectos de homogeneizar la muestra, se consideró como criterio de exclusión ser diagnosticado de trastorno dual con dos o más diagnósticos clínicos del eje I.
2. Grupo de control clínico ($n= 140$). Se trata de pacientes que buscan ayuda terapéutica como diagnóstico primario por un trastorno mental del eje I y que cuentan con un diagnóstico distinto del de dependencia de cannabis, alcohol u otras drogas. La muestra de este grupo está constituida por pacientes que acuden al mismo servicio clínico. Los diagnósticos más frecuentes están relacionados con los trastornos de ansiedad y con los trastornos del estado de ánimo.

3. Grupo de control sano ($n= 140$). Se trata de personas sanas, sin patología mental, apareadas en edad y sexo con los grupos anteriores. La muestra de esta población se ha seleccionado entre la población que no recibe ni ha recibido tratamiento psiquiátrico ni psicológico. En concreto, los sujetos fueron reclutados entre el personal administrativo de la universidad y entre los trabajadores de dos empresas de transporte y de tres empresas del sector servicios que se avinieron voluntariamente a participar en este estudio después de haber sido informados de sus objetivos.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Clínica de Medicina Psico-orgánica (Bilbao) entre 2006 y 2009 y dieron el consentimiento informado para formar parte de este estudio.

Instrumentos

1. *Entrevista general*. Al principio se realizó una entrevista individual semiestructurada para realizar el diagnóstico clínico. En esta entrevista se recogían los datos más significativos: motivo de consulta, trastorno actual, antecedentes, familia, historia personal, nivel académico y actividad laboral, relaciones sociales, hábitos de vida, consumo de otras drogas, etcétera.
2. *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II; Millon, 1987; versión española de Ávila-Espada, 1998)* es un cuestionario clínico que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica y tiene como objetivo poder identificar trastornos de la personalidad. Proporciona información sobre 10 escalas básicas de personalidad (1 Esquizoide, 2 Evitativa, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 5 Narcisista, 6A Antisocial, 6B Agresivo-Sádica, 7 Compulsiva, 8A Pasivo-Agresiva y 8B Autodestructiva) y sobre tres escalas de personalidad patológica (S Esquizotípica, C Límite, P Paranoide). El punto de corte, siguiendo los criterios más conservadores de Weltzler (1990), se ha establecido en las puntuaciones cuya tasa base sea mayor que 84 ($TB > 84$). La validación española del *MCMI-II* para las diferentes escalas obtiene unos índices de consistencia interna (α de Cronbach) altos, que oscilan entre 0,70 y 0,90, excepto para las escalas Esquizoide (0,68), Dependiente (0,68) y Compulsiva (0,63).
3. *Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE; Loranger, 1995) versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio (1996)*. Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los 11 trastornos de la personalidad que figuran en el DSM-IV. El IPDE consta de un cuestionario de cribado (*screening*) de 59 ítems, que sirve para identificar los posibles trastornos de la personalidad, y de una entrevista propiamente diagnóstica de 99 preguntas, que abarcan 6 áreas temáticas: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. La entrevista estructurada del IPDE se lleva a cabo sólo en relación con los trastornos en que habían aparecido resultados positivos

en la prueba de cribado. Se considera la existencia de un trastorno de la personalidad sólo cuando figura como tal en la entrevista estructurada. Con el objetivo de establecer diagnósticos fiables, la conducta problemática debe estar presente durante al menos 5 años y debe haber comenzado antes de los 25 años. La fiabilidad entre observadores del IPDE generalmente es buena (el coeficiente *kappa* medio es de 0,73), así como la fiabilidad test-retest (0,87).

Procedimiento

El diagnóstico de dependencia del cannabis ha sido llevado a cabo, con arreglo a los criterios específicos del DSM-IV-TR, por un psiquiatra y por un psicólogo clínico conjuntamente, ambos con una amplia experiencia clínica. El grado de concordancia entre ambos profesionales respecto al diagnóstico fue del 100%. En el caso de los trastornos de la personalidad, la fiabilidad interobservadores fue más bien alta (coeficiente *kappa*= 0,81).

Una vez seleccionados todos los sujetos de la muestra, se les administró la batería de pruebas en dos sesiones (en la primera, la entrevista, el MCMI y la prueba de cribado del IPDE; en la segunda, la entrevista estructurada del IPDE). La administración de las pruebas se llevó a cabo cuando todos los sujetos estaban abstinentes respecto a cualquier droga. Para constatar la abstinencia y contrastarla con el autoinforme se realizó la prueba "Arifarm-Test" de detección de drogas en orina, que presenta una buena fiabilidad.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se han utilizado pruebas paramétricas (*chi-cuadrado* y análisis de la varianza). Como análisis *post-hoc* se ha recurrido a la prueba de Bonferroni. Estos resultados se han obtenido por medio del SPSS 13.0 para Windows.

Resultados

Variables sociodemográficas

Las principales características sociodemográficas de la muestra están señaladas en la tabla 1. La muestra total está constituida fundamentalmente por una mayoría de hombres jóvenes (por debajo de los 30 años) y de clase media. Como se puede observar, la única diferencia significativa entre los grupos es en el nivel educativo ($\chi^2= 13,596$; $p < 0,001$), con una menor frecuencia de estudios universitarios en el grupo de pacientes dependientes del cannabis.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra según los grupos

Variables	Grupo de dependientes del cannabis	Grupo de control clínico	Grupo de control sano	F
	N= 141 M (DT)	N= 140 M (DT)	N= 140 M (DT)	
Edad media	29,21 (8,399)	28,24 (5,562)	27,60 (4,569)	2,268
Variables	Grupo de dependientes del cannabis	Grupo de control clínico	Grupo de control normativo	X ² (gl)
	N= 141 N (%)	N= 140 N (%)	N= 140 N (%)	
Sexo				
Hombre	101 (71,6%)	83 (59,3%)	93 (66,4%)	4,783 (2)
Mujer	40 (28,4%)	57 (40,7%)	47 (33,6%)	
Estado civil				
Soltero	116 (82,3%)	114 (81,4%)	116 (82,9%)	
Casado/conviendo	24 (17%)	23 (16,4%)	24 (17,1%)	0,313 (2)
Separado/divorciado	1 (0,7%)	3 (2,1%)	0 (0%)	
Nivel cultural				
Estudios primarios	46 (32,6%)	38 (27,1%)	39 (27,9%)	
Estudios secundarios	79 (56,0%)	64 (45,7%)	46 (32,9%)	13,596*** (2)
Universidad	16 (11,3%)	38 (27,1%)	55 (39,3%)	
Nivel socioeconómico				
Medio-bajo	16 (11,3%)	16 (27,1%)	15 (10,7%)	
Medio	90 (63,8%)	91 (65%)	102 (72,9%)	1,702 (2)
Medio-alto	35 (24,8%)	33 (23,6%)	23 (16,4%)	

*** $p < 0,001$.

Trastornos de la personalidad

En la tabla 2 se muestra la frecuencia de los trastornos de la personalidad en los tres grupos según han sido diagnosticados por el MCMI, el IPDE y la combinación de ambos. Cuando se considera la existencia de un trastorno de la personalidad sólo cuando da positivo con los dos instrumentos, la tasa de frecuencia es

más alta en los dos grupos clínicos (32,8% y 23,7%) que en el grupo de control sano (10%), siendo significativamente más alta en el grupo de dependientes del cannabis ($\chi^2= 21,252$; $p < 0,001$).

Tabla 2

Frecuencia de los trastornos de la personalidad en el grupo de dependientes del cannabis comparada con los grupos de control según el IPDE, MCMI-II e IPDE+MCMI-II

	IPDE + MCMI-II ¹ N (%)	IPDE N (%)	MCMI-II N (%)
Grupo de dependientes del cannabis N= 141	45 (32,8%)	65 (47,4%)	113 (81,3%)
Grupo de control clínico N= 140	33 (23,7%)	46 (33,1%)	123 (88,5%)
Grupo de control sano N= 140	14 (10%)	13 (9,3%)	91 (65%)
χ^2 (gl)	21,252*** (2)	49,149*** (2)	23,689*** (2)

*** $p < 0,001$

¹ Para ser incluidos en este grupo, los pacientes deben de estar diagnosticados del mismo trastorno de personalidad por ambos instrumentos.

MCMI: Inventario clínico multiaxial de Millon.

IPDE: Inventario internacional de trastornos de la personalidad.

Respecto al tipo de trastornos, en el grupo de sujetos dependientes del cannabis los trastornos más específicos son: el narcisista (11,3%), el antisocial (9,9%) y el esquizotípico (9,9%). A su vez, en el grupo clínico de control predominan los trastornos obsesivo-compulsivo (12,1%), dependiente (5,7%) y evitativo (5,7%). Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas (tabla 3).

En cuanto a la agrupación por grupos del DSM-IV, los sujetos dependientes del cannabis se agrupan en el grupo B (26,2%), que integra a los trastornos dramáticos/erráticos/emocionales, y los sujetos del grupo de control clínico se agrupan en el grupo C (16,4%), que integra a los trastornos caracterizados por conductas de ansiedad y evitación (tabla 4).

Tabla 3

Tipos de trastornos de personalidad en el grupo de dependientes de cannabis comparados con los grupos de control según el IPDE + MCMI-II

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD IPDE + MCMI-II ¹	Grupo de dependientes del cannabis N= 141		Grupo de control clínico N= 140		Grupo de control sano N= 140		χ^2 (gl)
	N	%	N	%	N	%	
Paranoide	12	8,5	10	7,1	2	1,4	7,348* (2)
Esquizoide	2	1,4	3	2,1	0	0	2,828 (2)
Esquizotípico	14	9,9	1	0,7	0	0	25,050*** (2)
Antisocial	14	9,9	3	2,1	0	0	19,770*** (2)
Límite	6	4,3	3	2,1	0	0	6,066* (2)
Histriónico	2	1,4	1	0,7	3	2,1	1,015 (2)
Narcisista	16	11,3	7	5	2	1,4	12,674** (2)
Evitativo	2	1,4	8	5,7	0	0	10,669** (2)
Dependiente	1	0,7	8	5,7	0	0	12,963** (2)
Obsesivo	0	0	17	12,1	3	2,1	25,982*** (2)
No específico	8	5,7	3	2,1	0	0	9,048* (2)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon

IPDE: Inventario internacional de trastornos de la personalidad

¹ Algunos sujetos presentan más de un trastorno de personalidad, por lo que el número total de trastornos puede no corresponder con el número total de sujetos.

Tabla 4

Clusters de trastornos de la personalidad en el grupo de dependientes de cannabis comparados con los grupos de control según el IPDE + MCMI-II

GRUPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ²	Grupo de dependientes del cannabis N= 141		Grupo de control clínico N= 140		Grupo de control sano N= 140		χ^2 (gl)
	N	%	N	%	N	%	
Grupo A ¹	22	15,6	11	7,9	2	1,4	18,529*** (2)
Grupo B ²	37	26,9	11	7,9	5	3,6	36,987*** (2)
Grupo C ³	3	2,1	23	23,5	3	2,1	29,694*** (2)

*** $p < 0,001$

MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon

IPDE: Inventario internacional de trastornos de la personalidad

¹ Grupo A: Excéntricos y extraños

² Grupo B: Dramáticos/erráticos/emocionales

³ Grupo C: Ansiosos y temerosos

2 No hay una correspondencia exacta entre los porcentajes de las tabla 3 y 4 ni entre la de éstos y el texto porque hay sujetos que presentan más de un trastorno de personalidad que pertenece al mismo grupo o porque están diagnosticados de un trastorno de la personalidad no específico.

Discusión

La contribución de este estudio al conocimiento de la comorbilidad de los trastornos de la personalidad en los pacientes dependientes del cannabis deriva de dos aspectos metodológicos, inhabituales en los estudios publicados hasta la fecha: a) la utilización de dos grupos de control (uno clínico y otro normativo), con el objetivo de determinar si el número y el tipo de los trastornos de la personalidad detectados son específicos de este tipo de pacientes respecto a la población normal y respecto a los pacientes que buscan ayuda terapéutica por otro trastorno del eje I; y b) la exigencia de una respuesta positiva y coincidente en dos instrumentos de evaluación (el cuestionario MCMI-II y la entrevista IPDE) para hacer el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

La conclusión más relevante es que el 32,8% de los pacientes dependientes del cannabis presentan trastornos de la personalidad, frente al 23,7% del grupo clínico de control y al 10% del grupo de control normativo. Existe, por tanto, una alta comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y la dependencia del cannabis, tal como figura también en otros estudios (Agosti *et al.*, 2002; Arendt y Munk-Jorgensen, 2004; Bailey y Swallow, 2004; Dumas *et al.*, 2002; Mariani *et al.*, 2008). Y esta alta tasa de comorbilidad es específica de la dependencia del cannabis, más allá, por tanto, del hecho de ser un paciente psiquiátrico que busca ayuda terapéutica. Es relevante que haya un 9,9% del grupo normativo que también pueda ser diagnosticado con un trastorno de personalidad y que, sin embargo, no esté ni haya estado en tratamiento. Ello quiere decir que algunos trastornos de la personalidad son egosintónicos y que no interfieren de forma significativa en la vida cotidiana de los sujetos afectados.

Los trastornos de la personalidad más específicos de los sujetos dependientes del cannabis son los pertenecientes al grupo B, concretamente el trastorno narcisista (11,3%) y el antisocial (10%), así como el esquizotípico (9,9%), este último perteneciente al grupo A. Estos resultados son coincidentes con los estudios de Bailey y Swallow (2004), Dumas *et al.* (2002) y Goulding, McClure-Tone y Compton (2009) por lo que se refiere a los rasgos esquizotípicos y con los de Mariani *et al.* (2009) por lo que se refiere al trastorno antisocial. A diferencia, sin embargo, de otras investigaciones (Arendt y Munk-Jorgensen, 2004; Chabrol *et al.*, 2005)), en nuestro estudio adquiere un gran valor el trastorno narcisista y no tanto el paranoide o el límite. Estas discrepancias parciales con los estudios anteriores derivan, probablemente, de la utilización en esta investigación de instrumentos de mayor finura diagnóstica (IPDE), al tiempo que se combinan con pruebas de autoinforme (MCMI-II).

La diferencia fundamental de los sujetos con los otros pacientes del grupo de control clínico es que presentan más de trastornos de la personalidad y que son distintos. En el grupo de control clínico predominan los trastornos del grupo C, concretamente el trastorno obsesivo-compulsivo (12,1%), el dependiente (5,7%) y el evitativo (5,7%), así como el paranoide (7,1%), este último perteneciente al grupo A.

Este estudio, aun teniendo un carácter exploratorio, aporta un enfoque novedoso que requiere continuidad en investigaciones futuras, especialmente por lo que se refiere al diseño de estrategias preventivas específicas orientadas a la población adolescente de mayor vulnerabilidad psicológica y a la implementación de programas de intervención orientados específicamente a los déficits de personalidad característicos de los sujetos dependientes del cannabis, especialmente en el ámbito del nivel educativo y de una socialización más adecuada. Sin embargo, algunas limitaciones de este estudio son que no se ha estudiado específicamente el policonsumo (sólo la dependencia del cannabis), que no se ha hecho un análisis diferenciado por sexos a causa de la desproporción existente y que el tamaño de la muestra, aun siendo considerable, no es lo suficientemente amplio como para obtener conclusiones epidemiológicas consistentes. Asimismo en este trabajo se ha recurrido a una muestra de pacientes dependientes del cannabis en tratamiento, lo que limita el alcance de las conclusiones. Otros estudios futuros deberían abordar estas limitaciones.

Referencias

- Agosti, V., Nunes, E. y Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *American Journal of Drug And Alcohol Abuse*, 28, 643-652.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC.: autor.
- Arendt, M. y Munk-Jorgensen, P. (2004). Heavy cannabis users seeking treatment-prevalence of psychiatric disorders. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 39, 97-105.
- Ávila-Espada, A. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual de publicaciones de psicología aplicada*. Madrid: TEA.
- Bailey, E. L. y Swallow, B. L. (2004). The relationship between cannabis use and schizotypal symptoms. *European Psychiatry*, 19, 113-114.
- Barkus, E. y Lewis, S. (2008). Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychological Medicine*, 38, 1267-1276.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C. y Carey, K. B. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behaviors*, 30, 829-840.
- Dumas, P., Salud, M., Bouafia, S., Gutknecht, C., Ecochard, R., Daléry, J., Rochet, T. y d'Amato, T. (2002). Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy students. *Psychiatry Research*, 109, 27-35.
- Echeburúa, J., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 323-326.
- Echeburúa, J., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 618-622.
- Echeburúa, J., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de la personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20, 525-530.

- Echeburúa, J., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2009). Personality disorders among alcohol-dependent patients manifesting or not manifesting cocaine abuse: a comparative pilot study. *Substance Use & Misuse*, 44, 981-989.
- Goulding, S. M., McClure-Tone, E. B. y Compton, M. T. (2009). Schizotypy and nicotine, alcohol, and cannabis use in a non-psychiatric sample. *Addictive Behaviors*, 34, 374-379.
- Landa, N., Lorea, I., López Goñi, J. J. y Fernández-Montalvo, J. (2003). Trastornos de la personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-88.
- López Durán, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de la personalidad en personas con dependencia a la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- López-Ibor, J., Pérez Urdaniz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad; módulo DSM-IV. Versión Española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A. W. (1995). *Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: World Health Organization.
- Mariani, J. J., Horey, J., Bisaga, A., Aharonovich, E., Raby, W., Cheng, W. Y., Nunes, E. y Levin, F. R. (2008). Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 405-414.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multi-axial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Encuesta domiciliaria sobre el consumo de alcohol y drogas (EDADES) 2007-2008*. Recuperado el 20 de marzo de 2009, desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- Núñez, L. A. y Gurpegui, M. (2002). Cannabis-induced psychosis: a cross-sectional comparison with acute schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 173-178.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. y 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, 1183-1184.

RECIBIDO: 30 de julio de 2009

ACEPTADO: 11 de noviembre de 2009

