

Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras

Consumption of psychoactive substances and personality disorders: comparative study among consumers and non-consumers

Artículo resultado de investigación

Enviado: 4 de octubre de 2016 / Aceptado: 18 de abril de 2017 / Publicado: 29 de junio de 2017

Carolina Luna Guerrero*, Jaime Castro-Martínez**,
Luisa Castellanos Duque***, Margarita Trujillo Prieto****

Forma de citar este artículo en APA:

Luna Guerrero, C., Castro-Martínez, J., Castellanos Duque, L. y Trujillo Prieto, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 236-254. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2443>

* Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente tiempo completo del Programa de Psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: carolina.lunag@konradlorenz.edu.co Orcid: 0000-0003-3522-4306

** Magíster en Educación de la Universidad de los Andes. Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Docente tiempo completo del Programa de Psicología de la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Bogotá, Colombia. Grupo de investigación Psicología, Educación y Cultura. Correo electrónico: jcastron@poligran.edu.co. Orcid: 0000-0002-1410-7947

*** Psicóloga, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: luisicastedu@hotmail.com

**** Psicóloga, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: chica_margarita1994@hotmail.com

Resumen

El estudio de la personalidad en sujetos adictos es clave para comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente. Las investigaciones que se han realizado en Colombia sobre este tema han estado centradas en la correspondencia entre el consumo y la personalidad normal; sin embargo, en el ámbito internacional, se insiste en la importancia de ampliar el marco comprensivo hacia las relaciones entre el consumo y los trastornos de la personalidad. El objetivo de este estudio fue identificar diferencias en el perfil de trastornos de personalidad de sujetos pertenecientes a una comunidad terapéutica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Bogotá-Colombia y población de comparación. Para este estudio participaron 30 personas con edades comprendidas entre los 17 y los 28 años. Se utilizó, para evaluar el nivel de consumo de sustancias, la Escala CRAFFT (CARLOS) y, para evaluar los trastornos de la personalidad, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Los resultados muestran relaciones importantes entre el consumo y diversos rasgos de la personalidad; resaltan las relaciones encontradas en las escalas de desviación psicopática y esquizofrenia, lo que haría pensar en el nexo entre el consumo y las conductas de oposición a la norma. A diferencia de otros estudios, en este se encuentran bajos puntajes en la escala de depresión en consumidores, lo que podría señalar una característica propia de la población en tratamiento. Frente a la variable género y consumo en estas comunidades, la evidencia sigue siendo mixta.

Palabras clave:

Consumo de sustancias psicoactivas; Comunidad terapéutica; MMPI-2; Personalidad; Trastornos de la personalidad.

Abstract

The study of personality in addicted subjects is key to understand the relationship mediating the subject, the drug and the environment. The research studies that have been performed in Colombia about this topic have been focused on the correspondence of consumption and regular personalities; however, in the international field, the importance of broadening the comprehensive framework of the relationships between consumption and personality disorders has been highlighted. The purpose of this study is to identify the differences in the profile of personality disorders of subjects belonging to a therapeutic community for the treatment of the consumption of psychoactive drugs in Bogotá-Colombia and a control group. In this study, 30 people varying in ages from 17 to 28 years old participated. To evaluate the level of substance consumption, the CRAFFT (CARLOS) scale was used and to evaluate the personality disorders, the multiphasic personality inventory of Minnesota was implemented (MMPI-2). The results show important connections between consumption and different personality traits, specially the connections between the scales of psychopathic deviation and schizophrenia, which leads to think about a link between consumption and The conducts of rule opposition. Different from other studies, this study shows low scores in the depression scale among consumers, which may point out at a characteristic specific to the population under treatment. Regarding the gender variable and the consumption in these communities, the evidence remains mixed.

Keywords:

Psycho active substance consumption; Therapeutic community; MMPI-2; Personality; Personality disorders.

Introducción

Son muchas las investigaciones que afirman que el consumo de sustancia psicoactivas (SPA) es uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), en el 2008, de 155 a 250 millones de personas (3.5% a 5.7% de la población mundial) entre los 15 y los 64 años habrían usado algún tipo de sustancia psicoactiva, como cannabis, anfetamina, cocaína, opioide o medicamentos no prescritos. Actualmente, se estima que por lo menos 15.3 millones de personas en el mundo sufren de algún trastorno por uso de sustancias, y 3.3 millones de muertes al año llegan a ser ocasionadas por el consumo perjudicial de alcohol (OMS, 2016).

Como señalan Pedrero y Rojo (2009), el estudio de la personalidad en sujetos adictos es una de las claves principales para comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente. Aunque el análisis de esta relación no es nueva (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004; Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007; Díaz-Negrete y García-Aurrecoechea, 2008; García-Montes, Zaldívar-Basurto, López-Ríos y Molina-Moreno, 2009; Pedrero, 2009; Vinet, Faúndez y Larraguibel, 2009), se insiste en la necesidad de mayores investigaciones que aborden esta relación desde los trastornos de la personalidad (Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009; Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo, 2002).

Buena parte de los estudios tradicionales que han comparado perfiles de personalidad de consumidores con no consumidores, han estado centrados en el uso de pruebas de personalidad normal, como Big Five Questionnaire, Neo-Personality Inventory-Revised, o 16 Personality Factors Catell (Gantiva, Rodríguez, González y Vera, 2011; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu y Costa, 2008; Tiffon, 2008). Sin embargo, otros autores señalan, como herramienta para la evaluación de características de la personalidad de sujetos dependientes de sustancias, el uso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Polimeni, Moore y Gruenert, 2010).

Desde la perspectiva de evaluación de la personalidad, Gossop y Eysenck (1980), por ejemplo, han sugerido que el rasgo de neuroticismo podría ser la clave principal para distinguir a adictos de sujetos controles. Esto ha sido reiterado por investigadores como las de Terracciano y Costa (2004), y Terracciano et al. (2008), para quienes, además del neuroticismo, existen otros factores diferenciadores, como el tesón, la afabilidad y la responsabilidad (*conscientiousness*).

En Colombia, las investigaciones en torno al consumo de sustancias psicoactivas y su relación con rasgos de personalidad normal indican correlaciones negativas entre el factor denominado tesón por el Big Five Questionnaire (BFQ), y los subfactores cooperación, escrupulosidad, perseverancia y apertura a la cultura, siendo estos últimos superiores en los consumidores moderados (Gantiva et al., 2011). Según este estudio, y confirmando lo encontrado por Chicharro et al. (2007), el autocontrol es la habilidad que modula el avance hacia un consumo perjudicial.

La otra perspectiva de estas investigaciones se centra en los trastornos de la personalidad. Estos consisten en patrones de conductas permanentes e inflexibles, de experiencia interna y externa del individuo que se aleja de lo que cultural y socialmente se espera. Dichos patrones se inician en la adolescencia o principio de la edad adulta, no varían con el tiempo, por el contrario, permanecen estables, causan malestar en el individuo y afectan generalmente a quienes les rodean (American Psychiatric Association, 2013). Estos trastornos muestran frecuente comorbilidad con trastornos mentales (Medina y Moreno, 1998). Así, la presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el pronóstico terapéutico (Lorea et al., 2009). En esta misma línea, autores como Torres, Posada, Barreño y Berbesí (2010) encontraron que el consumo de sustancias psicoactivas presenta una alta relación con diversos trastornos, principalmente con trastornos de la conducta, seguido del negativista desafiante, trastorno bipolar tipo I y el trastorno por estrés postraumático. Según Bobes et al. (2004), rasgos anómalos de personalidad serían consecuencia del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), bien sea por los factores estresores asociados al consumo o por los cambios biológicos secundarios al daño orgánico cerebral producido por las sustancias.

Con respecto a esta línea de trabajos, en el ámbito de las adicciones se ha producido un interés creciente por el estudio de los trastornos duales (Lorea et al., 2009). Tenorio y Marcos (2000), por ejemplo, señalan la importancia de identificar la prevalencia de sujetos con diagnóstico dual para describir la combinación de trastornos que giran en relación con el consumo de sustancias, puesto que este suele dificultar notablemente el proceso de recuperación.

Sin embargo, frente a los procesos terapéuticos llevados dirigidos a la abstinencia de consumo de sustancias psicoactivas, se afirma que estos también producen un efecto sobre los rasgos de personalidad ya existentes en un individuo (Casares-López, González-Menéndez, Fernández-García y Villagrà, 2012). No obstante, otros autores sugieren que tanto los tratamientos psicológicos, como farmacológicos, rara vez han superado el 30% de sujetos abstinentes, un año después de concluir el proceso (Gil, 2003).

En un estudio con pacientes psiquiátricos, Hughes y Hatsukami (1986), por ejemplo, encontraron que la mayoría de los pacientes que estaban diagnosticados con algún tipo de trastorno psicológico, fumaban y consumían diversas sustancias psicoactivas en mayor proporción que la población en general. Los resultados seña-

laron que los trastornos mayoritariamente estaban asociados a: esquizofrenia (88%), manía (70%), depresión mayor (49%), ansiedad (47%), trastorno de personalidad (46%), y trastornos de ajuste (45%). Otros estudios también han encontrado relaciones entre la farmacodependencia y las conductas delictivas (Casares-López et al., 2012; López, Alba y Garrido, 2005; Tiffon, 2008). Por ejemplo, Da Silva, Guevara y Fortes (2006), y Moral, Sirvent y Rodríguez (2004) sugieren que la conducta delictiva temprana se encuentra asociada al consumo de sustancias psicoactivas al generar, esta última, distorsiones en la percepción de riesgo, lo que aumenta las probabilidades de presentar problemas de orden comportamental.

Desde el análisis conductual, en relación con las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, se plantea que aquellas que tienden a evitar sus experiencias negativas, ejecutan conductas de evitación y/o escape, siendo el consumo de sustancias una de ellas (Vinet et al., 2009). Esto se sustenta por medio del análisis funcional de la conducta del patrón de consumo, que tiene en cuenta los estímulos antecedentes, variables del organismo, las respuestas y las consecuencias, siendo estas últimas los factores de mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas en un individuo (Moral, Rodríguez, y Sirvent, 2006). La probabilidad de incrementar y mantener dicho consumo está asociada con las sensaciones placenteras, aprobación de los demás, entre otros (reforzamiento positivo), y también por la evitación y/o escape (reforzamiento negativo) ante la presencia de un estímulo que resulta aversivo, como son las experiencias negativas que generan malestar.

De León (1989), por su parte, llevó a cabo una revisión sobre psicopatología en personas dependientes de sustancias en comunidades terapéuticas, encontrando como característica, trastornos del carácter (alta desviación psicopática) y pensamiento confuso y afectado (alta en esquizofrenia); pequeños, pero desviados picos se encontraron en los perfiles de depresión, psicastenia e hipomanía. Por su parte, la evidencia al respecto de las diferencias de género frente al consumo y los trastornos de la personalidad es mixta (Pedrero y Rojo, 2008); mientras que sobre la variable edad, los estudios en pacientes no clínicos con el uso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota sugieren que la depresión tiende a incrementar con la edad (Polimeni et al., 2010).

La psicología ha buscado implementar estrategias de intervención que permitan abordar este problema de salud y que resulten eficaces en la abstinencia y la reducción del consumo, incluso con la realización de programas preventivos para ello (Becoña, 2008). Siguiendo a Tenorio y Marcos (2000), conocer los rasgos de personalidad en individuos consumidores o abstinentes de las diversas sustancias psicoactivas, permitirá establecer planes de intervención psicoterapéutica de mayor precisión, teniendo en cuenta alcances y limitaciones, así como variables relacionadas con dichos rasgos que pueden interferir de manera desfavorable o como una ventaja en el proceso psicológico.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es identificar diferencias en el perfil de trastornos de personalidad de sujetos pertenecientes a una comunidad terapéutica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Bogotá, Colombia, y sujetos de población general para, con ello, aportar en la comprensión de elementos que pueden ser útiles a la hora de elaborar planes de intervención eficaces.

Método

Participantes

La investigación se desarrolló con la participación de 30 personas (16 hombres y 14 mujeres) entre los 17 y los 28 años ($M=22,32$ años $DE=3,46$). El grupo de personas consumidoras ($n=15$) tenían edades comprendidas entre los 17 y los 28 años ($M=22,8$ años, $DE=3,78$), y pertenecían a una fundación sin ánimo de lucro de la ciudad de Bogotá, Colombia, cuya especialidad es el tratamiento de las adicciones tóxicas y no tóxicas. La característica principal de los individuos era la dependencia de alguna o varias SPA, principalmente marihuana, cocaína y bazuco. Los participantes, junto a condiciones específicas y homogéneas en relación con las conductas adictivas, constituyeron una muestra no probabilística de sujetos voluntarios; de esta manera, para determinar las características en los individuos, se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión establecidos previamente por el equipo de psicología. Para el contraste con grupo no consumidor se contó con la participación de 15 personas, de la misma ciudad, con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años ($M=21,6$ años, $DE=2,95$), seleccionadas de manera intencional, a quienes se les aplicó previamente una prueba de tamizaje para descartar indicadores de consumo. Cabe señalar la limitación, para el estudio, de este tamaño muestral.

Siguiendo a Ayala et al. (2009), los criterios de inclusión para la realización de la investigación fueron los siguientes: a) tener una edad comprendida entre los 17 y 30 años, b) presentar actualmente abstinencia frente al consumo de sustancias psicoactivas, c) presentar adecuadas condiciones de salud para acudir a las sesiones de evaluación psicológica, d) capacidad lectora y de escritura para interpretar la información solicitada en las pruebas psicológicas, e) contar con previa firma del consentimiento informado, f) indiferenciación de situación laboral actual (al ser pacientes internos deben abstenerse de toda actividad académica, laboral), y g) indiferenciación de estrato socioeconómico. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron para este caso: a) contar con un diagnóstico psiquiátrico o psicológico mayor, y b) algún impedimento físico o alteración de la conciencia que interfiriera en la validez de los resultados.

Instrumentos

Para la valoración de dependencia a sustancias se utilizó la Escala CRAFFT (CARLOS), la cual fue creada en el Boston Children's Hospital por Knight y colaboradores (Knight, Sherritt, Shrier, Harris y Chang, 2002). Está conformada por seis ítems, que han sido sometidos a múltiples pruebas a lo largo de más de 10 años. Las preguntas están diseñadas para ser aplicadas por el clínico o ser autoaplicadas. Un puntaje mayor de dos alerta al clínico sobre la presencia o el riesgo de consumo. Esta prueba permite hacer tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas ubicando distintos niveles: no consumo, consumo experimental, consumo social o recreativo, consumo regular, frecuente o habitual, abuso y dependencia. Los estudios realizados en Colombia muestran que la escala CRAFFT (CARLOS) presenta una alta sensibilidad (0,80) y especificidad (0,86) para la identificación de cualquier trastorno relacionado con el consumo de sustancias (Cote-Menéndez, Uribe-Isaza y Prieto-Suárez, 2013). A su vez, este mismo estudio señala un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,8951 y un promedio de covarianza inter-ítem de 0,1424.

Por otra parte, para la evaluación de los trastornos de personalidad, se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2), el cual consiste en un inventario autoaplicado de 567 ítems de respuesta verdadero-falso. Arroja un total de 6 escalas de validez, 10 escalas clínicas básicas y 15 escalas de contenido, junto a otras que también pueden ser consideradas. Permite correlacionar escalas básicas y complementarias de los rasgos de personalidad en un individuo (Amador, Forns, Abad, Kirchner y Roig, 2006; Green, 2000). En promedio, esta prueba toma alrededor de una hora en ser aplicada. Dicho instrumento presenta gran fortaleza en la discriminación de psicopatología, objetivo para el que fue construido; en consecuencia, es en esta área en la que ha sido más utilizada (Núñez, 1994; Rivera, 1991). Para este estudio se tuvieron en cuenta las 10 escalas clínicas del MMPI-2: hipocondriasis (Hs), depresión (D), histeria (Hy), desviación psicopática (Pd), masculinidad-feminidad (Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), hipomanía (Ma), e introversión social (Si).

La escala de hipocondriasis (Hs) mide la tendencia a quejas de síntomas físicos, a expresar hostilidad indirectamente y a ser crítico de otros. La escala de depresión (D) determina la tendencia a expresar depresión o pesimismo. La escala de histeria (Hy) evalúa la propensión a experimentar conflicto psicológico a través de síntomas físicos específicos. La escala de desviación psicopática (Pd) evalúa problemas asociados con las normas sociales y seguimiento de la ley, al igual que desviaciones en el comportamiento relacionado con la moral y relaciones familiares, sociales, académicas, laborales y sexuales, problemas de delincuencia y dificultades con la autoridad. La escala de masculinidad-feminidad (Mf) se relaciona con el grado en el cual los roles e intereses sobre lo masculino y lo femenino son tenidos en cuenta. La escala de paranoia (Pa) evalúa la sensibilidad interpersonal, inadecuadas interpretaciones de las intenciones de las demás personas junto con ideas de referencia, suspicacia y grandeza. La escala de psicastenia (Pt) evalúa compulsiones (conductas repetitivas)

u obsesiones (rumiación de pensamientos), además de ansiedad, dificultades en la autoestima y capacidad para tomar decisiones. La escala de esquizofrenia (Sc) evalúa ideas o pensamientos excéntricos o inusuales, alucinaciones y delirios. La escala de hipomanía (Ma) evalúa la tendencia hacia síntomas hipomaniacos, tales como periodos cíclicos de excesiva energía, ausencia de dirección, personas habladoras, impulsivas, con baja o escasa tolerancia a la frustración. Por último, la escala de introversión social (Si) evalúa la tendencia a la timidez y la humildad, en donde bajos puntajes indican tendencia a la sociabilidad y la extroversión.

Los puntajes brutos del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 son convertidos a puntajes T, para así comparar el puntaje de la persona con el grupo normativo sobre el cual se hizo la estandarización de la prueba. A su vez, permite comparaciones entre los puntajes individuales dentro de un perfil diagnóstico. Las puntuaciones T entre el grupo normativo tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. Un puntaje de T entre 50 y 65 se considera que está en el rango normal (Green, 2000).

Procedimiento

Se informó a los participantes pertenecientes a la comunidad terapéutica y a aquellas personas que formaban parte del grupo de las no consumidoras (quienes se encontraban en contextos diferentes: académico, laboral, ocio, entre otros) el objetivo del estudio, ante lo cual se mostraron de acuerdo; por consiguiente, se procedió a aplicar los instrumentos ya mencionados. La evaluación de los participantes se realizó en dos (2) sesiones: la primera de ellas, consistió en la aplicación de la escala de tamizaje CRAFFT (CARLOS) para discriminar consumidores de no consumidores. La segunda sesión de evaluación incluyó la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en una sola jornada para todos los participantes. Para el desarrollo de la investigación se aplicó el formato de consentimiento informado a todos los participantes y se tuvieron en cuenta criterios de confidencialidad y anonimato. Adicionalmente se contó con el consentimiento de la institución terapéutica en el caso de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

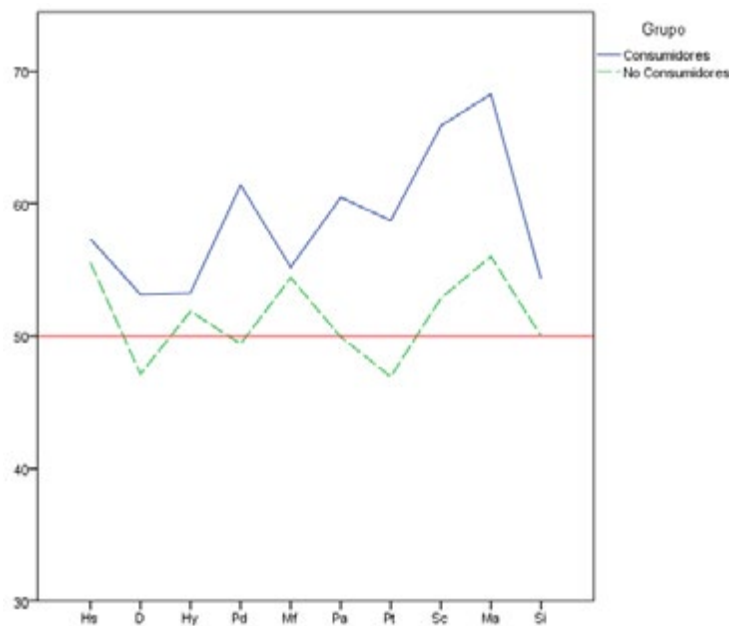
Los datos recolectados fueron digitalizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. En este, se realizó la exploración de los datos e identificación de posibles valores atípicos. Previo al análisis se constató que no existiesen datos perdidos. A su vez, la estrategia de análisis implicó la evaluación de la normalidad de los datos para cada grupo, a través del estadístico de Shapiro-Wilk (S-W). Este mismo implicó el análisis de normalidad por cada una de las escalas en cada grupo. Luego de esto se elaboró el perfil del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, el cual se presentó en forma gráfica. Se aplicó una prueba de contraste para establecer diferencias entre los puntajes promedio del grupo consumidor y no consumidor en cada uno de los componentes del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2. Se utilizó como estadístico no paramétrico de contraste, la U de Mann-Whitney.

Resultados

Los análisis de normalidad de los datos muestran que en los 10 componentes analizados del MMPI-2: hipocondrias (Hs), depresión (D), histeria (Hy), desviación psicopática (Pd), masculinidad-feminidad (Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), hipomanía (Ma), e introversión social (Si), tanto en el grupo de consumidores como en el de no consumidores, solo Pa y Pt no evidencian una distribución normal en los datos del grupo de no consumidores (Pa S-W=0,83 $p=0,012$; Pt S-W=0,86 $p=0,024$).

Ahora bien, la figura 1 señala diferencias entre los perfiles de los grupos consumidores y no consumidores. El “perfil de sierra dentada” fue consistente con otros estudios en los que se ha utilizado este mismo instrumento en población perteneciente a comunidad terapéutica para el consumo de sustancias (Polimeni et al., 2010). En estos estudios, las escalas desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia, estuvieron significativamente por encima del resto de escalas clínicas. En el presente estudio, la excepción fue la escala hipomanía, la cual obtuvo un puntaje muy por encima de las otras escalas en el grupo de consumidores.

Figura 1. Perfil de valores promedios de consumidores y no consumidores en las escalas de la prueba MMPI-2



Nota: Hs = Hipocondrias; D = Depresión; Hy = Histeria; Pd = Desviación Psicopática; Mf = Masculinidad-Feminidad; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Sc = Esquizofrenia; Ma = Hipomanía; Si = Introversión social.

El análisis de muestras independientes presentado en la tabla 1 indica diferencias por género en los puntajes de las escalas psicastenia (Pt) e hipomanía (Ma), siendo este puntaje mayor en hombres que en mujeres ($Dif-Pt=9,732$ $p<0,05$ y $Dif-Ma=10,161$ $p<0,01$).

Tabla 1. Medias, desviaciones estándar y diferencias por sexo en escalas del MMPI-2

Escala	Sexo	Media (M)	Desviación estándar (DE)	Error estándar (SE)	Diferencia	Mann-Whitney (U)	Sig. (p)
Hs	Hombre	55,31	8,654	2,164	2,40	100,50	0,632
	Mujer	57,71	9,643	2,577			
D	Hombre	51,38	13,099	3,275	2,66	105,00	0,771
	Mujer	48,71	8,203	2,192			
Hy	Hombre	52,00	11,553	2,888	1,21	105,00	0,771
	Mujer	53,21	8,586	2,295			
Pd	Hombre	57,69	10,569	2,642	4,90	84,50	0,252
	Mujer	52,79	10,772	2,879			
Mf	Hombre	56,50	7,720	1,930	3,64	87,00	0,298
	Mujer	52,86	11,044	2,952			
Pa	Hombre	56,63	11,117	2,779	3,05	89,00	0,338
	Mujer	53,57	9,756	2,608			
Pt	Hombre	57,38	10,145	2,536	9,73	51,50	0,012*
	Mujer	47,64	8,454	2,260			
Sc	Hombre	62,63	13,155	3,289	6,98	75,50	0,129
	Mujer	55,64	11,453	3,061			
Ma	Hombre	66,88	10,819	2,705	10,16	40,00	0,003**
	Mujer	56,71	6,450	1,724			
Si	Hombre	53,75	11,115	2,779	3,39	94,00	0,453
	Mujer	50,36	7,792	2,082			

Nota: Hs = Hipocondriasis; D = Depresión; Hy = Histeria; Pd = Desviación Psicopática; Mf = Masculinidad-Feminidad; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Sc = Esquizofrenia; Ma = Hipomanía; Si = Introversión social; * $p<0,05$ ** $p<0,01$

El análisis de contraste señala que la escala de desviación psicopática (Pd) presenta una importante diferencia entre el grupo de consumidores ($\bar{x}_{PdGc}=61,4$ $DE=8,9$ $SE=2,29$) y el grupo de no consumidores ($\bar{x}_{PdGnc}=49,4$ $DE=9,16$ $SE=2,36$). Con un $\alpha=0,05$ establecido previamente, esta diferencia resultó significativa $U=38,5$ $p<0,001$. En la tabla 2 se puede apreciar que dichos rasgos presentan una alta tendencia en la población de consumidores y, por el contrario, es baja frente a la población no consumidora.

Tabla 2. Diferencias de medias entre grupos consumidores y no consumidores para cada componente

Escala	Grupo	Media (M)	Desviación estándar (DE)	Error estándar (SE)	Diferencia	Mann-Whitney (U)	Sig. (p)
Hs	Consumidor	57,33	9,597	2,478	1,80	98,00	0,567
	No Consumidor	55,53	8,709	2,249			
D	Consumidor	53,13	12,828	3,312	6,00	82,00	0,217
	No Consumidor	47,13	8,140	2,102			
Hy	Consumidor	53,27	12,759	3,294	1,40	99,50	0,595
	No Consumidor	51,87	6,958	1,796			
Pd	Consumidor	61,40	8,895	2,297	12,00	38,50	0,001**
	No Consumidor	49,40	9,164	2,366			
Mf	Consumidor	55,20	10,530	2,719	0,80	97,00	0,539
	No Consumidor	54,40	8,542	2,206			
Pa	Consumidor	60,47	9,672	2,497	10,53	46,50	0,005*
	No Consumidor	49,93	8,531	2,203			
Pt	Consumidor	58,73	8,779	2,267	11,80	37,50	0,001**
	No Consumidor	46,93	8,689	2,243			
Sc	Consumidor	65,87	12,065	3,115	13,00	43,00	0,003*
	No Consumidor	52,87	9,855	2,545			
Ma	Consumidor	68,27	6,871	1,774	12,26	31,50	0,000**
	No Consumidor	56,00	9,554	2,467			
Si	Consumidor	54,33	10,926	2,821	4,33	85,00	0,267
	No Consumidor	50,00	8,089	2,089			

Nota: Hs = Hipocondriasis; D = Depresión; Hy = Histeria; Pd = Desviación Psicopática; Mf = Masculinidad-Feminidad; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Sc = Esquizofrenia; Ma = Hipomanía; Si = Introversión social; * $p < 0,01$ ** $p < 0,001$

Otras escalas, como paranoia (Pa), también muestran diferencias significativas entre las medias comparadas ($\bar{x}_{PaGc} = 60,47$ DE=9,67 SE=2,49; $\bar{x}_{PaGNc} = 49,93$ DE=8,53 SE=2,2). Con un $\alpha = 0,05$ establecido previamente, esta diferencia resultó significativa $U = 46,5$ $p < 0,01$. Por otro lado, el valor promedio del componente de psicastenia (Pt) es superior en los participantes del grupo consumidor ($\bar{x}_{PtGc} = 58,73$ DE=8,77 SE=2,26), a diferencia del encontrado en los participantes no consumidores ($\bar{x}_{PtGNc} = 46,93$ DE=8,68 SE=2,24). Con un $\alpha = 0,05$ establecido previamente, esta diferencia resultó significativa $U = 37,5$ $p < 0,001$. La media del puntaje en la escala de esquizofrenia (Sc) del grupo consumidor fue de $\bar{x}_{ScGc} = 65,87$ DE=12,06 SE=3,11; mientras que la media del puntaje de la escala de esquizofrenia del grupo no consumidor fue de $\bar{x}_{ScGNc} = 52,87$ DE=9,85 SE=2,54. Con

un $\alpha=0,05$ establecido previamente, esta diferencia resultó significativa $U=43$ $p<0,01$. Finalmente, se encontraron diferencias en las medias en el componente de hipomanía (Ma), que presenta una puntuación más alta en el grupo de consumidores ($\bar{x}_{MaGc}=68,27$ $DE=6,87$ $SE=1,77$), a diferencia del grupo de no consumidores ($\bar{x}_{MaGnc}=56$ $DE=9,55$; $SE=2,46$). Con un $\alpha=0,05$ establecido previamente, esta diferencia resultó significativa $U=31,5$ $p<0,001$.

Discusión

Las diferencias entre grupos consumidores y no consumidores resultaron significativas para las escalas desviación psicopática (Pd), esquizofrenia (Sc), paranoia (Pa), psicastenia (Pt) e hipomanía (Ma). Los resultados en las escalas de desviación psicopática y psicastenia concuerdan con los hallazgos de diferentes autores en pacientes consumidores de heroína, mientras que los altos valores de esquizofrenia y desviación psicopática se correlacionan con los hallazgos específicos de De León (1989) sobre el comportamiento del perfil psicopático de personas abusadoras de sustancias pertenecientes a comunidades terapéuticas. Sin embargo, el primero señala puntuaciones superiores en depresión, mientras que el segundo encuentra puntuaciones ligeramente superiores en las escalas depresión, psicastenia e hipomanía. En este estudio, no se encontraron diferencias significativas en la escala de depresión (D), lo que podría indicar una posible característica relacionada con bajos niveles de depresión de la población de la cual deriva esta muestra. Altos valores en las escalas esquizofrenia e hipomanía concuerdan con el alto porcentaje de estos componentes encontrados por Hughes y Hatsukami (1986), en pacientes psiquiátricos que habían consumido sustancias psicoactivas.

Por otro lado, las diferencias por género en las escalas de psicastenia e hipomanía hacen pensar en posibles relaciones de esta variable con dichas escalas. En este estudio, los altos puntajes en dichas escalas se encontraron en hombres. Esto contrasta con el estudio de Polimeni et al. (2010), en el que se encontraron mayores valores de estas escalas en mujeres. Lo anterior ratifica la idea de hallazgos mixtos referentes a las diferencias de género en los perfiles de personalidad de consumidores de sustancias psicoactivas.

La desviación psicopática (Pd) se encuentra asociada a una amplia gama de respuestas (negativas o inadecuadas) que presenta el individuo, particularmente con problemas asociados a las normas sociales y a la ley (Alarcón, Vinet y Salvo, 2005; Caceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006). Los distintos estudios mencionados

anteriormente son consistentes en señalar a este componente como relacionado con el consumo sustancias psicoactivas, debido, posiblemente, a que el sujeto podría encontrar en el consumo una forma de oposición a la norma.

Autores como Tamayo (1998) sugieren que hay diferentes explicaciones que conectan el uso de drogas y los síntomas psiquiátricos, entre ellas, las que pueden ser atribuidas al consumo de sustancias o la predisposición por parte del individuo, lo cual facilita que el consumo sea el detonante de la esquizofrenia (Sc), la exacerbación del trastorno o coincidencia en consumo de sustancias psicoactivas y desarrollo de la misma. La esquizofrenia, al ser un trastorno clínico que generalmente se presenta de carácter irreversible, complica aún más el desarrollo de consumo de sustancias psicoactivas, dado que el alivio subjetivo del malestar percibido por el individuo, promueve, incrementa y mantiene dicho consumo. Lo anterior, se sustenta por medio de diferentes estudios que parecen relacionar el abuso de sustancias psicoactivas (entre ellas el cannabis) y la esquizofrenia (Regier et al., 1990; Tien y Anthony, 1990; Verdoux, Gindre, Sorbara, Tournier y Swendsen, 2003). Lamentablemente, diversos autores señalan que la comorbilidad existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y la esquizofrenia presenta una evolución mucho más acelerada, un pronóstico negativo, probabilidades de mayor número de hospitalizaciones, poca adherencia al tratamiento, inadecuada respuesta a los fármacos (que por el consumo de sustancias psicoactivas, incluso, contrarresta sus efectos positivos, entorpeciendo su tratamiento), conductas violentas, modificaciones en su estado del ánimo y problemas en la conducta (McCreadie, 2002; Menezes et al., 1996).

Al respecto de la psicastenia (Pt), es posible pensar que en personas consumidoras, el consumo se convierte en una suma de síntomas que resultan inmanejables e intolerables (irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, intranquilidad, disminución de la tasa cardíaca, disforia, impaciencia e insomnio, e incremento del apetito con aumento de peso, entre otros). En este caso, a nivel cognitivo, afecta que permanentemente se esté pensando en la forma de adquirir de nuevo la sustancia, al igual que irritabilidad con quienes le rodean, disminuyendo el interés en su cuidado e higiene personal, lo cual interviene en su percepción sobre sí mismo.

Por otro lado, el componente paranoia (Pa) se puede asociar con el consumo de sustancias psicoactivas, ya que al haber una alteración en la percepción bajo el estado de un alucinógeno y/o en abstinencia del mismo, las conductas de los individuos se caracterizan por una fuerte reacción fisiológica y cognitiva, al igual que alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, olfatorias, incluso gustativas y delirios; lo anterior relacionado con las ideas de persecución y daño que otras personas pudieran efectuar sobre los consumidores.

Los resultados en la escala de hipomanía (Ma) son interesantes. Aquí, se considera que la hipomanía puede tener relación con el consumo de sustancias, ya que, siguiendo a Fernández (2002), la asociación ocurre según la función que cumple el consumo en diferentes trastornos clínicos: desinhibición social y reducción de estrés, y por el aumento de la sensibilidad al sistema de recompensa.

El aporte a la disciplina psicológica que pretendió la presente investigación, especialmente en el contexto clínico y frente a un problema de salud pública, como es el consumo de sustancias psicoactivas, estuvo en establecer diferencias de personalidad entre estos grupos, para así pensar en posibles relaciones entre dicho consumo y los trastornos de personalidad, se hace referencia a los componentes del inventario aplicado, y que forma parte de los trastornos de personalidad descritos en los diferentes manuales de clasificación diagnóstica CIE 10 y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V.

Los principales argumentos para conocer estas asociaciones radican en varios aspectos: identificar de manera oportuna y acertada el diagnóstico clínico; orientar las necesidades terapéuticas de los consultantes y favorecer la efectividad del tratamiento psicológico; predecir el pronóstico (las conductas de riesgo que puedan presentarse por intoxicación o abstinencia, exacerbando los trastornos de personalidad a que haya lugar); y en implementar nuevos procesos terapéuticos basados en la evidencia, teniendo en cuenta que, al presentarse la relación entre el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad, se hace más resistente el proceso y menos adherente, si se tiene presente que estos últimos consisten en patrones de conductas permanentes e inflexibles de experiencia interna y externa del individuo que se aleja de lo que cultural y socialmente se espera. Por esta razón, al detectarlos a tiempo, favorecerá el inicio y mantenimiento de un tratamiento más acertado.

Finalmente, el rigor científico establecido a lo largo de la presente investigación, respalda su utilización a la luz de nuevos casos en relación con esta problemática de salud pública. Se torna conveniente la replicación de este estudio con el fin de generalizar estos resultados a muestras con mayor número de participantes, ya que, como se mencionó inicialmente, un elemento limitante es la muestra, que si bien es pequeña y los resultados son específicos a dicho estudio, a mayor número de participantes seguramente los resultados sean aún más significativos; de hecho, se podría realizar un estudio con características similares, o incluso con nuevas variables, que permitan profundizar sobre los trastornos de personalidad existentes en la actualidad. Igualmente, se recomienda establecer un único contexto en la aplicación de los instrumentos, garantizando equivalencia (a nivel de variables del organismo, condiciones ambientales y contextuales), tanto en las personas consumidoras, como en aquellas no consumidoras.

Se recomienda, para futuras investigaciones, analizar diferencias a partir de los tipos de sustancias psicoactivas utilizadas por los grupos de consumidores, y realizar estudios que afinen la identificación de variables, eliminando los sesgos y resultados artefactuales que emergen de la ausencia de control de variables intervinientes, como aquellos asociados al género.

Agradecimientos

El equipo de investigación agradece el apoyo brindado por la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) de la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano para la finalización de este artículo. También agradecemos la revisión del Ingeniero y Estadístico Juan Carlos Rincón, de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, al componente estadístico de este documento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

Referencias

- Alarcón, P., Vinet, E. y Salvo, S. (2005). Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia. *Psykhé*, 14(1), 3–16. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000100001>
- Amador, J., Forns, M., Abad, J., Kirchner, T. y Roig, F. (2006). *Avaluació psicològica*. Barcelona, España: Editorial U.O.C.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ayala, L., Alba, L., Becerra, N., Cañón, M., Castaño, I., Gómez, J. y Vivas, J. (2009). *Portafolio de la Clínica para dejar de Fumar*. Bogotá: Departamento de Universidad Saludable, Pontificia Universidad Javeriana.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 375–402). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Caceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521–534.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A. M., Fernández-García, P. y Villagrà, P. (2012). Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario. *Psicothema*, 24(2), 217–223.
- Chicharro, J., Pedrero, E. J. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141–151. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.312>
- Cote-Menéndez, M., Uribe-Isaza, M. y Prieto-Suárez, E. (2013). Validación para Colombia de la escala Crafft para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 220–232.

- Da Silva, M., Guevara, B. y Fortes, M. (2006). Expectativas acerca del alcohol y su relación con el patrón de consumo de bebida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 99–107.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse. What is being learned from research in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177–188. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.1989.10472158>
- Díaz-Negrete, B. y García-Aurrecoechea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 223–232. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008001000001>
- Fernández, J. J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421–427.
- Gantiva, C. A., Rodríguez, M., González, M. y Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde El Caribe*, (28), 24–38.
- García-Montes, J. M., Zaldívar-Basurto, F., López-Ríos, F. y Molina-Moreno, A. (2009). The role of personality variables in drug abuse in a Spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(3), 475–487. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9144-y>
- Gil, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez (Ed.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 287–353). Madrid, España: Piramide.
- Gossop, M. R. y Eysenck, S. B. (1980). A further investigation into the personality of drug addicts in treatment. *Addiction*, 75, 305–311. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1980.tb01384.x>
- Green, R. (2000). *The MMPI-2: An interpretative manual* (2nd ed.). Boston, Estados Unidos: Allyn and Bacon.
- Hughes, J. R. y Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289–294. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030107013>
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K. y Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 156(6), 607. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.607>
- López, M. J., Alba, J. L. y Garrido, V. (2005). *Tendencias psicológicas en la educación de los delincuentes juveniles*. Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza.

- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57–63. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.252>
- McCreadie, R. G. (2002). Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 321–325. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.321>
- Medina, A. y Moreno, M. J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba, España: Nanuk.
- Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P. y Kuipers, E. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 612–619. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.612>
- Moral, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52–58.
- Moral, M., Sirvent, C. y Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6, 248–261. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70170-1](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70170-1)
- Núñez, R. (1994). *Aplicación del MMPI a la psicopatología*. México City, México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012*. New York, NY, Estados Unidos: OMS/UNODC.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/en/
- Pedrero, E. J. (2009). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones*, 21(1), 29–37. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.249>
- Pedrero, E. J. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251–261. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.267>
- Polimeni, A. M., Moore, S. M. y Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6(1), 1–9. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JSyPAGE=referenceyD=psyc6yNEWS=NyAN=2011-01465-001> DOI: <https://doi.org/10.7790/ejap.v6i1.165>

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511–2518. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>
- Rivera, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. México City, México: Manual Moderno.
- Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C. y Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Tamayo, J. (1998). Marihuana y esquizofrenia: ¿Un diagnóstico dual y terapéutico? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 27, 19–31.
- Tenorio, J. y Marcos, J. A. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, (77), 7.
- Terracciano, A. y Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*, 99(4), 472–481. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00687.x>
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J. y Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 22. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-22>
- Tien, A. Y. y Anthony, J. C. (1990). Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experience. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 178, 473–480. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005053-199008000-00001>
- Tiffon, B.-N. (2008). Una trimorbilidad forense emergente : el trastorno de personalidad, el trastorno del control de los impulsos y el abuso de sustancias tóxicas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 91–97.
- Torres, Y., Posada, J., Barreño, J. y Berbesí, D. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad en otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 14–35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60265-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60265-1)
- Verdoux, H., Gindre, C., Sorbara, F., Tournier, M. y Swendsen, J. D. (2003). Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study. *Psychological Medicine*, 33, 23–32. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006384>
- Vinet, E. V., Faúndez, X. y Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista Médica de Chile*, 137(4), 466–474. DOI: <https://doi.org/S0034-98872009000400003>