

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN PSICOLOGÍA

Convocatoria de Junio



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Universidad Miguel Hernández de Elche

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Grado en Psicología

Curso 2025/2026

Modalidad: Revisión sistemática

Título: Prevalencia entre trastornos de personalidad del Cluster A y el trastorno por uso de sustancias.

Autora: Emma Jiménez Calero

Tutor: Álvaro Ruiz Maciá

COIR: TFG.GPS.ARM.EJC.260414

Elche, a 4 de junio de 2026

ÍNDICE

Resumen.....	2
1. Introducción	5
2. Método	7
2.1. Búsqueda de la literatura	7
2.2. Criterios de elegibilidad	8
2.3. Extracción de datos y riesgo de sesgo	9
3. Resultados	9
3.1. Selección de estudios	9
3.2. Características de los estudios incluidos	10
3.3. Resultados de los estudios seleccionados	18
3.4. Riesgo de sesgos	21
4. Discusión.....	21
5. Referencias bibliográficas	24
6. Anexos.....	27

RESUMEN

Los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias presentan una estrecha relación en el ámbito clínico. Sin embargo, la literatura científica se ha centrado principalmente en el estudio del Cluster B. Por ello, esta revisión sistemática tiene como objetivo analizar la relación entre los trastornos de personalidad del Cluster A y el consumo de sustancias.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica siguiendo las directrices de PRISMA 2020 en las bases de datos PubMed, PsycInfo, Web of Science y Scopus. Finalmente, se incluyeron 12 artículos publicados entre los años 2000 y 2026.

Los resultados mostraron que el trastorno esquizotípico es el trastorno del Cluster A más frecuentemente estudiado junto con el trastorno por uso de sustancias, más concretamente al consumo de cannabis y a la persistencia de la adicción a largo plazo. Por otro lado, el trastorno paranoide se relacionó principalmente con el alcohol y la cocaína, y el trastorno esquizoide presentó relaciones menos consistentes en la mayoría de estudios, aunque algunos lo relacionan con el alcohol.

En conclusión, los hallazgos muestran una relación relevante entre los trastornos del Cluster A y el trastorno por uso de sustancias, así como la necesidad de ampliar la literatura científica en este ámbito.

Palabras clave: Trastornos de personalidad del Cluster A, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno por uso de sustancias, consumo de sustancias, revisión sistemática.

ABSTRACT

Personality disorders and substance use are close related in clinical settings. However, scientific literature has mainly focused on the study of Cluster B disorders. Therefore, this systematic review aims to analyze the relationship between Cluster A personality disorders and substance abuse.

To this end, a bibliographic search was conducted following PRISMA 2020 guidelines in the PubMed, PsycInfo, Web of Science and Scopus. Finally, 12 studies published between 2000 and 2026 were included.

The results showed that schizotypal personality disorder is the Cluster A disorder most studied in relation to substance use disorder, especially cannabis use and the long-term

persistence of addiction. In contrast, paranoid personality disorder was mainly associated with alcohol and cocaine use, whereas schizoid personality disorder showed less consistent associations across most studies, although some linked it to alcohol use. In conclusión, the findings reveal a significant relationship between Cluster A personality disorders and substance use disorder, as well as the need to expand the scientific literatura in this field.

Keywords: *Cluster A personality disorders, schizotypal personality disorder, paranoid personality disorder, schizoid personality disorder, substance use disorder, substance use, systematic review.*



1. INTRODUCCIÓN

Los rasgos de personalidad son fundamentales para comprender la conducta humana, ya que influyen en la forma en que las personas interpretan y responden a su entorno. Estos rasgos constituyen unos patrones relativamente estables de pensamiento, emoción y comportamiento presentes en la mayoría de la población (McCrae & Costa, 1997). Sin embargo, cuando se expresan de manera inflexible, desadaptativa, o generan deterioro funcional significativo, pueden derivar en trastornos de personalidad (TP) (Trull et al., 2010).

La literatura científica clasifica los TP en grupos o *clusters*: A, B y C.

El Cluster incluye el trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista, mientras que el Cluster C comprende los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (American Psychiatric Association, 2013). Más concretamente, el Cluster A se caracteriza por patrones de pensamiento y comportamiento excéntricos o inusuales, y comparte ciertos rasgos sintomatológicos, genéticos y ambientales con el espectro de la esquizofrenia (Esterberg et al., 2010). Este grupo incluye:

- Trastorno esquizotípico (TPE): Afecta aproximadamente a un 3-4% de la población general y se caracteriza por distorsiones cognitivas, pensamiento mágico, ideación paranoide, comportamiento extraño y afecto inapropiado (APA, 2000; Johnson et al., 2000).
- Trastorno paranoide (TPP): presenta una prevalencia aproximada de 2-4% en población general (Torgersen et al., 2001). Se caracteriza por un sentimiento de una desconfianza y suspicacia generalizada hacia los demás, percibidos como amenazantes y manipuladores (APA, 2000). Como consecuencia, las personas con este trastorno experimentan una constante sensación de ira o enfado por sentirse amenazados o abusados por los demás (Beck & Freeman 1990; Ward, 2004). Por consiguiente, muestran una actitud defensiva, hostil y de extrema desconfianza y preocupación por la lealtad de sus allegados (Esteberg et al., 2010).
- Trastorno esquizoide (TPESQ): Presenta una prevalencia de menos del 1% de la población general (Esteberg et al., (2010). Se describe por una marcada carencia de relaciones interpersonales y falta de deseo por establecer vínculos sociales, tanto es así que organizan su vida con el objetivo de que su interacción con los demás sea lo más limitada posible (Beck and Freeman 1990).

Para entender la relación entre personalidad y adicción, es preciso definir el trastorno por uso de sustancias (TUS). Según Fuster et al., (2024), este constituye la forma más extrema del consumo de sustancias adictivas y debe entenderse como una

enfermedad crónica que requiere detección precoz y tratamiento adecuado. Al igual que los TP, el TUS implica patrones conductuales desadaptativos asociados a alteraciones cerebrales, físicas y emocionales (Fuster et al., 2024).

Diversos estudios han señalado una estrecha relación entre los factores de personalidad y el TUS. En especial, se ha propuesto que los factores psicopatológicos asociados a la personalidad influyen significativamente en la tendencia hacia el consumo de sustancias. De hecho, según Faridhosseini et al. (2019), estos factores desempeñan un papel fundamental en la etiología de los TUS.

Esta relación que se presenta no es casual, sino que existe una elevada tasa de comorbilidad entre ambos trastornos en el ámbito clínico. Asimismo, señalar la regulación emocional, o más bien la falta de esta, como uno de los factores implicados en el consumo de sustancias, utilizándolas como afrontamiento ante la ansiedad, la ira o el malestar emocional (Faridhosseini et al., 2019). De igual manera ocurre con la impulsividad, que se manifiesta a través de la acción no planificada, las conductas destructivas sin medir las consecuencias o la intolerancia ante la insatisfacción inmediata de sus demandas. En consecuencia, el abuso de sustancias puede ser considerado un proceso psicológico adaptativo al proporcionar un alivio inmediato de las emociones negativas. (Barker et al., 2015; Paris, 2007)

Según Parmar y Kalooya (2018), mientras que en la población general la prevalencia de los TP fluctúa entre el 10% y el 14,8%, en población con TUS asciende desde el 34,8% hasta el 73%. De hecho, las personas que padecen cualquier tipo de TP tienen 12 veces más probabilidades de desarrollar un problema de consumo a lo largo de su vida (Wycoff & Trull, 2026). Esta conexión podría ser explicada, como se ha mencionado anteriormente, por el consumo de ciertas sustancias (benzodiazepinas, alcohol, heroína, etc.) como forma de automedicación y vía de reducción del estrés (Verheul, 2001).

Finalmente, es fundamental destacar que varios estudios señalan que la presencia comórbida de un TP y un TUS está asociado con un peor pronóstico terapéutico y resultados más desfavorables (Parmar y Kalooya, 2018). Según estos autores, esto podría deberse a que las personas que sufren ambos trastornos suelen presentar un comienzo más temprano del consumo y una dependencia más severa, con una mayor tendencia a la recaída.

A pesar de esta relación, la literatura científica se ha centrado en el estudio del TUS con otros grupos, especialmente con el Cluster B y más concretamente en el estudio del trastorno límite de personalidad y el trastorno antisocial. Por consiguiente, los trastornos del Cluster A han recibido una atención menor en cuanto a investigación.

De igual manera, muchos de los estudios hallados en la literatura científica analizan únicamente rasgos o características de los trastornos de personalidad, más que los trastornos clínicamente diagnosticados. Realizar esta distinción es importante, ya que la existencia de un trastorno en sí implica patrones más persistentes e inflexibles, llegando a causar un deterioro funcional significativo.

En este contexto, la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar la prevalencia entre el TUS y los trastornos de personalidad del Cluster A, así como analizar las principales características de esta comorbilidad, al tiempo que visibilizar un área menos estudiada dentro de la investigación de la personalidad y los trastornos adictivos.

2. MÉTODO

La presente revisión sistemática fue realizada siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses; Page et al., 2021). Esta misma fue realizada por dos investigadores (AR y EJ).

2.1. Búsqueda de la literatura

Previamente, se llevó a cabo una aproximación inicial al tema de estudio para establecer el objetivo de la revisión y definir la estrategia de búsqueda. Posteriormente, con el objetivo de identificar toda la literatura relevante para la revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed/MedLine, Scopus, Web of Science y Psycinfo. Se incluyeron artículos comprendidos entre el año 2000 y 2026, publicados en inglés o español. La búsqueda se realizó en marzo de 2026.

2.2. Criterios de elegibilidad

Este estudio se centró en buscar la relación entre los TP del Cluster A y el TUS. Para ello, se empleó la pregunta CoCoPop (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de la pregunta CoCoPop

Componente	Descripción en el estudio
Co (Condición)	Consumo de sustancias (uso, abuso o consumo actual/pasado) y trastorno por uso de sustancias.
Co (Contexto)	Incluye población clínica y población general
Pop (Población)	Personas con diagnóstico de trastornos de personalidad del Cluster A (esquizotípico, paranoide y esquizoide).

Asimismo, mediante las siguientes palabras clave en inglés combinadas con operadores booleanos (AND, OR), se construyó la siguiente ecuación de búsqueda: ("Cluster A personality disorder" OR "schizotypal personality disorder" OR "schizoid personality disorder" OR "paranoid personality disorder") AND ("substance abuse" OR "substance disorder" OR "drug abuse").

Con el objetivo de acotar la búsqueda y garantizar la pertinencia de las publicaciones en el estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Estudios que evalúen el Cluster A y el uso de sustancias
- Estudios observacionales: transversales, cohortes, casos y controles
- Estudios que reporten prevalencia
- Estudios realizados en población adulta
- Estudios publicados únicamente en inglés o español
- Estudios publicados a partir del año 2000

Criterios de exclusión

- Revisiones sistemáticas
- Estudios de caso único, revisiones y editoriales
- Muestras sin diagnóstico claro de trastornos de personalidad del Cluster A.
- Muestras sin evidencia clara de abuso de sustancias.
- Estudios narrativos.
- Estudios que se encuentren duplicados.

2.3. Extracción de datos y riesgo de sesgo

Inicialmente, los estudios fueron seleccionados por la lectura de título y resumen por una investigadora (EJ). Se descartaron los artículos duplicados mediante la herramienta Rayyan y los restantes fueron evaluados según los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados. Tras esta fase, se revisó el texto completo de los artículos restantes. Las dudas y discrepancias fueron resueltas por un revisor externo (AR).

El riesgo de sesgo y la calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluaron mediante las listas de verificación del Joanna Briggs Institute (JBI), seleccionadas según el diseño metodológico de cada estudio. Los estudios transversales se evaluaron con la JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. Los estudios observacionales longitudinales de carácter prospectivo, al implicar el seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo, se evaluaron mediante la Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies.

Finalmente, se realizó una valoración global de la calidad metodológica de cada estudio, teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios establecidos por los *checklist* JBI y las limitaciones de cada investigación.

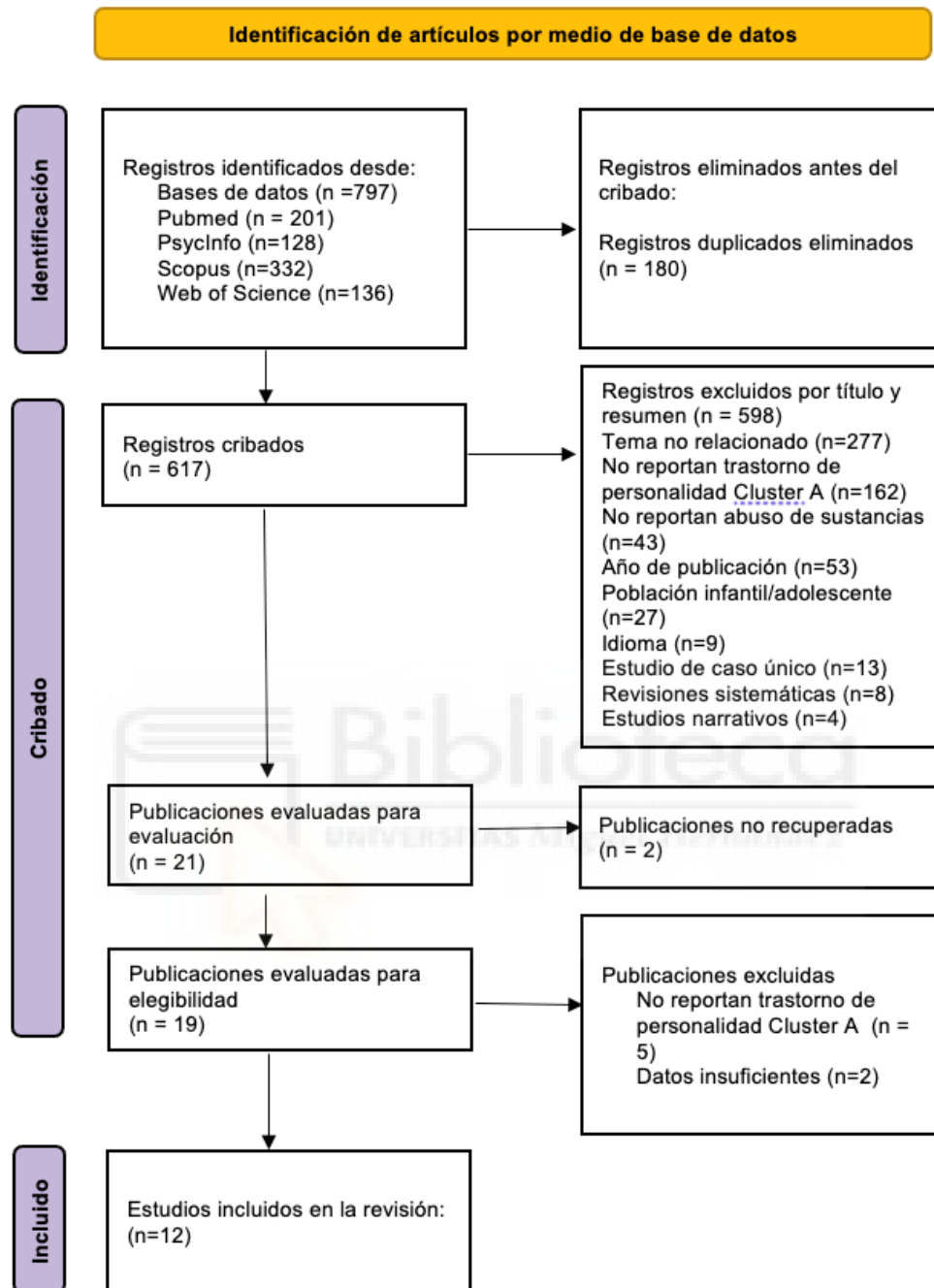
3. RESULTADOS

3.1. Selección de estudios

Inicialmente, se seleccionaron 797 publicaciones. De estas, 180 estudios resultaron duplicados, quedando así un total de 617 artículos en fase de cribado, donde se eliminaron 598 artículos que no concordaban con el objetivo de la revisión.

De los 21 artículos seleccionados, se eliminaron 2 por no poder ser leídos a texto completo. De los 19 artículos leídos a texto completo, se descartaron otros artículos por no reportar trastorno de personalidad ($n=5$), y por no presentar los suficientes datos como para ser incluido en el estudio ($n=2$). Finalmente, 12 estudios fueron incluidos. El proceso se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



3.2. Características de los estudios incluidos

Los resultados recogidos de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 2.

Los estudios fueron publicados entre el año 2000 y 2026 y proceden principalmente de Estados Unidos (n=7), aunque se incluyeron investigaciones de otros países como España (n=2), Marruecos (n=1), Suecia (n=1) y Australia (n=1), todos publicados en inglés (n=10) o español (n=2). En total se incluyeron 12 estudios que analizan la relación entre los TP del Cluster A y el consumo de sustancias.

En relación con la metodología, se incluyeron principalmente estudios transversales (n=8), aunque también se analizaron estudios prospectivos (n=4).

La muestra de los estudios osciló entre 54 y 36.309 participantes, desde representativas de población general (n=7) hasta clínicas procedentes de las unidades de salud mental (n=4) o comunidades terapéuticas de desintoxicación (n=1).

Respecto a los trastornos evaluados, la mayoría de los estudios se centraron en el TPE (n=12), siendo el más investigado de los tres. Sin embargo, algunos estudios también analizaron el tanto el TPP (n=6) como el TPESQ (n=6), tanto individualmente como de forma conjunta, además de otras comorbilidades psiquiátricas.

En cuanto a las sustancias evaluadas, el cannabis fue la más frecuente. No obstante, se evaluaron otras sustancias como el alcohol, la cocaína, heroína, opioides, que se reportaron tanto a lo largo de la vida como en un consumo más reciente o incluso actual.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, los más utilizados fueron el AUDADIS-IV y AUDADIS-V, así como entrevistas basadas en los criterios del DSM. También se emplearon otros instrumentos como el PDQ-4+, MCMI-II, SIDP-R, entrevista Quick-DIS, sistema SARS, MINI, criterios del CIS-10, SCID-I y algunos cuestionarios Ad Hoc y entrevistas.

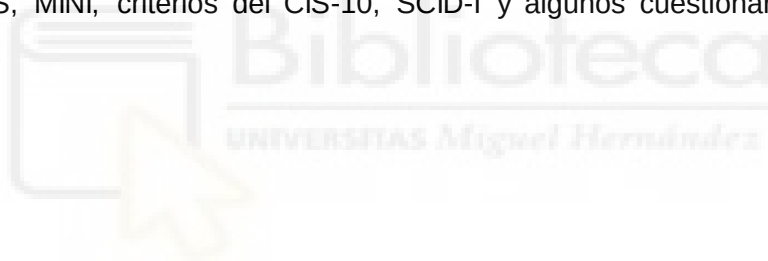


Tabla 2. Características de los estudios incluidos

Autor(es)/fecha/país	Diseño	Muestra (N)	Cluster A / Evaluación del TP	Comorbilidades	Tipo de sustancia/ Evaluación del consumo de sustancias/ Tiempo de consumo	Relación entre variables	Principales hallazgos
(Kerridge et al., 2014) EEUU	Estudio transversal	N = 34.653 Muestra epidemiológica Mayores de 18 años (Edad media y género NR)	TPE AUDADIS-IV	Otros TP Ansiedad Trastornos del estado de ánimo	Alcohol Tranquilizantes Opiáceos Estimulantes Alucinógenos Cannabis Cocaína Inhalantes Heroína Otras drogas AUDADIS-IV Se evalúa el consumo a lo largo de la vida	La proporción de sujetos que pertenecen a la categoría clínica del TPE en el grupo de consumidores es del 7%, frente al 3% en el grupo de no consumidores	Los hallazgos del estudio sugieren que mientras que en el grupo no consumidor el TPE se manifiesta como una variación de la personalidad, en el grupo consumidor se identifica como una categoría clínica diferenciada.
(Ellis et al., 2020) EEUU	Estudio transversal	N = 330 sujetos Muestra epidemiológica. 46,7% hombres y 53,3% mujeres.	TPE AUDADIS-V	TP (límite, antisocial, esquizotípico). Trastornos depresivos Ansiedad	Opioides Sedantes (benzodiacepinas y tranquilizantes) AUDADIS-V	Los sujetos con TPE tienen 3,47 veces más posibilidades de presentar un trastorno por uso de sedantes además de por opioides (OR=3,47; IC 95%: 1,56-7,68), específicamente en mujeres, siendo 5,78 veces más probable	Los resultados sugieren que el TPE podría actuar como predictor para la adicción combinada de opioides y sedantes concretamente en la población femenina

		Edad media en hombres 40,5 años (DT: 14,3) y en mujeres 44,5 (DT: 16,3).		Trastorno bipolar TEPT	Se evalúa el consumo en los últimos 12 meses	(OR=5,78; IC 95%: 2,48-13,49), dado que en hombres la asociación no es estadísticamente significativa (OR=2,25; IC 95%: 0,81-6,21)	
(Davis et al., 2013) EEUU	Estudio transversal	N= 34.653 Muestra epidemiológica. 47,5% de hombres y 52,5% de mujeres Mayores de 18 años	TPE AUDADIS-IV	Trastornos del estado de ánimo TLP Narcisismo TEPT TDAH	Cannabis AUDADIS-IV Se evalúa el consumo a lo largo de la vida, dividido en uso, abuso y dependencia.	El consumo de cannabis aumenta un 2,02 veces la probabilidad de desarrollar TEP (AOR=2,02; IC 95%: 1,69-2,42; p<0,05), mientras que el abuso lo aumenta un 2,83 (AOR=2,83; IC 95%: 2,33-3,43; p<0,05) y la dependencia un 7,32 (AOR=7,32; IC 95%: 5,51-9,72; p<0,05) El estudio se desglosa entre consumidores de cannabis (58,51% hombres y 41,49% mujeres) y no consumidores (44,83% hombres y 55,17% mujeres).	El estudio sugiere la existencia de una relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de TPE, y que la probabilidad aumenta a medida que asciende la gravedad del consumo.
(Hasin, 2011) EEUU	Estudio prospectivo de tres años	N= 5.643 Muestra epidemiológica Mayores de 18 años.	TPE TPP TPESQ AUDADIS-IV	Historia familiar de consumo Trastornos del Eje 1 del DSM-IV*	Alcohol Cannabis Nicotina AUDADIS-IV Se evalúa el consumo en los últimos 12 meses en la fase inicial y una continuidad a lo largo de 3 años.	El TPE aumenta 3.36 veces las posibilidades de que una adicción al alcohol se vuelva persistente (AOR=3.36; IC 95%: 1,98-5,72; p< 0,001) y un 5.90 para adicción a cannabis (AOR=5.90; IC 95%: 2,68-13,00; p< 0,01)	Los resultados sugieren que el TPE es uno de los predictores más potentes de la persistencia a largo plazo de las adicciones

(Skinstad & Swain, 2001)	Estudio transversal	N =125	TPE TPP TPESQ	Trastornos de ansiedad	Alcohol Marihuana Estimulantes Sedantes Cocaína Heroína PCP Inhalantes Tabaco	El TPESQ muestra una prevalencia en dependientes de alcohol de un 22,7% y en policonsumo del 14%.	Los resultados sugieren que el TPESQ es el trastorno del Cluster A que presenta una prevalencia más relevante con la dependencia al alcohol, mayor que al policonsumo. En contraste, el TPE y el TPP parecen vincularse más con el policonsumo.
EEUU		Muestra clínica en centros de tratamiento de TUS	SIDP-R	Trastornos del estado de ánimo	Entrevista Quick-DIS Sistema SARS Entrevista	El TPE muestra una prevalencia del 0% en alcohol y del 2,3% en policonsumo.	
		100% hombres		Clusters B y C		El TPP muestra una prevalencia del 0% en alcohol y del 9,3% en policonsumo.	
		Edad media de 29,48 años (DT:7)			Se evalúa el consumo tanto de los últimos 12 meses como a lo largo de la vida.		
González et al., 2019	Estudio transversal	N= 837	TPE TPP TPESQ	NR	Alcohol Cocaína Opiáceos Sedantes	En sujetos con TPE, la prevalencia con el trastorno por uso de cannabis es del 46,8%, superior a la del grupo sin trastorno, del 40,9%, por lo que la diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p>0.05$)	El TPP mostró asociaciones significativas con la cocaína y el alcohol.
España		Muestra clínica procedente de unidades de salud mental y TUS	PDQ-4+ MINI		MINI		
		617 hombres y 220 mujeres,			Se evalúa el consumo a lo largo de la vida.	En sujetos con TPP sí se mostró una asociación significativa con el consumo de cocaína y alcohol.	Todos los TUS resultaron más prevalentes en hombres a excepción de los sedantes (no hubo diferencia de género)
		Edad media de 37,5 años (DT=9,94) en el grupo con TP y de 39,21 años (DT= 10,21) sin él.					

(Qassimi et al., 2023)	Estudio transversal	N=54	TPE TPP TPESQ PDQ-4+	Alexitimia	Cannabis Tabaco Sedantes y ansiolíticos Alcohol Estimulantes Cocaína Inhalados Opioides	En el grupo de pacientes con TUS, la presencia del TPESQ fue del 31%, el trastorno TPP del 15% y el TEP del 9%	Los hallazgos del estudio sugieren que el TPESQ como el perfil más prevalente con el consumo de sustancias
Marruecos		Muestra clínica en un centro de adicciones de un hospital universitario					
		El 100% son hombres					
		Edad media: 27,07 años (DT=8,22)			Criterios DSM-V Historial de consumo		
					Se evalúa el consumo en los últimos 12 meses		
(Magor-Blatch et al., 2014)	Estudio longitudinal	N=213	TPE TPP TPESQ MCM-II	Trastornos del Eje 1 y del Eje 2 del DSM-IV*	ATS (sustancia principal) Heroína Alcohol Cannabis Benzodiacepinas Medicamentos sin receta	Se observó sintomatología propia de TPP, TEP Y TEPSQ en consumidores de ATP	Los resultados sugieren que se observa una elevada frecuencia de sintomatología de TP en población consumidora de ATS
Australia		Muestra clínica, residentes de comunidades terapéuticas					
		130 hombres y 83 mujeres					
		Edad media de 33,94 años (DT=7,90)			Criterios DSM-V MCM-III		
(Grant et al., 2016)	Estudio transversal	N=36.309	TPE AUDADIS-V	TEPT Depresión mayor Distimia Trastorno bipolar Trastornos de ansiedad TLP Antisocial	Cannabis Opioides Heroína Cocaína Anfetaminas Sedantes Alucinógenos Éxtasis	Tanto el TUS evaluado en los últimos 12 meses (AOR= 1,5; IC 95%: 1,18-1,87; p< 0,05) como el evaluado a lo largo de la vida (AOR= 1,5; IC 95%: 1,23-1,73; p< 0,05)	Los hallazgos del estudio sugieren una relación positiva entre el TUS y el TPE, tanto evaluado en consumo reciente como a lo largo de la vida.
EEUU		Muestra epidemiológica					
		Mayores de 18 años					

					Ketamina MDMA Inhalantes	presentan una asociación significativa con el TPE.	
					AUDADIS-V		
					Se evaluó el consumo a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses		
(Lindström et al., 2025)	Estudio longitudinal	N= 667	TPE	Ansiedad Depresión	Alcohol	El 20.2% de los pacientes con TPE presentaban un TUS al ser evaluados, el 12,9% presentaba un trastorno por alcohol y el 12,1% por TUS	Los resultados del estudio parecen indicar una elevada prevalencia de comorbilidad entre el TPE y el consumo de sustancias
Suecia		Muestra epidemiológica	Criterios del CIE-10	Otros trastornos de personalidad TDAH Trastorno bipolar	Otras drogas (cannabis, anfetaminas, opioides, etc.)		
		385 hombres y 282 mujeres			Criterios del CIE-10 Registro de pacientes de Suecia		
		Edad media de 41,9 años (IQR=28,9-53,5)			Se evalúa el consumo a lo largo de la vida		
(Fenton et al., 2012)	Estudio longitudinal	N= 613	TPE	Trastornos del Eje 1 y del Eje 2 del DSM-IV*	Cannabis Opioides Cocaína Sedantes Alucinógenos Estimulantes Tranquilizantes Inhalantes Heroína Otras drogas	El TPE se muestra como predictor de la cronicidad del consumo (OR=2,77; IC 95%: 1,42-5,39; p<0,01)	Según los resultados, el TPE parece ser uno de los predictores más robustos de persistencia al TUS durante un periodo de tres años
EEUU		Muestra epidemiológica	AUDADIS-IV Criterios del DSM-IV			Por el contrario, el TPP presenta (OR=0,86; IC 95%: 0,48-1,56) y el TPESQ, (OR=0,60; IC 95%: 0,28-1,29), por lo que no son estadísticamente significativos	
		67,50% hombres y 32,50% mujeres			AUDADIS-IV Criterios del DSM-IV		
		Mayores de 18 años					

					Se evalúa el consumo en los últimos 12 meses y una persistencia a 3 años.		
López y Becoña , 2006	Estudio transversal	N= 102	TPE TPP TPESQ	Trastornos del Eje 1 y del Eje 2 del DSM-IV*	Cocaína	El 100% de los sujetos que puntuaron para TEP llevaban consumiendo cocaína de 11 a 15 años.	Los resultados sugieren que el TPP es una de las patologías de personalidad más frecuentes en consumidores de cocaína.
España		Muestra clínica de sujetos con dependencia a la cocaína en centros de tratamiento	MCMII-II SCID-I Cuestionario Ad Hoc		SCID-I Cuestionario Ad Hoc Cuestionario de otras sustancias MCMII-II	El TPP se presenta en el 10,8% de los sujetos con dependencia a la cocaína	
		87 hombres y 15 mujeres			Se evalúa el consumo en los últimos 12 meses.		La presencia de TEP podría estar relacionada con un periodo temporal específico de consumo de cocaína

Notas: *Hace referencia a la clasificación del DSM-IV, donde el Eje 1 incluía los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de conducta alimentaria, del sueño y conducta sexual, psicóticos y por uso de sustancias, mientras que el Eje 2 comprendía los trastornos de personalidad y la discapacidad intelectual.

3.3. Resultados de los estudios seleccionados

TPE y TUS

Tras un análisis exhaustivo de la literatura seleccionada, se observó según que el TPE es el trastorno perteneciente al Cluster A más frecuentemente estudiado junto con el TUS.

Según Grant et al., (2015), las personas con un diagnóstico de TPE poseen 1,5 veces más posibilidades de desarrollar TUS ilícitas a lo largo de su vida que la población general. Estas asociaciones fueron encontradas tanto en la evaluación del consumo reciente (últimos 12 meses) como en el consumo a lo largo de la vida. Esta asociación se mantuvo significativa incluso en los modelos ajustados por comorbilidades psiquiátricas (Grant et al., 2015).

Dentro del ámbito clínico, también se ha observado esta asociación. Según Lindström et al., (2025), se ha observado que en pacientes con un diagnóstico de TPE, un 20,2% presentaba comorbilidad con TUS: específicamente, el 12,9% por consumo de alcohol y el 12,1% el consumo de otras drogas ilícitas. Una asociación similar, aunque de menor magnitud, se observa cuando la relación se analiza de manera inversa; en una muestra clínica en tratamiento por adicciones, se identificó TPE en el 9% de los sujetos (Qassimi et al., 2023). Asimismo, se ha observado también elevada sintomatología de TP en residentes de comunidades terapéuticas con adicción al consumo de anfetaminas (Magor-Blatch et al., 2014).

A diferencia de otros TP, el TPE se muestra como un predictor robusto de la cronicidad del TUS. Con base en la investigación de Fenton et al., (2012), en un estudio prospectivo de tres años, el TPE se asoció con una probabilidad 2,77 veces mayor de que el TUS persistiera en el tiempo, situándose como el trastorno con mayor fuerza de asociación entre los tres estudiados. Asimismo, la cronicidad del TUS en personas con TPE también parece estar influida por la sustancia consumida, siendo el cannabis la sustancia con mayor repercusión y aumentando un 5,90 veces las posibilidades de persistencia del trastorno.

De la misma manera, los estudios seleccionados también muestran una fuerte asociación entre el TPE y el consumo de cannabis. En contextos de tratamiento por TUS, se ha encontrado que el 46,8% de los pacientes con TPE presentaban también un trastorno por uso de cannabis (González et al., 2019). Asimismo, en el estudio de Qassimi et al., (2023), se identificó al cannabis como la sustancia psicoactiva asociada a una adicción de mayor gravedad.

En esta línea, Davis et al., (2013) identificaron que la probabilidad de presentar TPE aumentaba con la gravedad del consumo. Mientras que el consumo de cannabis

alguna vez en la vida aumenta el riesgo 2,02 veces, se eleva a 2,83 veces en caso de abuso hasta alcanzar las 7,32 veces en caso de la dependencia. Es por lo que estos datos apuntan a que padecer un TPE está vinculado con el uso de cannabis y la intensidad de éste.

TPP y TUS

Aunque la literatura científica no muestra una asociación tan consistente con el TPP y el TUS como la observada en el caso del TPE, sí se evidencia una conexión relevante entre ambos. En el ámbito clínico, se ha documentado una prevalencia del 15% de TPP en personas que acudían a programas de tratamiento para adicciones (Qassimi et al., 2023).

En la relación entre TPP y TUS destaca particularmente el consumo de cocaína y alcohol. Según el Estudio Madrid, González et al. (2019) encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el TPP y el consumo de cocaína, así como entre el TPP y el consumo de alcohol.

Sin embargo, a diferencia de lo observado en otros TP, el TPP no parece comportarse como un predictor consistente de la cronicidad de TUS. En el estudio de Fenton et al., (2012), el TPP no mostró una relación estadísticamente significativa con la persistencia del TUS a lo largo del tiempo.

TPESQ y TUS

Respecto al TPESQ y su vínculo con el TUS, la literatura parece mostrar una asociación menos consistente que la observada en otros trastornos del Cluster A, aunque también se han descrito relaciones con el TUS

En estudios como el de Qassim et al., (2023), se señala el TPESQ es el trastorno del Cluster A más prevalente entre los pacientes con TUS de un centro de tratamiento de adicciones, alcanzando una prevalencia del 31%. Por otra parte, en la investigación de Skinstad y Swain (2001), realizada en pacientes internos en centros de tratamiento por adicciones, se registró una prevalencia del 14,4%. En cambio, en un contexto ambulatorio, esta cifra descendió hasta el 6,2% (González et al., 2019), situándolo como el trastorno perteneciente al Cluster A con menos relación con el TUS.

Un hallazgo destacable es la asociación entre el TPESQ y el consumo de alcohol. Skinstad y Swain (2001) observaron que el TPESQ es el trastorno que presenta una prevalencia más elevada con el consumo de alcohol, por encima del TPE y del TPP, identificándose con el 22,7% de los sujetos. Sin embargo, el estudio de González et al., (2019) indica que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre este trastorno y el TUS.

En cuanto a la evolución de la adicción en el tiempo, Fenton et al., (2012) observaron que el diagnóstico de TPESQ tampoco actuaba como predictor de la cronicidad de la adicción. De hecho, de los tres trastornos de personalidad del Cluster A analizados, fue el que mostró menor capacidad predictiva de cronicidad.

Género, TP y TUS

Finalmente, otro de los factores ampliamente mencionados es la variable del género. En general, estudios como el de Grant et al., (2015) señalan que los TUS son considerablemente más prevalentes en hombres que en mujeres, destacando que la prevalencia de TUS a lo largo de la vida es de 12,3% en hombres frente al 7,7% en mujeres.

Esta asociación se respalda en otras investigaciones como el Estudio Madrid (González et al., 2019), donde todos los TUS evaluados (cannabis, cocaína alcohol y opiáceos) resultaron ser más frecuentes en hombres, aunque con una excepción destacable; el consumo de sedantes e hipnóticos, que no presenta diferencias significativas de género, e incluso puede ser mayor en mujeres.

Otro hallazgo más específico en relación al género es que la presencia del TPE actúa como factor de riesgo para las mujeres con consumo combinado de sustancias (opioides y sedantes), ya que, según el estudio de Ellis et al., (2020), las mujeres que sufren TPE poseen 5,78 veces más de probabilidades de desarrollar un trastorno por uso de sedantes junto a opioides. En esta misma muestra, la relación entre estos trastornos en hombres no fue tan estadísticamente significativa.

En cuanto a los TP, diversos estudios incluidos cuentan con una representación masculina mucho mayor en sus muestras, especialmente en las clínicas. Investigaciones como la de Skinstad y Swain (2001) y Qassimi et al., (2023) analizaron muestras compuestas únicamente por hombres. De la misma manera, otros estudios como el de Hasin et al., (2011) o Fenton et al., (2012) presentaron muestras compuestas mayoritariamente por hombres. Asimismo, se ha observado que el TPE presenta una prevalencia más alta en varones que en mujeres, según el estudio de Lindström et al., (2025).

3.4. Riesgo de sesgos

En los Anexos 1 y 2 se detalla la evaluación del riesgo de sesgo. En términos generales, tanto los estudios transversales como los longitudinales/prospectivos mostraron un bajo riesgo de sesgo, con una calidad metodológica alta o moderada.

En los estudios transversales, los estudios de Skinstad y Swain (2001), Qassimi et al., (2023) y López y Becoña (2006) fueron clasificados con calidad metodológica moderada debido a que no cumplieron de forma clara el criterio 6 de la lista JBI para estudios transversales analíticos, ya que a diferencia de otros estudios que utilizan sistemas de software avanzado como SUDAAN o SAS con el objetivo de controlar los factores de confusión, estos tres estudios emplean únicamente una metodología más descriptiva.

En relación a los estudios longitudinales/prospectivos, todos obtuvieron una valoración de calidad metodológica alta, salvo Magor-Blatch et al., (2014), que fue clasificado como de moderada por la falta de claridad en el cumplimiento del criterio 5 de la lista JBI para estudios de cohortes, ya que, de la misma manera que ocurre con los estudios transversales, este estudio basa sus comparaciones en chi-cuadrado y pruebas t y no en métodos de regresión, por lo que también dificulta el control de los factores de confusión.

4. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión sistemática fue analizar la prevalencia entre los TP del Cluster A y el TUS. Los hallazgos sugieren que el TPE es el trastorno del Cluster A que presenta una relación más consistente con el consumo de sustancias y con la persistencia del TUS.

Los estudios incluidos indican que las personas con un diagnóstico de TPE presentan una mayor probabilidad de desarrollar un TUS en comparación con la población general. Esta asociación se observa tanto en estudios epidemiológicos como en muestras clínicas, lo que sugiere que no es puramente circunstancial, sino que existe un factor de riesgo per se en el diagnóstico de TPE. No obstante, dado que una parte importante de los estudios presenta un diseño transversal, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que no permiten establecer relaciones causales claras entre TPE y TUS.

Otra de las implicaciones más relevantes es que el TPE parece asociarse no solo con una mayor presencia de TUS, sino también con una evolución más persistente y cronicada del consumo. En este sentido, los estudios prospectivos señalan que el TPE podría estar relacionado con la persistencia del TUS. Por el contrario, esta asociación no parece observarse con la misma consistencia en el TPP y el TPESQ, cuyos resultados muestran una menor vinculación con la cronicidad del consumo. Estos hallazgos son congruentes con lo señalado por Szerman & Peris (2015), quienes señalan que la comorbilidad entre trastornos de personalidad y TUS se asocia con una mayor gravedad clínica, peor evolución y resultados terapéuticos menos favorables.

Dentro de las sustancias analizadas, el cannabis aparece como la droga más frecuentemente relacionada con los trastornos del Cluster A, especialmente con el TPE. Los estudios incluidos sugieren una relación entre la cantidad de cannabis consumida y el riesgo de desarrollar TPE, observándose un incremento de este riesgo a medida que aumenta la frecuencia y gravedad del consumo. Asimismo, los datos de los estudios longitudinales señalan que el TPE podría estar asociado con una mayor persistencia del consumo de cannabis a lo largo del tiempo (Hasin et al., 2011). Sin embargo, la mayoría de estudios incluidos presentan diseños transversales, lo que dificulta determinar la direccionalidad de esta relación.

Además, de acuerdo con algunos estudios, el trastorno por uso de cannabis suele coexistir con el consumo de cocaína, opioides y otras sustancias, actuando como un posible facilitador del policonsumo y dando lugar a un manejo terapéutico más complejo (Hasin & Walsh, 2020).

Otro hallazgo de esta revisión es la marcada diferencia de investigación existente entre los propios trastornos que engloba el Cluster A. Mientras que el TPE concentra la mayor parte de literatura científica, el TPP y TPESQ se mantienen como entidades menos investigadas. Esta menor presencia de resultados podría atribuirse, en parte, a las dificultades para identificar y captar a estos pacientes en ámbitos clínicos. En el caso del TPP, la desconfianza interpersonal característica del trastorno puede dificultar la búsqueda de ayuda profesional. Del mismo modo, en el TPESQ, el aislamiento social y el bajo interés por las relaciones interpersonales podrían reducir el contacto con servicios asistenciales.

Respecto al TPP, los hallazgos muestran que, si bien se ha visto una asociación significativa con la cocaína y el alcohol (González et al., 2019), no parece asociarse con la persistencia del consumo a largo plazo de forma tan consistente como ocurre con el TPE (Fenton et al., 2012).

Por su parte, el TPESQ es el trastorno del Cluster A con resultados menos consistentes en relación al TUS. Algunos estudios señalan una relación con el consumo

de alcohol, incluso superando al TPE y TPP (Skinstad y Swain, 2011). No obstante, en términos de cronicidad, el TPESQ es el trastorno que menor peso estadístico muestra para la persistencia de TUS, por lo que de la misma manera que ocurre con el TPP, tampoco se muestra como un predictor sólido de cronicidad.

En cuanto al género, los resultados de esta revisión indican una mayor prevalencia general de TUS en hombres, en línea con la literatura previa (Fenton et al., 2012); (Grant et al., 2015); (Hasin et al., 2011). No obstante, algunos hallazgos también sugieren patrones de consumo en mujeres, especialmente en opioides y sedantes, una asociación que no se observó con la misma intensidad en hombres. (González et al., 2019).

Estos resultados sugieren la pertinencia de considerar el género como una variable relevante en el estudio de la comorbilidad entre los trastornos de personalidad del Cluster A y el consumo de sustancias.

Esta revisión presenta diferentes limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, existe una considerable heterogeneidad metodológica entre los estudios, tanto en los instrumentos de evaluación como en las diferentes características de las muestras analizadas, lo que dificulta la comparación de resultados obtenidos y limita extraer conclusiones firmes.

En segundo lugar, la mayoría de los estudios incluidos fueron realizados en Estados Unidos, lo que podría dificultar extrapolar hallazgos a otros contextos socioculturales diferentes.

Otra limitación relevante es la escasez de estudios centrados específicamente en TPP y TPESQ. Esta falta de investigación reduce la consistencia de los hallazgos relativos a estos trastornos en comparación con el TPE, que ha recibido mayor atención científica. De la misma manera ocurre con el predominio de estudios transversales, lo que podría dificultar establecer relaciones causales claras entre ambos trastornos. Por ello, serían necesarios más investigaciones longitudinales que permitan analizar la relación entre ambos trastornos y evolución conjunta a lo largo del tiempo.

En conclusión, los hallazgos de esta revisión muestran una asociación entre los TP del Cluster A y el TUS, especialmente en el caso del TPE, que aparece como el trastorno más vinculado tanto al consumo como a la persistencia del TUS. No obstante, la evidencia sobre el TPP y el TPESQ es todavía limitada y menos consistente. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de incidir más en la investigación de estos trastornos y sus implicaciones clínicas, con el objetivo de comprender mejor el papel que desempeñan en el desarrollo y tratamiento de los TUS.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Barker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., Pope, M., Nicol, K., & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 45(9), 1955-1964. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003079>
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press.
- Davis, G. P., Compton, M. T., Wang, S., Levin, F. R., & Blanco, C. (2013). Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.018>
- Ellis, J. D., Pittman, B. P., & McKee, S. A. (2020). Co-occurring opioid and sedative use disorder: Gender differences in use patterns and psychiatric co-morbidities in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 114, 108012. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108012>
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 515–528. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9183-8>
- Faridhosseini, F., Saghebi, A., & Mirzadeh, M. (2019). Personality disorders and substance use disorders: A narrative review. *Electronic Physician*, 11(2), 7558-7563. <https://doi.org/10.19082/7558>
- Fenton, M. C., Keyes, K. M., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A. E., Krueger, R. F., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107(3), 599–609. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x>
- Fuster, D., Zuluaga, P., & Muga, R. (2024). Substance use disorder: Epidemiology, medical consequences and treatment. *Medicina Clínica (English Edition)*, 162(9), 431-438. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2023.11.021>

- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., Huang, B., & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 39–47. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132>
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C., & Grant, B. F. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1158–1167. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.136>
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations Between Four Types of Childhood Neglect and Personality Disorder Symptoms During Adolescence and Early Adulthood: Findings of a Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 171-187. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.171>
- Kerridge, B. T., Saha, T. D., & Hasin, D. S. (2014). DSM-IV schizotypal personality disorder: A taxometric analysis among individuals with and without substance use disorders in the general population. *Mental Health and Substance Use*, 7(4), 446-460. <https://doi.org/10.1080/17523281.2014.946076>
- Lindström, S., Nordgaard, J., & Berge, J. (2025). Transition from schizotypal disorder to non-affective psychotic disorders including schizophrenia: A nationwide Swedish cohort study. *Psychiatry Research*, 348, 116470. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116470>
- Magor-Blatch, L. E., Keen, J. L., & Bhullar, N. (2014). Personality factors as predictors of programme completion of drug therapeutic communities. *Mental Health and Substance Use*, 7(2), 110-124. <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.806345>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(6), 517–527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457–473. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.457>
- Qassimi, F., Boujraf, S., Khlifi, A., Lamgari, G., El Bourachedy, Z., Aarab, C., Aalouane, R., & Bout, A. (2023). Substance use disorder, alexithymia, and personality disorders: What is the link? Pilot African study. *OBM Neurobiology*, 7(3), 1–19. <https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2303176>
- Skinstad, A. H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(1), 45–64. <https://doi.org/10.1081/ADA-100103118>
- Szerman, N., & Peris, L. (2015). Personality Disorders and Addiction Disorders. En N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 2063-2083). Springer Milan. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_120
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590–596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412–426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)
- Ward, R. K. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American Family Physician*, 70(8), 1505–1512
- Wyckoff, A. M., & Trull, T. J. (2026). Affective Factors in the Co-Occurrence of Personality Disorders and Substance Use Disorders. *Current Addiction Reports*, 13(1), 17. <https://doi.org/10.1007/s40429-026-00719-1>

6. ANEXOS

Anexo 1. Evaluación de riesgo de sesgos en artículos transversales

Autor	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Calidad metodológica
Kerridge et al., (2014)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Ellis et al., (2020)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Davis et al., (2013)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Skinstad y Swain (2001)	Si	Si	Si	Si	Si	No claro	Si	Si	Moderada
González et al., (2019)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Qassimi et al., (2023)	Si	Si	Si	Si	Si	No claro	Si	Si	Moderada
Grant et al., (2015)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
López Durán y Becoña Iglesias (2006)	Si	Si	Si	Si	Si	No claro	Si	Si	Moderada

Nota: Criterios evaluados:

C1: ¿Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra?

C2: ¿Se utilizaron criterios objetivos y estándar para la medición de la condición?

C3: ¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?

C4: ¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?

C5: ¿Se identificaron los factores de confusión?

C6: ¿Se utilizaron estrategias para tratar los factores de confusión?

C7: ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?

C8: ¿Se describieron detalladamente los sujetos del estudio y el entorno?

Anexo 2. Evaluación de riesgo de sesgo en estudios longitudinales

Autor	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	Calidad metodológica
Hasin et al., (2011)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Fenton et al., (2012)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Lindström et al., (2025)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Alta
Magor-Blatch et al., (2014)	Si	Si	Si	Si	No claro	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Moderada

Nota: Criterios evaluados:

C1: ¿Eran los dos grupos similares y reclutados de la misma población?

C2: ¿Se midieron las exposiciones de forma similar para asignar a las personas tanto al grupo expuesto como al no expuesto?

C3: ¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?

C4: ¿Se identificaron los factores de confusión?

C5: ¿Se utilizaron estrategias para tratar los factores de confusión?

C6: ¿Estaban los grupos/participantes libres de resultado al principio del estudio (o en el momento de la exposición)?

C7: ¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?

C8: ¿Se informó del tiempo de seguimiento y fue lo suficientemente largo como para que ocurrieran los resultados?

C9: ¿Fue el seguimiento completo, y si no, se describieron y exploraron las razones de la pérdida del seguimiento?

C10: ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?

C11: ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?