



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Diferencias de Género en Personas en Tratamiento con Trastorno por Consumo de Sustancias.

Exploración de Ansiedad, Depresión e Impulsividad

Trabajo fin de estudio presentado por:	Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en adultos.
Director/a:	Sara Barbeito Resa
Fecha:	2024

Índice de contenidos

Resumen	6
Abstract	7
1. Marco teórico	8
1.1 Consumo de sustancias: prevalencia	8
1.2. Trastorno por consumo de sustancias – TCS	9
1.3. Género	11
1.4. Género en el ámbito de las adicciones.	12
1.5. Variables relacionadas con TCS	12
2. Justificación	20
3. Objetivos	21
4. Hipótesis	22
5. Marco metodológico	23
5.1. Diseño	23
5.2. Muestra	24
5.3. Instrumentos	25
5.4. Procedimiento	28
5.5. Análisis de datos	30
6. Resultados	31
6.1. Estadísticos descriptivos	31
6.1.1. Datos sociodemográficos	31
6.1.2. Datos clínicos de la muestra total (n40) y en función del género (n20 y n20)	38
6.2. Pruebas de Normalidad	41
6.3. Estadísticos Inferenciales	42

7.	Discusión	46
7.1.	Limites	50
7.2.	Prospectiva	51
	Referencias Bibliográficas	52
	Anexos	56

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Prevalencia del cuadro depresivo mayor por género</i>	17
Tabla 2 <i>Sintomatología depresiva por género</i>	18
Tabla 3 <i>Distribución género muestra total (n 40)</i>	31
Tabla 4 <i>Distribución edad muestra total (n 40) y en función del género (n20 y n20)</i>	31
Tabla 5 <i>Distribución edad en función del género (n20 y n20)</i>	32
Tabla 6 <i>Sustancia principal consumo muestra total (n 40)</i>	33
Tabla 7 <i>Sustancia principal de consumo en función del género</i>	33
Tabla 8 <i>Sustancia secundaria consumo muestra total (n 40)</i>	33
Tabla 9 <i>Sustancia secundaria consumo en función del género (n20 y n20)</i>	34
Tabla 10 <i>Forma de inicio del consumo muestra total (n40)</i>	35
Tabla 11 <i>Forma de inicio del consumo en función del género (n20 y n20)</i>	36
Tabla 12 <i>Forma de generar ingresos para el consumo de sustancias de la muestra total (n40)</i>	36
Tabla 13 <i>Forma de generar ingresos para el consumo de sustancias en función del género (n20 y n20)</i>	37
Tabla 14 <i>Ansiedad (STAI estado/rasgo) Muestra total (n40)</i>	38
Tabla 15 <i>Ansiedad (STAI) Muestra total y en función del género (n20 y n20)</i>	38
Tabla 16 <i>Impulsividad (BIS) Muestra total (n40)</i>	39
Tabla 17 <i>Impulsividad (BAIS) Muestra total y en función del género (n20 y n20)</i>	39
Tabla 18 <i>Depresión (BDI) Muestra total (n40)</i>	40
Tabla 19 <i>Depresión (Escala de Beck) Muestra total y en función del género (n20 y n20)</i>	40
Tabla 20 <i>Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk</i>	41

Tabla 21 <i>Comparación de medias ansiedad (estado y rasgo) en función del género</i>	42
Tabla 22 <i>Comparación de medias en impulsividad en función del género</i>	43
Tabla 23 <i>Comparación de medias para depresión en función del género</i>	43
Tabla 24 <i>Correlación de las variables cuantitativas: edad, nivel de ansiedad estado (AE), ansiedad rasgo (AR), impulsividad y depresión</i>	44

Resumen

Históricamente se ha profundizado escasamente las adicciones desde la perspectiva femenina. Este trabajo examina las diferencias de género en las variables psicológicas asociadas al trastorno por consumo de sustancias. Se reclutaron 40 personas adultas con TCS a los que se les aplicó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), escala de impulsividad de Barrat (BIS) y cuestionario de depresión de Beck (BDI). Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en depresión e impulsividad, teniendo los hombres un nivel más alto de impulsividad y las mujeres un nivel más alto de ansiedad y depresión. Además, se identifican disparidades en la forma de inicio del consumo, (hombres con las amistades y mujeres con la pareja); y en la forma de obtención de recursos (robo en hombres y prostitución en mujeres). Es necesario tener en cuenta el género en la planificación del tratamiento del trastorno del TCS.

Palabras clave: Adicciones, género, ansiedad, impulsividad, depresión

Abstract

Historically, addictions from a female perspective have been inadequately explored. This study examines gender differences in psychological variables associated with substance use disorder. Forty adults with SUD were recruited, and they underwent assessment using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Barratt Impulsivity Scale (BIS), and Beck Depression Inventory (BDI). Significant differences were found between men and women in depression and impulsivity, with men exhibiting higher levels of impulsivity and women demonstrating higher levels of anxiety and depression. Disparities were also identified in the initiation of substance use, with men influenced by friendships and women by their partners. Additionally, variations were observed in resource acquisition, with theft more common among men and prostitution among women. It is crucial to consider gender in the planning of SUD treatment.

Keywords: Addictions, gender, anxiety, impulsivity, depression.

1. Marco teórico

1.1 Consumo de sustancias: prevalencia

El consumo de sustancias se manifiesta como uno de los retos más acuciantes para la salud en la contemporaneidad, enmarcando una amplia variedad de parámetros que inciden de diversas maneras en su análisis y comprensión. Según el informe global sobre drogas publicado en 2017 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017), se estima que en torno a 255 millones de individuos han experimentado el consumo de sustancias como el alcohol, cannabis, opiáceos, cocaína o estimulantes anfetamínicos al menos una vez en el año precedente, lo que se traduce en una prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas del 5,3 %.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en su informe de 2018, revela que el uso nocivo del alcohol provoca anualmente la lamentable pérdida de 3,3 millones de vidas en todo el mundo, lo que representa el 5,9 % de todos los fallecimientos registrados. Paralelamente, alrededor de 6 millones de personas mueren debido al consumo de tabaco, mientras que alrededor de 200,000 individuos mueren a causa del uso de otras sustancias. Las repercusiones del consumo y abuso de estas sustancias no se limitan exclusivamente a estas muertes individuales, sino que sus efectos se propagan en cascada, afectando aspectos que se traducen en enfermedades con el potencial de perjudicar a amplios segmentos de la población mundial.

En definitiva, el consumo de sustancias adictivas constituye un desafío global que no solo se traduce en la pérdida de vidas humanas, sino que también afecta de manera profunda la salud y el bienestar de comunidades y sociedades a nivel mundial.

Los resultados de la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES, 2022), publicada por el Ministerio de Sanidad, revelan las sustancias de mayor prevalencia de consumo en el país durante los últimos 12 meses. De acuerdo con el informe, entre las sustancias más consumidas en ese período se destacan el alcohol (76,4%), el tabaco (39,0%), los hipnosedantes (13,1%), el cannabis (10,6%) y la cocaína (2,4%). Se observa que el grupo de edad de 15 a 34 años registra un mayor consumo, con la excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides, cuyo consumo aumenta a partir de los 35 años.

En el año 2021, se evidenció que aproximadamente el 68% de los hombres y el 73,5% de las mujeres en España consumieron alcohol en algún momento, mientras que el consumo de tabaco se situó en el 27,3% para los hombres y el 34,2% para las mujeres. En lo que respecta a sustancias ilegales, únicamente en el caso de los hipnosedantes, el consumo fue mayor entre la población femenina.

Es importante destacar que persiste una demanda insatisfecha en cuanto al tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de drogas, con notables disparidades de género en el acceso. A nivel mundial, aproximadamente una de cada cinco personas con trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento en 2021.

No obstante, se observan marcadas diferencias entre regiones y en la calidad y el tipo de tratamiento ofrecido. Además, no todas las modalidades de tratamiento respetan los derechos humanos ni se basan en evidencia científica.

Las mujeres enfrentan obstáculos específicos para acceder a los servicios de tratamiento de consumo de drogas. En 2021, a pesar de que el 45% de las personas que consumieron estimulantes de tipo anfetamínico en el último año eran mujeres, solo el 27% de las personas en tratamiento pertenecían a este grupo.

1.2. Trastorno por consumo de sustancias - TCS

Aunque en la literatura aún se usan de manera intercambiable los términos "adicción" y "trastorno por consumo de sustancias", el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (quinta edición), DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ha introducido cambios significativos en comparación con su versión anterior, el DSM-IV (Apa., 1994). Ahora, el capítulo que aborda este tema se llama "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos", reservando el término "adictivo" exclusivamente para la ludopatía. El término "adicción" se excluye para otras conductas que, a menudo de manera errónea, se denominan "adicciones comportamentales" incluso en contextos científicos. Este aspecto podría ser la única fuente de controversia en el campo de las adicciones.

Otros cambios importantes en el DSM-IV (Apa., 1994) incluyen la renuncia explícita al uso del término "adicción" al tratar los trastornos por consumo de sustancias. Además, las categorías de "abuso" y "dependencia", que anteriormente eran excluyentes entre sí en las versiones anteriores del DSM,

ahora se conceptualizan de manera dimensional. De hecho, el manual considera que existe una única dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancias.

Dado lo anterior, parece más apropiado reemplazar el término "adicción" por "Trastorno por uso/consumo de sustancias" (a partir de ahora TCS).

En cualquier caso, ya sea utilizando los términos "adicción" o "drogodependencia" que todavía se utilizan en los artículos científicos, o la denominación más actual de "Trastorno por consumo de sustancias" (TCS), se observa que hay pocos malentendidos en su interpretación. Incluso a pesar del cambio conceptual mencionado, la mayor parte de la comunidad científica acepta que estos términos se refieren a problemas de salud mental, independientemente de su relación con otros aspectos sociales, y que los protocolos establecidos en los manuales psiquiátricos como el DSM-5 (Apa., 2013) o el CIE-10 (OMS, 1992) son los que definen los criterios adecuados para su uso e interpretación. Esto implica que, aunque tradicionalmente se haya considerado que el TCS es un problema de salud pública con múltiples causas que requiere intervenciones inter o multidisciplinares, la definición contenida en los manuales psiquiátricos es ampliamente aceptada como punto de partida común y consensuado por todas las partes involucradas, incluyendo profesionales de la salud y la sociedad en general.

El Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la compulsión de buscar y consumir una o varias sustancias adictivas, a pesar de las consecuencias negativas que ello conlleva, como se plantea en el estudio de Kalivas y Volkow (2005). De acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-5 (Apa, 2013), un individuo puede ser identificado con TCS si muestra las siguientes manifestaciones: una intensa necesidad y deseo de consumir la sustancia adictiva, resistencia para controlar su consumo, experimenta síntomas de abstinencia al intentar reducir o suspender el consumo, desarrolla tolerancia a los efectos de la sustancia, dedica gran parte de su día a obtener y consumir la sustancia, y continúa utilizando a pesar de los problemas laborales o sociales que esto pueda causar.

El TCS se caracteriza por una ausencia de control en el consumo de sustancias adictivas, como se detalla en los criterios del DSM-5 (Apa, 2013). Algunos expertos han propuesto que, desde una perspectiva conductual, el TCS puede entenderse como una secuencia de ciclos recurrentes compuestos por tres etapas: la fase de consumo compulsivo y embriaguez, la fase de abstinencia y afecto negativo, y la fase de preocupación y ansia. Estas etapas están asociadas con modificaciones

neurofisiológicas en sistemas tales como el de recompensa, defensa y función ejecutiva, según lo señalado en el estudio de Koob y Volkow (2016).

1.3. Género

El género es un constructo complejo y multidimensional que influye en el comportamiento humano, abarcando conductas, emociones, ideologías, y símbolos. Este constructo se origina a partir de una dicotomía ampliamente aceptada como natural: la distinción entre hombres y mujeres (RIOD, 2020).

Fundamentalmente, el género se concibe como una construcción social y cultural que delinea lo que se identifica como masculino y femenino en una sociedad. Esta construcción se fundamenta en la percepción de características "biológicas" determinadas por la naturaleza, es decir, el sexo (RIOD, 2020). Estas construcciones sociales establecen pautas, valores, comportamientos, vestimenta, expresiones emocionales, entre otros aspectos, que se consideran apropiados para cada uno de los dos géneros previamente definidos y designados como "hombre" y "mujer". (RIOD, 2020).

Esta interpretación implica que el género impone diferencias en términos de normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, lo que a menudo se traduce en estereotipos de género arraigados. Sin embargo, esta concepción es parcial, ya que no capta completamente el núcleo del concepto de género (RIOD, 2020).

El marco conceptual del sistema de género/sexo, formulado teóricamente por Gayle Rubin (1975), revela que el género opera como un principio estructurador en la sociedad con una jerarquía claramente definida. Dentro de este sistema, el género se presenta como una categoría de estratificación social que confiere a los hombres una posición privilegiada en la sociedad en contraste con las mujeres, quienes ocupan una posición subordinada y menos apreciada. (RIOD, 2020).

El género se concibe como un sistema de organización social que establece distinciones entre hombres y mujeres y que, en última instancia, da lugar a situaciones de desigualdad social en las que los hombres disfrutan de ventajas en relación con las mujeres, que son subordinadas y menos valoradas en esta estructura (RIOD, 2020).

Este proceso de diferenciación se lleva a cabo mediante una construcción cultural y social, que exhibe características concretas. En primer lugar, se trata de un desarrollo histórico que se manifiesta en varios niveles de la sociedad, abarcando instituciones como el Estado, el mercado laboral, el sistema

educativo, los medios de comunicación, el marco legal, la familia y las interacciones interpersonales. Además, este proceso implica la clasificación jerárquica de dichas características y actividades, de modo que aquellas consideradas como masculinas suelen recibir una valoración social más alta (Benería, 1987).

1.4. Género en el ámbito de las adicciones.

En el sector las adicciones y las drogas, es fundamental reconocer que los consumos problemáticos en mujeres y hombres están relacionados con distintas variables sociales. Por ello, una intervención o estrategia de actuación debe considerar y analizar por separado los factores que influyen en cada género. Esto es esencial para evitar obstáculos en el acceso a los servicios de tratamiento y abordar los problemas específicos relacionados con el consumo de sustancias (RIOD, 2021).

Hasta hace poco, muchos de los estudios sobre elementos propios del consumo de drogas y las adicciones se centran en examinar la incidencia de estos problemas en hombres y mujeres. A menudo, se utilizaba la diferencia "biológica" entre los géneros como explicación principal de las diferencias observadas. Sin embargo, esta aproximación no se traduce en un análisis de género completo.

De hecho, en la actualidad, existen muy pocas redes de atención e intervención en el ámbito de las adicciones que recopilen de manera sistemática información sobre la violencia de género experimentada por las mujeres que luchan con la dependencia a sustancias (Hansen, 2020). Esto subraya la necesidad de un enfoque más integral y sensible al género en la investigación y en la prestación de servicios de tratamiento para las adicciones.

1.5. Variables relacionadas con TCS

1.5.1. Ansiedad

La ansiedad es un concepto que a menudo resulta complicado de definir sin que se entremezcle con otros términos como estrés o angustia (Sierra et al., 2003). Su característica distintiva fundamental es su cualidad anticipatoria, ya que puede surgir en respuesta a una percepción de peligro, desempeñando un papel importante como mecanismo adaptativo para proteger al individuo (Miguel-Tobal, 1996). Sin embargo, un exceso de ansiedad puede llevar a manifestaciones perjudiciales tanto

a nivel emocional como en el funcionamiento diario (Vila, 1984), e incluso puede influir en el ámbito sexual (Del Río et al., 2015). Actualmente, la ansiedad es uno de los problemas psicológicos más prevalentes (Guillén-Riquelme & Buela Casal, 2011).

El cuadro clínico asociado con la ansiedad se caracteriza por ser un estado emocional desagradable que a menudo se manifiesta con cambios fisiológicos y conductuales, que incluyen síntomas subjetivos y fisiológicos. Las personas que experimentan ansiedad suelen manifestar preocupación, miedo o temor excesivo, inquietud, irritabilidad, dificultades de concentración, obsesiones y compulsiones. Además, pueden experimentar síntomas neurovegetativos como sudoración, mareos, palpitaciones, taquicardia, temblores y molestias gastrointestinales, incluyendo diarrea, tenesmo vesical y aumento en la frecuencia urinaria. Problemas en el sueño, como la dificultad para conciliar y mantenerlo, son también comunes. Muchas personas refieren sentir que el sueño no les proporciona la sensación de haber descansado adecuadamente (Vintimila-Molina et al., 2020).

Ansiedad y TCS

En el contexto del Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS), es importante destacar que la ansiedad es uno de los síntomas más prominentes que surgen durante el síndrome de abstinencia, es decir, cuando una persona deja de consumir la sustancia (Pérez, 2011). Además, investigaciones previas han revelado que niveles más elevados de ansiedad están asociados con un mayor consumo de sustancias en general (Dorad et al., 2017; Scorzelli & Chaudhry, 2009).

En lo que respecta a los trastornos vinculados a la ansiedad, se caracterizan por la presencia de niveles elevados de ansiedad y preocupación (anticipación aprensiva), que no se corresponden con la situación que se está experimentando y que perturban la capacidad de llevar una vida normal. Estos trastornos de ansiedad pueden desempeñar un papel en el inicio de la dependencia de sustancias; los más estrechamente relacionados con el trastorno por consumo de sustancias son principalmente el trastorno de pánico, el síndrome de estrés postraumático, la fobia social y la agorafobia (Goodwin & Stein, 2013).

Entre las personas de 16 a 18 años de edad que presentan algún trastorno de ansiedad, se observa que el 28.6 % también desarrollan el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS). Asimismo, en el grupo de edades de 18 a 21 años, esta proporción aumenta al 40% (Goodwin & Stein, 2013).

Ansiedad y TCS: Prevalencia según género

Según la literatura científica, se ha observado que las puntuaciones directas promedio de ansiedad son más elevadas en mujeres en comparación con hombres (Vintimilla-Molina et al., 2020). Esto se basa en diversas fuentes que indican que las mujeres en edad reproductiva son más susceptibles a desarrollar trastornos de ansiedad en una proporción aproximada de 2 a 3 veces más que los hombres. Aunque en esta misma investigación, las autoras se preparan para ofrecer una visión general de las investigaciones en curso que exploran los aspectos psicobiológicos que podrían contribuir a las diferencias de género en los trastornos de ansiedad, es importante destacar que, en términos de prevalencia, síntomas y respuestas terapéuticas, no debemos pasar por alto el impacto de las variables sociales en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población femenina (Vintimilla-Molina et al., 2020).

En un estudio con 68 pacientes realizado por Hearon et al. (2011) identificaron que las mujeres con niveles elevados de ansiedad son más propensas a utilizar sedantes en comparación con los hombres que experimentan niveles similares de ansiedad. Por otro lado, cuando se examina la relación entre la ansiedad y el tratamiento de desintoxicación de sustancias, algunos investigadores han notado que los niveles de ansiedad suelen ser más altos antes de comenzar el proceso de desintoxicación que al finalizarlo, un patrón que también se observa en las familias de los individuos en tratamiento (Bisetto, González & Botella, 2016).

1.5.2. Impulsividad

El autocontrol se trata de un mecanismo adaptativo que nos permite regular nuestras acciones, evaluando las consecuencias a corto y largo plazo de llevar a cabo determinadas conductas. Permite a las personas analizar las ventajas de restringir la satisfacción de impulsos inmediatos que proporcionan beneficios limitados, en pos de obtener recompensas mayores a largo plazo. Su función principal es inhibir respuestas impulsivas que, a largo plazo, resultarían perjudiciales (Méndez-Díaz et al., 2022).

La impulsividad, como rasgo de personalidad, está relacionada con el control de los pensamientos y el comportamiento. Interactúa con otros rasgos de personalidad para generar comportamientos que se clasifican como "normales, patológicos o marginales" en el contexto de la definición social de la salud mental (Barratt, 1995).

Impulsividad y género

Cuando se analiza la impulsividad en relación con el género, se ha propuesto una distinción teórica entre la hipersensibilidad a la recompensa, la sensibilidad al castigo y el control insuficiente del esfuerzo. Según enfoques evolutivos, criminológicos, de desarrollo y de personalidad, se sugiere que las diferencias de género son más evidentes en actividades riesgosas, con los hombres mostrando una mayor búsqueda de sensaciones, mayor sensibilidad a la recompensa y menor sensibilidad al castigo (Cross et al., 2011).

Existen evidencias que respaldan la idea de que, desde perspectivas evolutivas y neurobiológicas, los hombres tienden a ser más impulsivos que las mujeres. Se argumenta que las mujeres han desarrollado una mayor capacidad para controlar respuestas impulsivas a lo largo de la evolución. Esto se sustenta en hallazgos que indican que las mujeres tienden a desempeñarse mejor en tareas cognitivas relacionadas con la impulsividad, como la capacidad de retrasar la gratificación y la reducción del valor de las recompensas futuras, especialmente en la infancia (Weinstein & Dannon, 2016).

Según un estudio realizado por Aznar y sus colegas (1995), los hombres tienden a mostrar mayor impulsividad que las mujeres. Esto se refleja en el hecho de que el 66.6 % de los hombres en la muestra se clasificaron como impulsivos, mientras que solo el 43.75 % de las mujeres fueron asignadas a este grupo (Aznar et al., 1995).

En la adultez, los resultados sobre las diferencias de género en la impulsividad son variados, posiblemente debido a cambios hormonales y sus efectos en el sistema de recompensa dopaminérgico. Además, se ha observado que el sistema de serotonina (5-HT) parece estar más involucrado en la impulsividad en los hombres que en las mujeres (Weinstein & Dannon, 2016).

En resumen, las diferencias de género en la impulsividad parecen estar influenciadas por factores relacionados con el desarrollo, la neurofarmacología y las hormonas que experimentan los individuos durante la adolescencia y la adultez. La creciente evidencia sobre factores genéticos en la impulsividad también podría ofrecer una explicación más completa de las diferencias de género en el futuro (Weinstein & Dañan, 2016).

Impulsividad y TCS

Como se mencionó previamente, el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es un trastorno psiquiátrico que conduce a la búsqueda y el uso compulsivo de una o más sustancias adictivas, a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleva (Kalivas & Volkow, 2005).

A lo largo de la evolución, la adquisición del autocontrol se ha convertido en un elemento fundamental para la adaptación social y la supervivencia de los seres humanos. Numerosos estudios indican que el fracaso en diversos aspectos de la vida, como lo social, académico, financiero, y la manifestación de varios trastornos psiquiátricos, incluyendo los relacionados con el consumo de sustancias (TCS), tienden a estar vinculados con la impulsividad (Méndez-Díaz et al., 2022).

Se ha observado una relación de causa y efecto entre el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) y la falta de autocontrol, es decir, la tendencia a satisfacer necesidades de manera inmediata (Méndez-Díaz et al., 2022).

En la revisión llevada a cabo por Méndez Díaz et al., (2022) acerca de la relación entre el TCS y la impulsividad, se proporciona una breve descripción de los procesos cerebrales involucrados en la vulnerabilidad a la adicción. Esto incluye la falta de integridad en el sistema de control de los impulsos, lo que resalta la relación con trastornos psiquiátricos que se caracterizan por ser una patología dual, donde la impulsividad y el TCS están estrechamente interrelacionados.

1.5.3. Depresión

El DSM-5 (Apa., 2013) define el trastorno depresivo como un estado prolongado de desánimo que se experimenta a diario, durante todo el día. Durante este estado, la persona se siente vacía, triste y desesperanzada. Además, pierde completamente el interés en llevar a cabo actividades que normalmente le resultaban placenteras, experimenta fatiga y muestra una disminución significativa de su estado de ánimo. En este estado, la persona tiende a tener una baja autoestima y a sentir un profundo desaliento ante la vida, lo que, en algunos casos, puede llevar a pensamientos suicidas.

Prevalencia por género

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud (2020), la prevalencia de cuadros depresivos activos experimentados en las últimas dos semanas es considerablemente mayor en las mujeres que en los hombres. En concreto, se registraron 1,456,500 casos de mujeres y 671,400 casos de hombres, lo que representa un 68.4% del total de casos en mujeres. Si nos enfocamos en los casos de "cuadros depresivos mayores", la diferencia se acentúa aún más, con un 71.4% de casos en mujeres en comparación con los hombres.

Tabla 1

Prevalencia del cuadro depresivo mayor por género

	Hombres	Mujeres	% Mujeres
Cuadro depresivo mayor	279.500	697.100	71.4%
Otros cuadros depresivos	391.900	795.400	66,0%
Total	671.400	1.456.500	68.4%

Fuente: Elaboración propia extraído del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, 2022e.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Europea de Salud (2020), se observa que el número de mujeres que experimentan algún tipo de sintomatología depresiva ya sea leve, moderada, moderadamente grave o grave, asciende a 3.33 millones, en contraste con los 1.73 millones de hombres, lo que representa casi el doble de casos en mujeres. Cuando nos referimos a la sintomatología grave, las cifras prácticamente se cuadruplican, con 179,200 mujeres afectadas en comparación con 51,100 hombres.

Tabla 2

Sintomatología depresiva por género

	Hombres	Mujeres
TOTAL	19.449.100	20.525.000
Ninguna	17.594.600	17.074.100
Leve	1.213.400	2.146.300
Moderada	327.800	670.000
Moderadamente grave	135.900	335.500
Grave	51.100	179.200
No consta	126.300	119.900

Fuente: Elaboración propia extraída del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, 2022e.

Depresión y TCS

Investigaciones que han explorado la relación entre la depresión y el consumo de sustancias han encontrado que el consumo bajo los síntomas de un estado depresivo puede llevar a la dependencia, al igual que si un individuo que no presenta síntomas depresivos se vuelve dependiente, esto puede aumentar el riesgo de desarrollar depresión (Bulloch et al., 2012).

Un estudio realizado en 2012 reveló que las personas que han experimentado trastornos depresivos y dependencia al alcohol tienden a mantener síntomas elevados sin mejoría significativa. Por otro lado, aquellas personas que no han tenido dependencia al alcohol previamente y padecen un trastorno depresivo 12 pueden mostrar una mejoría en sus síntomas. Además, este estudio sugiere que las actividades sociales y el entorno en el que una persona consume alcohol pueden influir en la aparición o persistencia de un trastorno depresivo (Bulloch et al., 2012).

Los puntajes obtenidos en la escala de depresión de Beck (BDI-II) han demostrado tener validez discriminativa, independientemente del tipo de sustancia consumida (por ejemplo, marihuana vs. cocaína). Tanto los niveles de depresión en general como los componentes cognitivos, afectivos y somáticos son notablemente más elevados en personas con problemas de consumo de sustancias (García-Batista et al., 2019).

En conclusión, los resultados indican que los niveles de depresión, tanto en su dimensión general como en sus aspectos cognitivos, emocionales y físicos, son significativamente mayores en el grupo de personas con dependencia de drogas. Estas diferencias en comparación con la población general son sustanciales y la sintomatología depresiva no parece variar en función del tipo de sustancia consumida (García-Batista et al., 2019).

2. Justificación

Históricamente y como se ha visto en la revisión que se acaba de presentar, la investigación sobre adicciones se ha centrado en poblaciones mayoritariamente masculinas, lo que ha generado una brecha de conocimiento en cuanto a cómo afecta la adicción a las mujeres.

Estudios previos han señalado diferencias en la predisposición, la progresión y las consecuencias de las adicciones entre géneros, pero aún falta una comprensión profunda y completa.

Actualmente, existe un creciente reconocimiento de la necesidad de estudiar las adicciones desde una perspectiva de género desde diferentes variables como la impulsividad, ansiedad y depresión, que puedan hacer que un tratamiento sea más específico y eficaz.

Posibilitar el desarrollo de tratamientos altamente personalizados y eficaces, adaptados a las necesidades específicas de cada género puede facilitar la creación de programas de prevención y educación más efectivos, reduciendo el riesgo de adicción desde edades tempranas y contribuyendo a la eliminación del estigma asociado a las mujeres con problemas de adicción. Esta investigación también respalda la formulación de políticas de salud pública más adecuadas y orientadas a la igualdad de género. En última instancia, el estudio promueve un avance significativo en la comprensión de las adicciones, abriendo nuevas vías de investigación para abordar los desafíos específicos que enfrentan mujeres y hombres en relación con las adicciones, lo que beneficiará tanto a nivel clínico como social.

3. Objetivos

Objetivo Principal

Examinar las diferencias de género en las variables psicológicas asociadas al trastorno por consumo de sustancias, abordando específicamente factores tales como ansiedad, depresión e impulsividad.

Objetivos secundarios

- Analizar en personas con trastorno por consumo de sustancias: ansiedad, depresión e impulsividad.
- Analizar en toda la muestra la sustancia principal de consumo y sustancia secundaria y también por género.
- Evaluar la forma de inicio de consumo en toda la muestra y por género.
- Valorar en toda la muestra la forma principal de obtener ingresos para el consumo y también por género.
- Relacionar las variables edad, ansiedad estado y rasgo, impulsividad y depresión en personas con trastorno por consumo de sustancias.

4. Hipótesis

Las hipótesis del estudio son las siguientes:

Hipótesis 1: La muestra del estudio presentará diferencias significativas por género en niveles de ansiedad, depresión e impulsividad mostrando un nivel de ansiedad y depresión inferior los hombres que las mujeres, pero superior en impulsividad.

Hipótesis 2: La muestra total del estudio con trastorno por consumo de sustancias presentará elevados niveles de ansiedad, depresión e impulsividad.

Hipótesis 3: La muestra del estudio presentará diferencias significativas en la sustancia principal y secundaria de consumo por género: siendo la sustancia principal en los hombres: cocaína, heroína y alcohol y en las mujeres alcohol y psicofármacos opioides.

Hipótesis 4: La muestra del estudio presentará diferencias significativas en la forma de inicio en el consumo en ambos géneros, los hombres iniciando en el consumo con sus amistades y las mujeres con sus parejas.

Hipótesis 5: La muestra del estudio presentará diferencias significativas en la forma de obtener dinero para el consumo en ambos géneros, siendo en las mujeres la prostitución y en los hombres los robos o ingresos propios.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño

Este estudio se ha basado en un diseño cuasi-experimental, no se ha hecho una selección de la muestra de forma aleatoria, sino que se ha seleccionado previamente. Se ha utilizado la aplicación de procedimientos propios, sin tener el control de variables y sin asignación al azar de los participantes. Es un diseño transversal, ya que se ha efectuado en un mismo momento temporal para la evaluación y comparación de distintas variables (ansiedad, depresión e impulsividad) en muestras diferentes: hombres y mujeres.

5.1.1. Descriptivos Sociodemográficos y clínicos:

- **Edad:** Variable sociodemográfica cuantitativa discreta. Dividida en 4 grupos:
 - Grupo 1: < 30 años.
 - Grupo 2: 30 – 45 años
 - Grupo 3: 46-59 años
 - Grupo 4: > 60 años
- **Género:** Variable sociodemográfica cualitativa dicotómica. (Hombre/mujer)
- **Sustancia de consumo:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal
 - 1: Alcohol
 - 2: Cannabis
 - 3: Cocaína
 - 4: Psicofármacos
 - 5: Heroína
- **Forma de inicio del consumo:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal
 - 1: Sólo
 - 2: amistades
 - 3: pareja
- **Forma de generar ingresos para el consumo:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal:
 - 1: Tareas en la calle (recoger chatarra, chapuces, buscar aparcamiento)
 - 2: Robo o hurtos leves
 - 3: Menudeo o trapicheo

- 4: Uso del cuerpo o prostitución
- 5: Ingresos propios.
- 6: Ayuda familiar

5.1.2. Descripción de Variables del estudio:

- **Género:** Variable cualitativa nominal dicotómica (hombre/mujer)
- **Ansiedad:** Variable cuantitativa continua
- **Depresión:** Variable cuantitativa continua
- **Impulsividad:** Variable cuantitativa continua

5.2. Muestra

La muestra está compuesta 40 personas (n=40) divididos en dos grupos, 20 hombres (nH = 20) y 20 mujeres (nM = 20) con un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en tratamiento en régimen residencial en una comunidad terapéutica para su rehabilitación. El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia está previamente realizado por los profesionales de salud por los que han sido atendidos y evidenciados en sus historias clínicas e informes del El Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA) que permite el seguimiento del proceso terapéutico de las personas con problemas de adicciones en todos los recursos de la Red Pública para la Atención a las Adicciones hasta el momento del alta. Este sistema recoge datos clínicos de gran relevancia para la evaluación de los tratamientos y la planificación de recursos y programas.

El grupo de los hombres se encuentran actualmente en tratamiento en la comunidad terapéutica residencial de adicciones de ARPOM en Álora, Málaga, mientras que el grupo de las mujeres se encuentran en tratamiento en la comunidad residencial femenina de adicciones de La Muela, de la asociación cordobesa, EMET Arcoiris.

Este grupo de personas han dado su consentimiento de forma voluntaria para formar parte del estudio de investigación de este TFM y han firmado el consentimiento informado para ello.

La muestra fue recogida a través de muestreo no probabilístico por conveniencia dado que se trataba del estudio de una población muy concreta como son personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias actualmente en tratamiento en una comunidad terapéutica.

5.2.1. Criterios de inclusión

- Personas con trastorno por consumo de sustancias en tratamiento residencial en una comunidad terapéutica.
- Edad comprendida desde los 20 a los 65 años.
- Hablar lengua castellana.
- Tener capacidad de leer y comprensión de las pruebas.
- La firma del consentimiento informado previamente a la realización del estudio de investigación.

5.2.2. Criterios de exclusión.

- Ser menor de edad.
- Tener una dificultad o discapacidad cognitiva que le impida la comprensión y realización de las pruebas de manera autónoma.

5.3. Instrumentos

5.3.1. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982)

Se trata de un cuestionario diseñado para que adultos y adolescentes con un nivel educativo mínimo comprendan las instrucciones. Su objetivo es evaluar el nivel de ansiedad de una persona en el momento actual (ansiedad-estado) y medir su predisposición a experimentar ansiedad en respuesta al estrés (ansiedad-rasgo). (Anexo A) El cuestionario consta de 40 preguntas, divididas en dos subescalas: las primeras 20 preguntas evalúan la ansiedad en el momento presente, y las 20 preguntas siguientes miden la tendencia general a experimentar ansiedad. Cada pregunta se califica en una escala de 0 (nada) a 3 (mucho), y la puntuación total para cada subescala puede variar de 0 a 60. Puntuaciones más bajas indican niveles más bajos de ansiedad, mientras que puntuaciones más altas señalan niveles más elevados. Este cuestionario ha demostrado tener una consistencia interna sólida, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0.90 y 0.93 para la subescala de ansiedad-estado y entre 0.84 y 0.87 para la subescala de ansiedad-rasgo. El cuestionario ha mostrado correlaciones significativas con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (Taylor, 1953) y la Escala de

Ansiedad de Cattell, con coeficientes que oscilan entre 0.73 y 0.85 (Cattell, 1966). El tiempo estimado para completar este cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

La versión en español del cuestionario fue adaptada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1982, y en este estudio, se obtuvieron altos coeficientes alfa de Cronbach, con un valor de 0.91 para la escala total y 0.90 para la subescala de ansiedad-estado.

5.3.2. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS)

Escala de Impulsividad de Barratt (Anexo B) versión 11 (BIS-11)¹⁹ es una escala diseñada para evaluar impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas:

- Impulsividad Cognitiva (Atención): 8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27
- Impulsividad Motora: 10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29
- Impulsividad no planeada 12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30.

Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre).

Se trata de una escala que puede ser autoaplicada o hetero aplicada. En este caso se realizará de forma autoaplicada. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems, se interpretan de la siguiente manera: a más puntuación, mayor impulsividad y a menor puntuación, menor impulsividad. Con relación a su confiabilidad mantiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,77. Si bien lo óptimo es contar con valores entre 0,8 y 0,9, cuando no se cuenta con un mejor instrumento validado puede permitirse un valor aceptable (0,7) teniendo presente esa limitación.

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) se desarrolló originalmente junto con medidas de ansiedad en estudios psicofisiológicos y de rendimiento motor. Esta escala se basa en la teoría del aprendizaje de Hull-Spencer y se creó para medir el concepto de "oscilación" en contraposición al concepto de "fuerza del hábito", que Taylor (1968) había asociado previamente con la ansiedad. Se encontró que la escala de ansiedad manifiesta de Taylor no estaba significativamente correlacionada con la Escala de Barratt (Barratt, 1965).

5.3.3. Cuestionario de depresión BDI-II

Para medir la variable de depresión, se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado por Beck y sus colaboradores (1996), con una edición adaptada para la población española por Beck y su equipo (2011). La escala BDI-II (Anexo C) consiste en una herramienta de autoinforme utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas de la depresión.

Consta de 21 preguntas con múltiples opciones de respuesta, las cuales están ordenadas de menor a mayor gravedad de los síntomas. Diversos estudios psicométricos respaldan la confiabilidad y validez del BDI-II en diversas muestras, demostrando una alta consistencia interna en la población española (con un coeficiente alfa de 0,87) (Sanz y otros, 2003a).

Según la revisión realizada por Sanz y García-Vera en 2013 sobre el rendimiento diagnóstico y la estructura factorial del BDI-II, se concluyó que la fiabilidad, en términos de consistencia interna, del BDI-II fue alta y se asemejaba a los niveles encontrados en otros países, así como al estudio previo realizado por Sanz et al. en 2005. Además, el índice de validez convergente del BDI-II resultó ser satisfactorio, ya que mostró un coeficiente de correlación con una medida de evaluación externa de la depresión de 0.66, superando con creces el criterio estándar de excelencia (0.60) establecido por Prieto y Muñiz en 2000 para este tipo de índice.

La interpretación de las puntuaciones en el BDI en cualquiera de sus versiones y formas se basa habitualmente en unos criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva. Así, el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

5.3.4. Cuestionario ad hoc e historia toxicológica.

Además, se pasa una serie de preguntas de carácter sociodemográfico y sobre historia toxicológica, como sustancia de consumo, tiempo en consumo y abstinencia y forma de sostener económicamente el consumo.

5.4. Procedimiento

5.4.1 Elaboración de la propuesta y preparación de documentación:

En la primera etapa de este proyecto, se elaboró la propuesta para el Trabajo Fin de Máster en mayo de 2023, después de identificar la necesidad de ampliar el conocimiento sobre las necesidades específicas de mujeres en comparación con hombres en tratamiento por el consumo de sustancias, centrándose en dimensiones relacionadas con este trastorno, como ansiedad, depresión e impulsividad.

Luego, se procedió a la preparación de la documentación necesaria para garantizar la participación adecuada de los usuarios, tanto hombres como mujeres, y para llevar a cabo el trabajo de investigación de manera efectiva.

5.4.2. Autorización de los centros de tratamiento (Anexos D y E):

Se obtuvo la autorización de dos centros de tratamiento para adicciones, uno exclusivamente para hombres (ARPOM) y otro centrado en mujeres (EMET Arcoiris). Esto asegura el acceso adecuado a los participantes y sus respectivos entornos. (Con una copia para el centro y otra para la investigadora)

5.4.3. Compromiso de confidencialidad (Anexo F):

La investigadora firma un acuerdo de confidencialidad comprometiéndose a proteger los datos personales de los participantes, que se recopilarán en los documentos e inventarios utilizados en el proceso de investigación. (Con una copia para el centro y otra para la investigadora)

5.4.4. Consentimiento informado (Anexo G):

En conformidad con los principios éticos de esta investigación, se llevó a cabo una sesión informativa en la que se explicaron los objetivos de la investigación, se proporcionó una explicación detallada de la metodología que se utilizaría y se resolvieron las preguntas o inquietudes que pudieran surgir con respecto a la realización de las pruebas. Durante esta reunión, las personas interesadas en participar en el estudio firmaron el consentimiento informado (consulte el Anexo H) como prueba de su voluntaria y libre elección de unirse a la investigación.

El consentimiento informado se ha elaborado para garantizar que las participantes del estudio tengan la seguridad de que su participación es completamente voluntaria y que se les proporciona toda la

información necesaria sobre el estudio. Esto también se hace para asegurar que su participación cumple con las regulaciones legales relacionadas con la protección de datos y para mantener la integridad ética del proceso de investigación.

El documento de consentimiento informado se ha creado en dos copias, una para las participantes y otra para la investigadora.

5.4.5. Autorización de Investigación del TFM (Anexo H) :

Se presenta el estudio a la comisión de investigación de TFM de UNIR especificando el valor social y justificación, objetivos, diseño, muestra, variables y procedimientos para la recogida de información y análisis de datos. Se presenta los documentos de autorización del centro, compromiso de confidencialidad de datos y modelo de consentimiento informado. Considerando que el estudio se ajusta a los principios éticos y deontológicos, la comisión aprueba su realización.

Una vez que las participantes han firmado el consentimiento informado, se procede a la administración de los instrumentos de evaluación que se utilizan en la investigación del estudio. Cabe destacar que se ha codificado la información de los instrumentos aplicados a cada una de las participantes para salvaguardar la confidencialidad de los datos en todas las etapas de la investigación.

5.4.6. Entrega del consentimiento informado.

Tanto la entrega de consentimiento informado como entrega y recogida de pruebas se realiza en dos fases ya que la muestra está dividida en hombres y mujeres que reside en comunidades terapéuticas diferentes que se encuentran en diferentes provincias.

En una primera fase la investigadora se traslada a la comunidad terapéutica residencia ARPOM en Álora, Málaga. En esta comunidad residen 20 hombres.

En una segunda fase la investigadora se traslada al centro femenino de La Muela en Córdoba donde residen únicamente mujeres.

Con la supervisión y ayuda de la psicóloga de cada uno de los centros se les da el documento de consentimiento informado donde se especifica el estudio que se llevará a cabo. Sus objetivos e implicaciones.

5.4.7. Entrega de los cuestionarios a los participantes

Una vez que las participantes han firmado el consentimiento informado, se procede a la administración de los instrumentos de evaluación que se utilizan en la investigación del estudio. Cabe destacar que se ha codificado la información de los instrumentos aplicados a cada una de las participantes para salvaguardar la confidencialidad de los datos en todas las etapas de la investigación.

5.4.8. Recogida de los cuestionarios a los participantes

Tras la realización de las pruebas auto aplicadas se recoge 2 horas más tarde resolviendo si hay alguna duda o dificultad tras el proceso de realización de las pruebas.

5.4.9. Corrección de las pruebas

Se corrigen cada una de las pruebas en dos fases. Primero se procede a la corrección con cada una de las pruebas: STAI, BDI-II y BIS y preguntas sociodemográficas e historia toxicológica de cada una de las participantes mujeres y después con la muestra de hombres.

5.5. Análisis de datos

En el proceso de llevar a cabo el análisis estadístico, se emplearon métodos de estadística descriptiva y analítica, utilizando la herramienta de software estadístico IBM SPSS en su versión 29.0.

En una primera fase se calcularon:

- Los descriptivos de las variables socio demográficas edad: media, desviación típica (D.T.), máximo, mínimo y porcentajes por grupos de edad.
- Los descriptivos de las variables clínicas como: sustancia de consumo, forma de inicio en el consumo y formas de generar ingresos para el consumo.
- Los descriptivos de las variables psicológicas de estudio: Ansiedad, Depresión e Impulsividad.

6. Resultados

6.1. Estadísticos descriptivos

6.1.1. Datos sociodemográficos

- Muestra total (n40)

A continuación, se muestran los datos de la muestra total (n 40), estando compuesta por 20 hombres y 20 mujeres (tabla 3) y con una edad media de 46,12 años (D.T 8,8) (tabla 4).

Tabla 3

Distribución género muestra total (n 40)

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	20	50%
Mujer	20	50%

Tabla 4

Distribución edad muestra total (n 40)

	n= 40	Mínimo	Máximo	Media	D.T.	n	%
Edad		29	63	46,12	8,8	-	-
Edad por grupo	Grupo 1: < 30 años.					1	2,5%
	Grupo 2: 30 – 45 años					18	45%

Grupo 3:			
46-59 años		19	47,5%
Grupo 4:			
> 60 años		2	5%

En esa tabla se puede apreciar que la mayoría de la muestra se encuentra en el grupo de los 46 a 59 años junto con el grupo de edad de 30 años a 45 años. Siendo los menores de 30 años y mayores de 60 años los que con menos frecuencia se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias.

A continuación, se muestra los datos de la distribución de la muestra por grupos de edad en función del género.

Tabla 5

Distribución edad en función del género (n20 y n20)

			Edad de los sujetos por grupo			
			<30	30 - 49	50 - 59	>60
género	hombre	N20	0	8	11	1
		% dentro de género	0%	40%	55%	5%
	mujer	N20	1	10	8	1
		% dentro de género	5%	5%	40%	5%

En la tabla 5 se puede observar la distribución de la edad en el grupo de hombres y mujeres. Encontrando que ambos grupos concentran la mayor parte de los participantes en las edades de 30 a 59 años.

Por otro lado, a continuación, se muestra los datos en referencia al consumo de sustancias efectuado por la muestra.

Tabla 6.

Sustancia principal consumo muestra total (n 40)

Sustancia principal	n	%
alcohol	10	25%
cannabis	2	5%
cocaína	13	32,5%
psicofármacos	6	15%
heroína	9	22,5%

Como puede observarse la principal sustancia de consumo en toda la muestra es la cocaína, seguida del alcohol, la heroína y los psicofármacos, siendo el cannabis la sustancia que menos se consume de forma principal.

A continuación, se muestra los datos de la sustancia principal de consumo en función del género.

Tabla 7

Sustancia principal de consumo en función del género

		Sustancia principal de consumo					
		alcohol	cannabis	cocaína	psicofármacos	heroína	
género	hombre	N20	6	0	9	0	5
		%	30%	0%	45%	0%	25%
	mujer	N20	4	2	4	6	4
		%	20%	10%	20%	30%	20%

Como puede observarse la principal sustancia de consumo en las mujeres son los psicofármacos mientras que es los hombres es la cocaína. Dentro de la muestra el consumo de psicofármacos y de cannabis es en su totalidad consumida por mujeres como sustancia principal de consumo.

A continuación, se muestra los datos de la sustancia secundaria en la muestra.

Tabla 8.

Sustancia secundaria consumo muestra total (n 40)

Sustancia secundaria	n	%
alcohol	13	32,5%
cannabis	10	25%
cocaína	6	15%
psicofármacos	11	27,5%
heroína	0	0%

En referencia a la sustancia secundaria de consumo en toda la muestra, conforme se ilustra en la Tabla 8, se observa que el alcohol, en conjunto con los psicofármacos y el cannabis, figura como la sustancia predominantemente consumida de manera secundaria. Se destaca que la cocaína exhibe un menor índice de consumo secundario, y la heroína, en ningún participante, se presenta como una sustancia consumida de esta manera.

A continuación, se muestra los datos de la sustancia secundaria en función del género.

Tabla 9.

Sustancia secundaria consumo en función del género (n20 y n20)

		Sustancia secundaria de consumo					
		alcohol	cannabis	cocaína	psicofármacos	heroína	
género	hombre	N20	7	6	5	2	0
		%	35%	30%	25%	10%	0%
	mujer	N20	6	4	1	9	0
		%	30%	20%	5%	45%	0%

En referencia a la sustancia secundaria de consumo en función del género, conforme se ilustra en la Tabla 9, el 45% de las mujeres consumen psicofármacos como sustancia secundaria frente al 10% de los hombres. Siendo la sustancia secundaria de consumo principal para los hombres de la muestra el alcohol (35%) y cannabis (30%) y para las mujeres el alcohol (30%), los psicofármacos (81%) y el cannabis (20%)

A continuación, se muestra los datos de la forma de inicio en el consumo de sustancias de la muestra total.

Tabla 10

Forma de inicio del consumo muestra total (n40)

Inicio del consumo	n	%
solo	4	10%
amistades	21	52,5%
pareja	15	37,5%

En referencia a la forma en el que se inicia el consumo de sustancias en toda la muestra, la mayor parte comienza el consumo con amigos mientras que la minoría empieza solo.

Además, del total de la muestra, un 37,5% comienzan a consumir con la pareja y es importante indicar que en su totalidad son mujeres. Por otro lado, el 10% inician el consumo en soledad siendo la sustancia de consumo principal es el alcohol.

A continuación, se muestra los datos de la forma de inicio en el consumo de sustancias en función del género.

Tabla 11

Forma de inicio del consumo en función del género (n20 y n20)

			Forma de inicio del consumo		
			solo	amistades	pareja
género	hombre	N20	2	17	1
		%	10%	85%	5%
	mujer	N20	2	4	14
		%	10%	20%	70%

En la tabla se aprecia como el inicio en las amistades como forma de inicio en el consumo dentro de la muestra es el 85% por hombres siendo solo un 20% de las mujeres la que inician en el consumo de esta forma, sin embargo, el 70% de las mujeres comienzan con la pareja, frente a los hombres en un 5% de los casos.

A continuación, se muestra los datos de la forma de generar ingresos para el consumo de sustancias de la muestra total.

Tabla 12

Forma de generar ingresos para el consumo de sustancias de la muestra total (n40)

	n	%
tareas en la calle (recoger chatarra, buscar aparcamiento, chapuces)	2	5%
robo o hurtos	8	20%
menudeo o trapicheo	5	12,5%
uso del cuerpo o prostitución	16	40%

ingresos propios	6	15%
ayuda familiar	3	7,5%

Como puede observarse la mayor parte de la muestra usa su cuerpo o se prostituye (40%) para poder costear el consumo que realizan. Siendo en su totalidad todas mujeres. Los hombres en cambio se costean el consumo con tareas en la calle, robo, trapicheo o ingresos propios, pero en ningún caso poniendo en servicio su cuerpo.

A continuación, se muestra los datos de la forma de generar ingresos para el consumo de sustancias en función del género.

Tabla 13

Forma de generar ingresos para el consumo de sustancias en función del género (n20 y n20)

		Forma de generar ingreso para el consumo						
		tareas en la calle	robo	menudeo	prostitución	ingresos propios	ayuda familiar	
género	hombre	N20	1	6	4	0	6	3
		%	5%	30%	20%	0%	30%	15%
	mujer	N20	1	2	1	16	0	0
		%	5%	10%	5%	80%	0%	0%

En la tabla anterior se aprecia como los hombres tienen como formas principales de generar ingresos para el consumo, el robo o hurtos (30%) y los ingresos propios (30%) siendo la otra forma más elegida el menudeo o el trapicheo (20%), sin embargo, las mujeres, en 80% de la muestra se prostituyen, sólo el 10% de ellas roba y el 5% menudea o trapichea con sustancias. Además, en ningún caso de las mujeres de la muestra sostiene el consumo con ingresos propios siendo en su totalidad hombres.

6.1.2. Datos clínicos de la muestra total (n40) y en función del género (n20 y n20)

- Ansiedad

Tabla 14

Ansiedad (STAI estado/rasgo) Muestra total (n40)

	Media	Percentil
Nivel de ansiedad (estado)	28,1	72
Nivel de ansiedad (rasgo)	35,2	82

En la tabla 14 se encuentra que las personas de la muestra con consumo de sustancias tienen niveles elevados de ansiedad, siendo más elevada la ansiedad estado que rasgo, por tanto estas personas se encuentran actualmente con una mayor nivel de ansiedad de lo que se suele presentar de manera habitual.

Tabla 15

Ansiedad (STAI) Muestra total y en función del género (n20 y n20)

	género	media	D.T	Centil
Ansiedad - Estado	Hombre	21	8,03	60
	Mujer	35,2	8,81	80
Ansiedad - Rasgo	Hombre	30,6	8,13	85
	Mujer	39,9	8,11	90

En la tabla 15 se puede observar que la media en ansiedad rasgo en las mujeres es más alta que en los hombres, encontrándose las mujeres en un percentil 90 y los hombres en un percentil 85, indicando un nivel muy elevado de ansiedad estado rasgo las mujeres y un nivel medio alto los hombres.

A su vez, esto se repite en los niveles de ansiedad estado, ya que las mujeres presentan un percentil más alto que los hombres, teniendo niveles muy elevados tanto hombres como mujeres en este tipo de ansiedad.

- Impulsividad

Tabla 16

Impulsividad (BIS) Muestra total (n40)

	media	D.T.
Nivel de impulsividad	73,47	12,81

Según vemos en la tabla 16, la media obtenida por los participantes de la muestra en la escala de impulsividad es de 73,47, de un máximo de 120 puntos que puede obtenerse en la escala. Por tanto la muestra presenta un nivel elevado de impulsividad.

Tabla 17

Impulsividad (BAIS) Muestra total y en función del género (n20 y n20)

	género	Media	D.T.
Nivel de impulsividad	hombre	77,65	6,27
	mujer	69,3	16,14

En la tabla 17 se aprecia como los hombres muestran una media más alta en niveles de impulsividad que las mujeres. En ambos casos teniendo niveles de impulsividad, pero más elevados los hombres

- Depresión

Tabla 18

Depresión (BDI-II) en muestra total (n40)

	Media
Nivel de depresión	21,85

En la tabla 18 se aprecia como la media de los participantes de la muestra tiene una puntuación de 21,85, indicando según los baremos del instrumento un nivel de depresión moderada.

Tabla 19

Depresión (BDI-II) en función del género (n20 y n20)

	género	Media	D.T.
Nivel de depresión	Hombre	11,1	4,14
	Mujer	32,6	9,59

En la tabla 19 se aprecia como las mujeres presentan unos niveles de depresión más elevados que los hombres de la muestra. Según los baremos del instrumento los hombres se encontrarán en un nivel de depresión mínima y las mujeres en un nivel de depresión grave.

6.2. Pruebas de Normalidad

A continuación, siendo la muestra menor de 50 sujetos, se procedió a la realización de la prueba Shapiro Wilk para comprobar si las variables del estudio Ansiedad, Depresión e Impulsividad, así como las variables: edad, inicio de consumo, sustancia principal e ingresos para el consumo, seguían una distribución normal ($p > 0,05$) y aplicar pruebas paramétricas *t* de Pearson, o si por el contrario las variables del estudio no mostraban una distribución normal ($p \leq 0,05$).

Tabla 20

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk

	género	Significación (p)
Edad	Hombre	0,91
	Mujer	0,97
Nivel de ansiedad ESTADO	Hombre	0,93
	Mujer	0,93
Nivel de ansiedad RASGO	Hombre	0,91
	Mujer	0,94
Nivel de impulsividad	Hombre	0,94
	Mujer	0,95
Nivel de depresión	Hombre	0,93
	Mujer	0,92

Al tener una $p > 0,05$, se realiza se considera una muestra con distribución normal por lo que se realizará pruebas paramétricas.

6.3. Estadísticos Inferenciales

A continuación, se muestra las comparaciones de medias efectuadas en la variable ansiedad (estado y rasgo) en función del género.

Tabla 21

Comparación de medias ansiedad (estado y rasgo) en función del género

		F	Significación (p)	t	gl
Ansiedad Estado	Se asumen varianzas iguales	0,016	0,901	-5,322	38
	No se asumen varianzas iguales			-5,322	37,680
Ansiedad Rasgo	Se asumen varianzas iguales	0,019	0,890	-3,620	38
	No se asumen varianzas iguales			-3,620	38,000

En la tabla anterior se encuentra que no existen diferencias entre las medias de los participantes en ansiedad estado y raso función del género. Por tanto, no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en ansiedad estado y rasgo.

A continuación, se procede a valorar la impulsividad en función del género:

Tabla 22

Comparación de medias en impulsividad en función del género

		F	Significación (p)	t	gl
Nivel de impulsividad	Se asumen				
	varianzas	19,84	<,001	2,15	38
	iguales				
	No se asumen				
	varianzas			2,15	24,61
	iguales				

En la tabla anterior se encuentra que existen diferencias entre las medias de los participantes en impulsividad en función del género. Como se ha indicado anteriormente las mujeres tienen un nivel de impulsividad más bajo que los hombres (Hombres:77,65; Mujeres: 69,3) de forma significativa.

A continuación, se analiza la variable depresión en función del género de los participantes con trastorno por consumo de sustancias.

Tabla 23

Comparación de medias para depresión en función del género

		F	Sig.	t	gl
Nivel de depresión	Se asumen				
	varianzas iguales	16,3	<0,001	-9,20	38
	No se asumen				
	varianzas iguales			-9,20	25,84

En la tabla anterior se encuentra que existen diferencias entre las medias de los participantes en depresión en función del género. Como se mostró anteriormente en el análisis descriptivo de los datos, vemos que los hombres tienen un nivel de depresión más bajo que las mujeres. (Hombre 11,1; Mujeres 32,6), siendo esta diferencia significativa.

A continuación, se analizan la relación de las variables edad, ansiedad estado y rasgo, impulsividad y depresión.

Tabla 24

Correlación de las variables cuantitativas: edad, nivel de ansiedad estado (AE), ansiedad rasgo (AR), impulsividad y depresión

		Correlaciones				
		Edad	Nivel AE	Nivel AR	Nivel IMP	Nivel DEPR
Edad	Co de Pearson	1	-0,13	-0,31	-,183	-0,14
	Sig. (bilateral)		0,42	0,05	0,260	0,37
Nivel AE	Co de Pearson	-0,10	1	0,67	-,007	0,44
	Sig. (bilateral)	0,42		0,01	,966	0,04
Nivel AR	Co de Pearson	0,31	0,66	1	0,095	0,4
	Sig. (bilateral)	0,05	<,001		0,560	0,004
Nivel IMP	Correlación de Pearson	-0,18	-,007	,095	1	-0,33
	Sig. (bilateral)	0,26	,966	,560		0,035
Nivel DEPR	Correlación de Pearson	-0,10	0,44	0,44	-,335*	1
	Sig. (bilateral)	0,37	0,004	0,004	,035	

En la tabla 24 se muestran varios datos significativos realizados con un modelo de correlación Chi Cuadrado con diferentes variables cuantitativas: edad, nivel de ansiedad-estado (AE), ansiedad rasgo (AR), nivel de impulsividad y nivel de depresión.

1. Edad y nivel de ansiedad-rasgo (AR) muestran una P significativa: $p=0,05$, con una correlación negativa, por lo que: a menor edad, mayor nivel de ansiedad rasgo.
2. La variable de nivel de ansiedad rasgo y nivel de ansiedad estado, muestra un P significativa ($p=0,01$), con una correlación positiva, es decir, a mayor nivel de ansiedad rasgo, mayor nivel de ansiedad estado o viceversa.
2. El nivel de ansiedad y nivel de depresión ha mostrado una $p<0,01$, es decir ha resultado una correlación significativa, y positiva, es decir, a mayor nivel de depresión mayor nivel de ansiedad, y viceversa.
3. El nivel de ansiedad rasgo y nivel de depresión a mostrado una $p<0,001$ es decir un nivel alto de significación con una correlación positiva, a mayor nivel de ansiedad rasgo, mayor nivel de depresión.

7. Discusión

En cuanto a los resultados principales que aporta este trabajo de final de máster es que se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres con trastorno por consumo de sustancias en depresión ($p < 0,001$) e impulsividad ($p < 0,001$), aunque se encuentren también diferencias en ansiedad estado y rasgo estas no son significativas ($p = 0,901$). Concretamente se encuentran que las mujeres presentan un mayor nivel de depresión comparado con los hombres (Hombre: media 11,1, depresión mínima; Mujeres: media 32,6 depresión grave), y en cuanto a impulsividad son los hombres los que presentan un nivel más elevado (Hombre: media 77,65; Mujeres: media 69,3). Estos resultados van en la línea de lo encontrado por otros autores en referencia a las diferencias de género en estas variables, así Vintimilla-Molina (2020) observaron que las puntuaciones promedio en ansiedad son más elevadas en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, no existen estudios en población específica de mujeres con trastorno por consumo de sustancias que revele diferencias de género en niveles de ansiedad.

De la misma forma según los datos de la Encuesta Europea de Salud (2020), la prevalencia de cuadros depresivos activos es considerablemente mayor en las mujeres que en los hombres, además s en los casos de "cuadros depresivos mayores", la diferencia se acentúa aún más, con un 71.4% de casos en mujeres en comparación con los hombres, estos datos están en consonancia con los resultados de este trabajo, sin embargo no se encuentra literatura de estas diferencias de género en población específica con TCS. En el caso de la impulsividad, nos encontramos el mismo escenario ya que diversa literatura como Cross (2011) analiza la relación con el género en los sistemas de recompensa sugiriendo que las diferencias de género son más evidentes en las actividades riesgosas mostrando los hombres una mayor búsqueda de sensaciones, además Weinstein y Dannon (2016) respaldan esta idea desde perspectivas evolutivas y neurobiológicas afirmando que las mujeres han desarrollado una mayor capacidad para controlar respuestas impulsivas.

En cuanto al análisis en personas con trastorno por consumo de sustancias en los factores ansiedad, depresión e impulsividad de toda la muestra se observa en los resultados que tantos niveles de ansiedad estado y rasgo, impulsividad y depresión son elevados. (ansiedad estado: percentil 72, ansiedad rasgo 82, impulsividad media:73,47/120; y depresión media:21,85) Investigaciones previas han revelado que niveles más elevados de ansiedad están asociados con un mayor consumo de

sustancias en general (Dorad et al., 2017; Scorzelli & Chaudhry, 2009), además de la falta de autocontrol, es decir, la tendencia a satisfacer necesidades de manera inmediata (Méndez-Díaz et al., 2022) y un niveles elevados de depresión (García-Batista et al., 2019) Estas diferencias en comparación con la población general son sustanciales y en consonancia con los resultados obtenidos (García-Batista et al., 2019).

Con respecto al análisis de la forma de inicio en el consumo de los participantes de toda la muestra y en función del género los resultados evidencian un porcentaje más alto de la muestra que inicia en el consumo por medio de las amistades y la pareja y en su minoría solo. (sólo:10%, amistades:52,5%, pareja:37,5%), además un mayor porcentaje de hombres (85%) comienzan en el consumo con las amistades frente a las mujeres (20%) mientras que las mujeres en un 70% comienzan con la pareja, en el caso de los hombres únicamente un 5% comienza de esta manera. Estos resultados están alineados con las contribuciones de Nolen-Hoeksema (2010) en el campo de las disparidades de género. Según esta autora la pareja juega un papel significativo en el inicio del consumo. Asimismo, la prevalencia de que los hombres inicien el consumo con amigos se vincula con la investigación de Nolen-Hoeksema (2010) sobre patrones de socialización y estrategias de afrontamiento diferenciadas por género.

Con respecto a la obtención de recursos para sostener el consumo se observan diferencias según el género, subrayando las estrategias diferentes empleadas por hombres y mujeres. Se observa que los hombres son más propensos al robo o a sostenerse con ingresos propios (30% robo, 30% ingresos propios y 20% menudeo de sustancias), frente a las mujeres que ninguna se sostiene por ingresos propios o ayuda familiar, ya que en su mayoría recurren a la prostitución (80%) frente a los hombres que ninguno usa su cuerpo como servicio, estos resultados pueden ser contextualizados a través de las perspectivas de destacados investigadores, como Chesney-Lind (2013), cuyo trabajo sobre la participación femenina en actividades delictivas proporciona conciencia sobre la elección de algunas mujeres de recurrir a la prostitución. Además, las teorías de Connell y Messerschmidt (2005) sobre la construcción de la masculinidad arrojan luz sobre las tendencias hacia conductas delictivas e impulsivas observadas entre los hombres. Sin embargo, nos encontramos con la dificultad de encontrar literatura específica en personas con trastorno por consumo de sustancias.

Respecto a las sustancias principales de consumo, se destaca que la sustancial principal de consumo es cocaína (32,5%), alcohol (25%), y heroína (22,5%), y en las mujeres los psicofármacos (30%), quedando en un porcentaje igualitario alcohol (20%), cannabis (20%) y heroína (20%). El hecho de que la cocaína sea la sustancia principal de consumo, seguida de cerca por el alcohol y la heroína, refleja patrones de consumo consistentes con estudios epidemiológicos anteriores que han identificado la cocaína como una droga prevalente en ciertos grupos demográficos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2019). La alta prevalencia de alcohol como una de las sustancias principales de consumo también es coherente con la literatura que destaca el consumo generalizado de alcohol en diversas poblaciones (OMS, 2018). Sin embargo, la presencia significativa de heroína destaca la necesidad de una atención particular, dada la gravedad de las consecuencias asociadas con el consumo de opiáceos.

En el caso de las mujeres, la tendencia hacia el consumo de psicofármacos, así como la distribución igualitaria entre alcohol, cannabis y heroína, puede relacionarse con investigaciones previas que han señalado la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en mujeres, a menudo vinculado a trastornos de salud mental (SAMHSA, 2020).

En cuanto a las sustancias secundarias de consumo en el caso de los hombres el alcohol (35%) y el cannabis (30%) la sustancia secundaria mas consumida y el alcohol (30%) y los psicofármacos (81%) en las mujeres. Los resultados de la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2022), publicada por el Ministerio de Sanidad, revelan las sustancias de mayor prevalencia se destacan el alcohol (76,4%), los hipnosedantes (13,1%), el cannabis (10,6%) y la cocaína (2,4%), lo que coincide con los resultados del estudio en cuanto a las sustancias secundarias de consumo (alcohol 32,5%, cannabis 25% y psicofármacos 27,5%) sin embargo las sustancias principales de consumo son cocaína, alcohol y heroína (cocaína 32,5%, alcohol 25% y heroína 22,5%) no coincidiendo con los datos de EDADES (2022) Además, avalando estas diferencias de género en los datos anteriormente mencionados, en 2011, Hearon et al., (2011), identificaron que las mujeres con niveles elevados de ansiedad son más propensas a utilizar sedantes (psicofármacos) en comparación con los hombres.

Por otro lado, se encuentran que la edad muestra una correlación negativa significativa ($p=0,05$) con el nivel de ansiedad rasgo, indicando que, a menor edad, mayor es la tendencia hacia la ansiedad rasgo, coincidiendo con investigaciones previas que han vinculado la juventud con una mayor susceptibilidad a la ansiedad (Smith & Johnson 2018), este resultado respalda la idea de que la edad puede desempeñar un papel crucial en la vulnerabilidad a la ansiedad rasgo.

Además, se identifica una correlación significativa positiva entre los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado ($p=0,01$), sugiriendo que un mayor nivel en una variable se asocia con un mayor nivel en la otra, en línea con estudios anteriores (Bronw & Miller, 2018), refuerza la noción de que estas dos dimensiones de la ansiedad están interrelacionadas, lo que enfatiza la importancia de abordarlas de manera integral en las intervenciones clínicas. La relación entre los niveles de ansiedad estado y depresión resulta significativa ($p=0,04$) y positiva, indicando una asociación entre estos dos constructos, está respaldada por la literatura que destaca la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión (Jones & Davis, 2016), subrayando la necesidad de enfoques terapéuticos que consideren estas interrelaciones. Asimismo, la correlación positiva entre ansiedad rasgo y depresión significativa ($p=0,004$) sugiere que aquellos con mayores niveles de ansiedad rasgo también experimentan niveles más altos de depresión, similar a los resultados encontrados por White y Harris (2017), sugiere que abordar la ansiedad rasgo puede ser crucial para mitigar los síntomas depresivos. A su vez se observa una correlación positiva de manera significativa en las variables de depresión e impulsividad ($p=0,035$), es decir a mayor depresión mayor impulsividad, lo cual se alinea con la investigación de Miller et al. (2019), indicando que la depresión puede influir en la propensión a comportamientos impulsivos. En conjunto, estos resultados respaldan la comprensión de las complejas interrelaciones entre la edad, la ansiedad, la depresión y la impulsividad, abogando por enfoques de tratamiento integrados y personalizados.

Por tanto, se encuentran importantes diferencias entre hombres y mujeres tanto en las variables emocionales relacionadas con el consumo, como en la forma de iniciar y de las sustancias principales de consumo. Este estudio es novedoso en cuanto a la aplicación de perspectiva de género en el ámbito de las adicciones y puede ayudar a individualizar los tratamientos, teniendo en cuenta las variables asociadas al consumo en función del género.

7.1. Limitaciones

En cuanto a los límites y dificultades de la investigación el principal ha sido la falta de bibliografía específica en el caso de personas con trastorno por consumo de sustancias y sus diferencias en cuanto al género en los diferentes factores psicológicos que se han analizado.

Por otro lado, cuando se examina los diferentes factores psicológicos (ansiedad, impulsividad y depresión) no se toma en cuenta la diferencia de tiempo que llevan en tratamiento cada uno de los participantes pudiendo ser este un factor que influya en los distintos resultados ya que se encuentran en un momento del tratamiento diferentes ya que la relación entre la ansiedad y el tratamiento de desintoxicación de sustancias, algunos investigadores han notado que los niveles de ansiedad suelen ser más altos antes de comenzar el proceso de desintoxicación que al finalizarlo, un patrón que también se observa en las familias de los individuos en tratamiento (Bisetto, et al., 2016).

Además, la escasez de investigaciones focalizadas en la interacción precisa entre género y el trastorno por consumo de sustancias representa un desafío significativo para este estudio. Aunque se ha realizado un análisis exhaustivo de la literatura disponible, la falta de estudios específicos y datos detallados en este campo ha restringido la capacidad de este trabajo para profundizar aún más en ciertos aspectos cruciales.

Es importante destacar que la complejidad del tema, junto con la naturaleza dinámica del campo de los trastornos por consumo de sustancias y la evolución constante de los enfoques de género en la investigación hacen que sea fundamental reconocer estas limitaciones.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo busca contribuir al conocimiento existente al proporcionar una visión comprensiva y analítica de la relación entre género y los trastornos por consumo de sustancias, aun cuando la literatura específica sea escasa. Se sugiere que futuras investigaciones aborden esta brecha en el conocimiento, promoviendo así un entendimiento más profundo de las complejidades involucradas en la intersección de estos dos fenómenos.

7.2. Prospectiva

Los resultados proporcionan una visión integral de la complejidad de las adicciones, revelando patrones específicos según la edad, género y características psicológicas. Estos hallazgos tienen implicaciones sustanciales para el desarrollo de estrategias de intervención y tratamiento más específicas y adaptadas a las necesidades individuales de los participantes en programas de rehabilitación.

La prevalencia del consumo de sustancias a nivel mundial, y la influencia del género en el ámbito de las adicciones proporcionan un contexto teórico sólido para comprender los hallazgos de la investigación. La relación entre la ansiedad, la impulsividad y la depresión en el TCS también encuentra respaldo en la literatura científica, destacando la importancia de considerar estas variables en la evaluación y tratamiento de individuos con este trastorno. Además, la atención a las disparidades de género en el acceso a los servicios de tratamiento, como se describe en el marco teórico, se refleja en los resultados que resaltan las diferencias significativas entre hombres y mujeres en diversas dimensiones del TCS.

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Aviv Weinstein y Pinhas Dannon. (2015). Personality and Impulse Control Disorders. Is Impulsivity a Male Trait Rather than Female Trait? Exploring the Sex Difference in Impulsivity.
4. Aznar, J. A., Cosculluela, A., y Honrubia, M. L. (1995). Diferencias en el tiempo de evitación de la colisión: impulsividad-reflexividad.
5. Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Report*, 16, 547-554.
6. Barratt, E. S., y Stanford, M. S. (1995). Impulsiveness. In Personality characteristics of the personality disordered (C. G. Costello, Ed.). John Wiley New York.
7. Barratt, E. S., Deaton, J. M., y Taylor, R. R. (1968). Evoked responses in the putamen and globus pallidus following stimulation of the basolateral amygdala. *Brain Research*, 7, 459-462.
8. Benería, L. (1987). Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos. En Mujeres, ciencia y práctica política. *Debate*.
9. Bisetto, D., González, R., y Botella, A. (2016). Family-Based Intervention Program for parents of substance-abusing youth and adolescents. *Journal of Addiction*.
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/4320720>
10. Bulloch, A., Lavorato, D., Williams, J., y Patten, S. (2012). Alcohol consumption and major depression in the general population: The critical importance of dependence. *Depression and Anxiety*, 29, 1058–1064. <https://doi.org/10.1002/da.22001>
11. Cross, C. P., Copping, L. T., y Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(1), 97–130. <https://doi.org/10.1037/a0021591>
12. Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender and Society*, 19(6), 829–859. <http://www.jstor.org/stable/27640853>
13. Chesney-Lind, Meda & Pasko, Lisa. (2013). *The Female Offender: Girls, Women, and Crime*.
10.4135/9781483387567.

14. Del Río, F. J., Cabello, F., y Cabello, M. A. (2015). Relación entre disfunción eréctil y ansiedad. *Revista Internacional de Andrología*, (Especial 17 Congreso Nacional ASES),28.
<http://asesagrancanaria2015.com/wpcontent/uploads/2014/03/programa210115.pdf>
15. Díaz, M., Rangel, D., Alvarado, Y., Mendoza-Méndez, A., Herrera-Solís MA., Cortés, J., y Prospéro-García, O. (2021). Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. *Psychologia*, 15(1), 83-93. (<https://doi:10.21500/19002386.5390>)
16. Dorard, G., Bungener, C., Phan, O., Edel, Y., Corcos, M., y Berthoz, S. (2017). Is alexithymia related to cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 74-80.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.012>
17. García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Cantisano-Guzmán, L. M. y Flores-Kanter, P. E., (2019). Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos con múltiple consumo de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*; 24(3), 163-171.
[DOI:10.5944/rppc.24111](https://doi.org/10.5944/rppc.24111)
18. Goodwin, R. D., y Stein, D. J. (2013). *Anxiety disorders and drug dependence: Evidence on sequence and specificity among adults. Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(3), 167-173.
19. Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
<http://www.psicothema.es/pdf/3916.pdf>
20. Hansen Rodríguez, G. (2020). Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones. Perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en la pareja y barreras de acceso al tratamiento. *UAB*.
21. Harris, E., y White, B. (2017). Trait anxiety and depression: Exploring the connection in a clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 35(1), 78-92.
22. Hearon, B. A., Calkins, A. W., Halperin, D. M., McHugh, R. K., Murray H. W., y Otto, M. W. (2011). Anxiety sensitivity and illicit sedative use among opiate-dependent women and men. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 43-47.
<http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2010.535581>
23. Jones, L., y Davis, R. (2016). State anxiety and its relationship with depression: A cross-sectional study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(4), 456-470.

24. Kalivas, P. W., y Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *In American Journal of Psychiatry*, 162 (8), 1403-1413. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
25. Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *In The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
26. Méndez-Díaz, M., Rangel-Rangel, D. A., Alvarado-Ramirez, Y. A., Mendoza-Méndez, A., Herrera-Solís, A. M., Cortés-Morelos, J., ... Próspero García, O. (2022). Función de la Impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. *Psychologia*, 15(1), Bogotá: <https://doi.org/10.21500/19002386.5390>
27. Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
28. Miller, A. (2019). Depression and impulsivity: An integrative review of current research. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(5), 621-635.
29. Nolen-Hoeksema, S. (2010). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>.
30. Pérez, F. (2011). Estudio sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. *Publicaciones de la Excma. Diputación Provincial de Burgos*.
31. Plan Nacional sobre Drogas. (2022). Informe EDADES. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
32. Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones. (2021).
33. Russell, G. C., Barratt, E. S., Deaton, J. M., y Taylor, R. R. (1968). Evoked responses in the putamen and globus pallidus following stimulation of the basolateral amygdala. *Brain Research*, 7, 459-462.
34. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019)
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020)
36. Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2013). *Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
37. Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividades*, 3(1), 10-59. Universidad de Fortaleza Fortaleza, Brasil.

38. Smith, J., & Johnson, A. (2015). *Age-related patterns of trait anxiety: A longitudinal study*. *Journal of Aging and Mental Health*, 20(3), 245-259.
39. Estadística Research Department. (2023). *Prevalencia del consumo de drogas en España por tipo*. <https://es.statista.com/estadisticas/949841/prevalencia-del-consumo-de-drogas-en-espana-portipo/#:~:text=Prevalencia%20de%20consumo%20de%20drogas,mujeres%20en%20Espa%C3%B1a%20en%202021&text=En%202021%2C%20casi%20el%2068,2%25%20en%20el%20de%20ellas.>
40. United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Viena, Austria: UNODC. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
41. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_S.pdf
42. Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad*. In *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
43. Vintimilla-Molina, D., Ximena-Campoverde, P., Vintimilla-Molina, J., Tenemaza-Ruilova, M., & Bustamante-Sorlozano, C. (2020). *Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas*. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 734-739. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4404816>
44. World Health Organization. (1994). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)*. OMS.
45. World Health Organization. (2018). *Disease burden and mortality estimates*. Geneva: WHO. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Anexos

Anexo A. STAI

STAI

Nombre y Apellido..... fecha .../.../.....

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.....				
2. Me siento seguro.....				
3. Estoy tenso.....				
4. Me siento disgustado (contrariado)				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....				
6. Me siento alterado.....				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado.....				
9. Me siento angustiado.....				
10. Me siento cómodo.....				
11. Tengo confianza en mí mismo.....				
12. Me siento nervioso.....				
13. Me siento agitado.....				
14. Me siento atado (como oprimido)				
15. Estoy relajado/a				
16. Me siento satisfecho.....				
17. Estoy preocupado.....				
18. Me siento aturdido.....				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma.

Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente GENERALMENTE. No hay respuestas buenas y malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa cómo se siente GENERALMENTE.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
21. Me siento bien.....				
22. Me canso rápidamente.....				
23. Siento ganas de llorar.....				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25 Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....				
26 Me siento descansado.....				
27 Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar.....				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz.....				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.				
32. Me falta confianza en mí mismo.....				
33. Me siento seguro.....				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste “melancólico”.....				
36. Estoy satisfecho.....				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.....				
38. Me afectan tanto los desengaños que no los puedo olvidar.....				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y Preocupaciones actuales me pongo Tenso y agitado.....				

Anexo B. BIS

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Anexo C. Cuestionario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

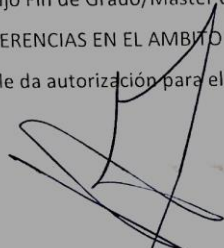
Anexo D. Autorización centro de tratamiento ARPOM

unir LA UNIVERSIDAD EN INTERNET


Autorización del centro para realización de Trabajo Fin de Grado/Máster

Con la presente, yo, Alejandro Jiménez Duarte
con DNI 24.855.471-S como representante del Centro ARPOM COMUNIDAD TERAPÉUTICA ÁLORA
declaro que:

La estudiante, Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche, con DNI 77.191.046X, de la Universidad Internacional de la Rioja, ha informado al centro de la realización del Trabajo Fin de Grado/Máster que lleva por título:
" DIFERENCIAS EN EL AMBITO DE LAS ADICCIONES ENTRE MUJERES Y HOMBRES "
Y se le da autorización para ello



En Álor a 19 de septiembre de 2023
ARPOM COMUNIDAD TERAPÉUTICA ÁLORA
Fdo: Alejandro Jiménez Duarte
Representante Legal

**ARPOM** ASOCIACIÓN DE FAMILIARIOS POLITICOMUNICADOS
CIF G-29473402
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RURAL ARPOM ÁLORA
Partido Vega La Redonda s/n. 29500 Álor (Málaga)
Apdo. Correos 322
arpomalora@arpom.org
Tlf: 952 496 019 / 5- 952 643 107

Anexo E. Autorización centro de tratamiento ARCOIRIS

unir LA UNIVERSIDAD
EN INTERNET

Autorización del centro para realización de Trabajo Fin de Grado/Máster

Con la presente, yo, ARAHARA DOVAO LÓPEZ
con DNI 30989515 M como representante del Centro
COMUNIDAD TERAPÉUTICA LA NUEVA declaro que:

La estudiante, Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche, con DNI 77.191.046X, de la Universidad Internacional de la Rioja, ha informado al centro de la realización del Trabajo Fin de Grado/Máster que lleva por título:
" DIFERENCIAS EN EL AMBITO DE LAS ADICCIONES ENTRE MUJERES Y HOMBRES "

Y se le da autorización para ello

Fecha, nombre del centro, sello y firma:

19 de Septiembre de 2023.
CT LA NUEVA

FUNDACIÓN **emet**
814729248
C/Torre de San Nicolás, 6 Córdoba-14003
957 476 847

Anexo F. Compromiso de confidencialidad

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE
CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El abajo firmante, D./Dña. Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche, con DNI: 77191046X y estudiante matriculada en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos (en adelante, el "Centro") Comunidad Terapéutica ARPOM, Comunidad Terapéutica femenina La Muela y con UNIR, a las siguientes previsiones:

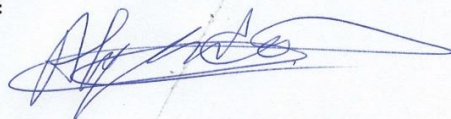
1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizarla recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implementada por el Centro.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche

DNI: 77191046X

FIRMA:



Anexo G. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE ADULTO

Título del Programa:

“Estudio comparativo de variables psicológicas en personas en tratamiento de adicción en hombres y mujeres”

Estudiante TFM:

Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche
Psicóloga.
Nº Colg M-38044

Lugar de realización:

Centro de tratamiento en adicciones. Comunidad terapéutica rural. ARPOM. Álora (Málaga)

Centro femenino de tratamiento de adicciones. La Muela. (Córdoba)

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si no quiero participar, esto no afectará a mi tratamiento.

El trastorno adictivo, también conocido como adicción, es una enfermedad crónica y compleja que afecta el funcionamiento cerebral y el comportamiento de una persona. Puede manifestarse en diversas formas, como la adicción a sustancias (por ejemplo, drogas, alcohol, tabaco) o la adicción a comportamientos (por ejemplo, juego, comida, sexo). Las diferencias de género desempeñan un papel importante en la prevalencia, la manifestación y el tratamiento de los trastornos adictivos. A continuación, te proporcionaré información sobre estas diferencias en cuanto a la manifestación de la adicción, variables psicológicas relacionadas con los problemas de adicción, tratamiento y comorbilidad

En resumen, el trastorno adictivo afecta a personas de todos los géneros, pero las diferencias de género en la prevalencia, la manifestación y los factores de riesgo subrayan la importancia de un enfoque de tratamiento y prevención que sea sensible al género para abordar adecuadamente las necesidades de cada grupo. La comprensión de estas diferencias es esencial para proporcionar un tratamiento efectivo y apoyo a las personas con trastornos adictivos.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:

El propósito del estudio viene de la necesidad de conocer las variables relacionadas con el trastorno adictivo en personas en tratamiento viendo las diferencias en mujeres y hombres para así estudiar sus diferencias en cuando al género y poder realizar un diagnostico y tratamiento más especializado e individualizado con perspectiva de género.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de los adultos con un trastorno adictivo que estén en tratamiento en la comunidad terapéutica de forma residencial. Se realizarán visitas en una única ocasión donde se evaluará variables psicológicas vinculadas con el trastorno adictivo.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a personas con estos trastornos. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de las entrevistas clínicas y la evaluación psicológica y la ruptura de la rutina y hábitos del día en la comunidad.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo...) y otros están relacionados con la salud (p.ej. su historia clínica, su estado físico y mental, historia toxicológica, estudio de cuestionarios de variables psicológicas). La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Sólo su psicóloga y equipo cualificado de la comunidad terapéutica podrá establecer la relación entre los datos recogidos en el estudio y su historia clínica.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del estudiante:

Anexo H. Informe favorable comité de investigación.

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Estudio comparativo de variables psicológicas en personas en tratamiento de adicción en hombres y mujeres** presentado por Dña. **Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche** en el que consta como autora, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 18 de octubre de 2023.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 18 de octubre de 2023

Anexo I. Formulario TFM



Formulario de memoria de TFE

Este formulario debe ser cumplimentado por todos los estudiantes que realicen un estudio de investigación y requieran la inclusión de participantes para recoger datos de carácter personal, información clínica, revisión de historia clínica, etc.

Título del Máster: **Psicología General Sanitaria**

Título del Trabajo Fin de Máster:

Nombre del estudiante: **Alejandra Valerie Jiménez Chicheportiche**

Centro/os en los que se realizará el estudio: **Centro de tratamiento en adicciones ARPOM y Centro femenino de adicciones La Muela**

Nombre del Director de TFM de UNIR: **Sara Barbeito Resa**

Si este trabajo está encuadrado en un proyecto de investigación, indique:

Centro:

Responsable del proyecto en el centro:

Investigadores colaboradores en el centro:

1.- DOCUMENTACIÓN DEPOSITADA EN LA COMISIÓN DE TFM DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNIR

Por favor, señale la documentación complementaria que se ha entregado para la valoración del estudio:

- Memoria científica del estudio.
- Modelo de consentimiento informado para los participantes.
- Autorización del centro para la realización del TFM.
- Documento de confidencialidad firmado.
- Otros: señalar.....

2.- VALOR SOCIAL Y JUSTIFICACIÓN

Justificación del estudio

Exponga brevemente el valor del estudio, indicando los antecedentes, la situación actual de la cuestión planteada y los beneficios directos e indirectos que aportará en relación a los conocimientos actuales (máx. 150 palabras):

Históricamente, la investigación sobre adicciones se ha centrado en poblaciones mayoritariamente masculinas, lo que ha generado una brecha de conocimiento en cuanto a cómo afecta la adicción a las mujeres. Estudios previos han señalado diferencias en la predisposición, la progresión y las consecuencias de las adicciones entre géneros, pero aún falta una comprensión profunda y completa. Actualmente, existe un creciente reconocimiento de la necesidad de estudiar las adicciones desde una perspectiva de género.

La investigación ha comenzado a destacar diferencias en el consumo de sustancias, los factores entre mujeres y hombres. Posibilita el desarrollo de tratamientos altamente personalizados y eficaces, adaptados a las necesidades específicas de cada género. Además, facilita la creación de programas de prevención y educación más efectivos, reduciendo el riesgo de adicción desde edades tempranas y contribuyendo a la eliminación del estigma asociado a las mujeres con problemas de adicción. Esta investigación también respalda la formulación de políticas de salud pública más adecuadas y orientadas a la igualdad de género. En última instancia, el estudio promueve un avance significativo en la comprensión de las adicciones, abriendo nuevas vías de investigación para abordar los desafíos específicos que enfrentan mujeres y hombres en relación con las adicciones, lo que beneficiará tanto a nivel clínico como social.

Objetivos

Describe brevemente los principales objetivos que se pretenden alcanzar con este estudio.

Evaluar variables psicológicas de forma cuantitativa relacionadas con el trastorno de adicciones como: ansiedad, depresión, escala de sucesos negativos e impulsividad y ver las diferencias según el género para mejorar la calidad de tratamiento en futuras intervenciones. Así como el estudio comparativo por género de datos cualitativos como: comorbilidad, historia toxicológica, consumo de sustancias específicas, diferencias en la forma sostener económicamente el consumo de las sustancias, red de apoyo, ect.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Describe brevemente el diseño del estudio

Se realizará un estudio de investigación transeversal donde habrá dos grupos, uno de ellos de 15 participantes hombres en tratamiento de adicciones y en el otro con 15 mujeres en tratamiento de adicciones.

Muestra

Define la población/muestra diana del estudio.

15 mujeres con trastorno adictivo actualmente en tratamiento en un centro residencial de adicciones.
15 hombres con trastorno adictivo actualmente en tratamiento en un centro residencial de adicciones.

Indique los criterios de selección utilizados para escoger la muestra del estudio.

Adultos, mujeres y hombres mayores de edad. Con diagnóstico de trastorno adictivo actualmente en tratamiento en un centro residencial de adicciones. En plenas capacidades para entender, elaborar y responder a las entrevistas y test psicológico que se les realice.

Intervención (si procede)

Si el estudio contempla la aplicación de algún tipo de intervención sobre la muestra participante, por favor, señálelo y descríballo brevemente.

nada

VARIABLES DE RESULTADO

Enumere las variables de estudio (datos sociodemográficos, datos clínicos, neuropsicológicos etc.) que se recogerán a lo largo del desarrollo del estudio.

Variables cualitativas: ansiedad, escala de sucesos vitales negativos, depresión, e impulsividad.
Variables cuantitativas: datos sociodemográficos: edad, nivel sociocultural, inicio del consumo, formas de mantenimiento del consumo, hijos o no, red de apoyo, etc.

4.- RECOGIDA DE DATOS

Indique el procedimiento de recogida de datos y los instrumentos que va a utilizar teniendo en cuenta las variables de estudio seleccionadas. Por ejemplo:

1. Entrevistas clínicas y/o evaluaciones específicas
2. Revisión de historias clínicas
3. Encuestas online
4. Otros: (Especificar)

5.- ASPECTOS ÉTICOS

Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Si el TFM está englobado en un proyecto de investigación del centro en el que se va a recoger la información de los participantes, indique si se ha obtenido la aprobación por parte de un CEIC del centro (adjuntar copia) o si está en trámite.

Si se ha obtenido la aprobación del centro.

Consentimiento informado

Asegúrese de que el Consentimiento informado (elaborado por el centro o por usted, siguiendo el modelo disponible en UNIR) recoge los siguientes aspectos (marcar con una X):

- Objetivo y finalidad del estudio
- Procedimiento del estudio
- Beneficios y riesgos del estudio
- Participación voluntaria
- Derecho de abandono
- Protección y confidencialidad de los datos

Además, es importante tener en cuenta lo siguiente:

Confidencialidad. Los estudiantes de TFM deben garantizar que ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los participantes en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de este estudio. Todos los datos de carácter personal necesarios para el desarrollo del estudio están sujetos a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal y garantía de derechos digitales, complementaria al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa de 27 de abril sobre protección de datos (GRDP). Cada uno de los sujetos que participen en el estudio recibirá un código con el que será identificado, ningún otro dato de carácter personal será difundido o utilizado a lo largo del estudio.

El desarrollo de la presente propuesta de trabajo cumple, en materia de investigación con la siguiente normativa (marcar con una X):

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018.
- Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

