



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Alumno/a: Paloma Cobos Muñoz

Tutor/a: José Antonio Muela Martínez
Dpto.: Departamento de Psicología

Julio, 2022

RESUMEN

Existen diferencias en el tipo y cantidad de droga consumida por los jóvenes, ya sea por su edad o sexo; también en la forma de consumo modulando los posibles efectos. Así como en las distintas variables que se describen en el estudio. Para ello se ha contado con 19 voluntarios, 12 mujeres y 7 hombres, con una edad comprendida en 18-25 años. Estos han sido reclutados por la técnica "bola de nieve". Se observan muchas diferencias notorias entre mujeres y hombres en el consumo de sustancias y consumo de riesgo de alcohol, siendo los hombres más propensos a consumir cuando tienen problemas emocionales, tales como ansiedad y depresión.

PALABRAS CLAVE: consumo, sexo, riesgo de alcohol, sustancias.

ABSTRACT

There are differences in the type and amount of drug consumed by young people, either by age or sex; also in the form of consumption modulating the possible effects. As well as in the different variables described in the study. For this, 19 volunteers have been counted on, 12 women and 7 men, with an age between 18-25 years. These have been recruited by the "snowball" technique. There are many striking differences between women and men in substance use and risky alcohol use, with men more likely to use it when they have emotional problems, such as anxiety and depression.

KEY WORDS: consumption, sex, risk of alcohol, substances.

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos	
2.1 Objetivos generales.....	7
2.2 Objetivos específicos.....	7
3. Metodología	
3.1. Participantes.....	8
3.2. Medidas.....	8
3.3. Procedimiento.....	9
4. Resultados.....	10
5. Discusión.....	12
5.1 Limitaciones.....	14
5.2 Implicaciones prácticas y futuras investigaciones.....	14
6. Referencias.....	15
7. Anexos.....	18

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores (citado en Lora et al., 2010).

En 2019/2020, las drogas más consumidas en España en población de un rango de edad de 15-64 años, son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta, seguidos del cannabis y la cocaína. La edad para empezar a consumir sigue estable. El tabaco y el alcohol, seguido del cannabis son las drogas que más se consumen desde una edad más temprana (Ministerio de Sanidad, 2021).

En el estudio presente el tabaco no se considera droga ya que no provoca un estado psicotrópico o alteración de la conciencia, aunque sí una sustancia adictiva y peligrosa.

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central, inhibe paulatinamente las distintas funciones cerebrales. Tiene un impacto en la capacidad de autocontrol, produciendo euforia y desinhibición, por ello se puede confundir con una sustancia estimulante (Ministerio de Sanidad, 2022).

El consumo de alcohol en jóvenes ha aumentado en los últimos años, concretamente en 2021, el consumo de riesgo de alcohol abre las puertas en los jóvenes a consumir otro tipo de sustancias (Maturana, 2010).

Los jóvenes suelen beber por atracones, es decir, los fines de semana, ignorando las grandes consecuencias de esto, como problemas físicos y psicológicos. Se considera atracón cuando se consume más de las UBEs (unidad de bebida estándar) recomendadas por el Ministerio de Sanidad, pero esto varía según el sexo, ya que en hombres la cantidad máxima de UBEs en consumo ocasional, es decir, solos los fines de semana tal y como se ha comentado antes, es de 6 UBEs, y en mujeres 4 UBEs. Si se habla de consumo diario, en hombres 4 UBEs y mujeres 2 UBEs, aunque en jóvenes este tipo de consumo no es el habitual (Ministerio de Sanidad, 2021).

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes (Ministerio de Sanidad, 2021).

Esta sustancia afecta al cerebro principalmente por el Tetrahidrocannabinol, uno de sus principios activos. Este se encuentra en diferente proporción según donde se encuentre, como en la marihuana, aceite de hachís o hachís. Dependiendo de la forma de consumo se pueden conseguir más duración en los efectos (Ministerio de Sanidad, 2022).

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros (Ministerio de Sanidad, 2022).

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla. A dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad (Ministerio de Sanidad, 2022).

En la adolescencia, origina cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El consumo temprano se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como ansiedad, depresión y psicosis. Así también con el poli consumo en un futuro haciendo que sea más difícil dejar de consumir (Ministerio de Sanidad, 2022).

Las consecuencias varían en hombres y mujeres debido a factores socioculturales y biológicos. Respecto a los biológicos están las hormonas sexuales: la testosterona, los estrógenos y la progesterona que influyen en el sistema endocannabinoide del cerebro (Caballero, 2018).

Los poppers son una sustancia, que se consume a través de la inhalación, si se ingiere puede ser mortal. Están compuestos por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Sus efectos aparecen a los pocos segundos de su consumo y es estimulante y vasodilatador. Uno de sus efectos adversos puede ser aumento de la frecuencia cardíaca e hipotensión (Ministerio de Sanidad, 2022).

El éxtasis o MDMA es una droga sintética que se consume por vía oral, con un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, creando así una sensación de bienestar, de cercanía, y de conexión con las demás personas (Ministerio de Sanidad, 2022).

Entre los efectos que puede producir en personas susceptibles, se encuentra la ansiedad, agitación, comportamientos violentos o de riesgo, entre otros, como hipertensión, deshidratación, fallo cardíaco (Ministerio de Sanidad, 2022).

Los consumidores crónicos de MDMA sufren una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño (Ministerio de Sanidad, 2022).

Como se puede observar hay muchas diferencias de consumo entre mujeres y hombres, al igual que en sus múltiples consecuencias y grado de afectación en ambos sexos. Tal y como se ha comentado anteriormente, el consumo de cannabis y éxtasis pueden producir ansiedad, depresión y hasta otros trastornos del comportamiento.

Lo más destacable del trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas son los síntomas predominantes de ansiedad, similares a las que presentan los trastornos de ansiedad primarios, entre los que se puede contar las crisis de ansiedad, las obsesiones y compulsiones, la ansiedad prominente, la ansiedad generalizada, la fobia social y otros tipos de fobia (Irurtia et al., 2009).

Según numerosos estudios de la revista *Brain and Behavior* se observa que las mujeres tienen el doble de riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad que los hombres (Jar, 2016).

Siguiendo con la depresión, esta es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre, esta diferencia es más notable en la edad adulta y la prevalencia crece más con esta variable, es decir, con la edad. Aunque cuando se llega a los últimos años de vida, esta prevalencia disminuye (García et al., 2020).

Según Van Hasselt et al. (1993), se puede deducir que individuos que presentan dificultades en interacción social y dificultades para afrontar situaciones difíciles, se sienten presionados a la hora de consumir drogas, y pudiendo llegar a ser drogodependientes. Van Hasselt et al. (1993) confirman que los sujetos que inician tratamiento para su drogodependencia puntúan más alto en espontaneidad y Wills, Baker y Botvin (1989) deducen que los drogodependientes que recaen puntúan más alto en asertividad que los que no recaen (citado en López Torrecillas et al., 2000).

Los hombres superan el consumo de drogas en todos los casos, excepto los hipnosedantes. El consumo de drogas sigue siendo un icono de la masculinidad. Esto puede

estar relacionado también con los mandatos sociales que son dirigidos a los hombres desde que nacen, así como el no mostrar sus sentimientos en público (Fundación Atenea, 2016).

Los hombres suelen estar más dispuestos a probar sustancias nuevas mezclando y consumiendo mayor cantidad y variedad de sustancias (Fundación Atenea, 2016).

Se observa un aumento del consumo de cannabis, alcohol y tabaco en mujeres, alcanzando el consumo de los hombres de las mismas edades. También hay un aumento de consumo de drogas ilegales en mujeres jóvenes pero sigue habiendo una gran diferencia (Fundación Atenea, 2016).

Estos conceptos pueden explicar el porqué de la influencia social respecto al alcohol, relacionándose con la dependencia/independencia de campo. Se denomina independencia de campo a la tendencia por la cual un sujeto se atiene al yo como un referente primario en actividades psicológicas. Y dependencia del campo a la tendencia por la cual un sujeto se apoya en referentes externos o ambientales para su actuación (Meza, 1987).

Por otra parte, la asertividad es muy importante en este punto de vista. Hay varias formas de definir la asertividad, pero ninguna definición es universal de este término.

Para Alberti y Emmons (1978) la conducta asertiva es la que permite a una persona actuar de acuerdo a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inadecuada, expresar sus sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros (citado en Caballo, 1983).

Para Brown (1980) es la conducta que sucede en un contexto interpersonal interesándose principalmente por la adquisición de refuerzo personal y minimizando la pérdida de refuerzo por parte del receptor de la conducta (citado en Caballo, 1983).

2. Objetivos.

2.1. Objetivos generales.

Los objetivos generales del estudio son:

1. Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en hombres y mujeres.
2. Comprobar si hay relación entre consumo de sustancias y consumo de riesgo de alcohol.
3. Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en variables emocionales en hombres y mujeres.
4. Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en variables sociales en hombres y mujeres.

2.2. Objetivos específicos.

- 3.1 Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en ansiedad en hombres y mujeres.
- 3.2 Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en depresión en hombres y mujeres.
- 4.1 Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en asertividad en hombres y mujeres.
- 4.2 Comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en dependencia de campo en hombres y mujeres.

3. Metodología

3.1. Participantes

Este estudio va dirigido a jóvenes estudiantes, encontrándose desde estudiantes de grado medio a estudiantes de máster, de un rango de edad de 18 a 25 años, que consuman alcohol u otras drogas o que no consuman ningún tipo de sustancias. La muestra es de 19 personas, 7 hombres y 12 mujeres. La media de edad de los hombres es de 22,14 años, desviación típica de 1,46 mientras que la media de edad de las mujeres es de 22,75 con una desviación típica de 1,06. Se han seleccionado mediante el método “bola de nieve”, esto es, personas conocidas de amigos o familiares que se han puesto en contacto y voluntariamente han decidido participar en este estudio. El único criterio de exclusión es la edad por encima o debajo de ese rango establecido.

3.2. Medidas

- Cuestionario de Variables psicosociológicas donde hay que indicar edad, sexo, estado civil, consumo, tipo de sustancias, cantidad y frecuencia del consumo. Este cuestionario se ha realizado acorde a las necesidades del estudio. (ver anexo A)
- STAI (Charles Spielberger y R. E. Lushene, 1967), consta de 40 ítems divididos en dos partes, Ansiedad estado y Ansiedad rasgo. La parte de Ansiedad Estado mide un estado emocional transitorio, este depende mucho del momento de la recogida de datos. Tiene 20 ítems de escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta que van desde 0(nada) a 3 (mucho), donde el sujeto tiene que elegir una opción dependiendo de cómo se encuentre en ese preciso momento. Por otro lado, Ansiedad Rasgo, es relativamente estable y al igual que la otra parte tiene 20 ítems de escala tipo Likert que van desde 0(casi nunca) a 3 (casi siempre).
- BDI (Beck et al. 1979), también llamado Inventario de Depresión de Beck, consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta donde el sujeto tiene que escoger una alternativa con la que más se identifique o dos si fuera el caso, en las últimas dos semanas. Este inventario mide más síntomas fisiológicos.

- Test de Figuras Enmascaradas (Witkin et al. 1971), este test mide la dependencia de campo. Consiste en dibujar el contorno de una serie de figuras simples que aparecen en una hoja aparte, en una figura compleja coincidiendo en orientación, tamaño y forma. La prueba se divide en tres secciones, la primera que no cuenta para corrección y se dispone de 2 minutos para completarla y 7 figuras, la segunda y tercera con más nivel de dificultad que se dispone de 5 minutos y 9 figuras para cada una. Cuantas más figuras se hayan trazado bien, menos dependencia de campo y al contrario.

- Inventario de asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill y Richey, 1975) está compuesto por dos subescalas, grado de malestar y probabilidad de respuesta, para ambas subescalas hay que elegir una alternativa de respuesta que va desde 1 (ninguno) a 5 (muchísimo) y de 1 (siempre lo hago) y 5 (nunca lo hago) respectivamente.

3.3. Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se han seleccionado las variables a estudiar; son variables emocionales, sociales y sexo. Se han seleccionado los diferentes cuestionarios para medir cada una de ellas, contrabalanceándolos y agrupado en cuadernillos. Una vez hecho este paso, se ha procedido a seleccionar a los distintos participantes entregándoles a su vez la nota informativa (ver anexo B). Estos han sido seleccionados por la técnica bola de nieve, citando a cada uno de ellos el día, hora y lugar que mejor se adaptara a cada uno según sus distintas circunstancias, si aceptaban participar. Antes de empezar a rellenar los cuestionarios se ha proporcionado el consentimiento informado (ver anexo C) y resuelto todas las dudas presentes, tardando alrededor de 40-45 minutos en realizar el cuadernillo entero por persona. Ya obtenidos todos los resultados se han destruido todos los cuestionarios y comunicado estos a los participantes, que así lo indicaron en el consentimiento informado previamente.

4. Resultados.

Tras obtener todos los cuadernillos se ha procedido a corregirlos y pasarlos a Excel con sus debidas equivalencias para posteriormente realizar el análisis estadístico en el programa SPSS 23, haciendo T de Student para obtener las diferencias en los grupos y razón de verosimilitud para obtener las relaciones de las variables.

Se ha dicotomizado la variable ansiedad utilizando el centil 50. La variable depresión utilizando el punto de corte 13 sugerido por los autores. La variable dependencia de campo en dependiente o independiente de campo a partir de 10 figuras correctas. La variable asertividad, en asertivo o no asertivo sugerido por Gambrill y Richey. La variable consumo de riesgo, a partir de 4 UBEs en mujeres y 6 UBEs en hombres, sugerido por el Ministerio de Sanidad.

Antes de analizar los objetivos, se ha demostrado que no hay diferencias de edad entre hombres y mujeres, siendo la media de edad de los hombres de 22,14 y una desviación típica de 1,46; en las mujeres la media es de 22,75 con una desviación típica de 1,06; siendo $p > 0,005$. No hay diferencias entre la edad y el sexo de la persona en el consumo, es un grupo homogéneo. Tampoco hay entre el sexo y estado civil. Respecto a la variable sexo y riesgo de alcohol tampoco existe, al igual que sexo y consumo de sustancias.

Para corroborar el primer objetivo general (comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en hombres y mujeres) se ha realizado razón de verosimilitud, donde en consumo de sustancias se ha calculado $rv=3,17(1)$; $p=0,075$ y en consumo de riesgo de alcohol $rv(1)=0,32(1)$; $p=0,57$. No se encuentra relación.

Respecto al segundo objetivo general (comprobar si hay relación entre consumo de sustancias y consumo de riesgo de alcohol) se ha analizado riesgo de alcohol por consumo de sustancias sin diferenciar entre mujeres y hombres. Con una $rv(1)=5,117(1)$; $p=0,024$, mostrando una relación significativa. El 63% de las personas que no consumen no tienen riesgo de alcohol, mientras que el 100% de los que sí consumen tienen consumo de riesgo de alcohol.

Como se ha propuesto anteriormente en los objetivos realizarlo por sexos, a partir de ahora se realizarán análisis diferenciando a hombres y mujeres.

Para corroborar el primer objetivo específico (comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y riesgo de alcohol en ansiedad en hombres y mujeres.). Se hicieron 4 razones de verosimilitud; dos en hombres y dos en mujeres; cruzando alta y baja ansiedad con consumo de

alcohol de riesgo y consumo de sustancias. Respecto al consumo de sustancias, se ha calculado una $\chi^2(1) = 8,376$; $p = 0,004$ en hombres. Esto quiere decir que el 100% de hombres que tienen alta ansiedad, consume sustancias. Respecto a las mujeres, no hay relación. Su $\chi^2(1) = 0,856$; $p = 0,355$.

Siguiendo con ansiedad pero esta vez relacionado con el consumo de riesgo de alcohol, no hay relación ni en hombres ni en mujeres,

Para el segundo objetivo específico (comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y riesgo de alcohol en depresión en hombres y mujeres.) Se hicieron 4 razones de verosimilitud; dos en hombres y dos en mujeres; cruzando alta y baja depresión con consumo de alcohol de riesgo y consumo de sustancias. Para el consumo de sustancias en hombres se ha calculado una $\chi^2(1) = 8,376$; $p = 0,004$. Mientras que en mujeres no se aprecia ninguna relación. Esto significa que el 100% de personas con baja depresión no consume, y el 100% que tiene alta depresión si consume. Respecto a la relación de depresión y riesgo de alcohol no se encuentran diferencias en ningún sexo.

Para el tercer objetivo específico (comprobar si existe relación en el consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en asertividad en hombres y mujeres). Se hicieron 4 razones de verosimilitud; dos en hombres y dos en mujeres; cruzando asertividad y no asertividad con consumo de alcohol de riesgo y consumo de sustancias. Respecto al consumo de sustancias no se encuentran ninguna diferencia en ningún sexo. Al contrario de asertividad y riesgo de alcohol, que se encuentra en ambos sexos. En el grupo de hombres se ha calculado una $\chi^2(1) = 7,638$; $p = 0,006$. En mujeres la $\chi^2(1) = 3,56$; $p = 0,05$ (no llega a ser significativa). Estos datos muestran que el 100% de los hombres que no son asertivos tienen un consumo de riesgo de alcohol; mientras que en las mujeres ocurre al contrario, el 100% de mujeres que tienen no asertividad no beben alcohol.

Para el cuarto objetivo específico (comprobar si hay relación en el consumo de sustancias y riesgo de alcohol en dependencia de campo en hombres y mujeres). Se hicieron 4 razones de verosimilitud; dos en hombres y dos en mujeres; cruzando dependencia e independencia de campo con consumo de alcohol de riesgo y consumo de sustancias. No se encuentran diferencias ni en hombres ni mujeres en el consumo de sustancias. En la relación con el consumo de riesgo de alcohol, siguen sin encontrarse diferencias en mujeres pero en hombres si hay relación, con una $\chi^2(1) = 9,561$; $p = 0,002$. El 100% de las personas que tienen

más dependencia de campo, es decir, que se dejan influenciar por los demás, tienen ese consumo de riesgo; mientras que las personas que no se dejan llevar, no lo tienen.

5. Discusión

En primer lugar, respecto a la relación entre consumo de sustancias y de riesgo de alcohol en hombres y mujeres, no se encuentra relación, ni en consumo de sustancias ni en consumo de riesgo de alcohol. Según la literatura los hombres lideran el consumo de sustancias a diferencia de los resultados obtenidos en este estudio, aunque se puede justificar con el aumento del número de mujeres que consumen cannabis, alcohol y tabaco. Esto puede explicarse debido a que son sustancias más aceptadas socialmente y el consumo de esto, no está tan castigado (Fundación Atenea, 2016).

Respecto a la relación de consumo de sustancias y consumo de alcohol de riesgo, se ha visto anteriormente que el 100% de las personas que consumen, ingieren alcohol de riesgo, por lo que esto hace posible inferir que el alto consumo de alcohol abre las puertas para el consumo de otras sustancias como ya se ha visto y por ello estos resultados (Maturana, 2010).

Los siguientes objetivos, en la relación entre mujeres y hombres por el consumo de sustancias en ansiedad se ha visto que los hombres consumen sustancias cuando aparece alta ansiedad; mientras que las mujeres, no. A diferencia del consumo de riesgo de alcohol, que no aparecen relaciones incluso con alta ansiedad en ningún sexo.

Siguiendo con la depresión y consumo de sustancias, se observa que solo los hombres consumen cuando tienen depresión. Respecto al riesgo de alcohol, la depresión también influye ligeramente en los hombres.

Se pueden explicar estas relaciones de ansiedad y depresión conjuntamente si se mira desde un punto de vista de mala gestión emocional, las personas que tienen ciertas dificultades en afrontar distintas situaciones o en interacción social, suelen sentirse presionados a beber y acaban así, en drogodependencia (Van Hasselt et al. 1993 citado en López Torrecillas et al., 2000). Esto nos aclara muchos resultados de los obtenidos, como que los hombres consumen sustancias cuando tienen alta ansiedad o depresión, siendo al contrario en mujeres. Puede ser

que las mujeres tengan una buena gestión de sus emociones, o de otra forma distinta. Siendo los hombres lo que suelen hacer mala gestión de sus emociones, pudiendo ser por el pensamiento social de no mostrar sus sentimientos para ser más hombre, de esta forma, su mejor forma de gestionar sus emociones sería por medio del consumo de sustancias (Carretero-Bermejo y Nolasco-Hernández, 2017).

Respecto a la asertividad y consumo de sustancias no se encuentran ninguna relación en ningún sexo. Al contrario de asertividad y riesgo de alcohol, que se encuentra en ambos pero totalmente contrarios. Estos datos demuestran que los hombres que no son asertivos tienen un consumo de riesgo de alcohol; mientras que en las mujeres ocurre al contrario, las que tienen asertividad no beben alcohol. Esto se puede explicar mediante la capacidad de decir “no”, si tienes esa asertividad te lleva a no beber porque puedes decir que no. Entendemos esto desde una perspectiva social, el consumo de alcohol se ha asociado a la masculinidad como se ha visto al principio del estudio, perdiendo esta si no bebes cuando te juntas con tu grupo de amigos o vas de fiesta; por ello los hombres que carecen de asertividad para poder decir “no” sin importar las opiniones del entorno tienden a beber alcohol para no perder ese estatus. Sin embargo, las mujeres parece que beben alcohol cuando les apetece y no cuando la sociedad se lo impone, con la capacidad de decir “no” o “sí” en las situaciones adecuadas para cada una (Fundación Atenea, 2016). Se puede observar que la asertividad en hombres es un factor de protección, ya que no beberían si fueran asertivos. Sin embargo en el caso de las mujeres sería un factor de riesgo ya que según los resultados, al ser asertivas beben alcohol por “gusto” pero no porque la sociedad se lo impone.

Por último, en la relación de dependencia de campo solo se encuentra relación en consumo de riesgo de alcohol y hombres. Los hombres que se dejan influenciar por los demás, tienen ese consumo de riesgo; mientras que los que no se dejan llevar, no lo tienen. Estos resultados pueden relacionarse también con la masculinidad, es decir, los hombres se dejan llevar más por su grupo de amigos como se ha visto, bebiendo por presión o influencia social, y así, una vez más, no pierden esa característica que la sociedad atribuye a los hombres; al contrario que las mujeres, estas no beben por presión social, solo si les apetece ya que no se dejan influenciar por la sociedad (Fundación Atenea, 2016).

5.1 Limitaciones

La mayor limitación de este estudio es la muestra de participantes, ya que para poder extrapolarlo se necesita un número mayor de estos. Además del método de reclutamiento de estos, al ser la técnica “bola de nieve” se tiende a escoger personas de tus mismos intereses y entorno por lo que habría poca variabilidad en cultura, consumiendo generalmente el mismo tipo de sustancia. Para hacerlo más heterogéneo sería recomendable realizar el estudio a un nivel más nacional, con más personas de distintas ciudades, intereses y círculo de amigos.

5.2 Implicaciones prácticas y futuras investigaciones

Tras haber terminado el presente estudio, sería muy recomendable realizar una propuesta de prevención, en población adolescente, para la depresión y ansiedad; ya que se relacionan con el consumo de sustancias y esto puede ayudar a disminuir tanto la ansiedad como la depresión y quizá baje ese consumo. También sería recomendable realizar talleres de psicoeducación del papel de la sociedad en el consumo y la masculinidad y así trabajar la influencia social y tengan la suficiente información como para no consumir por ese motivo, sino por elección propia. Por último, si realizamos un programa de asertividad, es importante tener especial cuidado en el grupo de las mujeres ya que según los resultados, estas beben cuando tienen asertividad y quizá al trabajar dicho programa se le esté incitando a consumir alcohol de más.

6. Referencias.

- Ballesteros, R. F., & Antón, M. A. M. (1981). Estudio diferencial con el "test de figuras enmascaradas". *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 45-56.
- Caballero, L. (31 de octubre de 2018). *Sexo, drogas y hormonas: por qué el cannabis afecta de distinta forma a hombres y mujeres*. TecnoXplora. https://www.lasexta.com/tecnologia-tecnoxplora/ciencia/divulgacion/sexo-drogas-hormonas-que-cannabis-afecta-distinta-forma-hombres-mujeres_201810305bd966ec0cf202108eefb0cf.html
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 4(13), 51-62.
- Carretero-Bermejo, R., & Nolasco-Hernández, A. (2017). Aproximación al concepto de emocionalidad. El estereotipo emocional del sexismo. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 4(1), 34-41.
- Cervantes, S. C., Lagunes, I. R., Aragón, S. R., & Loving, R. D. (2010). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(29), 27-50.
- Fundación Atenea. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias, Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Psicología conductual*, 17(1), 155-168.
- Jar, N. (9 de junio de 2016). *Las mujeres tienen el doble de riesgo de ansiedad que los hombres*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20160609/402385487420/salud-mental-ansiedad-mujeres.html>

- López Torrecillas, F., Martín, I., De La Fuente, E. I., & Godoy, J. F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12(Suplemento), 331-334. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7702>
- Lora, Maria Elena, & Calderón B, Claudia. (2010). Un Abordaje a La Toxicomanía desde el Psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 8(1), 159-180. Recuperado en 21 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612010000200008&lng=es&tlng=es.
- Meza, A. (1987). Acerca de los estilos cognitivos: dependencia- independencia de campo. *Revista De Psicología*, 5(2), 161-176. <https://doi.org/10.18800/psico.198702.004>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Límites de consumo bajo riesgo de alcohol* [Infografía]. Ministerio de Sanidad, https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevenccion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_bajoriesgo_Limites.pdf
- Ministerio de Sanidad. (17 de junio 2022). *Alcohol*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (20 de junio 2022). *Cannabis*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (18 de junio 2022). *¿Que efectos inmediatos produce en el organismo?* <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/menuCannabis/efectos.htm>
- Ministerio de Sanidad. (18 de junio 2022). *Situaciones de especial riesgo*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/menuCannabis/especialRiesgo.htm>

Ministerio de Sanidad. (20 de junio 2022). *Poppers*.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/drogasSintesis/otrasDrogas/poppers.htm>

Ministerio de Sanidad. (20 de junio 2022). *¿Qué es?*

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/drogasSintesis/extasis/menuExtasis/queEs.htm>

Ministerio de Sanidad. (20 de junio 2022). *¿Qué riesgos y consecuencias tiene el consumo de éxtasis?*

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/drogasSintesis/extasis/menuExtasis/riesgos.htm>

Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid, Spain: TEA ediciones.

Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

7. Anexos

ANEXO A

CUESTIONARIO VARIABLES PSICOSOCIOLOGICAS

Por favor, responda con total sinceridad las preguntas que se formulan a continuación:

Edad:

Sexo:

Ciudad:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Consumo

¿Consumes algún tipo de droga?

¿Has consumido alguna vez?

En caso afirmativo:

¿Cuándo fue la última vez que consumiste?

¿Desde cuando consumes?

¿Qué tipo de drogas?

¿Cuántas veces al día?

¿Y a la semana?

¿Y al mes?

¿Qué cantidad consumes en cada ocasión?

ANEXO B

NOTA INFORMATIVA

Soy Paloma Cobos Muñoz, estudiante de 4º de Psicología, estoy realizando mi trabajo de fin de grado llamado “CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS” junto con mi profesor titular y tutor de mi trabajo, José Antonio Muela Martínez, del departamento de Psicología y del área de Personalidad, evaluación y tratamiento de la Universidad de Jaén.

Mi contacto es: pcm00040@red.ujaen.es nºteléfono:654061864

Contacto de José Antonio Muela Martínez: jmuela@ujaen.es nº teléfono: 953211986

La intención es tan sólo que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar, si quiere colaborar en el estudio.

Para ello lea esta hoja informativa con atención, pudiendo consultar cualquier duda, y le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

La participación en este estudio es totalmente **voluntaria**, puede decidir no participar, como también cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

El estudio consiste en conocer las *características psicológicas asociadas al consumo de sustancias*. Toda la información requerida se obtendrá mediante los cuestionarios. Todos los datos y resultados serán totalmente anónimos. La duración es aproximada de una hora donde solo tienen que responder a unos cuestionarios que administraré.

Sus datos personales no figuraran en el estudio puesto que les someteremos a un proceso de anonimización de manera que nadie externo al proyecto pueda relacionarla con el mismo. Tras realizar mi TFG todos los documentos serán destruidos para mayor seguridad.

Aunque no recibirá beneficios personales por participar en este estudio de investigación, su colaboración será de gran ayuda. Tampoco hay ningún tipo de riesgo al participar.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007 de investigación biomédica.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a la responsable del estudio, para dejar constancia de su decisión.

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en ningún aspecto.
- Todos los datos carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018 del 6 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Naturaleza de la actuación (describir brevemente la participación requerida):

Para participar en mi Trabajo de Fin de Grado sobre diferencias grupales y el consumo de sustancias, el participante que se ofrezca voluntario tendrá que rellenar unos cuestionarios que le proporcionaré.

Riesgos de la investigación para el participante:

Ninguno.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Paloma Cobos Muñoz en el teléfono: 654061864 o en el correo electrónico: pcm00040@red.ujaen.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Yo (Nombre y

Apellidos):..... • He

leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento

• He podido hacer preguntas sobre el estudio de *CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS*.

• He recibido suficiente información sobre el estudio *CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS*.

• He hablado con el informador: PALOMA COBOS MUÑOZ

• Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

• Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

• Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

• **Deseo** ser informado/a de mis datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en nada

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS*.

Firma del participante Firma del informador
(o representante legal en su caso)

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos: PALOMA COBOS MUÑOZ



Fecha.....
2 de 2

Fecha: Página