



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Distintos países, mismo problema:

La impulsividad como determinante en el

consumo de cocaína en mujeres.

España y Chile.

BEATRIZ RENOVALES ABAD

Profesor Guía: Álvaro Javier Vergés Gómez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Junio, 2018
Santiago de Chile, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Distintos países, mismo problema:
La impulsividad como determinante en el
consumo de cocaína en mujeres.
España y Chile.

BEATRIZ RENOVALES ABAD

Profesor Guía: Álvaro Javier Vergés Gómez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Dedicatoria

A mi padre, que me demostró durante toda su vida que con esfuerzo y cariño todo se logra.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de Personalidad y Adicciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile por la dedicación y el esfuerzo.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Abstract	4
Distintos países, mismo problema: La impulsividad como determinante en el consumo de cocaína en mujeres. España y Chile.	5
Perspectiva de género.....	7
La impulsividad	10
Métodos.....	15
Participantes.....	16
Instrumentos	16
Procedimientos	17
Análisis de datos	18
Resultados	19
Discusión.....	21
Referencias	25
Tablas	34
Tabla 1.....	34
Tabla 2.....	35
Tabla 4.....	37
Tabla 5.....	38
Tabla 6.....	39
Gráficos	40

Gráfico 1.....	40
Gráfico 2.....	41
Gráfico 3.....	42
Gráfico 4.....	43
Gráfico 5.....	44

Resumen

Las drogas son un problema mundial que necesita ser investigado para lograr una disminución del consumo y su consecuente gasto económico y sanitario. Actualmente ha dejado de ser un problema exclusivo de hombres y es necesario incluir políticas que acojan el consumo entre mujeres así como explicar que factor de la personalidad incide en mayor medida en las conductas adictivas y así lograr que los tratamientos sean efectivos. Por tanto hemos realizado una comparación entre Chile y España de la impulsividad asociada al consumo de cocaína en mujeres que están en tratamiento por abuso de sustancias. Para ello, se contó con una muestra de 89 mujeres chilenas y españolas, de las cuales 40 eran consumidoras de cocaína en tratamiento y otras 49 no consumidoras de ninguna sustancia. A todas se les aplica un cuestionario de impulsividad UPPS-P. Los resultados señalan que las mujeres consumidoras en ambos países presentan mayor nivel de impulsividad en todas las variables del cuestionario de impulsividad UPPS-P. Pero son las mujeres españolas las que mayor impulsividad presentan en todas las facetas del cuestionario, y las que presentan mayores diferencias entre los grupos de consumo y de control. Se discuten las implicancias de estos resultados a las políticas de tratamiento con mujeres.

Palabras clave: impulsividad, consumo de cocaína, mujeres, Chile, España.

Introducción

El problema mundial de las drogas entendido como “El cultivo, la producción, la fabricación, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícita de sustancias” (Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre Drogas [UNGASS], 2017) es muy preocupante para las autoridades y las familias en todo el mundo. Tanto el tráfico como el consumo de drogas generan gastos económicos y consecuencias sanitarias devastadoras, así como el deterioro en las relaciones sociales y familiares que desemboca en aislamiento (Observatorio Español sobre drogas 2015).

Es primordial comprender los pasos del uso, abuso y dependencia de las drogas en los distintos usuarios para lograr mejores intervenciones desde la prevención hasta la rehabilitación.

Para ello nos situamos en dos países que tienen serios problemas con las sustancias ilegales, de acuerdo con criterios del DSM 5 (1987) y CIE 10. Estos son Chile y España, los cuales tienen unos niveles muy altos de consumo de cocaína.

También es significativo el aumento en el número de mujeres que se acercan al consumo de esta droga en todo el mundo. Hay marcadas diferencias entre los consumidores de drogas de uno y otro sexo. Las mujeres afectadas por la drogodependencia son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Las mujeres son más propensas a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia, abusos y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares (United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017). Las mujeres tienen menor acceso a

tratamientos, bien por circunstancias familiares o por motivos económicos (United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017).

La cocaína es una de las drogas adictivas más potentes, ya sea de manera esnifada, fumada/ inhalada o inyectada. Esta ansia por consumir cocaína es el denominado “craving”, un deseo vehemente y a menudo incontrolable por los consumidores. (Forcada, 2006).

En este punto falta observar si existe un componente de la personalidad que pueda ayudarnos a comprender los trastornos adictivos. El componente que más se relaciona con estos trastornos y especialmente con la cocaína es la impulsividad.

Por todo ello, en esta investigación se pretende una comparación entre países, Chile y España, en cuanto a la impulsividad asociada al consumo de cocaína en mujeres.

Es fundamental seguir aportando información acerca del consumo de sustancias incluyendo las perspectivas de actualidad como las dificultades de género en la sociedad y tomando en cuenta aspectos de la personalidad individual.

Para ello se contó con una muestra de 89 mujeres chilenas y españolas, de las cuales 40 eran consumidoras de cocaína con tratamiento y otras 49 no consumidoras de ninguna sustancia. A todas se les realizó una serie de cuestionarios para delimitar el tipo y el uso de la sustancia y un cuestionario de impulsividad UPPS-P y se analizaron las correspondientes comparaciones. A continuación se muestra el artículo de investigación.

Abstract

Las drogas son un problema mundial que necesita ser investigado para lograr una disminución del consumo y su consecuente gasto económico y sanitario. Actualmente ha dejado de ser un problema exclusivo de hombres y es necesario incluir políticas que acojan el consumo entre mujeres así como explicar que factor de la personalidad incide en mayor medida en las conductas adictivas y así lograr que los tratamientos sean efectivos. Por tanto hemos realizado una comparación entre Chile y España de la impulsividad asociada al consumo de cocaína en mujeres que están en tratamiento por abuso de sustancias. Para ello, se contó con una muestra de 89 mujeres chilenas y españolas, de las cuales 40 eran consumidoras de cocaína en tratamiento y otras 49 no consumidoras de ninguna sustancia. A todas se les aplica un cuestionario de impulsividad UPPS-P. Los resultados señalan que las mujeres consumidoras en ambos países presentan mayor nivel de impulsividad en todas las variables del cuestionario de impulsividad UPPS-P. Pero son las mujeres españolas las que mayor impulsividad presentan en todas las facetas del cuestionario, y las que presentan mayores diferencias entre los grupos de consumo y de control. Se discuten las implicancias de estos resultados a las políticas de tratamiento con mujeres.

Palabras clave: impulsividad, consumo de cocaína, mujeres, Chile, España.

Distintos países, mismo problema: La impulsividad como determinante en el consumo de cocaína en mujeres. España y Chile.

El problema mundial de las drogas entendido como “El cultivo, la producción, la fabricación, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícita de sustancias” (Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre Drogas [UNGASS], 2017) es muy preocupante para las autoridades y las familias en todo el mundo. Tanto el tráfico como el consumo de drogas generan gastos económicos y consecuencias sanitarias devastadoras, así como el deterioro en las relaciones sociales y familiares que desemboca en aislamiento (Observatorio Español sobre drogas, 2015). Es primordial comprender los pasos del uso, abuso y dependencia de las drogas en los distintos usuarios para lograr mejores intervenciones desde la prevención hasta la rehabilitación. Para ello nos situamos en Chile y España, dos países con serios problemas con las sustancias ilegales y especialmente en distribución, tráfico y consumo de cocaína, de acuerdo con criterios del DSM 5 y CIE 10.

La cocaína es una de las drogas adictivas más potentes, ya sea de manera esnifada, fumada/ inhalada o inyectada. Esta ansia por consumir cocaína es el denominado “craving”, un deseo vehemente y a menudo incontrolable por los consumidores (Forcada, 2006).

España, es líder de la UE en consumo de cocaína y segundo país del mundo en el consumo de esa sustancia. (Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas, 2016) A su vez Chile también está entre los primeros puestos en consumo de cocaína en el continente Americano (United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017). La prevalencia masculina de consumo en España muestra los

valores más elevados (6%) con un segmento de edades de 15 a 34 años. En cuanto al consumo femenino (2,2%) se encuentra en el segmento más joven y desciende en el siguiente tramo de edad (EDADES, 2015).

En Chile, el consumo de cocaína ha aumentado respecto a años anteriores llegando a un 5.8% de personas que han consumido cocaína alguna vez en la vida. Se observa que es más alto en el consumo en hombres (2,2%) con edades comprendida entre los 26 a 34 años frente a un 0,6%, de mujeres cuyas edades disminuyen (SENDA, 2014). Pese a que la diferencia sigue siendo elevada entre hombres y mujeres, el aumento del consumo en mujeres debe ser tenido en cuenta en todas las sustancias, en comparación con años anteriores (UNODC, 2017).

Las principales rutas de tráfico de cocaína proceden de Bolivia, Colombia y Perú hacia Europa, principalmente a través de España donde se incautó 26,7 toneladas, posicionándose como líder en la entrada de cocaína (Observatorio español sobre drogas, 2015).

Chile es uno de los países de procedencia mencionado más frecuentemente por los países en que se efectúan las incautaciones de cocaína. Además, aunque no pertenece a las principales rutas del narcotráfico, desde Chile salen otras rutas con destinos como Austria o España (UNODC, 2017).

En cuanto al nivel socioeconómico, Chile muestra un aumento en el consumo de cocaína de 1,3% en los sectores de clase media y lo que es más importante un aumento de 2,1% en los sectores más vulnerables, en detrimento del consumo de pasta base (1,4%) que continúa bajando en los sectores más vulnerables, (SENDA. 2014).

En España no se ha encontrado ningún estudio que determine el consumo por clases sociales, sino mediante la formación académica y el empleo. Los consumidores de cocaína que acuden a tratamiento presentan un importante déficit en formación académica, un 67% no dispone de estudios secundarios y no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. En contrapunto a este bajo nivel formativo, nos encontramos con un perfil mayoritariamente normalizado desde el punto de vista laboral, un 50% tienen empleo (Observatorio Proyecto Hombre, Informe 2016).

En Chile existe una desigualdad de clases y el acceso a la Educación y a la Sanidad es privado, salvo para los sectores más vulnerables, pero se considera muy precaria. Además la desigualdad de género continúa siendo un problema y está muy por debajo de Europa en políticas sanitarias que incluyan la temática de género. Por el contrario España dispone de un estado que garantiza el derecho de todos sus ciudadanos a la Sanidad y Educación gratuita y de calidad, así como políticas de prevención y mejores recursos sociales y sanitarios de atención primaria y especializada. Pese a que queda mucho por hacer para que las diferencias entre hombres y mujeres no sean tan marcadas, existen leyes europeas que incluyen estas perspectivas en los tratamientos de drogodependencias.

Perspectiva de género.

También es significativo el aumento en el número de mujeres que se acercan al consumo de esta droga en todo el mundo. Algunas investigaciones muestran que las mujeres consumen la misma cantidad de drogas y alcohol que los hombres, (Greenfield, 2010; Fox, 2008). Otros autores comentan que los patrones de consumo

de sustancias de las mujeres y los hombres se han vuelto más similares en los últimos años (McPherson et al., 2004).

La mayoría de los estudios han centrado su atención en la incidencia en varones y mujeres, basándose en una diferencia sexual-biológica para explicar las diferencias percibidas (Amorós, 2009), en cambio el género hace referencia a un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas que sitúa de forma diferente a las mujeres con respecto a los varones (Huselid y Cooper, 1992; Ortiz, 1999; Greenfield et al., 2007; Travis, 2010; Peralta, 2011).

Como en casi todos los ámbitos de la cultura y sociedad, liderada por hombres (Instituto de la Mujer [EDIS], 2007), los roles femeninos clásicos conllevan responsabilidades maternas, menor apoyo social, desventajas de recursos económicos debido al trabajo no remunerado en el ámbito del hogar y a los menores niveles educativos o tener un compañero sexual drogodependiente. Todo esto supone una estigmatización sobreañadida para la mujer con problemas de uso indebido de sustancias (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2007; Plan Nacional sobre Drogas, España, [EDADES] 2015; United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017; Romo, 2002; Romo, 2004; Ettorre, 2008) y, por lo tanto, temen que se les quite a sus hijos si la sociedad llega a enterarse (Taylor, 2010; Ashley, 2003; Green, 2006).

Las mujeres son más propensas a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia, abusos y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares (Ashley et al., 2003; Estudio de perfil del consumidor [UNAD 2015]; UNODC, 2017). Estos

problemas interfieren con el funcionamiento en más áreas de la vida que los hombres (Fillmore et al., 1997; Nolen, 2004). Las mujeres tienen menor acceso a tratamientos, bien por circunstancias familiares o por motivos económicos (Ashley, 2003; Greenfield et al., 2007; Taylor, 2010; United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017).

Las estadísticas de la población atendida en centros de atención a las drogodependencias suelen situarse generalmente en torno a un 80% de varones y un 20% de mujeres, (United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017). Por tanto, aunque los hombres tienen mayor prevalencia de consumo de cocaína, es una realidad estadística que las mujeres no solicitan tratamiento y, si lo hacen, el número de abandonos es superior al de los hombres (Brorson Et al. 2013; Lopez- Goñi, 2008; Grella et al. 1999).

En general, las comunidades terapéuticas cuentan con pocos recursos específicos para mujeres (muchos recursos son exclusivamente para hombres). Además, el funcionamiento de los mismos no garantiza el trabajo desde una perspectiva de género, por lo que se necesita integrar aquellos aspectos que necesitan atención específica por una cuestión de género y plantear una revisión de las redes de atención en las que se las inserta (García del Castillo, 2003).

No solo se habla de las diferencias desde las perspectivas feministas, el “Efecto Telescópico” o progresión acelerada de las mujeres a la dependencia, la edad del inicio del consumo y la progresión a la dependencia es más rápida que en los hombres (Diehl 2007; Zilberman, 2004; Hesselbrock, 1991; Belin et al., 2009). Los resultados del estudio de Chen y Kandel (2002) estimaron que las mujeres tenían 3-4 veces más

probabilidades que los hombres, de convertirse en adictas a la cocaína en los 24 meses posteriores a la consumición de la cocaína. También fueron consistentes con respecto al exceso de riesgo de la dependencia de la cocaína en las mujeres poco después del inicio de consumo.

En resumen, al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar también más rápidamente que ellos a sufrir los consiguientes trastornos. En el decenio pasado las consecuencias sanitarias perjudiciales del consumo de drogas aumentaron más rápidamente en las mujeres que en los hombres (United Nations Office on Drugs & Crime [UNODC], 2017). Por tanto, la adicción en las mujeres parece tener características diferenciales respecto a los varones, marcadas fundamentalmente en que desarrollan una adicción de una gravedad mayor, que repercute en consecuencias familiares y sociales más acusadas y en una dificultad añadida a la hora de intentar abandonar el consumo (Weisner y Schmidt, 2002; Pérez, 2011).

La impulsividad

Llegados a este punto, falta observar si existe un componente de la personalidad que pueda ayudarnos a comprender los trastornos adictivos. El componente que más se relaciona con estos trastornos y especialmente con la cocaína es la impulsividad (Forcada 2006).

En los trastornos del control de los impulsos se diferencian dos componentes de la conducta impulsiva: la motivación previa a la comisión del acto y la gratificación

en el momento de llevarlo a cabo (Forcada, 2006). Precisamente estos dos aspectos aparecen también en los trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la «necesidad irresistible» de consumo (craving) y la experimentación de sus efectos. Esta característica de la personalidad no solo predice los distintos tipos de consumo, sino que además puede ser usada para desarrollar estrategias de prevención de los mismos (Dennhardt y Murphy, 2013), especialmente debido al hecho de que la impulsividad, a diferencia de otros factores tales como características demográficas, puede modificarse (Blonigen et al, 2011).

La teoría del control del poder (Hagan, 1997) sostiene que a los niños se les anima y se les permite correr riesgos y experimentar un menor control parental que a las niñas. Dentro de un modelo social patriarcal y estratificado de género, las maneras en que los niños y las niñas socializan son diferentes. Los hombres pueden ver la impulsividad como parte de su creciente identidad masculina, mientras que las mujeres ven la impulsividad fuera de su rol femenino.

El debate en torno a la impulsividad en general y su rol en el consumo de sustancias en específico, se mueve dentro de distintos modelos, ninguno de los cuales ha logrado mostrarse más eficiente que los demás (Berg et al, 2015). Sin embargo, en el último periodo ha tomado fuerza el modelo de los cinco factores de la impulsividad, evaluado mediante la Escala de Conducta Impulsiva (UPPS-P), la cual tiene a la base una comprensión multifactorial del constructo (Lynam, Smith, Whiteside & Cyders, 2006). Esta podría ser clave al momento de homogeneizar la comprensión de estos conceptos y de desarrollar intervenciones asociadas a prevenir o tratar el consumo de sustancias.

Whiteside y Lynam, (2001) identificaron las facetas de impulsividad que son comunes a distintos instrumentos y las ubicaron en función de un modelo más amplio de la personalidad, específicamente, del Modelo de los Cinco Grandes Factores de la personalidad. Para probar esto, los investigadores (Whiteside & Lynam, 2001) tomaron los 20 instrumentos de auto-reporte más usados para medir impulsividad y los aplicaron a una muestra de 437 estudiantes universitarios, para luego analizar la estructura factorial de los mismos, identificando la existencia de cuatro factores distintos: 1) Urgencia Negativa, o tendencia a actuar precipitadamente en presencia de estados afectivos negativos, se ha asociado al craving de tabaco, a la gravedad de adicción a estimulantes, al juego patológico, a compras compulsivas, al uso abusivo de Internet y a conductas sexuales de riesgo (Anestis, Selby y Joiner, 2007; Verdejo-García, Perales y Pérez-García, 2010); 2) (falta de) Premeditación, que alude a la dificultad para pensar y reflexionar en torno a las consecuencias de un acto antes de actuar; 3) (falta de) Perseverancia, o la incapacidad para mantenerse implicado en tareas que pueden ser largas, aburridas o difíciles, y la falta de premeditación o la tendencia a actuar sin tener en cuenta las consecuencias potenciales de los actos, se han relacionado con el uso problemático de alcohol, cocaína y metanfetaminas (Verdejo-García y Pérez-García, 2012) y 4) Búsqueda de Sensaciones que se puede definir como la propensión a participar en actividades nuevas, excitantes y/o peligrosas se ha asociado con la frecuencia en el uso de drogas, alcohol y juego (Cyders, 2007; Whiteside y Lynam, 2005). Estos cuatro factores serían evaluados mediante la Escala de Impulsividad (UPPS), creada con los ítems más adecuados de los cuestionarios entregados a los estudiantes (Whiteside & Lynam, 2001). Posteriormente, Cyders y colaboradores (2007) realizaron una serie de estudios para evaluar la existencia de un

quinto factor de la impulsividad, asociado a actuar precipitadamente en respuesta a estados de ánimo positivos: 5) Urgencia Positiva, que hace referencia a la tendencia a sucumbir a impulsos fuertes bajo la influencia de emociones positivas, y se ha vinculado al uso recreativo de alcohol y drogas y a la implicación en conductas sexuales de riesgo (Verdejo-García et al., 2010; Zapolsky, Cyders y Smith, 2009).

Una de las cualidades más prometedoras del UPPS-P, además de su pretensión de homogeneizar los conceptos de impulsividad, es el hecho de que cada faceta parece asociarse con distintos trastornos de manera diferenciada. En un meta análisis llevado a cabo por Berg y colaboradores (2015) se reunieron 150 estudios empíricos ($N = 40.432$) que examinaron alguna psicopatología en función del UPPS o del UPPS-P, con el objetivo de evaluar esta característica. Los autores encontraron distintas asociaciones dependiendo del factor de impulsividad. Falta de Premeditación mostró asociación significativa y positiva principalmente con trastorno por consumo de sustancias ($r = .28$, $p < .01$). Urgencia Negativa correlacionó significativa ($p < .01$) y positivamente con todas las patologías incorporadas en este estudio, además con el trastorno por consumo de sustancias. Búsqueda de sensaciones mostró una correlación significativa y el mayor tamaño de efecto en consumo de sustancias. Falta de perseverancia se asoció significativa ($p < .01$) y positivamente a rasgos de personalidad limítrofe, trastornos alimenticios, depresión, tendencias suicidas y consumo de sustancias. Finalmente, urgencia positiva mostró asociación significativa ($p < .01$) y positiva con consumo de sustancias. Sin embargo, no se pudieron realizar comparaciones por la poca cantidad de estudios en relación a este factor. Este modelo es especialmente importante en el estudio del consumo de sustancias, donde sería

posible asociar cada uno de los factores del modelo de cinco factores de impulsividad con resultados específicos del consumo, como observaron Coskunpinar, Dir & Cyders (2013).

Ahora bien, son menos las investigaciones que se han realizado con la comprensión multifactorial del UPPS-P y el consumo de drogas ilícitas, y no existen a la fecha revisiones sistemáticas o meta-análisis que den cuenta de los mismos. Sin embargo, sí existen estudios relevantes.

En un estudio longitudinal (N = 407) llevado a cabo para explorar la relación entre los cinco factores con el uso de drogas ilícitas y conducta sexual riesgosa (Zapolski, Cyders & Smith, 2009), se observó que la presencia de urgencia positiva predijo aumentos en ambas conductas. También se observaron correlaciones significativas débiles entre búsqueda de sensaciones y falta de perseverancia con las conductas observadas. En otro estudio (Moshier, Ewen & Otto, 2013), llevado a cabo en una muestra de personas en tratamiento de consumos de sustancias (N = 84), los autores observaron que la relación entre el deseo de dejar de consumir y el uso durante el último mes se encontraba moderada por falta de premeditación y búsqueda de sensaciones. La asociación entre deseo de dejar de consumir y uso de drogas no era significativa en personas que puntuaron alto en búsqueda de sensaciones o en falta de premeditación, pero sí lo era en aquellos participantes que puntuaron bajo en estas facetas de la impulsividad.

Si bien no hay estudios suficientes con el UPPS o UPPS-P en particular, las personas que puntúan más en impulsividad y con ciertos correlatos cerebrales (p.e.: reducción de la masa gris) son más sensibles al “craving” (Moreno-López et al, 2012).

Los autores (Winstanley et al., 2009) observaron en un estudio con ratones que, al suspender el consumo de cocaína, los roedores presentaban mayor impulsividad a medida que aumentaba el síndrome de abstinencia.

Métodos

A partir de lo presentado anteriormente, el objetivo general de este trabajo es averiguar si la adicción a la cocaína está asociada a unos rasgos de personalidad concretos: la impulsividad en mujeres de dos países con altas tasas de consumo de esta sustancia: Chile y España. Se ha decidido realizar la investigación solo con mujeres ya que durante el estudio previo a esta investigación, se encontraron valores de tolerancia a la frustración, significativamente menores en mujeres que en hombres. Además la investigación ha determinado que existe un creciente y preocupante aumento en el consumo y dependencia de sustancias por parte de las mujeres en todo el mundo. Las mujeres han sido relativamente invisibles en el ámbito de las ciencias debido a la tendencia al androcentrismo predominante en el ámbito científico.

En función de lo expuesto, se desarrollaron las siguientes hipótesis:

1. Las mujeres consumidoras presentarán mayores niveles de impulsividad en todas las facetas.
2. Las mujeres consumidoras de Chile presentarán mayores niveles de urgencia negativa y falta de perseverancia y premeditación.
3. Las diferencias entre consumidoras y no consumidoras serán mayores en Chile.

Participantes

En España se ha trabajado con Proyecto Hombre Navarra (España), asociación que ofrece tratamientos a usuarios con abuso y adicción de drogas. Han participado 32 mujeres de Navarra, De las cuales, 16 son dependientes de la cocaína, con tratamiento en esta fundación. De las cuales 4 pertenecen a tratamiento ambulatorio, donde realizan la terapia en régimen de día y 12 están en la comunidad terapéutica, donde asisten personas que necesitan una asistencia más controlada y por ello duermen y realizan todas sus actividades en la comunidad terapéutica. Las 16 mujeres restantes son sujetos control, voluntarias de la asociación y como excepción algunas pertenecían a las familias de los usuarios de Proyecto Hombre, que cumplen con los criterios de edad para ser emparejadas con las usuarias de grupo experimental.

La muestra de Chile comprende 57 mujeres de las cuales 24 estaban en tratamiento por consumo de sustancias en distintos Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) o Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana de Santiago, que forman parte de los Programas Ambulatorios Básicos (PAB), Intensivos para Mujeres (M-PAI), y Comunidades Terapéuticas para mujeres de La Región Metropolitana y Melipilla que accedieron a participar. En el caso del grupo control (33 mujeres) participaron mujeres de Centros de Salud de Santiago en programas de tratamiento psiquiátrico leve y programas de violencia intrafamiliar.

Instrumentos

Escala de Conducta Impulsiva (UPPS-P; Whiteside & Lynam, 2001; Cyders et al., 2007). Es un cuestionario de auto-reporte, que evalúa la impulsividad a través del modelo de cinco facetas. El cuestionario consta de 59 ítems, y es respondido mediante

una escala de frecuencia desde Totalmente en Desacuerdo (1) hasta Totalmente de Acuerdo (4). La versión corta española, (Cándido, 2012) consiste en 20 ítems que miden cinco rasgos de impulsividad (4 ítems cada uno): la urgencia negativa (4, 7, 12 y 17), la falta de premeditación (1, 6, 13 y 19), la falta de perseverancia (5, 8, 11 y 16), búsqueda de sensaciones (3, 9, 14 y 18) y la urgencia positiva (2, 10, 15 y 20). Esta escala ha sido utilizada con pacientes que presentan impulsividad en una variedad de entornos, incluyendo en el contexto del uso indebido de drogas y alcohol. La validación en la población chilena se está llevando a cabo dentro del marco del proyecto FONDECYT “Impulsivity Facets and Substance Use Disorders”.

Cuestionario SENDA. Es un cuestionario de auto-reporte utilizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en la Encuesta Nacional de Drogas en Población General de Chile (SENDA, 2014). De este cuestionario se contemplan las secciones relacionadas al consumo de alcohol, marihuana, cocaína, y pasta base, en las cuales se indaga sobre edad de inicio del consumo, cantidad, frecuencia, conductas derivadas del consumo, entre otros. Consta de 89 ítems, de los cuales cada participante deberá responder los ítems relacionados a la secciones que hagan referencia a la/s sustancia/s de consumo.

Procedimientos

Todos los procedimientos de este estudio fueron aprobados por el comité de ética de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Por su parte, el estudio realizado en España fue aprobado por el comité de ética de Educación y Psicología de la Universidad de Navarra, así como por la Asociación Proyecto Hombre. Todas las

usuarias fueron invitadas a participar a través de los profesionales a cargo de su tratamiento, quienes se aseguraron de que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del estudio. A las participantes de Chile se les ofreció una tarjeta de regalo con \$5000. En el caso de las participantes españolas se les ofreció una tableta de chocolate.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado explicándoles aspectos básicos del estudio. Se preguntó a las persona si deseaba responder el cuestionario por sí mismo o si prefería que alguien del equipo leyera los cuestionarios en voz alta. Al finalizar, los instrumentos y los consentimientos/asentimientos se guardaron en carpetas distintas, con objetivo de asegurar la anonimidad de las respuestas.

Análisis de datos

Para testear las hipótesis, en este estudio se realizó un análisis estadístico con el paquete SAS (Statistical Analysis System), Primero se realizó un análisis descriptivo para evaluar la presencia de posibles errores en la fase de introducción de los datos, y darnos una idea de la forma que tienen los datos: media, mediana y moda, varianza, desviación típica. Luego, se hicieron *correlaciones* para determinar si los cambios en una de las variables influyen en los cambios de la otra.

Ya que existe más de una variable dependiente se utilizó un *análisis multivariante de la varianza o MANCOVA*, en la que esa variable dependiente (con 5 dimensiones UPPS-P) fue combinada con las otras variables de una manera compleja. Ello implica identificar si los cambios en las variables independientes tienen efectos significativos en las variables dependientes. Se utilizó *Lambda de Wilks* como test

multivariado para determinar si hay diferencias significativas entre los grupos con respecto al conjunto de variables dependientes, y, se utilizó análisis de la varianza del ANOVA factorial para determinar en cuál o cuáles de las variables dependientes existen diferencias significativas. Las variables dicotómicas que se van a utilizar en el estudio son: Chile/ España y Consumidora/ No consumidora. Se consideraron significativas probabilidades menores a 0,05.

Resultados

Se ha realizado un análisis multivariante de la varianza o MANOVA examinando el grupo, el país y la interacción entre ellos para las variables falta de premeditación, urgencia negativa, urgencia positiva, búsqueda de sensaciones y falta de perseverancia.

Los resultados del MANOVA indican que existen diferencias significativas entre consumidoras y no consumidoras, Lambda de Wilks = 0.52, $F(5,81) = 14.80$, $p < 0.0001$, así como en diferentes países, Lambda de Wilks = 0.67, $F(5,81) = 7.90$, $p < 0.0001$. Sin embargo, dichos efectos se dan en el contexto de una interacción significativa para ambas variables, Lambda de Wilks = 0.72, $F(5,81) = 6.11$, $p < 0.0001$.

Después, para determinar en qué variable dependiente se encuentran las diferencias observadas en el MANOVA, se realizó un ANOVA con cada uno de los factores del UPPS-P. Los resultados se encuentran en las Tablas 2 a 6. Como se puede ver en la Tabla 2, para la variable Falta de Premeditación, la interacción entre g y país no es significativa, $F(1,85) = 1.54$, $p = 0.22$, $\omega_p^2 = 0.01$ (95% IC: 0,00 – 0,10). Sin embargo, el efecto principal de grupo sí es estadísticamente significativo, $F(1,85) = 8.13$, $p = 0.01$, $\omega_p^2 = 0.07$ (95% IC: 0,01 – 0,21), lo que indica una mayor Falta de

Premeditación en el grupo con consumo, en comparación con el grupo control (ver Gráfico 1).

En el caso de la variable Urgencia Positiva (ver Tabla 3), se observa un efecto significativo del grupo $F(1,85) = 25,77$, $p < 0,01$, $\omega_p^2 = 0,22$ (95% IC: 0,09 – 0,37), que debe interpretarse en el contexto de una interacción significativa entre grupo y país $F(1,85) = 12,34$, $p < 0,01$, $\omega_p^2 = 0,11$ (95% IC: 0,03 – 0,25). El Gráfico 2 muestra el patrón de esta interacción, y el análisis de efecto simple muestra que existe una diferencia significativa entre grupos en España $F(1,85) = 29,06$, $p < 0,01$, $\omega_p^2 = 0,24$ (95% IC: 0,11 – 0,39), pero no en Chile $F(1,85) = 1,67$, $p = 0,20$, $\omega_p^2 = 0,01$ (95% IC: 0,00 – 0,11).

Respecto a la variable Búsqueda de sensaciones (ver tabla 4), se observa que la interacción entre centro y país sí es significativa, $F(1,85) = 7,70$, $p = 0,01$, $\omega_p^2 = 0,07$ (95% IC: 0,00 – 0,20), y como ocurre en con la anterior variable esto genera un efecto significativo del grupo por si solo $F(1,85) = 13,82$, $p < 0,00$, $\omega_p^2 = 0,12$ (95% IC: 0,03 – 0,27). En el análisis del efecto simple podemos ver que existe una diferencia significativa entre grupos en España $F(1,85) = 16,60$, $p < 0,00$, $\omega_p^2 = 0,14$ (95% IC: 0,04 – 0,29).

En la variable Urgencia negativa (tabla 5), observamos el mismo patrón de comportamiento, tenemos que el centro es significativo, así como la interacción entre centro y país. En el caso del centro vemos que $F(1,85) = 65,21$, $p < 0,00$, $\omega_p^2 = 0,41$ (95% IC: 0,27 – 0,54) mientras que la interacción arroja unos valores de $F(1,85) = 26,36$, $p < 0,00$, $\omega_p^2 = 0,22$ (95% IC: 0,09 – 0,36). Respecto al análisis del efecto simple

vemos que existen diferencias significativas por centro $F(1,85) = 16,74, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,15$ (95% IC: 0,04 – 0,29) por lo que podemos decir que existe mayor urgencia positiva en el grupo de consumo. También encontramos una diferencia significativa por países en España $F(1,85) = 68,74, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,43$ (95% IC: 0,28 – 0,55)

Por último, a pesar de que la interacción entre centro y país no era significativa para la variable Falta de perseverancia (tabla 6) sí que se aprecia significatividad por grupo: $F(1,85) = 13,00, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,11$ (95% IC: 0,02 – 0,26) y por país: $F(1,85) = 12,48, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,11$ (95% IC: 0,02 – 0,25). En concreto en el grupo de las no consumidoras $F(1,85) = 14,86, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,13$ (95% IC: 0,03 – 0,28). Por países encontramos significatividad en España con $F(1,85) = 11,34, p < 0,00, \omega_p^2 = 0,10$ (95% IC: 0,01 – 0,24).

Discusión

Este estudio ha pretendido hacer una comparación en las mujeres de Chile y España en el consumo de cocaína. Los resultados analizados muestran que los grupos que mayor impulsividad presentan en todas sus variables del UPPS-P son los de consumo en ambos países, lo cual concuerda con lo expuesto anteriormente por varios autores que indican que el componente que más se relaciona con los trastornos por abuso de sustancias, y especialmente con la cocaína es la impulsividad (Forcada, 2016; Berg 2015; Whitherside y Lynam 2006).

Pero es cierto que el grupo que mayor impulsividad presenta es el de las mujeres consumidoras españolas, en todas las variables del UPPS-P. Por tanto las diferencias entre las consumidoras y no consumidoras son más grandes en España.

Una posibilidad es que debido a que las mujeres españolas tienen mayores niveles de consumo (2,2%) que Chile (0,6%), y que el consumo de cocaína está relacionado con la impulsividad; cabría esperar que las mujeres españolas que consumen cocaína fueran más impulsivas.

Otra alternativa es que España es un estado protector que garantiza la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (Ley 14/1986) que conlleva a que se hayan consolidado políticas de prevención y servicios de atención primaria que podrían garantizar un efecto positivo en mujeres en estados iniciales de adicción, por tanto los que acuden a centros de desintoxicación presentan unos niveles más elevados de impulsividad.

En España existen diferencias significativas para las variables urgencia negativa, urgencia positiva y búsqueda de sensaciones en el grupo control y el grupo de consumo. En Chile solamente encontramos diferencias significativas en la variable urgencia negativa, que está relacionada con la gravedad de la adicción a la cocaína (Verdejo-García y Pérez –García 2010). El grupo control de España es el grupo que menos impulsividad presenta, y el grupo consumo de España también es el grupo que más impulsividad presenta. Sin embargo el grupo control de Chile cuya muestra pertenece a programas de psiquiatría ha mostrado niveles de impulsividad similares a los del grupo control de España que aparentemente no presenta patologías. Esto puede deberse a que las pacientes de programas psiquiátricos no tengan por qué ser pacientes con patologías graves y dichas patologías no estén relacionadas con la impulsividad,

así como que podrían estar tomando medicación o estar en tratamiento psicológico y verse reducida su impulsividad.

El presente estudio contiene ciertas limitaciones que hay que tener en cuenta. La muestra es de solamente 90 participantes, por tanto debemos analizar los resultados considerando que no se ajusta a la realidad poblacional. Además el grupo control es diferente en los dos países. Mientras que en Chile el grupo control pertenece a tratamiento psiquiátrico leve y programas de violencia intrafamiliar, en España las mujeres son voluntarias y como excepción alguna de las voluntarias es familiar de alguna de las participantes de la asociación Proyecto hombre en la que se desarrolla el tratamiento. Otro inconveniente es que los grupos han sido definidos previamente y no podemos establecer relaciones causales en la relación entre impulsividad y consumo de cocaína. Por último los datos se recogieron mediante auto-reporte, lo que puede dificultar la veracidad de los datos, pese a que actualmente la literatura afirma que este tipo de cuestionario es confiable si se garantiza el anonimato.

A pesar de las limitaciones se han hallado resultados interesantes mediante la comparación de países, encontrando ante un mismo problema mundial que necesita ser solventado de manera particular como global, diferentes características, que pueden ayudar a las políticas y los tratamientos específicos de la adicción. También corrobora la importancia de seguir investigando la impulsividad como factor determinante en la adicción a la cocaína. Además de incidir en las diferentes variables que afectan a cada sustancia en particular. Es fundamental que se incluya el tratamiento de la impulsividad, cuyos niveles se pueden reducir, en las políticas de prevención y centros de tratamiento de las adicciones. Como hemos visto también este problema afecta a

las mujeres, por tanto es muy necesario que a partir de ahora se incluyan enfoques de género tanto en la prevención como en el tratamiento y desde la investigación no se ignore a la mujer en los estudios sobre adicciones, incluyendo su problemática particular que influye en los resultados. En el futuro, estudios de mayor envergadura podrían seguir estas líneas de investigación para corroborar estos resultados.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publication.
- Amorós, C. (2009). Mujer y Drogodependencias: Historia de una invisibilización. En Martínez, P., (Ed.), *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. 39-67.
- Anestis, D., Selby, A., Joiner, E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018-3029. doi: <http://doi.org/d3ssct>
- Ashley, O., Marsden, M., Brady, T. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The american journal of drugs and alcohol abuse*, 29(1), 19-53.
- Berg, J. M., Latzman, R. D., Bliwise, N. G., y Lilienfeld, S. O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological assessment*, 27(4), 1129. doi: <http://doi.org/f74pfx>
- Blonigen, D. M., Timko, C., Finney, J. W., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2011). Alcoholics Anonymous attendance, decreases in impulsivity and drinking and psychosocial outcomes over 16 years: Moderated mediation from a developmental perspective. *Addiction*, 106(12), 2167-2177. doi: <http://doi.org/chh2m8>
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K., y Duckert F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol*

Rev.; 33(8):1010-24. doi: <http://doi.org/f5mjcb>

Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., Verdejo-García, A., y Billieux, J. (2012).

Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behaviour scale.

Trastornos adictivos, 14(3), 73-78 doi: <http://doi.org/cpxw>

Chen., K. et al (2002). Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug & Alcohol Dependence*, 68(1), 65 – 85. doi: <http://doi.org/dgvdhg>

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE] (2007). *Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas*. Ministerio del Interior Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>

Coskunpinar, A., Dir, A. L., y Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol Use: a meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(9), 1441-1450. doi: <http://doi.org/f47vhv>

Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., y Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological assessment*, 19(1), 107. doi: <http://doi.org/dtsr89>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas [EDADES]. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. Recuperado de:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_EDADES.pdf

Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive behaviors*, 38(10), 2607-2618.
 doi: <http://doi.org/f47frk>

Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H., Mann, K. (2007). Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(3), 44–351.

.España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp.15207 a 15224.

Ettorre, E. (2008). *Seeing women, power and drugs through the lens of embodiment*. Anderson, T (Ed.), Neither villain nor victim, 33-48. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2016). *Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*. Recuperado de:
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

Fillmore, K. M., Golding, J. M., Leino, E. V., Motoyoshi, M., Shoemaker, C., Terry, H., y Ferrer, H. P. (1997). Patterns and trends in women's and men's drinking. In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (Eds.), *Gender and alcohol: Individual and social perspectives* (21-48). Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of

Alcohol Studies.

- Forcada, R., Pardo, N., y Bondía, B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18 (2), 111-117. doi: <http://doi.org/cp9j>
- Fox, H. C., Hong, K. A., Paliwal, P., Morgan, P. T., y Sinha, R. (2008). Altered levels of sex and stress steroid hormones assessed daily over a 28-day cycle in early abstinent cocaine-dependent females. *Psychopharmacology*, 195(4), 527–536. doi: <http://doi.org/b62wtm>
- García del Castillo, J. A., (2003) Drogas y género. *Zaguán*, 22.
- Green, C. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research and health*, 29(1), 55-62.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., y Brady, K. T. (2010). Substance Abuse in Women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355. doi: <http://doi.org/b63p34>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., R, McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D y Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literatura. *Drug & Alcohol Dependence*. Volume 86, Issue 1, 1 – 21. doi: <http://doi.org/ffp3vk>
- Grella, C. (1999). Gender differences in drug tratment careers among clients in the national drugs abuse tratment outcome study. *The American Journal o Drugs and Alcohol abuse*, 25(3), 385-406. doi: <http://doi.org/crmpvh>
- Hagan, J. (1987). A Great Truth in the Study of Crime. *Criminology*, 25(2)

421–428.

Hesselbrock, M. (1991). Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. *Journal of Substance Abuse*, 3(2). doi: <http://doi.org/fmg62m>

Huselid, R., y Cooper, M. (1992). Gender Roles as Mediators of Sex Differences in Adolescent Alcohol Use and Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), 348-362. doi: <http://doi.org/bwhf3d>

Instituto de la Mujer [EDIS]. (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de España. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/elConsumodeAlcohol.pdf>

Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P., y Cyders, M. A. (2006). The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior. *West Lafayette, IN: Purdue University*.

Lopez-Goñi, J.J. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos adictivos*, 10(2), 104-111. doi: <http://doi.org/dtzxf6>

McPherson, M., Casswell, S., y Pledger, M. (2004). Gender convergence in alcohol consumption and related problems: issues and outcomes from comparisons of New Zealand survey data. *Addiction*, 99(6) 738–748. doi: <http://doi.org/bfvwgz>

Moreno-López, L., Catena, A., Fernández-Serrano, M. J., Delgado-Rico, E.,

- Stamatakis, E. A., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2012). Trait impulsivity and prefrontal gray matter reductions in cocaine dependent individuals. *Drug and alcohol dependence*, 125(3), 208-214. doi: <http://doi.org/f4cmh3>
- Moshier, S. J., Ewen, M., y Otto, M. W. (2013). Impulsivity as a moderator of the intention-behavior relationship for illicit drug use in patients undergoing treatment. *Addictive behaviors*, 38(3), 1651-1655. doi: <http://doi.org/f4q8fz>
- Piazza, N., Vrbka, J., y Yeager, R. (2009). Telescoping of Alcoholism in Women Alcoholics, *International Journal of the Addictions*, 24(1), 19-28. doi: <http://doi.org/df3jhd>
- Nolen- Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8). doi: <http://doi.org/cvrhk5>
- Observatorio Español de las drogas y las toxicomanías (2015). *Informe alcohol, tabaco y drogas Ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
- Observatorio proyecto hombre (2016). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. España. Recuperado de: http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2017/10/Observatorio-PH_2016.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito [UNODOC]. (2017).

Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de:
https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortiz, T. (1999). Feminismo, Ciencias Naturales y biomédica: Debates, encuentros y desencuentros. *La Aljaba: Revistas de Estudios de la Mujer*, 4, 11-30.

Peralta, R., Jauk, D. (2011). A Brief Feminist Review and Critique of the Sociology of Alcohol-Use and Substance-Abuse Treatment Approaches. *Sociology Compass*, 882–89.doi: <http://doi.org/dv65j8>

Pérez, A., Correa, M. (2011) Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liber*, 17 (2).

Romo, N. (2002). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas: Monografías*.

Romo, N., (2001) Mujeres y drogas de síntesis. *Gakoa*, 282.

Romo, N. (2004). Tecno y Baile. Mitos y Realidades de las diferencias de género. *Revista de Estudios de Juventud*, 64, 111-116.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], (2014). *Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Recuperado de: www.senda.gob.cl

Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas [UNGASS], (2017).

Perspectivas para la reforma de los tratados y la coherencia de todo el sistema de la ONU en materia de políticas de drogas. Recuperado de: <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Jelsma-United-Nations-finalSpanish.pdf>

Taylor, O. (2010). Barriers to treatment for women with substance use disorders. *Journal of human behavior in the social environment*, 20, 393-409. doi: <http://doi.org/gcqb9>

Travis, C.B., Meltzer A.L., Howerton D.M, (2010), *Gender and Health-Care Utilization*, Springer, New York, Handbook of Gender Research in Psychology. doi: <http://doi.org/bqfrfm>

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD]. (2015). *Estudio del perfil del consumidor*. España. Recuperado de: http://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/noticias/1904/1436254049_estudio_perfil_digital.pdf

Verdejo-García, A., Lozano, Ó., Moya, M., Alcázar, M. Á., y Pérez-García, M. (2010). Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS–P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *Journal of personality assessment*, 92(1), 70-77. doi: <http://doi.org/dc8h47>

Weisner, C., Matzger H., Tam, T., y Schmidt, L. (2002). Who goes to alcohol and drug treatment? Understanding utilization within the context of insurance. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(6), 673–682.

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., y Reynolds, S. K. (2005). Validation of

the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity.

European Journal of Personality, 19(7), 559-574. doi: <http://doi.org/djwz83>

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity:

Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669– 689. doi <http://doi.org/bwvnmr>

Winstanley, C. A., Bachtell, R. K., Theobald, D. E., Laali, S., Green, T. A., Kumar,

A., Chakravarty, S., Self, D. y Nestler, E. J. (2009). Increased impulsivity during withdrawal from cocaine self-administration: role for Δ FosB in the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*, 19(2), 435-444.doi: <http://doi.org/ckw482>

Zapolski, T. C., Cyders, M. A., y Smith, G. T. (2009). Positive urgency predicts illegal drug use and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 348. doi: <http://doi.org/crtng9>

Zilberman et. al. (2004).Gender Similarities and Differences The Prevalence and Course of Alcohol and Other Substance, Related Disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 22(4), 61-74.

Tablas

Tabla 1

Correlación de Pearson

Chile/ España	Faltaprem	Urgpos	Búsqueda	Urgnega	Faltapres
Faltaprem	1	0,04	-0,24	0,25	0,71*
Urgpos	0,46*	1	0,46*	0,57*	0,15
Búsqueda	0,23	0,38*	1	0,30*	-0,2
Urgnega	0,57*	0,82*	0,45*	1	0,29*
Faltapres	0,66*	0,53*	0,28	0,47*	1

Nota: La variable Chile se observa sobre la diagonal y la variable España se observa debajo de la diagonal. Las variables del cuestionario UPPS-P: Falta de premeditación o dificultad para pensar en las consecuencias antes de actuar, Urgencia Positiva o actuar precipitadamente ante estados afectivos positivos, Urgencia Negativa o actuar precipitadamente ante estados afectivos negativos. La Búsqueda de sensaciones es propensión a participar en actividades nuevas, excitantes o peligrosas y la falta de perseverancia o incapacidad para mantenerse implicado en tareas que pueden ser largas, aburridas o difíciles.

Tabla 2

Falta de Premeditación

Fuente	<i>gl</i>	SC	MC	<i>F</i>	<i>p</i>	ω_p^2	95% IC
Grupo	1,85	2,46	2,46	8,13	0,01*	0,07	0,01 - 0,21
País	1,85	0,46	0,46	1,52	0,22	0,01	0,00 - 0,10
Grupo*País	1,85	0,47	0,47	1,54	0,22	0,01	0,00 - 0,10

Nota: *p <0.05

Tabla 3

Urgencia positiva

Fuente	<i>gl</i>	SC	MC	<i>F</i>	<i>p</i>	ω_p^2	95% IC
Grupo	1,85	7,77	7,77	25,77	0,00*	0,22	0,09 - 0,37
País	1,85	0,83	0,83	2,76	0,10	0,02	0,00 - 0,13
Grupo*País	1,85	3,72	3,72	12,34	0,00*	0,11	0,02 - 0,26

Nota: *p <0.05

Tabla 4

Búsqueda de sensaciones

Fuente	<i>gl</i>	SC	MC	<i>F</i>	<i>p</i>	ω_p^2	95% IC
Grupo	1,85	4,74	4,74	13,82	0,00*	0,13	0,03 - 0,27
País	1,85	0,04	0,04	0,11	0,75	-0,01	0,00 - 0,05
Grupo*País	1,85	2,64	2,64	7,70	0,01*	0,07	0,01 - 0,20

Nota: *p <0.05

Tabla 5

Urgencia negativa

Fuente	<i>gl</i>	SC	MC	<i>F</i>	<i>p</i>	ω_p^2	95% IC
Grupo	1,85	19,66	19,66	65,21	0,00*	0,42	0,27 - 0,55
País	1,85	0,20	0,20	0,67	0,42	0,00	0,00 - 0,08
Grupo*País	1,85	7,95	7,95	26,36	0,00*	0,22	0,10 - 0,37

Nota: *p <0.05

Tabla 6

Falta de perseverancia

Fuente	<i>gl</i>	SC	MC	<i>F</i>	<i>p</i>	ω_p^2	95% IC
Grupo	1,85	2,90	2,90	13,00	0,00*	0,12	0,03 - 0,26
País	1,85	2,79	2,79	12,48	0,00*	0,12	0,02 - 0,26
Grupo*País	1,85	0,69	0,69	3,09	0,08	0,02	0,00 - 0,14

Nota: *p <0.05

-

Gráficos

Gráfico 1

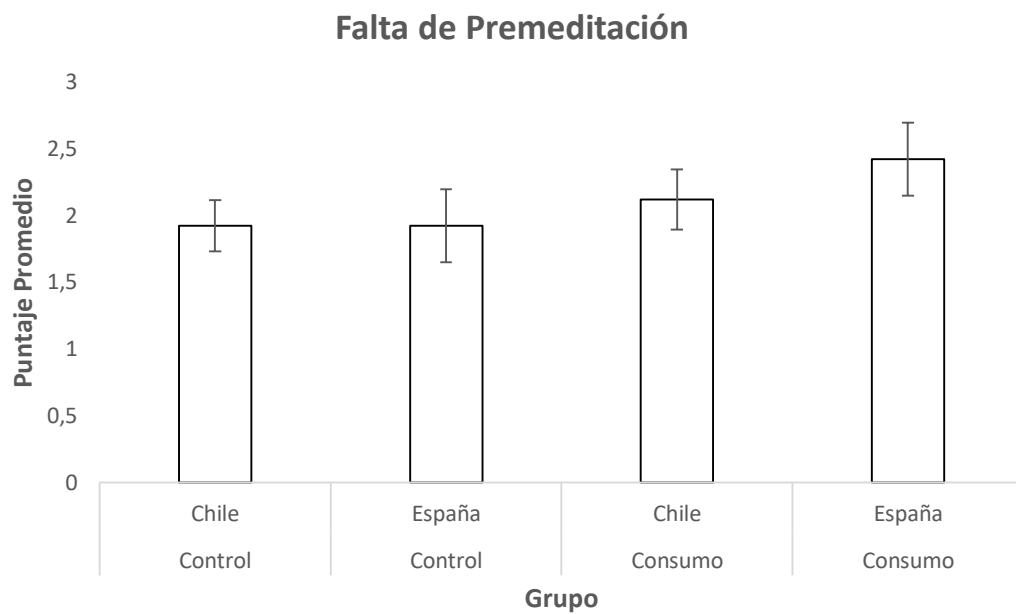


Gráfico 2

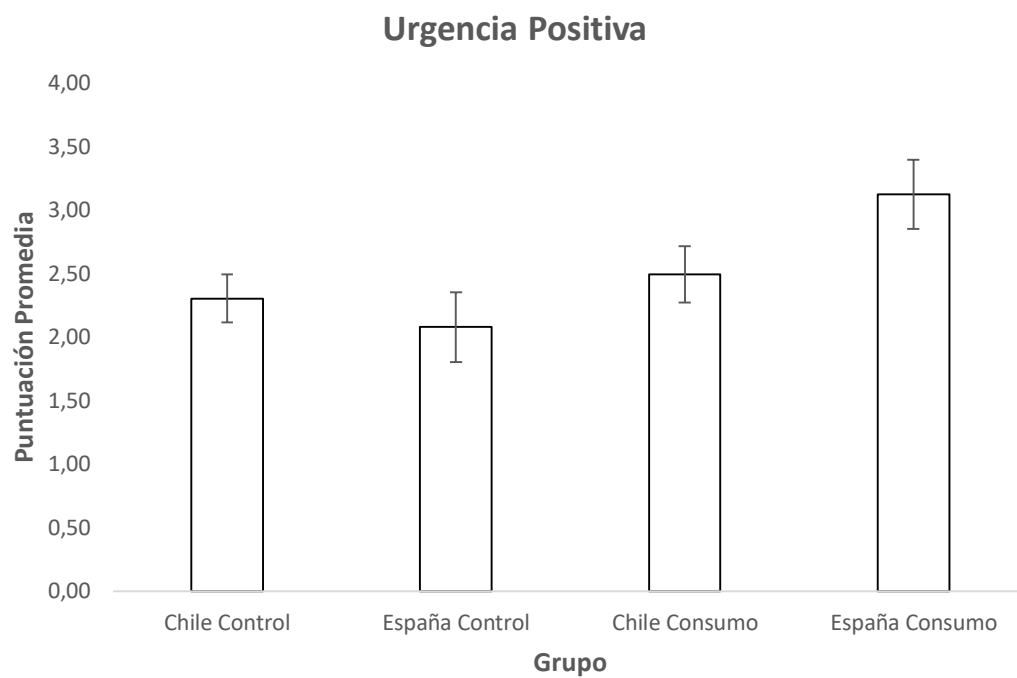


Gráfico 3

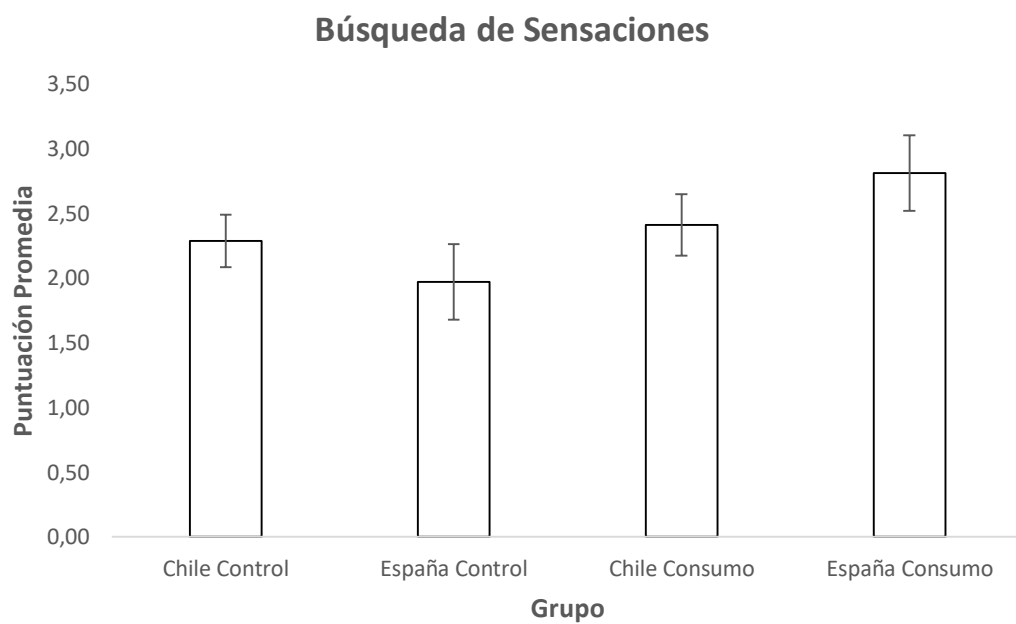


Gráfico 4

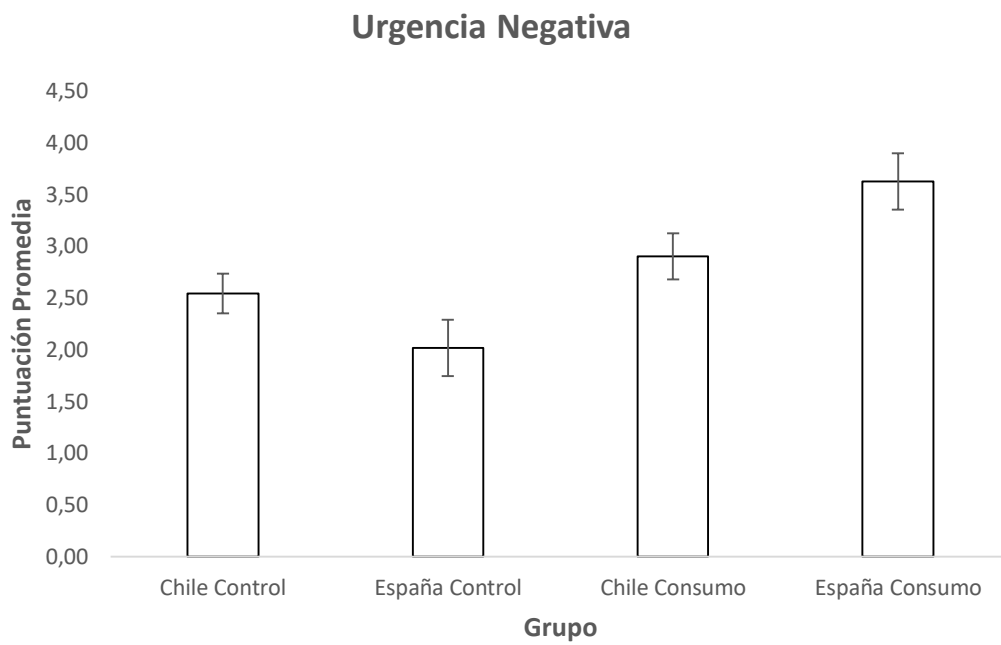


Gráfico 5

