UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

IMPULSIVIDAD Y RIESGO DE RECAÍDA EN PERSONAS CON ADICCIÓN A LA COCAÍNA: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PARTICIPANTES DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS Y UN DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO PROFESIONAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Tesista: Robra Juan Manuel

Título por obtener: Licenciado en Psicología

Carrera: Lic. en Psicología

Mail de contacto: juanmanuelrobra@gmail.com

Fecha de entrega:

Tutor: Dr. Mauricio Martínez

Cotutora: Lic. Guadalupe Chacón Lechmann

Índice

Resumen 3

Abstract 4

Introducción 5

Objetivos 9

Hipótesis 9

Metodología 10

- Diseño 10
- Muestra 10
- Instrumentos 10
- Procedimiento 12
- Análisis de resultados 13
- Resultados 14

Discusión 17

Conclusión 19

Referencias bibliográficas 21

Anexos 25

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los niveles de impulsividad y riesgo de recaída en personas en tratamiento por adicción a la cocaína que asisten a un dispositivo de tratamiento profesional y a Narcóticos Anónimos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se utilizó un diseño cuantitativo, de alcance descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo constituida por 40 hombres adultos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se emplearon la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11], el cuestionario Advance Warning of Relapse [AWARE 3.0] y un cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y antecedentes de consumo. Los instrumentos se administraron en formato digital y presencial. Los resultados evidenciaron una correlación positiva y significativa entre la impulsividad y las señales de riesgo de recaída, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas según el tipo de tratamiento recibido. Como conclusión, la impulsividad se identifica como un factor relevante asociado al riesgo de recaída, independientemente del dispositivo terapéutico, pudiendo considerarse una variable transversal en la adicción. Se recomienda la inclusión de estrategias específicas para el manejo de impulsos en los programas de rehabilitación, así como la realización de futuras investigaciones con muestras más amplias o diseños que permitan profundizar en la relación entre estas variables.

Palabras clave: Impulsividad, Riesgo de Recaídas, Adicciones, Cocaína.

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between impulsivity and relapse risk in individuals undergoing treatment for cocaine addiction who attend a professional treatment setting or Narcotics Anonymous in the Autonomous City of Buenos Aires. A quantitative, descriptive, cross-sectional design was employed. The sample consisted of 40 adult males selected through non-probabilistic purposive sampling. The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), the Advance Warning of Relapse questionnaire (AWARE 3.0), and an ad hoc questionnaire assessing sociodemographic characteristics and substance use history were administered using both digital and paper-based formats. The results revealed a positive and statistically significant correlation between impulsivity and relapse risk indicators, while no statistically significant differences were found according to the type of treatment received. In conclusion, impulsivity emerges as a relevant factor associated with relapse risk regardless of the therapeutic setting, and may be considered a cross-cutting variable in addiction. The findings support the inclusion of specific impulse-management strategies in rehabilitation programs and highlight the need for future research with larger samples or alternative designs to further explore the relationship between these variables.

Keywords: Impulsivity, Relapse Risk, Addictions, Cocaine.

Introducción

Según un informe desarrollado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), cada año se registran 2,6 millones de muertes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, siendo los varones los más afectados. La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2024) señala que 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe padecen las consecuencias del uso de drogas. Estas cifras alarmantes evidencian la necesidad de abordar el consumo de sustancias como un grave problema de salud pública.

En este contexto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2010) sostiene que la drogodependencia representa no solo una amenaza para la salud pública sino también para el desarrollo social y la seguridad ciudadana. Esta problemática se manifiesta en nuestro país, de manera significativa, ya que el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de alguna droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3% en 2017 (SEDRONAR, 2017). Según los últimos datos, de la población entre 16 y 75 años, el 84% consume alcohol, el 49% tabaco, el 21% marihuana y el 4% cocaína (SEDRONAR, 2017). Este incremento refuerza la necesidad urgente de implementar políticas eficaces de prevención y rehabilitación, especialmente considerando que la Argentina ha pasado de ser un país de tránsito a uno de fabricación y consumo, posicionándose como uno de los países más consumidores de cocaína por persona en el mundo (Bekinschtein et al., 2017).

Diversos informes nacionales y regionales destacan que el consumo de cocaína representa uno de los principales motivos de consulta y tratamientos en dispositivos de salud, especialmente en aquellos contextos de mayor vulnerabilidad social (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD-OEA] (2016). Si bien sus efectos negativos y su capacidad para generar dependencia ya se encuentran

documentados desde 1890, actualmente sigue siendo una de las sustancias más problemáticas (Gootenberg, 2006).

Inicialmente el consumo de cocaína produce efectos como hiperactividad, felicidad, euforia, gran flujo de ideas, aumento de autoestima y de confianza personal, con frecuencia usuarios experimentan sensación de omnipotencia y, en algunos casos, sensaciones displacenteras como ansiedad o impulsividad excesiva (Bekinschtein et al. 2017). Sin embargo, su uso no está exento de riesgos físicos, puede aumentar la presión arterial, provocar dolor de pecho e incluso causar la muerte en personas sin antecedentes de consumo, a la vez aumenta la temperatura corporal y deshidratación, pudiendo derivar en fallas orgánicas, infartos, accidentes cerebrovasculares y muerte súbita (Damin & Grau, 2015).

A nivel neurocognitivo, cuando el consumo se prolonga en el tiempo, se ve comprometido el funcionamiento de la atención, memoria, aprendizaje y la impulsividad, se puede generar una sensación de acostumbramiento, generando la necesidad de dosis mayores para alcanzar los efectos placenteros, reforzando así el consumo y el riesgo de dependencia (Bekinschtein et al. 2017). Entre otras consecuencias físicas se puede encontrar cefaleas, agotamiento, pérdida de peso, disfunción eréctil, daño pulmonar, complicaciones renales (Darke et al., 2021; Volkow et al., 2020). A nivel psicológico también puede encontrarse depresión, paranoia, psicosis, desregulación emocional e Impulsividad (Kampman, 2020; Moreno-López et al., 2022). Además, el consumo también se asocia a conductas de riesgo, como el tener relaciones sexuales sin protección, lo que puede aumentar la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (Rodríguez-Cintas et al., 2021). En este sentido, el impacto sobre la salud del consumo es amplio y complejo, requiere de intervenciones multidisciplinarias para su tratamiento.

La dependencia hacia una o varias sustancias se establece por el uso repetido y prolongado de las mismas generando daños en la salud, como en las relaciones interpersonales, familiares, académicas, laborales y legales (OPS, 2004). Para reducir los impactos negativos, los tratamientos se han centrado en enfoques terapéuticos basados en la evidencia científica, destacándose modelos de cambio y terapias como la orientación cognitiva-conductual, validada como estrategia eficaz para esta patología (Sánchez Hervas, 2004).

Es fundamental considerar la drogadicción como un fenómeno complejo y multifactorial, que requiere un abordaje integral y especializado, contemplando todas las variables que influyen en la dependencia y el comportamiento del individuo (Puentes, 2009).

Dentro de las variables relacionadas al consumo, los Niveles de Impulsividad demostraron tener un rol central. Ricaurte (2011) evidenció la relación existente entre la impulsividad y el consumo de sustancias, señalando la necesidad de destacar este rasgo como factor de riesgo al momento del diagnóstico y tratamiento. Chapa et al. (2006) concluyó que la impulsividad en personas dependientes de cocaína persiste incluso en ausencia de trastornos de personalidad, lo que sugiere que no se trata de un rasgo premórbido sino posiblemente adquirido o exacerbado por el consumo.

No obstante, Carratalá Monfort (2017) encontró en su investigación que un 73,4% de los adictos a la cocaína encuestados presentan un diagnóstico dual, incluyendo esquizofrenia y trastorno de personalidad (como el límite o antisocial), lo que podría completar su pronóstico o tratamiento. Esto refuerza la necesidad de contemplar la impulsividad no solo como antecedente sino como consecuencia del consumo continuado de cocaína, factor que según Quinto et al. (2022,), podría presentar reversibilidad si se lo trabaja adecuadamente durante el proceso terapéutico.

La impulsividad como rasgo de personalidad, está relacionado con la falta de control de los pensamientos y el comportamiento (Barratt 1995). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V, 2014) se considera que esta se relaciona con aspectos cognitivos, afectivos, de efectividad interpersonal y de control de impulsos, generando en la persona una manera desadaptativa en su forma de pensar, sentir, relacionarse con los demás y actuar.

Marlatt y George (1984) definen a la recaída como el retorno a la conducta dependiente, alcanzando o no los niveles de consumo previos al tratamiento. El riesgo de recaída es el principal obstáculo para el mantenimiento de la abstinencia (Van Worner & Rae, 2008). Becoña y Cortés (2011) amplían esta definición, señalando que no sólo implica volver a consumir, sino también a patrones de comportamientos adictivos que deben ser prevenidos. Entre los factores que incrementan este riesgo se encuentra la búsqueda de sensaciones, el aburrimiento y la inhibición, elementos que Casaico Paredes (2023) destacan están asociados a las recaídas. Frente a este panorama, es necesario contar con herramientas específicas para la detección temprana de señales de alerta.

Esta investigación aborda un fenómeno complejo de alto impacto social como son las adicciones, las recaídas durante los tratamientos y la impulsividad como factor psicológico que influye en el proceso de tratamiento, cuya evaluación temprana resulta crucial para mejorar la eficacia de la intervención. Este estudio busca aportar conocimiento científico sobre los factores de vulnerabilidad asociados a las recaídas, beneficiar a los profesionales de salud mental al ofrecer herramientas para detectar tempranamente a los individuos con mayor riesgo de recaída, permitiendo implementar estrategias de prevención centradas en el desarrollo de habilidades para el control de impulsos, la tolerancia al malestar y la toma de decisiones. Se pretende contribuir a

mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento con adicciones promoviendo intervenciones más eficaces y personalizadas, al optimizar recursos.

En este sentido, esta investigación se propone analizar la relación entre los niveles de Impulsividad y los de Riesgo de Recaídas en personas en tratamiento por adicción a la cocaína, con el fin de generar evidencia empírica que permita fortalecer los procesos de evaluación e intervención clínica. Se espera que los resultados también puedan aportar una mirada preventiva que favorezca el acompañamiento integral de las personas en recuperación.

Objetivo General

Analizar la relación entre los Niveles de Impulsividad y el Riesgo de Recaída en personas en recuperación de adicción a la cocaína que asisten a un dispositivo de tratamiento profesional (DTP) y compararlos con aquellos que participan en grupos de Narcóticos Anónimos (NA) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos Específicos

- Evaluar el Riesgo de Recaída en personas en recuperación de adicción a la cocaína en CABA, según el tipo de dispositivo al que asisten (DTP o NA).
- Evaluar los Niveles de Impulsividad en personas en recuperación de adicción a la cocaína en CABA según el tipo de dispositivo al que asisten (DTP o NA).
- Analizar la relación entre Impulsividad y Riesgo de Recaída en personas en recuperación de adicción a la cocaína.

Hipótesis

Se espera que los Niveles de Impulsividad y de Riesgo de Recaída se mantengan elevados independientemente del tipo de tratamiento (DTP o NA).

Así mismo se plantea que, a mayor Impulsividad, mayores serán las probabilidades de que el individuo experimente Riesgo de Recaída.

Métodología

Diseño

El diseño elegido fue no experimental, transversal con método cuantitativo de alcance descriptivo correlacional (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Al tener un diseño no experimental, no pudieron controlarse factores situacionales o ambientales durante la administración del formulario Forms. En cuanto a la secuencia de tiempo transversal, esta no permite afirmar que los resultados encontrados se sostengan en el tiempo, los datos fueron recolectados en un único momento.

Muestra

Se adoptó un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández Sampieri et al., 2014). La muestra estuvo integrada por 40 personas adultas masculinas de entre 18 y 70 años (M = 38.6, DE = 11.14) , residentes en Buenos Aires en recuperación por consumo de cocaína, que se encuentran en un DTP o que acuden a grupos de NA.

Se excluyeron personas que no estén en tratamiento, con presencia de comorbilidad, adictos que se encuentren realizando tratamiento en otras instituciones.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc.

Se realizó un cuestionario ad hoc para los fines de esta investigación en el que se relevarán los siguientes datos: edad, sexo, lugar de residencia, nivel educativo, estado civil, qué sustancia consume, edad de inicio en el consumo, antecedentes de tratamiento.

Advance Warning of Relapse [AWARE 3.0] **(Gorski y Miller, 1986).**

El Cuestionario sirve para medir las señales de Riesgo de Recaída. Fue construido originalmente por Gorski y Miller (1986). Según lo descrito por Gorski (1982), existen señales de advertencia de una recaída entre las que se encuentran la soledad, aislamiento, ira, rabia, depresión, fatiga, dolor y el miedo. En un estudio

prospectivo de recaída, después del tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia del alcohol (Miller et al., 1996), los hallazgos encontrados sostienen que el Puntaje AWARE (PA) es un buen predictor de la ocurrencia de recaída (r = .42, p <.001), siendo un indicador de validez de criterio.

Inicialmente la escala contaba con 37 ítems (26 directos y 10 inversos) donde los ítems son presentados de acuerdo con las señales de recaída que pueden presentarse. En esta investigación , utilizaremos la versión adaptada por Miller y Harris (2000), un cuestionario tipo Likert con 7 opciones de respuesta, de 28 reactivos con 5 reactivos inversos (8, 14, 20, 24, 26). Cuanto más alto es el PA, más signos de advertencia de recaída son informados por el sujeto. El rango de puntajes es de 28 (puntaje más bajo posible) a 196 (puntaje más alto posible). La validez convergente se ha evaluado correlacionando la escala con otras medidas relacionadas con ansiedad, depresión y Riesgo de Recaída, mostrando correlaciones de moderadas a altas (r entre 0.31 y 0.61).

El cuestionario presentó una consistencia interna adecuada en la muestra evaluada, con un coeficiente alfa de Cronbach de α = .85. Este valor refleja una buena fiabilidad, indicando que el instrumento resulta apropiado para la evaluación de las señales de riesgo de recaída en personas en tratamiento por adicción a sustancias.

Escala de Impulsividad de Barratt **[BIS-11] (Salvo y Castro, 2013).**

Esta escala es uno de los instrumentos más frecuentemente usados para evaluar la Impulsividad. Se usará la versión validada por Salvo y Castro (2013), donde se describe la confiabilidad y validez de la BIS-11 en adolescentes chilenos.

El protocolo de la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11] consiste en responder 30 ítems en una escala Likert de 4 puntos. La puntuación total de la escala va de 30 a 120 puntos, y una puntuación más alta indica una mayor tendencia a la Impulsividad. En esta escala los ítems se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10

ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total, a partir de aquí llamada PB (PB), se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe un punto de corte propuesto.

En la presente investigación, la consistencia interna de la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11] fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = .87$ en la muestra analizada. Este resultado indica una buena consistencia interna, lo que sugiere que el instrumento presenta una adecuada fiabilidad para la evaluación de la impulsividad en la población estudiada.

Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante dos modalidades, digital (n=20) a través de un formulario de Google Forms y presencial (n=20) mediante la entrega de formularios impresos. Los instrumentos fueron administrados en NA y en el DTP. Previo a su aplicación, se brindó una explicación sobre el objetivo del estudio y el modo de completarlo, garantizando el consentimiento informado de los participantes.

Se tomó una muestra de 40 personas, compuesta por 20 participantes de NA y 20 personas del DTP. A todos se les administró la *Escala de Impulsividad Barratt [BIS-11]*, el cuestionario *Advance Warning of Relapse [AWARE 3.0]* y un cuestionario ad hoc diseñado especialmente para esta investigación con el fin de relevar datos sociodemográficos y antecedentes de consumo.

La administración presencial en el DTP tuvo lugar el día 20 de mayo de 2025, mientras que la circulación del formulario digital en los grupos de NA se mantuvo activa durante una semana. Con el objetivo de garantizar el anonimato de las respuestas,

cada participante fue identificado mediante un número de protocolo. Finalmente, los datos obtenidos tanto del formulario online como de los cuestionarios impresos fueron volcados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico.

Análisis de los datos

Las respuestas fueron codificadas de manera que facilitaran el análisis a realizar posteriormente en el programa estadístico. El análisis de las variables se realizó con el sistema Jamovi 2.6.26, con un criterio de significación de 0.05 en sus estadísticos descriptivos y análisis correlacional y análisis por grupos.

Se recodificaron las variables Sustancias Consumidas, Profesionales que participaron en su tratamiento y Tratamiento realizado.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra de las variables correspondientes a los datos sociodemográficos. Se realizaron las frecuencias para variables de respuesta múltiple para las variables Sustancias consumidas y Profesionales intervinientes en el tratamiento.

A continuación, se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk en la variable Impulsividad reflejada en el PB y la variable Riesgo de Recaída reflejada en el PA para evaluar individualmente si su distribución era normal o anormal. Se utilizó el estadístico Rho de Spearman para determinar la relación entre estas variables.

Por último, se utilizó el estadístico T de Student para conocer si existían diferencias en función del tipo de tratamiento (i.e., Narcóticos Anónimos o dispositivo de tratamiento profesional) respecto al PB. Así también, se empleó el estadístico U de Mann-Whitney para conocer si existían diferencias con el PA.

Resultados

El promedio de edad de los participantes es de 38 años, mientras que el promedio de edad de inicio de consumo fue a los 14 años, para eso se realizó la medida

de tendencia central de los datos. Solo un tercio de la muestra de los participantes se encuentra trabajando actualmente, mientras que la mayoría se encuentra desempleado. Con respecto a su estado civil , la mayoría se encuentra soltera. Los resultados se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes (N = 40)

Variable	M (DE)	Mediana	Frecuencia (%)
Edad	38.6 (11.1)	34.0	—
Edad de inicio del consumo	14.3 (3.32)	14.0	—
¿Se encuentra en pareja actualmente?	—	—	Sí: 12 (30.0%) No: 28 (70.0%)
¿Se encuentra trabajando actualmente?	—	—	Sí: 13 (32.5%) No: 27 (67.5%)

Nota: $n = 40$.

Seguido de la cocaína, que fue considerada como criterio de inclusión, las sustancias más consumidas por los individuos encuestados fueron la marihuana, el alcohol, el LSD y en último lugar el 2cb. Ver Tabla 2.

Tabla 2.

Frecuencia de consumo por tipo de sustancia

Sustancia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje de casos (%)

Cocaína	40	34.2	100.0
Marihuana	28	23.9	70.0
LSD	12	10.3	30.0
2CB	9	7.7	22.5
Alcohol	28	23.9	70.0
Total	**117**	**100.0**	**292.5**

Fuente: Elaboración propia con los datos del Google Forms. Estadístico: Frecuencias de respuestas múltiples.

Respecto a los tratamientos realizados anteriormente por los participantes, estos fueron realizados por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales; la profesión más mencionada también ha sido los operadores socio terapéuticos. En menor instancia han recibido terapias a cargo de Talleristas, Consejeros en Adicciones y Terapistas ocupacionales. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Frecuencia de Profesionales que participaron de su tratamiento

Profesional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje por caso (%)
Psicólogo	34	25,4	85,0
Psiquiatra	24	17,9	60,0
Terapista ocupacional	8	6,0	20,0
Operador socioterapéutico	19	14,2	47,5

Trabajador social	23	17,2	57,5
Coach ontológico	4	3,0	10,0
Consejero en adicciones	9	6,7	22,5
Talleristas	13	9,7	32,5
Total	**134**	**100,0**	**335,0**

Fuente: Elaboración propia con los datos de Google Forms. Estadístico: Frecuencias de respuestas múltiples.

Se realizó la prueba de normalidad para el PB y el PA. Como la muestra no supera los 50 individuos, se tomó en cuenta el valor de la prueba Shapiro-Wilk. Para el PB, el valor de significación es mayor que 0.05, por lo tanto, presenta una distribución compatible con la normalidad ; el PA obtuvo un valor de significación menor que 0.05, por lo tanto, no se distribuye normalmente.

Se realizó un análisis de correlación utilizando el estadístico Rho de Spearman para determinar la relación entre el PA y el PB, dado que PA no presenta una distribución normal, según lo indicado por la prueba de Shapiro-Wilk. Según los datos obtenidos, existe una correlación positiva, fuerte y significativa ($\rho = 0.813$) entre PA y PB, según el coeficiente de Spearman ($p < .001$). Esto sugiere que ambas variables, Impulsividad y Riesgo de Recaída, están estrechamente relacionadas: los individuos con mayor puntaje en PA tienden también a obtener mayores puntuaciones en PB.

Se comparó el puntaje obtenido en PB en función del tratamiento realizado. Dado que el valor $p = 0.245 > 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula, es decir, que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de PB entre los grupos NA y DTP. Así también, se comparó el puntaje obtenido en PA con el

tratamiento que realizado sin encontrar evidencia, estadísticamente significativa, para afirmar que existen diferencias en el Riesgo de Recaídas según el tipo de tratamiento.

Discusión

La presente investigación se propuso determinar la relación entre Impulsividad y el Riesgo de Recaída en personas en recuperación en adicción a la cocaína que asisten a un DTP y compararlos con aquellos que concurren a NA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los hallazgos permiten sostener las observaciones de la relevancia clínica y social, en línea a los antecedentes revisados.

En primer lugar, se observó que la población estudiada presentó un inicio de consumo temprano, alrededor de los 14 años, consistente con las cifras del SEDRONAR (2017) que señalan el inicio precoz de sustancias psicoactivas. Sumado a los bajos niveles de empleo y de pareja estable, se refuerza la idea de que el consumo de cocaína impacta no sólo en la salud física o psicológica del individuo, sino también en su integración social y laboral (Bekinschtein et al., 2017; Volkow et al., 2020).

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada: a mayor impulsividad, mayor es el riesgo de recaída en personas en tratamiento por adicción a la cocaína. Esta asociación se observó en ambos grupos relevados, aunque sin diferencias estadísticamente significativas entre los dispositivos de atención. El uso combinado de los instrumentos elegidos permitió identificar que los participantes con puntajes más elevados en Nivel de Impulsividad presentan también mayores niveles de Riesgo de Recaída, lo que coincide con hallazgos relevados en los antecedentes, que destacan el rol central de la impulsividad en la vulnerabilidad a recaídas en adicciones (Chapa et al., 2006; Ricaurte, 2011). A su vez, esto se alinea con Marlatt y George (1984) y Becoña y Cortés (2011), quienes señalaron que el Riesgo de Recaída no solo se relaciona con la dependencia fisiológica, sino también con patrones de conducta impulsivos y desregulados que dificultan el sostenimiento de la abstinencia. Asimismo, la literatura

destaca que este rasgo afecta el control de los impulsos, la toma de decisiones y la capacidad de anticipar consecuencias negativas, aspectos que se ven especialmente comprometidos en los adictos a la cocaína (Barratt, 1995; DSM V, 2014).

No haber encontrado diferencias entre quienes participan en NA y quienes concurren a un DTP, es un dato que ha llamado la atención en esta investigación, aunque puede explicarse desde la impulsividad, que constituye una condición transversal a las personas con consumo problemático de cocaína, independientemente del dispositivo de atención elegido, coincidiendo con Quinto et al. (2022), quienes señalan la dificultad de modificar patrones impulsivos sin intervenciones específicas focalizadas en esta dimensión.

Por otro lado, deben considerarse las limitaciones de esta investigación. La muestra estuvo compuesta únicamente por hombres adultos, solo se han tomado 40 casos y se han elegido una sede de NA y un DTP para la recolección de la muestra. Además, el diseño transversal permite hacer solamente asociaciones en un momento determinado y no sabemos si estos hallazgos se mantienen en el tiempo. No obstante, los instrumentos utilizados y los datos relevados en el estado del arte con lo que se alinean los resultados obtenidos, permiten otorgar validez a los hallazgos.

Debe destacarse que la coexistencia de consumo de otras sustancias representa un riesgo adicional. La poli-adicción se asocia a mayores niveles de impulsividad y a peores resultados terapéuticos (Darke et al., 2021), lo que enfatiza la necesidad de intervenciones integrales que contemplen no solo la abstinencia de cocaína, sino también de otras sustancias concurrentes y de las variables emocionales y conductuales asociadas.

Los hallazgos, por lo tanto, refuerzan la necesidad de tratamientos integrales que incluyan intervenciones específicas para el control de impulsos, la identificación temprana de impulsividad y estrategias preventivas. En línea con las sugerencias de la

OMS (2024) y la OPS (2024), resulta fundamental integrar estrategias de prevención, rehabilitación y reducción de recaídas para atender el complejo escenario de las adicciones en contextos como el argentino, donde el consumo de cocaína ha aumentado significativamente en los últimos años (Bekinschtein et al., 2017; SEDRONAR, 2017).

Conclusión

Esta investigación permitió confirmar la relación entre la impulsividad y el riesgo de recaídas en personas con adicción a la cocaína, destacando la importancia de considerar este rasgo como factor transversal en los tratamientos, más allá del dispositivo asistencial al que se concurra. Evaluar la impulsividad brinda a los profesionales herramientas para poder anticipar las vulnerabilidades y planificar intervenciones que favorezcan una recuperación más sostenible.

Incorporar estrategias específicas de manejo de impulsos en los programas terapéuticos, no solo contribuye a reducir la probabilidad de recaídas, potencia el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional, autocontrol, tolerancia a la frustración y toma de decisiones conscientes. En este sentido, modelos terapéuticos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) resultan de especial utilidad: ACT promueve la flexibilidad psicológica, el trabajo con valores y la construcción de una vida con sentido más allá del consumo (Hernandes Ardieta, 2023), mientras que DBT aporta técnicas concretas para la regulación emocional, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal (González Méndez et al., 2022).

De este modo, la intervención clínica no se limita a la abstinencia como meta, apunta a acompañar a la persona a la construcción de una vida libre de sustancias, basada en la autonomía, el cuidado de sí y la posibilidad de un proyecto vital significativo. Reconocer y trabajar la impulsividad permite que los pacientes puedan alejarse de respuestas automáticas ligadas al consumo, tomando decisiones más

conscientes y alineadas a sus valores. Este enfoque tiene respaldo en investigaciones previas que evidencian que este factor psicológico es un marcador de vulnerabilidad clave en los trastornos por consumo de sustancias (Verdejo García et al. 2008) y que el abordaje clínico de este rasgo puede mejorar notablemente las tasas de abstinencia y la prevención de recaídas (Moeller et al, 2001). Por ello integrar intervenciones centradas en la regulación de este rasgo es crucial para una intervención exitosa y sostenible.

En consecuencia, abordar la impulsividad no sólo impacta en la prevención de caídas, sino en la posibilidad de mejorar la calidad de vida ofreciendo una recuperación sin consumo, con mayor estabilidad, vínculos saludables y un proyecto a futuro.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). American Psychiatric Association.

Barratt, E. S., & Stanford, M. S. (1995). Impulsiveness. En C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered* (pp. 67–88). John Wiley & Sons.

Becoña, E., & Cortés, R. (2011). *Intervención psicológica en las conductas adictivas* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.

Bekinschtein, P., El Gato y la Caja. (2017). *Un libro sobre drogas*. El Gato y la Caja.

Carratalá Monfort, S. (2017). *Personalidad e impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave* [Tesis doctoral].

Casaico Paredes, G. P. M. (2023). *Búsqueda de sensaciones y riesgo de recaídas en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Este* [Tesis de licenciatura]. https://hdl.handle.net/20.500.13084/6893

Chapa, R. F., Pardo Pavía, N., & Bondía Soler, B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones, 18*(2), 111–117. https://doi.org/10.20882/adicciones.349

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016). *Caracterización de la oferta de atención y tratamiento para usuarios de cocaínas fumables en territorios vulnerables: Informe regional*. Organización de los Estados Americanos.

Damin, C., & Grau, G. (2015). Cocaína. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, 49*(1), 127–134.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2021). Major physical and psychological harms of cocaine use. *Addiction, 116*(6), 1315–1324. https://doi.org/10.1111/add.15312

González-Menéndez, J., Boggiano, G., & Gagliesi, P. (2022). *Terapia dialéctica conductual (DBT) para la regulación emocional en adicciones*. Centro InterContext.

Gootenberg, P. (Ed.). (1999). *Cocaine: Global histories*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203026465

Gorski, T. T., & Miller, M. (1982). *Asesoramiento para la prevención de recaídas*. Independence Press.

Hernández-Ardieta, P. (2023). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Revista Española de Psicología Aplicada*. https://revista-psicologia-aplicada.es

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Kampman, K. M. (2020). The treatment of cocaine use disorder. *Science Advances, 6*(25), eaba6955. https://doi.org/10.1126/sciadv.aba6955

Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction, 79*(3), 261–273. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03823.x

Miller, W. R., & Harris, R. J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 759–765.

Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction, 91*(Suppl.), S155–S171.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783–1793. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783

Moreno-López, L., Catena, A., Fernández-Serrano, M. J., & Verdejo-García, A. (2022). Neural correlates of cocaine addiction: A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 131*, 1074–1087. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.027

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Cada año fallecen más de tres millones de personas, sobre todo varones, debido al consumo de alcohol y drogas*. https://www.who.int/es/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Consumo de sustancias*. https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias

Puentes, E. (2009). *Abordaje integral de las adicciones: Factores psicológicos y sociales*. Editorial Médica Panamericana.

Quinto, S., López, M., & Pérez, R. (2022). Impulsividad en adicciones: evaluación y estrategias terapéuticas. *Revista Latinoamericana de Psicología, 54*(1), 45–58.

Ricaurte, G. (2011). *La impulsividad como factor de riesgo en el consumo de sustancias*. Editorial Académica Española.

Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., & Casas, M. (2021). Cocaine use and risky sexual behaviors: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 124*, 108259. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108259

Salinas, J. M., Aguilar, M. C., & Fabregat, M. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18575.84648

Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 51*(4), 245–254. https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003

Solano, C., & Copez-Lonzoy, A. (2017). Análisis preliminar del cuestionario señales de alerta de recaída (AWARE 3.0) en drogodependientes peruanos. *Interacciones, 3*(2), 87–94. https://doi.org/10.24016/2017.v3n2.65

Van Worner, K., & Rae, D. (2008). *Addiction treatment*. Thompson.

Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(4), 777–810. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.11.003

Volkow, N. D., Wang, G. J., & Baler, R. D. (2020). Cocaine abuse: An update. *Neuropharmacology, 179*, 108260. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108260

Anexos

Cuestionario sociodemográfico
Impulsividad y Riesgo de Recaída en pacientes adictos en tratamiento
El presente formulario está dirigido a personas adultas, que se encuentren en tratamiento por adicción a sustancias.
La participación en este trabajo de investigación es voluntaria y no originara costo alguno para los participantes. Esta investigación se realiza a fines de lograr la Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana. No se compartirán los datos obtenidos de quienes participen, esta información es confidencial y será usada únicamente con fines académicos.
Desde ya, muchas gracias por su colaboración.
Firme aqui para indicar su consentimiento para la participación.
_____
Datos generales.
Edad _____
Sustancia que consume

• Cocaína
• Marihuana
• LSD
• 2CB
• Alcohol
¿A que edad comenzó a consumir? _____
Tratamiento
• Se encuentra en tratamiento con equipo profesional
• Participa en grupos de autoayuda
• Participa en grupos de NA
Cuando duró su tratamiento
• 0 - 5 años
• 5 - 10 años
• 10 - 15 años
• + 16 años
¿Qué profesionales colaboraron en su tratamiento?
• Psicólogo

• Psiquiatra
• Terapista Ocupacional
• Operador socioterapeutico
• Trabajador social
• Coach ontológico
• Consejero en adicciones
• Talleristas (recreaciòn, laborales)
¿Tuvo internaciones previas? Si No
En el caso de haber respondido que sí, favor indique cuántas
• 1
• 2 - 3
• 4 -5
• 6 o +
Se encuentra trabajando actualmente: Si No
Se encuentra en pareja en este momento: Si No

***Escala de Impulsividad de Barratt* [BIS-11] (Salvo y Castro, 2013).**

Escala de puntuación

1: Casi nunca o rara vez,

2: Ocasionalmente,

3: A menudo

4: Casi siempre o siempre

Planifico mis tareas con cuidado	1 2 3 4 5
Hago las cosas sin pensarlas	1 2 3 4 5
Casi nunca me tomo las cosas a pecho	1 2 3 4 5
Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	1 2 3 4 5
Planifico mis viajes con antelación	1 2 3 4 5
Soy una persona con autocontrol	1 2 3 4 5
Me concentro con facilidad	1 2 3 4 5
Ahorro con facilidad	1 2 3 4 5
Se me dificil quedarme quieto/a por largos periodos de tiempo	1 2 3 4 5
Pienso las cosas cuidadosamente	1 2 3 4 5
Planifico para tener dinero y pagar mis necesidades a futuro	1 2 3 4 5

Digo cosas sin pensarlas	1 2 3 4 5
Me gusta pensar sobre problemas complejos	1 2 3 4 5
Soy de cambiar de trabajo	1 2 3 4 5
Actuo impulsivamente	1 2 3 4 5
Me aburre pensar en una sola cosa por mucho tiempo	1 2 3 4 5
Me hago chequeos médicos y dentales regularmente	1 2 3 4 5
Actúo según lo que se me ocurre en el momento	1 2 3 4 5
Me mantengo pensando algo prolongado tiempo	1 2 3 4 5
Me mudo frecuentemente	1 2 3 4 5
Compro cosas impulsivamente	1 2 3 4 5
Termino las cosas que empiezo	1 2 3 4 5
Camino y me renuevo rápidamente	1 2 3 4 5
Resuelvo los problemas tratando de alguna manera y viendo que pasa	1 2 3 4 5
Gasto más de lo que ganó	1 2 3 4 5

Hablo rápidamente	1 2 3 4 5
Cuando hago algo me distraigo con otras cosa	1 2 3 4 5
Pienso más en el presente que en el futuro	1 2 3 4 5
Me inquieto cuando tengo que escuchar o hablar con alguien por tiempo prolongado	1 2 3 4 5
Pienso más en el futuro que en el presente	1 2 3 4 5

Advance Warning of Relapse [AWARE 3.0] **(Gorski y Miller, 1986).**

Lea las siguientes afirmaciones y elija el nro.(1 a 7) para indicar cuán verdadero ha sido dicho enunciado para ud.
1 nunca
2 pocas veces
3 a veces
4 relativamente a menudo
5 a menudo
6 casi siempre
7 siempre

Me siento nervioso e inseguro de mis recursos para mantenerme libre de las drogas	1 2 3 4 5 6 7
Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional	1 2 3 4 5 6 7
Tiendo a actuar impulsivamente	1 2 3 4 5 6 7
Soy reservado y me siento solo	1 2 3 4 5 6 7

Me enfoco mucho en un (as) area (as) de mi vida	1 2 3 4 5 6 7
Me siento triste , desanimado , deprimido	1 2 3 4 5 6 7
Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo	1 2 3 4 5 6 7
Los planes que hago tienen éxito	1 2 3 4 5 6 7
Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar como `podrían ser las cosas	1 2 3 4 5 6 7
Lo que suelo realizar no me sale bien	1 2 3 4 5 6 7
Me siento confundido sobre volver a consumir	1 2 3 4 5 6 7
Me irrito o molesto con mis amigos	1 2 3 4 5 6 7
Me siento enojado o frustrado	1 2 3 4 5 6 7
Tengo buenos hábitos alimenticios	1 2 3 4 5 6 7
Me siento atrapado y estancado , sin salida	1 2 3 4 5 6 7
Tengo dificultad para dormir	1 2 3 4 5 6 7
Tengo largos períodos de tristeza intensa	1 2 3 4 5 6 7
Me da igual , suceda lo que suceda	1 2 3 4 5 6 7
Si siento que las cosas estan mal , podría consumir drogas	1 2 3 4 5 6 7
Soy capaz de pensar con claridad	1 2 3 4 5 6 7
Siento lástima de mí mismo	1 2 3 4 5 6 7
Pienso reiteradamente en consumir drogas	1 2 3 4 5 6 7
Miento a otras personas	1 2 3 4 5 6 7
Me siento seguro y lleno de esperanza	1 2 3 4 5 6 7
Me siento enojado con el mundo en gral.	1 2 3 4 5 6 7

Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia	1 2 3 4 5 6 7
Me temo que estoy perdiendo la razón	1 2 3 4 5 6 7
Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir sin control	1 2 3 4 5 6 7