

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de
recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas
de Tumbes, 2025

TESIS

Para optar el Título profesional de Licenciado en Psicología

Autores:

Br. Marlon Arnold Valladolid Jiménez

Br. Diana Karolina Salinas Yupton

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en
drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dra. Eva Matilde Rhor García Godos (presidente):

ORCID: 0000-0002-6972-3421

Mg. Ludwing Dario Alfaro García (secretario):

ORCID: 0000-0002-9584-9925

Dr. Miguel Angel Saavedra López (vocal):

ORCID: 0000-0003-4913-933X

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en
drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y
forma

Br. Valladolid Jiménez, Marlon Arnold (Autor)

ORCID: 0009-0002-8379-0038

Br. Salinas Yupton, Diana Karolina (Autora)

ORCID: 0009-0004-4486-1598

Dr. Saavedra López, Miguel Angel (Asesor)

ORCID: 0000-0003-4913-933X

Tumbes, 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Ciudad Universitaria
Av. Universitaria – Pampa Grande – Tumbes



“AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA”

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Tumbes, a los veintiocho días de mayo de dos mil veintiséis, siendo las dieciseis horas; y en modalidad presencial, se reunió el Jurado Calificador en el auditorio de la Facultad de Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Tumbes, designado mediante **RESOLUCIÓN N° 259-2025/UMTUMBES-FACSO-D, del 16 de julio de 2025**, conformado por la **Dra. Eva Matilde Rhor Garcia Godos** (Presidente), **Mgtr. Ludwing Dario Alfaro Garcia** (Secretario); y **Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez** (Vocal); Asimismo, se reconoció, al Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez como **asesor**. Acto seguido, el jurado procedió a evaluar, deliberar y calificar la sustentación de la tesis titulada: “**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**”, para optar el título Profesional de **Licenciados en Psicología**, presentada por los bachilleres:

Br. MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ

Br. DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas por parte de las sustentantes y luego de la deliberación, el jurado, según el artículo 65° del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declaran a los **Br. MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ** y **Br. DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON** *Aprobados* con el calificativo de *Muy Bueno*.

Se hace conocer a los sustentantes, que deberá levantar las observaciones finales hechas al informe final de tesis, que el Jurado le indica.

En consecuencia, queda **EXPEDITA** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Licenciados en Psicología, de conformidad con lo estipulado en la Ley Universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las dieciseis horas y treinta minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 28 de mayo de 2026.

Dra. Eva Matilde Rhor Garcia Godos

DNI N° 00248288

Código ORCID 0000-0002-6972-3421

Presidente

Mgtr. Ludwing Dario Alfaro Garcia

DNI N° 00245141

Código ORCID 0000-0002-9584-9925

Secretario

Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez

DNI N° 46039822

Código ORCID 0000-0003-4913933X

vocal

CC.
Jurados (03)
Asesor
Interesado

- Coasesor
- Archivo (Decanato)

Reporte de Turnitin



Página 1 de 86 · Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:597271062

Diana Karolina Salinas Yupton

Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas d...

DEPÓSITO ASESORADOS 2025-II

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:597271062

Fecha de entrega

3 jun 2026, 23:43 GMT-5

Fecha de descarga

3 jun 2026, 23:49 GMT-5

Nombre del archivo

Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de c....docx

Tamaño del archivo

281.8 KB

82 páginas

25.290 palabras

142.629 caracteres

Dr. Miguel Angel Saavedra López

Asesor de tesis

DNI: 46039822

ORCID: 0000-0003-4913933X



Página 1 de 86 · Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:597271062




2% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

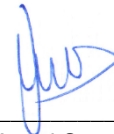
- 2%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Dr. Miguel Angel Saavedra López
Asesor de tesis
DNI: 46039822
ORCID: 0000-0003-4913933X

Fuentes principales

- 2% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 2% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)


Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
2	Trabajos del estudiante	Universidad ESAN -- Escuela de Administración de Negocios para Graduados on 2...	<1%
3	Internet	pt.slideshare.net	<1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
5	Internet	upc.aws.openrepository.com	<1%
6	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2023-07-07	<1%
7	Trabajos del estudiante	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2025-05-25	<1%
8	Publicación	Danyelo R. Vilca Chambi, Jeremy A. Llano Sampedro, Mérida E. Neira Suaña, Aaro...	<1%
9	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-31	<1%
10	Internet	blog.real-trends.com	<1%
11	Internet	es.scribd.com	<1%

Dr. Miguel Angel Saavedra López
 Asesor de tesis
 DNI: 46039822
 ORCID: 0000-0003-4913933X

12	Internet	repositorio.ujcm.edu.pe	<1%
13	Trabajos del estudiante	Pontificia Universidad Catolica Madre y Maestra PUCMM on 2020-03-24	<1%
14	Trabajos del estudiante	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-12-09	<1%
15	Trabajos del estudiante	Universidad del Desarrollo on 2026-04-09	<1%
16	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
17	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
18	Internet	www.semanticscholar.org	<1%
19	Internet	zenodo.org	<1%
20	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-29	<1%
21	Internet	intra.uigv.edu.pe	<1%



Dr. Miguel Angel Saavedra López
Asesor de tesis
DNI: 46039822
ORCID: 0000-0003-4913933X

RESPONSABLES

Br. Valladolid Jiménez, Marlon Arnold (Autor)

ORCID: 0009-0002-8379-0038



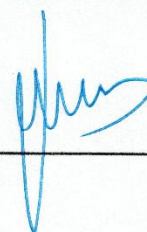
Br. Salinas Yupton, Diana Karolina (Autora)

ORCID: 0009-0004-4486-1598



Dr. Saavedra López, Miguel Angel (Asesor)

ORCID: 0000-0003-4913-933X



DEDICATORIA

A mis padres, por enseñarme que el esfuerzo siempre tiene recompensa. A mis hermanas, por el apoyo de siempre. A todos ellos, por su paciencia y su fe ciega en mí incluso cuando yo mismo dudaba. Este logro es tan suyo como mío.

Marlon Arnold Valladolid Jiménez

A mis padres, por estar presentes en cada etapa, impulsando y acompañando en todo momento. A mis hermanos, por su compañía y risas, por seguir de cerca mis avances y celebrarlos conmigo. A mi hermana Abi, por sus mimos y cuidados cuando me desanimé. A la familia Valladolid Jiménez, por sus delicadas y constantes atenciones. A todos los guardo en mi corazón.

Diana Karolina Salinas Yupton

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, por ir más allá de lo académico. Por las correcciones, las conversaciones difíciles y la paciencia de guiarme y atenderme sin molestia. Gracias por impulsarme.

A los docentes de la Universidad Nacional de Tumbes, especialmente a mi jurado evaluador, a los jefes de las comunidades terapéuticas y a quienes desde afuera (PVB y RASA) me dieron una mano cuando la necesité — su exigencia me hizo mejor. A mis amigos y compañeros, por hacer más llevadero este proceso.

A Diana, mi compañera de tesis. Sin ella, esto no hubiera sido posible.

A todos ustedes, gracias.

Marlon Arnold Valladolid Jiménez

A Dios, por brindarme la sabiduría y fortaleza para llegar a este punto académico.

A la Universidad Nacional de Tumbes, por constituirse la cuna de mi formación profesional y por brindar oportunidades que hicieron posible esta investigación. Con especial gratitud a mis docentes de la Escuela Profesional de Psicología por cada enseñanza, orientación y retroalimentación brindada.

A mi asesor de tesis, por su orientación como profesional y amigo, por ser un referente y animarnos a hacer siempre más.

Al jurado de tesis, y a los profesionales que compartieron sus conocimientos en estadística, por su tiempo, paciencia y disposición para enseñar.

A las Comunidades Terapéuticas, por su apertura y apoyo durante el proceso de recolección de datos, permitiendo la ejecución de este estudio.

A mi familia, porque me acompañaron con oraciones y ternura desde lejos, por festejar cada paso dado y por hacerme sentir su orgullo.

A mi compañero de tesis, por compartir aprendizaje y esfuerzo. Mil gracias a ti.

Diana Karolina Salinas Yupton

ÍNDICE

RESUMEN	XIX
ABSTRACT	XX
I. INTRODUCCIÓN	21
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	24
III. MATERIALES Y MÉTODOS	49
3.1. Tipo y diseño de investigación	49
3.2. Hipótesis de investigación	50
3.3. Definición de variables	50
3.4. Población, muestra y muestreo	52
3.4.1. Población	52
3.4.2. Muestra	52
3.4.3. Muestreo	54
3.5. Criterios de selección	54
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.7. Procedimiento de recolección de datos	57
3.8. Procesamiento y análisis de datos	58
3.9. Aspectos éticos	61
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
V. CONCLUSIONES	96
VI. RECOMENDACIONES	99
ANEXOS	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Institución, población y muestra de residentes de las comunidades terapéuticas</i>	53
Tabla 2 <i>La impulsividad, el apoyo social y covariables como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas</i>	64
Tabla 3 <i>Coeficientes de regresión para el modelo predictivo basado en la impulsividad, el apoyo social y covariables</i>	65
Tabla 4 <i>Apoyo social como predictor del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas</i>	67
Tabla 5 <i>Coeficientes de regresión para el modelo predictivo basado en apoyo social y otros estadísticos importantes</i>	68
Tabla 6 <i>La impulsividad como predictor del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas</i>	69
Tabla 7 <i>Coeficientes de regresión para el modelo predictivo basado en la impulsividad y otros estadísticos importantes</i>	70
Tabla 8 <i>Correlación entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	71
Tabla 9 <i>Correlación entre la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	72
Tabla 10 <i>Niveles de apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	73
Tabla 11 <i>Niveles de impulsividad en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	73

Tabla 12 <i>Niveles de riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	74
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Diagrama de predicción y correlación</i>	49
-------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: <i>Matriz de consistencia</i>	125
Anexo 2: <i>Matriz de operacionalización de variables</i>	126
Anexo 3: <i>Cuestionario de Apoyo Social MOS</i>	128
Anexo 4: <i>Ficha técnica del Cuestionario de Apoyo Social MOS</i>	129
Anexo 5: <i>Proceso de validez y/o confiabilidad del Cuestionario de apoyo social MOS</i>	130
Anexo 6: <i>Interpretación de los puntajes del Cuestionario de Apoyo Social</i>	130
Anexo 7: <i>Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)</i>	131
Anexo 8: <i>Ficha técnica de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)</i>	132
Anexo 9: <i>Proceso de validez y/o confiabilidad de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)</i>	133
Anexo 10: <i>Interpretación de los puntajes de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)</i>	133
Anexo 11: <i>Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0</i>	134
Anexo 12: <i>Ficha técnica del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0</i>	135
Anexo 13: <i>Proceso de validez y/o confiabilidad del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0</i>	136

Anexo 14: <i>Interpretación cuantitativa y cualitativa del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0</i>	137
Anexo 15: <i>Ficha Sociodemográfica</i>	138
Anexo 16: <i>Frecuencia y categorización de la covariable Droga de consumo más frecuente</i>	139
Anexo 17: <i>Pruebas de normalidad para los análisis correlacionales</i>	140
Anexo 18: <i>Supuestos del modelo de regresión lineal</i>	141
Anexo 19: <i>Resumen del modelo de regresión jerárquica con término de interacción entre impulsividad y apoyo social</i>	147
Anexo 20: <i>Coeficientes de regresión del modelo con término de interacción entre impulsividad y apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)</i>	147
Anexo 21: <i>Análisis de potencia estadística post-hoc para los modelos de regresión</i>	148
Anexo 22: <i>Consentimiento informado</i>	149
Anexo 23: <i>Cartas de aceptación de las comunidades terapéuticas para aplicación de investigación</i>	150
Anexo 24: <i>Resolución de designación de jurado</i>	152
Anexo 25: <i>Resolución de aprobación de proyecto</i>	154

RESUMEN

La adicción a drogas constituye un grave problema de salud pública, caracterizado por elevadas tasas de recaída, lo que exige identificar factores psicológicos y sociales asociados a la rehabilitación. El apoyo social se reconoce como un factor protector que promueve la abstinencia mediante redes emocionales, instrumentales e informativas; en contraste, la impulsividad, entendida como un rasgo de personalidad vinculado a conductas rápidas y poco planificadas, se asocia con mayor vulnerabilidad a la recaída. El estudio tuvo como objetivo determinar en qué medida el apoyo social e impulsividad predicen el riesgo de recaída en personas drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025. Se empleó un diseño no experimental, transversal y predictivo, con una muestra censal de 89 varones mayores de 18 años de dos comunidades terapéuticas de Tumbes. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Apoyo Social MOS, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0. Los datos fueron analizados mediante estadísticos descriptivos, correlación de Spearman y regresión lineal, verificando previamente los supuestos LINE. La impulsividad predijo significativamente el riesgo de recaída de forma independiente ($R^2 = .626$, $p < .001$), mientras que el apoyo social mostró menor capacidad predictiva ($R^2 = .124$, $p < .001$). Ambas variables explicaron conjuntamente el 62.7% de la varianza del riesgo de recaída ($R^2 = .627$, $p < .001$). La inclusión de variables clínicas como covariables no aportó capacidad predictiva adicional significativa ($\Delta R^2 = .037$, $p = .130$), y el apoyo social no mostró efecto significativo en el modelo conjunto ($p = .647$). Se concluye que la impulsividad es el predictor principal del riesgo de recaída, mientras que el apoyo social, si bien se asocia negativamente con este, pierde su capacidad predictiva independiente en presencia de la impulsividad.

Palabras clave: apoyo social, impulsividad, riesgo de recaída, predicción y drogodependientes

ABSTRACT

Drug addiction is a serious public health problem characterized by high relapse rates, which necessitates the identification of psychological and social factors associated with rehabilitation. Social support is recognized as a protective factor that promotes abstinence through emotional, instrumental, and informational networks; in contrast, impulsivity, understood as a personality trait linked to rapid and poorly planned behaviors, is associated with greater vulnerability to relapse. The study aimed to determine the extent to which social support and impulsivity predict the risk of relapse in drug-dependent individuals from therapeutic communities in Tumbes, 2025. It employed a non-experimental, cross-sectional, and predictive design, with a census sample of 89 men over the age of 18 from two therapeutic communities in Tumbes. The instruments used were the MOS Social Support Questionnaire, the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), and the AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's correlation, and linear regression, after verifying the LINE assumptions. Impulsivity significantly predicted the risk of relapse independently ($R^2 = .626$, $p < .001$), whereas social support showed less predictive power ($R^2 = .124$, $p < .001$). Together, these two variables explained 62.7% of the variance in relapse risk ($R^2 = .627$, $p < .001$). The inclusion of clinical variables as covariates did not provide significant additional predictive power ($\Delta R^2 = .037$, $p = .130$), and social support did not show a significant effect in the combined model ($p = .647$). It is concluded that impulsivity is the primary predictor of relapse risk, while social support, although negatively associated with it, loses its independent predictive power in the presence of impulsivity.

Keywords: social support, impulsivity, risk of relapse, prediction, and drug addicts

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con secuelas devastadoras a nivel individual como social (Fiestas & Ponce, 2012; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2023). La drogodependencia afecta la salud física y mental de quienes la padecen, teniendo repercusiones en el ámbito familiar, laboral y comunitario (Navabi et al., 2017).

Con base a estadísticas proporcionadas por el *Institute of Health Metrics and Evaluation*, publicada en 2019, la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias fue del 2,2% a nivel mundial. Los trastornos por consumo de alcohol presentaron una mayor prevalencia (1,5%) en comparación con los trastornos por consumo de otras drogas, cuya tasa total fue del 0,8%. Dentro de este grupo, el consumo problemático de cannabis alcanzó el 0,32%, el de opioides el 0,29%, el de anfetaminas el 0,10% y el de cocaína el 0,06% (Castaldelli-Maia & Bhugra, 2022). En el 2021, 1 de cada 17 personas había consumido drogas durante el año anterior. El número aproximado de personas que consumen drogas incrementó a 296 millones en el 2021, mientras que en el 2011 se mantuvo en los 240 millones, es decir, aumentando un 23% a partir del incremento demográfico (UNODC, 2023). Siendo en el Perú, una problemática vigente (Fiestas & Ponce, 2012).

Frente a ello, las comunidades terapéuticas han emergido como una alternativa de tratamiento efectiva para la rehabilitación de personas con problemas de uso y abuso de drogas (Fiestas & Ponce, 2012). Estos espacios ofrecen un enfoque integral, abordando la abstinencia, así como los factores psicológicos, sociales y emocionales que contribuyen en el mantenimiento de la adicción. Sin embargo, a pesar de la intervención recibida, muchos pacientes presentan una alta probabilidad de recaída, lo que hace necesario identificar los factores que pueden predecir este riesgo (Marlatt & Donovan, 2005).

El apoyo social se define como la percepción y disponibilidad de ayuda emocional, instrumental e informativa que una persona recibe de su entorno, lo que puede jugar un rol fundamental en el mantenimiento de la abstinencia (S. Cohen & Wills, 1985). Diversas investigaciones han demostrado que las redes de apoyo sólidas reducen el riesgo de recaída en personas con trastornos por consumo de sustancias, ya que favorecen estrategias de afrontamiento adecuadas y disminuyen el sentimiento de soledad y desesperanza (Sari et al., 2018; Sensua & Baruah, 2023; Zaidi, 2020).

Por otro lado, la impulsividad se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el consumo de sustancias y la recaída (Kozak et al., 2018). Se trata de un rasgo de la personalidad caracterizado por la toma de decisiones rápidas, la búsqueda inmediata de gratificación y la dificultad para inhibir respuestas impulsivas ante situaciones de alto riesgo. Estudios previos han encontrado que las personas con alta impulsividad tienen menor control sobre sus impulsos y, por ende, una mayor propensión a retomar el consumo de drogas ante situaciones de estrés o tentación (Stevens et al., 2014).

Las variables estudiadas han sido relacionadas diferentemente, impulsividad con adicción, o apoyo social como factor protector ante la recaída, no obstante, son mínimos los estudios que han explorado la interacción entre apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en poblaciones específicas, como los drogodependientes de la región de Tumbes, limitando la comprensión de cómo estos factores operan en este contexto.

Este estudio, a nivel teórico busca ampliar lo que se conoce de los motivos psicológicos y sociales que llevan a la recaída en personas adictas a las drogas. Analiza juntos el apoyo social y la impulsividad, dos aspectos que no se han estudiado en la comunidad de Tumbes. Marlatt y Gordon (1985), afirman cómo los factores mentales y sociales influyen en el proceso de recuperación. Esto nos ayuda a entender mejor por qué ocurre una recaída, basándonos en comportamientos y pruebas. En la práctica, los hallazgos de este trabajo pueden ofrecer datos útiles para crear y mejorar programas en las comunidades terapéuticas de la región o a nivel nacional. Programas que busquen fortalecer el apoyo social y ayudar a controlar la impulsividad, reduciendo así el peligro de recaída con métodos probados y adaptados al contexto. Desde un aporte social, el

estudio ofrece información local para guiar mejores políticas gubernamentales y programas de prevención y tratamiento. Por último, a nivel metodológico, el estudio aportó evidencia de validación local de los tres instrumentos utilizados mediante un proceso de dos fases: en la prueba piloto se evaluó la validez de contenido a través de juicio de expertos, obteniéndose índices de Aiken favorables, y se estimó la consistencia interna preliminar mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

En suma, el objetivo general de este estudio fue determinar en qué medida el apoyo social y la impulsividad actúan como factores predictivos del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025, justificándose en la necesidad de comprender cómo estas variables interactúan y contribuyen al mantenimiento de la abstinencia o a la recaída en personas que atraviesan por un tratamiento de rehabilitación. La identificación de estos factores permitirá diseñar estrategias de intervención más efectivas, personalizadas y basadas en evidencia, con el fin de mejorar los programas de rehabilitación y reducir las tasas de recaída.

En concordancia con ello, se buscó identificar la capacidad predictiva conjunta del apoyo social y la impulsividad sobre el riesgo de recaída, controlando por variables clínicas como la edad, la droga de consumo más frecuente, el tiempo del último internamiento, el número de internamientos y el tiempo de abstinencia. Asimismo, se pretendió identificar la contribución independiente del apoyo social y la impulsividad como predictores del riesgo de recaída; establecer la relación entre el apoyo social y el riesgo de recaída, así como entre la impulsividad y el riesgo de recaída; identificar los niveles de apoyo social, impulsividad y riesgo de recaída; y, finalmente, identificar los porcentajes de riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. En conjunto, estos análisis permitieron al final poder evaluar su contribución específica al modelo predictivo.

A lo largo del desarrollo se explican las conceptualizaciones de cada variable, principales teorías que las sustentan, así como antecedentes. Se describe el tipo y diseño de investigación, sumado a la población, muestra, instrumentos, técnicas y el proceso de análisis de datos usado en el mismo. Además, los resultados y conclusiones son circundantes al objetivo central, dando respuesta a ellos. En la parte final se encuentran recomendaciones que se ha creído conveniente presentarse en este trabajo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de literatura se sustentó en teorías y conceptos clave que permiten comprender la relación entre el apoyo social, la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes. Tomando en cuenta las variables, este apartado integró distintas perspectivas que sumaron al análisis de cómo estos factores interactúan en las comunidades terapéuticas y en sus residentes de Tumbes.

Se abordó cada variable del estudio de manera secuencial, iniciando con el apoyo social, seguido de la impulsividad, el riesgo de recaída y, finalmente, los aspectos vinculados al funcionamiento de las comunidades terapéuticas. De manera complementaria, se incluyeron antecedentes relacionados con covariables asociadas al fenómeno de consumo y recaída en drogodependientes, tales como edad, droga de consumo más frecuente, tiempo de abstinencia, tiempo de internamiento y número de internamientos previos debido a su posible relación con las variables principales del estudio. Asimismo, se incorporaron posturas teóricas y hallazgos de estudios previos de relevancia internacional, nacional y local.

La revisión inició con el análisis de la variable de apoyo social, variable ampliamente estudiada desde hace décadas por distintas disciplinas debido a su fuerte impacto en la salud mental y física (Yang & Jiang, 2020). El término surgió en los escritos de Bowlby durante la década de 1960, quien lo relacionó con las redes de apoyo y el papel protector de la figura materna desde la infancia (Aranda & Pando, 2013). A partir de entonces, el concepto ha sido enriquecido y desarrollado progresivamente por diferentes autores y enfoques teóricos.

En los años setenta, Cassel (1974) profundizó en los beneficios psicológicos del apoyo social, sin embargo, no proporcionó una definición específica. En esa misma época, Caplan (1974) y Weiss (1974) destacaron sus funciones, señalando que el apoyo social brinda retroalimentación, validación y control sobre el entorno, además de contribuir al sentido de logro, integración social, autoestima, alianzas genuinas

y orientación (Garcés & Durá, 1991). Cobb (1976) agregó que el apoyo social permite a las personas sentirse amadas, apreciadas y reconocidas como parte de un grupo social y planteó su función como un amortiguador del estrés. A partir de los años ochenta, las definiciones del apoyo social se diversificaron distinguiéndose su estructura (redes sociales) y su función (apoyo percibido) (Vila et al., 2001).

El apoyo social se define como la ayuda que una persona recibe de su entorno social para enfrentar situaciones adversas, incluyendo apoyo emocional, afectivo, instrumental e informativo (Sánchez, 2004). También se ha conceptualizado como los vínculos o contactos sociales que brindan ayuda concreta o generan una sensación de pertenencia y cercanía con una persona o grupo considerado significativo y apreciado (Hobfoll & Stokes, 1988). Así, el apoyo social involucra la presencia de otras personas, o recursos que estas proporcionan antes, durante y después de un evento estresante (Ganster & Victor, 1988; Yang & Jiang, 2020).

En términos de tipología, House (1981) estableció cuatro tipos de apoyo social: emocional, que implica la provisión de afecto, seguridad y empatía; informativo, que se refiere a la orientación y recomendaciones útiles para la toma de decisiones; instrumental, relacionado con la asistencia práctica y recursos materiales como apoyo económico o cuidados personales; y valorativo, que proporciona retroalimentación positiva para fortalecer la autoestima y la autoconfianza.

En cuanto a sus características, se han identificado dos principales dimensiones del apoyo social: la estructural y la funcional. Por un lado, la dimensión estructural, también llamada cuantitativa, hace referencia a la cantidad de relaciones o personas disponibles para brindar apoyo, conocida como "red social" (Dolbier & Steinhardt, 2000). Ganster y Victor (1988) la definen como el análisis de la estructura de la red social a través de factores como su amplitud, nivel de interconexión y regularidad en las interacciones.

Por otro lado, la dimensión funcional, de carácter cualitativo, se refiere a la percepción de la disponibilidad y calidad del apoyo recibido (Cobb, 1976). Cohen y Hoberman (1983) la conceptualizan como la valoración subjetiva sobre la accesibilidad y efectividad del respaldo social. Esta segunda dimensión incluye cinco componentes: apoyo emocional (afecto y empatía), apoyo informativo

(provisión de información útil), apoyo instrumental (ayuda tangible o material), apoyo afectivo (expresiones de amor y afecto) e interacción social positiva (compartir tiempo de ocio y actividades recreativas) (Alonso et al., 2013).

Autores como Sherbourne y Stewart (1991), desarrollaron el *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) para evaluar el apoyo social percibido en pacientes. El cuestionario abarca cinco dimensiones del apoyo social (Arredondo et al., 2012) circundando con Cohen y Hoberman (1983): Apoyo emocional: Expresión de amor, empatía y confianza. Apoyo informativo: Proporcionar consejos, orientación y retroalimentación. Apoyo tangible: Asistencia material o de conducta. Apoyo afectivo: Expresiones de amor y afecto físico. E interacción social positiva: Referido a la cantidad de personas puestas a disposición, con quienes la persona comparte actividades de ocio.

El instrumento, inicialmente evaluaba cinco dimensiones; sin embargo, en estudios posteriores, se redijeron a cuatro (Lizarazo et al., 2023). El apoyo social emocional e informativo se unieron, formando 4 dimensiones. Estudios consecuentes, abalaron una mejor respuesta con 4 dimensiones en versiones aplicadas en China, Portugal, Colombia o Chile (Lizarazo et al., 2023). La versión utilizada en el presente estudio corresponde a dicha estructura de cuatro dimensiones, manteniéndose esa organización factorial (Revilla & Bailón, 2014; Sherbourne & Stewart, 1991).

Por otro parte, teóricamente, el apoyo social se explica a través de distintos modelos que detallan su influencia en la salud, estos modelos fueron recopilados por Cohen y Wills en 1985 en una revisión teórica. Entre ellos, destacan dos principales: el modelo del efecto directo y del efecto amortiguador.

El efecto directo, propuesto por House (1981) sustenta que el apoyo social mejora la salud y el bienestar de manera independiente al nivel de estrés que experimenta la persona (López & Sánchez, 2001). Las personas con mayores redes de apoyo adoptan mejores hábitos de vida, tienen mayor motivación para el autocuidado y son menos propensas a enfermedades. En contraste, aquellas con vínculos sociales limitados presentan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (Garcés & Durá, 1991).

El efecto amortiguador, propuesto por Cobb (1976) y desarrollado por Cohen y Wills (1985) sugiere que el apoyo social opera como un mecanismo de protección contra el estrés. Es así que las redes de apoyo ayudan a reinterpretar situaciones estresantes, haciéndolas menos amenazantes y facilitando estrategias de afrontamiento efectivas. De este modo, el apoyo social incide en la reducción del impacto de situaciones estresantes específicas, como perder un ser querido, perder un empleo o tener una ruptura amorosa.

Otro modelo teórico importante para el estudio es la teoría de la red social, la cual fue propuesta por Barnes en 1954, y ampliada por Wellman en 1981. Barnes enfatiza en la estructura y calidad de los vínculos sociales. Según su enfoque, el apoyo social depende del número y tipo de relaciones que mantiene una persona, como una red, donde los puntos representarían a las personas y a los distintos grupos, y las líneas mostrarían las interacciones que existen entre ellos. Estos autores resaltan que estas redes proporcionan recursos emocionales, informativos e instrumentales (Aranda & Pando, 2013).

En el contexto de la drogodependencia, el apoyo social se torna influyente en la rehabilitación y prevención de recaídas. Se ha encontrado que las redes de apoyo influyen positivamente en la adherencia al tratamiento y reducen la vulnerabilidad ante el consumo de sustancias (Garmendia et al., 2008; Musitu et al., 2007). La familia, en particular, funciona como una fuente primaria de apoyo, constituyéndose en un factor protector y promoviendo un entorno seguro para la recuperación (Alonso et al., 2013).

En otros estudios también se identificó al apoyo social como aquellas estrategias de afrontamiento que los usuarios toman para hacer frente a la drogodependencia, tal es el caso de Lazarus y Folkman (1986) y de Carver (1989) (Arcela, 2024).

A continuación, se presentará el concepto de la variable impulsividad y sus teorías:

La impulsividad hace referencia a una respuesta o conducta no planificada, repentina y exagerada frente a estímulos internos o externos que pueden ser peligrosos o amenazantes para la persona (Pinheiro et al., 2024; Vázquez-Moreno, 2022). A su vez, esta está relacionada con la búsqueda de sensaciones y bajo control inhibitorio, lo que lleva al individuo a emitir conductas de riesgo y explosivas

sin considerar las consecuencias de sus actos (Moeller et al., 2001; Rueda et al., 2016).

La impulsividad puede encontrarse inmersa en los comportamientos violentos y antisociales (Bresin, 2019), así como en algunas patologías como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otros (Kenézlió et al., 2022; Komarovskaya et al., 2007). Las características de la impulsividad incluyen, la dificultad para evaluar situaciones de riesgo, tendencia a la rápida reacción ante estímulos sin reflexión previa y profunda (Dalley & Robbins, 2017; Fineberg et al., 2010), la incapacidad para mantener la atención por un lapso prolongado, problemas de planificación, falta de premeditación y un comportamiento intuitivo y espontáneo (Pueyo, 2004).

La impulsividad se ha vinculado con diversas dificultades psicológicas, como la ideación suicida, el abuso de cannabis, la bulimia y múltiples adicciones (ludopatía, internet, comida, compras y sexo) (Vassileva & Conrod, 2018). También se asocia con trastornos mentales graves, entre ellos el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad. Además, se ha evidenciado que los hombres presentan niveles más altos de impulsividad, tanto funcional como disfuncional, en comparación con las mujeres (Pérez-Fuentes et al., 2015).

En el ámbito de la psicología, existen tres enfoques principales sobre la impulsividad. El primer enfoque considera la impulsividad como una característica de la conducta específica de un individuo, manifestándose en acciones concretas y espontáneas; es decir, circunstancial y que puede presentarse de manera aleatoria. El segundo, la concibe como un rasgo de personalidad, una disposición psicológica que influye en la forma habitual de sentir, pensar, decidir y actuar impulsivamente. Por último, el tercer enfoque incluye la impulsividad como un síntoma dentro de ciertos trastornos mentales, formando parte de síndromes clínicos (Pueyo, 2004).

Dickman (1990) distinguió dos tipos de impulsividad: funcional (IF) y disfuncional (ID). La IF se vincula con el entusiasmo, la toma de riesgos calculados y un procesamiento rápido y eficaz de la información, lo que puede resultar beneficioso. En contraste, la ID se asocia con conductas desordenadas e improductivas, caracterizadas por decisiones apresuradas sin considerar consecuencias. Ambas

forman parte del concepto de Impulsividad Superior (IS), que describe la tendencia a actuar rápidamente. La IF se vincula más con la extroversión, mientras que la ID se relaciona con el psicoticismo.

Cabe recalcar, además, que la impulsividad ha sido estudiada por distintas disciplinas y ciencias que tratan de explicarla. Respecto a ello, se dan a conocer algunas de las teorías explicativas de la variable impulsividad:

Eysenk, en 1987, situó a la impulsividad como una acción rápida e involuntaria que permanece atenta a mecanismos de obtención de beneficios, pero que pasa por alto las consecuencias a mediano y largo plazo. A su vez, tomando en cuenta su modelo PEN (psicoticismo, extroversión, neuroticismo) de la personalidad, en donde el temperamento de las personas es resultado de las interacciones de cada dimensión, diferencia dos tipos de impulsividad: una, la impulsividad en sí misma, entendida como la falta de previsión y control de los impulsos (lo que, en parte, definiría a P); y otra, relacionada con la audacia, el atrevimiento y la disposición a asumir riesgos (más asociada a E) (Schmidt et al., 2010).

Eysenck (1990) en su enfoque teórico propuesto, describió la impulsividad como un complejo comportamiento que abarca cuatro dimensiones: la impulsividad estricta, que se distingue por respuestas rápidas y rígidas; la asunción de riesgos, en la que se actúa sabiendo que las conductas pueden acarrear recompensas o consecuencias negativas; la improvisación, caracterizada por la falta de planificación previa en las acciones; y la extroversión, que implica un aumento espontáneo de la energía del individuo. Años posteriores a sus primeros estudios, reportó que la impulsividad estaría más relacionada con el psicoticismo, dando a entender que los individuos impulsivos, se caracterizan por mayor búsqueda de lo novedoso y una tendencia a relacionarse con actos temerarios.

Gray (1987) propuso un modelo basado en la sensibilidad al castigo y la recompensa que explica diferencias individuales a través de dos sistemas neurales: el Sistema de Inhibición Conductual (SIC) y el Sistema de Activación Conductual (SAC). El SIC responde a señales de castigo o ausencia de recompensa, generando inhibición conductual; mientras que el SAC se activa frente a estímulos de recompensa, promoviendo la aproximación conductual. La impulsividad, según Gray, surge del funcionamiento del SAC y está relacionada con la extroversión,

pero también influida por el neuroticismo, que potencia la reactividad del sistema nervioso. Así, la impulsividad en este modelo no es solo un actuar irreflexivo, sino una tendencia a responder ante estímulos de refuerzo positivo o negativo (Uhl et al., 2019).

Cloninger (1987) adapta la teoría de Gray incorporando los rasgos de Evitación del Daño (ED) y Búsqueda de Novedad (BN), que corresponden al funcionamiento del SIC y el SAC, respectivamente. La ED se vincula con la inhibición conductual ante señales de castigo y frustración, mientras que la BN implica una tendencia a buscar nuevas experiencias y recompensas, con componentes de exploración e impulsividad. Las personas con alta ED se caracterizan por mostrarse ansiosas y evitativas, mientras que aquellas con alta BN muestran tendencia a la impulsividad y la búsqueda de emociones intensas. Este autor propone la conexión de estos rasgos con estructuras neuronales específicas y correlaciones psicobiológicas, dando énfasis en la interacción entre biología y comportamiento en la personalidad.

Zuckerman (1983) concilia en definir a la impulsividad como un componente primario de la personalidad que interactúa con otras características como la hostilidad, la extraversión, el neuroticismo y la actividad; incluyendo la impulsividad dentro de su Modelo de los Cinco Factores Alternativos combina la búsqueda de la novedad y distingue tres modalidades impulsivas: desinhibición, búsqueda de experiencias y vulnerabilidad al aburrimiento. Zuckerman indicó que la impulsividad tiene una base genética influyente en actitudes, comportamientos, hábitos y preferencias de las personas. Sin embargo, la impulsividad no debe contemplarse como meramente desadaptativa, sino que puede actuar como una estrategia que favorezca la estabilidad (Zuckerman, 2007).

Barratt, en sus diferentes estudios, profundizó en la impulsividad, definiéndola como un atributo de personalidad complejo, caracterizado por la predisposición psicológica a ejecutar acciones motoras de manera rápida, sin planificación previa y, a menudo, de forma ineficaz o errónea (Rueda et al., 2016). Así, en 1959, creó una escala que mide la impulsividad buscando relacionar la impulsividad con la ansiedad y eficiencia motora (*Barratt Impulsiveness Scale [BIS]*); sin embargo, en la versión actual de la escala (1995), postula la evaluación de tres factores: El primero está relacionado con la atención (dificultad para mantener el enfoque

durante períodos prolongados). El segundo corresponde a la impulsividad motora (tendencia a actuar sin reflexionar previamente). El tercer factor refiere a la ausencia de planificación o impulsividad no planeada (incapacidad para organizar acciones futuras) (J. Patton et al., 1995).

La impulsividad se analiza en tres niveles: conductual (falta de consideración por consecuencias), social (aprendida en el entorno familiar) y psicofisiológico (relacionada con respuestas cerebrales y neurotransmisores) (Squillace et al., 2011).

Así, además, autores reconocen a la impulsividad como un factor de riesgo que predispone al consumo de sustancias de drogas, de alcohol, entre otros (Bertin et al., 2021; Cheng et al., 2023; Herman & Duka, 2019; Jentsch et al., 2014).

A continuación, se presenta la definición y teorías de la variable independiente riesgo de recaída:

Recaída alude al consecuente de haber sido expuesto a una situación de riesgo sin ser capaz de hacer uso de adecuadas estrategias de afrontamiento que garanticen el prolongamiento y mantenimiento de la abstinencia (Marlatt & Donovan, 2005). Ha sido definida, también como una transición hacia la regresión o una progresión en el proceso de recuperación, impulsada por un retorno a la conducta previa de consumo de sustancias, a pesar de la intención de permanecer abstinentes (Moon & Lee, 2020).

La recaída es un evento multifactorial, y será influenciado por variables psicológicas, sociales y ambientales, tornándose en un evento común en el tratamiento de la adicción (Milton & Everitt, 2012) e, incluso, después del tratamiento (Brower & Perron, 2010).

Existen modelos que intentan explicar el riesgo de recaída. El primero es el Modelo de prevención recaídas de Marlatt y Gordon (1985), derivado de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971), quien propuso que las recaídas son el resultado de la interacción entre factores de riesgo y factores protectores. Por lo cual, la intervención se debe dirigir a reconocer dichos factores (tanto de riesgo, como protectores), modificándolos, para reducir el riesgo de recaída.

Marlatt, en 1993, se refirió a la recaída como un proceso temporal compuesto por una secuencia de eventos que pueden, o no, conducir al retorno de los niveles de conducta observados antes del tratamiento. Es decir, toma la recaída como un fallo en el proceso de cambio, el cual no será determinante. En el mismo año, Marlatt, junto a colaboradores, identificaron tres situaciones de riesgo elevado que predisponen a la recaída, los cuales son: Estados emocionales negativos, conflictos interpersonales con personas de su contexto y presión social (presentados de manera jerárquica) (Sanchez-Hervás et al., 2002). Según lo descrito por los autores, la impulsividad podría hallarse en aquella primera situación de riesgo.

El segundo modelo, es el Modelo biopsicosocial, descrito por Engel (1977), el cual integra factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar la recaída, resaltando la importancia de abordar las adicciones desde una perspectiva holística e integral, considerando todos los aspectos que rodean y configuran al ser humano.

El Modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1982) describe a las conductas adictivas y el tratamiento de adicciones como un proceso complejo, dinámico y abierto. Dentro de su modelo, integra estadios, procesos y niveles de cambio que serán determinados por la motivación que el sujeto predisponga al cambio, su conocimiento respecto a su problemática y su contexto o entorno. Dentro de los estadios de cambio propuestos por estos autores (precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento), toman en cuenta a la recaída (contemplación) (Carramiñana, 2016).

A continuación, se da a conocer la definición de comunidades terapéuticas:

Actualmente existen varios caminos que abordan el consumo de sustancias psicoactivas, desde alternativas ambulatorias, residenciales, profesionalizadas o no profesionalizadas. Las Comunidades Terapéuticas (CT) son unas de estas alternativas. Las CT tienen el tipo de abordaje que propone programas de tratamientos integrales u de orientación religiosa, centrándose en el crecimiento espiritual, para que los internos logren recuperarse física y mentalmente (A. C. Rodríguez, 2009). Otros autores las constituyen como tratamiento institucional o residencial que enfatizan sobre los factores sociales y medioambientales (Lopez-Fernandez et al., 2013).

En el Perú, un gran referente de las comunidades terapéuticas ha sido el de Ñaña (Lima), caracterizado por su organización, funcionamiento y estructura (Caso & Ostos, 2021). En varios casos, los residentes asumen roles; quienes ingresan no solo enfrentan la rehabilitación, sino también un proceso de convivencia y aprendizaje.

Aún así, Perú también enfrentan tendencias alarmantes. Por ejemplo, durante el año 2023, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) atendió más de 80.000 casos de trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud [MINSA], 2024). Este dato resalta la importancia de la necesidad urgente de fortalecer los servicios de salud mental y los programas de rehabilitación en el país.

En la población drogodependiente, tanto en el uso y abuso de sustancias psicoactivas se han identificado múltiples factores que influyen en el problema. En 1999, un estudio menciona que las causas del consumo de drogas se deben a factores de riesgo individuales, identificándose, estadísticamente, al menos 70 factores que influyen (Swadi, 1999). Actualmente, los estudios se han ampliado y abarcado otros aspectos. Como por ejemplo problemas de conducta, depresión y el entorno escolar como factores significativos en el inicio de consumo de adolescentes (Jongenelis et al., 2019).

Otros estudios refieren factores ambientales, como las experiencias sociales negativas, que pueden facilitar el inicio y mantenimiento del abuso de drogas (Pelloux et al., 2019). El estatus socioeconómico familiar, las políticas de drogas y la marginalización, juega un papel significativo en la salud y el comportamiento de los usuarios de drogas (Collins et al., 2019; LeCocq et al., 2020).

En el estudio del riesgo de recaída en personas con drogodependencia, la literatura identifica una serie de factores clínicos y sociodemográficos que ejercen influencia tanto sobre los predictores psicológicos como sobre el riesgo de recaída. Ignorar dichos factores en los modelos predictivos puede generar estimaciones sesgadas, subestimar o sobrestimar la contribución real de variables como el apoyo social y la impulsividad. Por ello, resulta apropiado revisar la evidencia disponible sobre los factores que, por su relación sobre la recaída y sobre las variables de interés, deben

ser considerados como covariables en el análisis del poder predictivo conjunto del apoyo social e impulsividad sobre el riesgo de recaída. Los agentes que la literatura respalda para este fin son: la edad, la droga de consumo más frecuente, el tiempo de internamiento, el tiempo de abstinencia y el número de internamientos previos. A continuación, se presenta la evidencia que sustenta la relevancia de cada uno de estos factores:

La edad es una variable sociodemográfica examinada con amplitud en investigaciones sobre TUS, cuya influencia abarca desde la vulnerabilidad al inicio del consumo hasta la probabilidad de recaída y el abandono del tratamiento. Yazıcı & Bardakçı (2023), a partir de una revisión narrativa que busca identificar factores relacionados con las recaídas en TUS, precisan que la edad puede analizarse de dos ángulos: en primera, a través de la edad de inicio (asociada con mayor severidad y peores pronósticos) y la edad cronológica, que puede actuar como factor o protector de riesgo. Es así que la adultez temprana constituye una etapa de mayor exposición a la recaída, mientras que el envejecimiento favorece la sobriedad en frecuencia Kelly et al., (2014). Brorson et al. (2013), en una revisión sistemática que tuvo 122 estudios, identificaron que tener menos edad fue uno de los factores de riesgo más sólidos para desistir del tratamiento; Argyriou et al. (2023) concluyeron que la edad conformó un factor que predispone a la readmisión (HR = 1,01; p = 0,019); mientras que Rabl et al. (2025) dieron a conocer que tener más edad se relacionó con menor interrupción del tratamiento y menor riesgo de recaída.

El tipo de sustancia de abuso principal (o droga de consumo más frecuente, como se denomina en este estudio) también constituye un factor clínico relevante en la comprensión del riesgo de recaída, dada la heterogeneidad farmacológica, neurobiológica y psicosocial asociada a las distintas drogas. Palacio-Gonzalez et al., (2024), en una revisión sistemática de 45 estudios sobre predictores psicológicos de recaída en TUS, dieron a conocer que el consumo de sustancias al inicio del tratamiento constituye un factor pronóstico importante, especialmente en opioides y estimulantes, y señalaron que la impulsividad ha sido escasamente examinada como predictor de recaída específico para cada tipo de droga. En congruencia con ello, Guo et al., (2024), en un análisis de redes con 1 687 sujetos

con distintos trastornos adictivos, encontraron que los consumidores de estimulantes presentaron una red de impulsividad rasgo más fuerte e interconectada que en aquellos usuarios que consumían heroína o que diagnóstico de trastorno por juego en internet, sugiriendo que el efecto de la impulsividad sobre el riesgo de recaída varía dependiendo de la sustancia de consumo predominante.

El tipo de droga también está relacionado con la modulación del apoyo social. Tomei et al. (2025), en un estudio con 5 654 adultos emergentes varones, encontraron que quienes presentaban múltiples adicciones simultáneas reportaron menores niveles de apoyo social percibido, y que este disminuía progresivamente con el número de adicciones coexistentes. A nivel de vía de administración, Naji et al. (2022), en un estudio prospectivo con 466 pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de opioides, documentaron que el uso de drogas intravenosas incrementó el riesgo de recaída en 2,6 veces (HR = 2,61; IC 95%: 1,74–3,91; $p < 0,001$).

El tiempo de internamiento, entendido como la duración del tratamiento residencial actual en la comunidad terapéutica al momento de la evaluación para este estudio, ha mostrado asociaciones consistentes con el riesgo de recaída en la literatura sobre trastornos por uso de sustancias (TUS). Naji et al. (2022), en un análisis de supervivencia con pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de opioides, hallaron que quienes permanecieron en tratamiento durante al menos dos años presentaron una reducción del 44% en el riesgo de recaída frente a quienes llevaban menos de un año (HR = 0,56; IC 95%: 0,34–0,92; $p = 0,021$). Esto fue replicado por Rabl et al. (2025) en pacientes con dependencia al alcohol, en donde una mayor duración del tratamiento hospitalario se asoció significativamente con menor riesgo de recaída.

El tiempo de internamiento también incide directamente sobre las variables predictoras del presente estudio. En cuanto a la impulsividad, Bankston et al. (2009), en un estudio cuasiexperimental en una comunidad terapéutica, documentaron que los puntajes en el BIS-11 disminuyeron significativamente en participantes que completaron nueve meses de tratamiento residencial ($p < 0,05$). En el contexto específico de las comunidades terapéuticas, Vanderplasschen et al. (2013) destacan que estas intervenciones operan principalmente a través de

relaciones interpersonales, apoyo entre pares y reinserción social, y que el soporte social sostenido durante el tratamiento protege contra las recaídas y mejora la adherencia; destacando, además, que el tiempo de internamiento y la participación en las comunidades terapéuticas se relacionan con un mejor estado de recuperación.

El tiempo de abstinencia se ha catalogado como una de las variables que se relacionan directamente con el riesgo de recaída, el autocontrol y la función cognitiva, debido a que los largos periodos de abstinencia repercuten en mejorías psicológicas y neurobiológicas que pueden incidir en efectos sobre la impulsividad y el apoyo social (Parvaz et al., 2022; Powell et al., 2024). Rabl et al. (2025), en un estudio longitudinal que acogió a usuarios con dependencia al alcohol en rehabilitación hospitalaria, concluyeron que el tiempo transcurrido en abstinencia antes del tratamiento se relacionó con menores indicadores de riesgo de recaída, incluso controlando por impulsividad y craving, indicando que este podría ser un factor que está siendo subestimado en los modelos predictivos. En esa misma dirección, Young et al. (2018), en un estudio prospectivo con 50 personas con trastorno por consumo de cocaína y/o alcohol en tratamiento residencial, evidenciaron que el tiempo de abstinencia (en colaboración con la inteligencia, el funcionamiento general y la edad del usuario) explicó el 16% de la varianza en el cambio de autoeficacia a la recuperación; al incorporar la impulsividad al modelo, la varianza explicada ascendió al 28% ($F[5,505] = 3,47$; $p = 0,01$), aportando un 12% adicional, exponiendo que ambas variables trabajan conjuntamente y que controlar el tiempo de abstinencia resulta necesario para identificar el efecto específico de la impulsividad.

Referido al apoyo social, Rathinam & Ezhumalai (2022) en un estudio transversal con 60 individuos en abstinencia con TCS, indicaron que aquellos que se mostraron abstinentes en un periodo de 90 días o más presentaron una puntuación media de apoyo social percibido ($M = 61,48$; $DE = 13,50$). A su vez, Wang et al. (2013) en un estudio con 183 usuarios adultos con dependencia a la metanfetamina, encontraron que aquellos que fueron abstinentes por más tiempo revelaron mejor toma de decisiones que aquellos que llevaban menos tiempo sin consumir, reportando una

mejorías progresivas en la toma de decisiones y en las funciones ejecutivas relacionadas a la impulsividad.

El número de internamientos previos da a conocer la trayectoria de un usuario en tratamiento, constituyendo una medida indirecta de reporte de la severidad y cronología del trastorno. Böckmann et al. (2019), en un estudio retrospectivo en Suiza, con 554 pacientes con TUS en servicios psiquiátricos, encontraron que el 41,2% fue readmitido en un periodo de 12 meses; cuando se incluyeron los factores estadísticamente significativos en un modelo multivariante de regresión logística, el número de internamientos fue uno de los dos factores que se tornaron como predictores significativos e independiente de la readmisión, exponiendo un valor predictivo y de vulnerabilidad.

Este factor también puede influir sobre el apoyo social y la impulsividad: En cuanto a la impulsividad, estudios señalan que niveles elevados de este rasgo se asocian con el abandono anticipado del tratamiento y la recaída adelantada (Loree et al., 2014), sugiriendo que los usuarios con más números de internamiento podrían presentar mayor impulsividad. Respecto al apoyo social, varios episodios de recaída, inciden en el deterioro paulatino de las redes de apoyo debido al desgaste emocional de la repetición del ciclo recaída-recuperación genera en ellos (Zaidi, 2020).

Basado en el marco teórico puesto a disposición, el presente estudio se fundamentará en tres modelos teóricos identificados como clave para la explicación de la relación entre el apoyo social, la impulsividad, y el riesgo de recaída en drogodependientes. Estas posturas, desarrolladas por Sherbourne, Barratt y Marlatt, permiten comprender cómo estos factores interactúan en el proceso de recuperación y vulnerabilidad a la recaída.

Sherbourne y colaboradores, conceptualizan el apoyo social como un recurso clave para la adaptación a situaciones de estrés. Se divide en apoyo emocional, instrumental e informativo, facilitando la abstinencia y reduciendo la vulnerabilidad a la recaída. De los estudios de Barratt, se asume la impulsividad como la tendencia a actuar sin evaluación previa, con búsqueda de satisfacción inmediata, la cual aumenta el riesgo de recaída al reducir el autocontrol. En este estudio la

impulsividad es vista desde la óptica de Pueyo (2004), es decir, como un rasgo de personalidad. Y de Marlatt y Gordon, se plantea la recaída como un proceso dinámico influenciado por factores de alto riesgo, expectativas sobre el consumo y el efecto de la violación de la abstinencia, enfatizando la importancia de identificar situaciones de riesgo para fortalecer estrategias de afrontamiento. En adición, al factorizar las variables independientes, el apoyo social reside en este estudio como un factor protector, mientras que la impulsividad, un factor de riesgo ante la recaída.

La investigación tiene un enfoque integrador que considera la interacción dinámica entre el apoyo social, la impulsividad y el riesgo de recaída en personas con drogodependencia dentro del contexto específico de comunidades terapéuticas en Tumbes. Esta postura reconoce que la recuperación y la vulnerabilidad a la recaída son procesos multifactoriales, donde factores psicológicos, sociales y conductuales se entrelazan.

Ambas variables independientes tienen múltiples dimensiones y el riesgo de recaída, abordado desde el modelo dinámico y multifactorial por Marlatt y Gordon (1985) suman a la postura de una interacción entre un alto nivel de apoyo social y un bajo nivel de impulsividad reduzca significativamente el riesgo de recaída en personas con drogodependencia en comunidades terapéuticas. En contraste, niveles elevados de impulsividad y bajo apoyo social aumentan el riesgo de recaída.

A continuación, se mencionarán algunos antecedentes referentes a nivel internacional, nacional y local de las variables estudiadas. Se iniciará por presentar los antecedentes internacionales de apoyo social, impulsividad y riesgo de recaída, respectivamente.

Dentro de ellos se encuentra Yanuarti et al. (2025) realizaron en Indonesia un estudio con mero objeto de examinar la relación entre autoeficacia, resiliencia, apoyo social y la tendencia a recaída en personas con trastorno por uso de sustancias (TUS). La investigación empleó un enfoque cuantitativo con diseño transversal correlacional, incluyendo una muestra de 200 adultos diagnosticados con TUS en un centro de rehabilitación en Yakarta, quienes completaron cuestionarios estandarizados para medir el apoyo social percibido (MOS-SSS), la autoeficacia para mantener la abstinencia, la resiliencia (*Japanese Bidimensional Resilience Scale*) y la propensión al riesgo de recaída (*Psychological Relapse*

Tendency Questionnaire). Los resultados revelaron que el apoyo social se correlacionó negativamente con la tendencia a recaída ($r = -0.42, p < 0.01$) y que tanto la autoeficacia como la resiliencia actuaron como mediadores significativos de esta relación, demostrando que un mayor apoyo social reduce el riesgo de recaída directa e indirectamente al mejorar la autoeficacia y la resiliencia.

Abdelaal et al. (2025) realizaron en Egipto una investigación cuyo objetivo fue analizar el papel de la aceptación de experiencias aversivas y del apoyo social percibido en la probabilidad de recaída en pacientes con trastornos por uso de sustancias. El estudio empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo-correlacional, y contó con una muestra de 200 adultos con TUS, quienes completaron la *Acceptance and Action Questionnaire-II*, la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* y el *Advance Warning of Relapse Questionnaire* para evaluar aceptación de experiencias aversivas, apoyo social percibido y probabilidad de recaída. Los hallazgos indicaron correlaciones positivas significativas entre la aceptación de experiencias aversivas y el apoyo social, y correlaciones negativas entre la probabilidad de recaída con la aceptación de experiencias aversivas y con el apoyo social total, además de que casi todas las variables (excepto el apoyo de amigos y personas esenciales) predijeron de forma significativa el riesgo de recaída. Los autores concluyeron que tanto la aceptación de experiencias aversivas como el apoyo social tienen roles significativos en la reducción de la probabilidad de recaída.

Otro estudio en China, realizado Tan et al. (2023) analizó cómo el apoyo de otros influye en la recaída. Se estudió a 186 hombres adictos en un centro de rehabilitación en Shaoguan, usando la escala de apoyo social y el cuestionario de tendencia de los toxicómanos a recaer. Los resultados indicaron que el apoyo social influye en la posibilidad de recaída en un -0.258 . De ello se concluye que hubo una correlación negativa significativa entre el apoyo social y la tendencia a la recaída, y así la tendencia a la recaída de los toxicómanos puede reducirse mejorando el apoyo social.

Al-Ziadat (2024) realizó en Jordania un estudio cuyo objetivo fue investigar el papel del apoyo social y la autoeficacia en la recaída por uso de sustancias en 197 usuarios consumidores evaluados mediante cuestionarios estandarizados de

apoyo social (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido) y autoeficacia (Escala de Autoeficacia General de Sherer). El estudio utilizó un enfoque cuantitativo con diseño correlacional y análisis predictivo mediante regresión logística, encontrando que la autoeficacia y la duración del consumo predecían significativamente la recaída, mientras que el apoyo social no mostró un efecto predictivo directo sobre la recaída en el modelo analítico. Específicamente, la regresión identificó que mayores niveles de autoeficacia se asociaron con una menor probabilidad de recaída ($\text{Exp}(B)=0.556$; $p<.05$), y que la duración del uso de sustancias también influyó significativamente en la probabilidad de reincidencia. Se concluyó que, aunque el apoyo social moderado entre los participantes no predijo directamente la recaída, la autoeficacia constituye un factor psicológico relevante para explicar el retorno al consumo.

Rokiyah et al. (2024) realizaron en Indonesia una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar el papel del apoyo social en la recuperación de la adicción a sustancias, sintetizando evidencias sobre cómo diferentes formas de apoyo (familiar, comunitario y de pares) influyen en la motivación, la resiliencia y el mantenimiento de la abstinencia. Se adoptó un enfoque cuantitativo de síntesis de evidencia, con alcance analítico y diseño de revisión, seleccionando investigaciones previas que examinaron la relación entre redes de apoyo social y resultados de recuperación con las palabras “*Social Support for Addiction Recovery*”, incluyendo indicadores de prevención de recaída y facilitación de cambios conductuales. Los resultados integrados indicaron que el apoyo social, en sus dimensiones emocional, instrumental e informativo, facilita la adaptación al proceso de recuperación y se asocia con una mayor probabilidad de mantener la abstinencia a largo plazo, además de promover la motivación y la cohesión social de los individuos en tratamiento.

Sun et al. (2024) realizaron en China un estudio cuyo objetivo fue examinar el rol del autocontrol como mediador y del apoyo social como moderador en la relación entre variables psicológicas (impulsividad y estrés) y la recaída en personas con trastornos por uso de sustancias. Tuvo un enfoque cuantitativo con diseño correlacional y una muestra de 368 adultos en tratamiento por TUS, evaluados mediante la *Brief Self-Control Scale* para autocontrol, la *Multidimensional Scale of*

Perceived Social Support para apoyo social y otras medidas de impulsividad y escalas de síntomas de estrés y recaída. Los análisis estadísticos incluyeron correlaciones bivariadas, análisis de mediación y moderación con modelos de regresión jerárquica, registrándose asociaciones significativas entre impulsividad (pérdida de control) y riesgo de recaída ($r=.42$; $p < .01$); el apoyo social y la tendencia a la recaída resultó en $r=-.33$; $p < .01$, mientras que el autocontrol actuó como mediador parcial de esta relación y el apoyo social moderó el efecto de impulsividad sobre la recaída, reduciendo la influencia negativa de la impulsividad a niveles altos de apoyo social. Se concluyó que el autocontrol y el apoyo social desempeñan roles protectores frente al riesgo de recaída, al mediar y moderar los efectos de factores de vulnerabilidad conductual.

Arabshahi et al. (2023) desarrollaron en Irán un estudio que tuvo como fin predecir la recaída en adicción basándose en el apoyo social percibido y el trauma infantil en personas que asistieron a centros de tratamiento de adicción en Qom. Se

empleó un enfoque cuantitativo con diseño transversal correlacional y de predicción, evaluando a 320 personas mediante la *Social Support Scale*, el *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)* y un cuestionario de Frecuencia de Recaídas; los datos fueron analizados con t-tests, ANOVA, correlación de Pearson y regresión multivariante. Los resultados indicaron que el trauma infantil aumentó significativamente la probabilidad de recaídas múltiples ($\exp(B)=1.132$; $p<.001$), mientras que el apoyo social percibido se asoció con una reducción significativa del riesgo de recaída más de tres veces ($\exp(B)=0.955$; $p<.05$), y que existieron correlaciones significativas entre apoyo social total y recaída ($r = -0.350$; $p<.001$). Los autores concluyeron que el apoyo social percibido tiene un efecto protector frente a la recaída.

Ibrahim et al. (2022) buscó analizar la relación del apoyo social con las situaciones de recaída de alto riesgo entre los delincuentes consumidores en Malasia. Los datos recolectados se analizaron mediante pruebas descriptivas y de correlación de Pearson. El análisis mostró una relación negativa, débil y significativa entre el apoyo social ($r = -.258$, $k < 0.00$) con las situaciones de recaída de alto riesgo. También, se evidenció un apoyo social moderado (50.6%) a alto (46.7%). Dichos resultados tienen efecto de implementación para programas de tratamiento y

rehabilitación de drogas más efectivos, siendo la participación y el apoyo social de la familia, los amigos y la comunidad local, variables significativas.

Zaidi (2020) realizó en Arabia Saudita una investigación donde analizó el papel del apoyo social en la prevención de la recaída en personas con adicción a drogas, enfatizando la importancia del entorno social (familia, pareja, comunidad) como factor protector frente a la recaída. La investigación adoptó un enfoque cualitativo de revisión, integrando evidencia teórica y empírica sobre adicción, recaída y los beneficios del apoyo social recibido o percibido, incluyendo formas de apoyo emocional, instrumental e informativo. Los resultados de su revisión de literatura relacionada de las últimas dos décadas mostraron que un apoyo social mayor está asociado a una mejor capacidad de afrontamiento y a una reducción en la probabilidad de recaída.

Razali et al. (2020) realizaron en Malasia un estudio que examinó la relación entre el apoyo social y la recaída en exdrogodependientes que habían culminado un programa de rehabilitación. Se adoptó un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo-correlacional, y contó con una muestra de 242 exdrogodependientes, evaluados mediante la *Social Provisions Scale* para el apoyo social (que busca medir el apoyo de amigos y de la sociedad) y el *Inventory of Drug-Taking Situations* para la recaída. El análisis estadístico incluyó estadísticos descriptivos y correlación de Pearson, evidenciándose una relación significativa entre el apoyo social total y la recaída ($p < .05$), particularmente en las dimensiones de apoyo proveniente de amigos y del entorno social ($r = -.722$ y $r = -.590$, respectivamente). Se concluyó que bajos niveles de apoyo social se relacionan con la recaída en tanto las redes sociales funcionales actúan como factores protectores. Es así que el apoyo social constituye una variable de relevancia en la explicación de la recaída.

En cuanto a la variable impulsividad, se registraron pocos estudios internacionales directos.

Abdelhamid et al. (2024) presentaron en Egipto un estudio cuyo objetivo fue evaluar los efectos predictivos de las distorsiones cognitivas y la búsqueda de sensaciones impulsivas sobre la probabilidad de recaída en TUS. Se utilizó un diseño descriptivo-correlacional analítico, con enfoque cuantitativo, reclutando una

muestra por conveniencia de adultos con TUS atendidos en servicios clínicos, que fueron evaluados con una Escala de distorsiones cognitivas (CDS), la Escala de búsqueda de sensaciones impulsivas (ImpSS) y el cuestionario AWARE para riesgo de recaída. Como resultado se halló una alta prevalencia de distorsiones cognitivas, búsqueda de sensaciones impulsivas y riesgo de recaída; de igual manera se hallaron correlaciones positivas significativas entre distorsiones cognitivas, búsqueda de sensaciones impulsivas y probabilidad de recaída. Se concluyó que tanto las distorsiones cognitivas como la búsqueda de sensaciones impulsivas son predictores significativos de la probabilidad de recaída en personas con TUS.

Un estudio por Baculima (2024) investigó la relación entre el deseo de beber alcohol y la capacidad de controlar los impulsos en 86 adultos con problemas de alcoholismo que viven en centros de tratamiento en Cuenca-Ecuador, entre 2023 y 2024. El estudio encontró que estas personas tenían un deseo moderado de alcohol y una impulsividad alta, y que ambos estaban relacionados de forma importante ($\chi^2=18.036$; $p=.035$). Sin embargo, se debe tener cuidado al interpretar estos hallazgos porque algunos datos eran insuficientes. A pesar de esto, se sugiere que una impulsividad elevada podría ser clave en el consumo problemático de alcohol, complicando la recuperación y aumentando el riesgo de volver a beber.

Lozano-Rojas et al. (2023) en España realizaron un estudio longitudinal cuyo objetivo fue analizar si diferentes dimensiones de la impulsividad predicen la recaída y el abandono del tratamiento en pacientes ambulatorios con TUS. Con un enfoque cuantitativo, alcance explicativo y diseño prospectivo, la investigación incluyó 115 pacientes ambulatorios con TUS a quienes se evaluó al inicio del tratamiento mediante una batería de medidas de impulsividad que abarcó impulsividad motora (*Affective Go/No-Go*), impulsividad atencional (*Stroop*), descuento por demora (*Monetary Choice Questionnaire*) y toma de decisiones (*Lowa Gambling Task*); los desenlaces clínicos observados fueron recaída de consumo (verificada por pruebas toxicológicas) y abandono del tratamiento a los 3 y 12 meses de seguimiento. Los resultados principales mostraron que la impulsividad motora afectiva y la desinhibición cognitiva predijeron significativamente la recaída, mientras que ninguna medida de impulsividad se asoció con el abandono del tratamiento. Los autores concluyeron que determinadas

dimensiones de la impulsividad son predictores específicos de recaída en pacientes con TUS.

Pepe et al. (2022) abordaron un estudio en Italia. Fue un estudio longitudinal con seguimiento de 1 año que se enfocó en evaluar si la impulsividad y la alexitimia predicen el patrón de recaída (temprana vs. tardía) en pacientes con trastorno por uso de alcohol. Su estudio fue cuantitativo, con alcance explicativo y diseño longitudinal prospectivo, en una muestra de 171 pacientes ambulatorios diagnosticados con trastorno por uso de alcohol, evaluados al inicio del seguimiento y clasificados según su recaída (dentro o después del primer mes luego de la desintoxicación). La recaída se determinó clínicamente durante el año de seguimiento, mientras que la impulsividad fue medida con la Escala de Impulsividad de Barratt. La impulsividad demostró ser un predictor significativo de la recaída temprana. Los participantes con mayores puntuaciones iniciales mostraron un aumento en la probabilidad de recaer tempranamente, con un odds ratio de 1.12 ($p = 0.005$) frente a la recaída tardía, y de 1.17 ($p < 0.001$) frente a la abstinencia, mientras que niveles elevados de alexitimia fueron un factor de riesgo para recaídas posteriores y para no mantener la abstinencia al año.

Martín-Ríos & López-Torrecillas (2022) realizaron en España un estudio cuyo objetivo fue identificar predictores psicológicos de recaída en fumadores en tratamiento para la cesación del consumo de nicotina. El enfoque fue cuantitativo, con alcance explicativo y diseño longitudinal prospectivo, con una muestra de 141 fumadores adultos, evaluados al inicio del tratamiento mediante medidas de autorreporte y conductuales de impulsividad, incluyendo la Escala de Impulsividad de Barratt, tareas de inhibición conductual y pruebas de descuento por demora; la recaída fue verificada mediante mediciones de monóxido de carbono exhalado. Los resultados evidenciaron que mayores niveles de impulsividad no planificada, déficits atencionales y bajo control inhibitorio se asociaron con un mayor número de recaídas durante el seguimiento. Los autores concluyeron que la impulsividad constituye un predictor relevante del riesgo de recaída.

O'Donnell et al. (2021) realizaron en Estados Unidos un estudio que evaluó diferencias en la toma de decisiones y los niveles de impulsividad entre jóvenes adultos consumidores crónicos de cannabis y no consumidores, métodos que

reflejan rasgos de vulnerabilidad conductual asociados a conductas adictivas. Fue un estudio con enfoque cuantitativo y diseño comparativo, incluyendo 33 usuarios crónicos de cannabis sin comorbilidades psiquiátricas y 35 no usuarios, quienes completaron tareas de toma de decisiones (Iowa Gambling Task), una tarea de descuento de recompensas (Delay Discounting Task) y la Escala de Impulsividad de Barratt para medir la impulsividad autorreportada. Los usuarios consumidores presentaron un 62.3% de impulsividad, casi 6% más que el grupo control. Los resultados mostraron que los consumidores de cannabis presentaron mayor preferencia por recompensas inmediatas, peores decisiones en tareas de costo-beneficio y mayores niveles de impulsividad en comparación con los no consumidores.

Un estudio realizado por Su et al. (2015) en China, investigó la influencia de los rasgos de personalidad, la impulsividad y el polimorfismo del gen COMT (rs4680) en la recaída al consumo de heroína durante un período de seguimiento de 5 años. Participaron 564 pacientes dependientes de heroína reclutados en un centro de rehabilitación obligatorio. Doce meses antes de su liberación, se evaluaron los rasgos de personalidad utilizando la Escala de Impulsividad de Barratt-11 (BIS-11) y el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI). Los resultados incluyeron que los rasgos de personalidad impulsiva, el historial de consumo de metadona y la edad de inicio del consumo fueron factores predictivos significativos de recaída en estos pacientes durante el seguimiento de 5 años.

Loree et al. (2014), en Australia, examinaron si la impulsividad actúa como predictor de los resultados del tratamiento en personas con TUS. El enfoque fue cuantitativo, con alcance analítico y diseño de revisión sistemática, analizando 33 estudios empíricos realizados en contextos clínicos, con muestras de personas dependientes a diversas sustancias. Los estudios incluidos evaluaron la impulsividad mediante instrumentos estandarizados, principalmente la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS), y variables clínicas como recaída, abstinencia y retención al tratamiento. Los resultados evidenciaron que altos niveles de impulsividad se asociaron consistentemente con peores resultados terapéuticos, especialmente mayor probabilidad de recaída y abandono del tratamiento. Se

concluyó que la impulsividad constituye un factor predictivo relevante del riesgo de recaída.

Por otra parte, de acuerdo a los antecedentes nacionales, se expondrá primero sobre el apoyo social y, de manera continua, la impulsividad.

Dentro del apoyo social se ha encontrado a Dueñas (2024) que investigó cómo el apoyo social que las personas sienten recibir se conecta con la probabilidad de que pacientes adictos en comunidades terapéuticas en Lima Este vuelvan a consumir drogas. El enfoque fue cuantitativo, con carácter descriptivo y buscó relaciones entre variables. Con 206 participantes, se halló una conexión leve y opuesta ($r = -.204$; $p < .05$) entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída. Específicamente, las dimensiones de apoyo emocional y el afectivo tuvieron un vínculo importante con el riesgo de recaída, pero el apoyo instrumental no mostró esta relación.

Adicionalmente, el estudio de Burga (2020) determinó si internos de un centro de rehabilitación de Chiclayo, muestran una relación entre el apoyo social percibido y resiliencia. Se investigó con 100 internos de un centro de rehabilitación (de 18 a 50 años, mayoría hombres); y, se utilizó el MOS de Apoyo y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Se encontró que existe una relación significativa entre las variables: a mayor apoyo social percibido, mayor resiliencia en los internos. El análisis de datos con SPSS 27 confirmó que quienes cuentan con redes de apoyo sólidas desarrollan una mayor capacidad de adaptación y recuperación ante la adversidad. Lo que sugiere que fortalecer el apoyo social en centros de rehabilitación podría ser clave para mejorar la resiliencia y, en consecuencia, la recuperación de personas con problemas de drogodependencia.

En la misma línea de estudios nacionales, en cuanto a la impulsividad, Pumarrumi-Sinarahua (2022) investigó en Perú los niveles de resiliencia e impulsividad, así como la relación e influencia de la resiliencia sobre la impulsividad en pacientes drogodependientes durante la desintoxicación aislada en Chosica, Lima. El enfoque empleado fue cuantitativo, con diseño correlacional descriptivo y predictivo, evaluando a 188 pacientes drogodependientes (114 varones y 74 mujeres) mediante la Escala de Resiliencia y la BIS-15S de Impulsividad, y utilizó análisis descriptivos, correlación de Pearson y regresión lineal para explorar las relaciones

entre las variables. Los resultados evidenciaron que la resiliencia se relacionó de manera significativa e inversa con la impulsividad ($r = -0.439$; $p < .01$) y que la resiliencia predijo de forma inversa la impulsividad ($B = -0.146$); además, se observaron diferencias significativas según sexo en ambas variables. Los autores concluyeron que la resiliencia influye negativamente sobre la impulsividad en pacientes drogodependientes en desintoxicación aislada.

Es propicio mencionar que, no se han hallado más estudios nacionales que relacionen la impulsividad directamente con el riesgo de recaída en drogodependientes en comunidades terapéuticas, y, es más, no se hallaron predicciones con esas variables.

Ahora, en cuanto a estudios locales, no hay investigaciones que evalúen las variables abordadas en esta investigación.

En referencia a estudios nacionales respecto a la variable riesgo de recaída, se encontraron los siguientes:

Dueñas (2024) determinó la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Este. De instrumentos usa el MOS y el AWARE 3.0. Atenuando en los resultados de los niveles del riesgo de recaída en 206 pacientes de ambos sexos, se encontró que el mayor porcentaje con un 22.8% en el nivel promedio del riesgo de recaída; siguiendo con 20.9% en nivel muy bajo.

Otro estudio por Silva (2023), donde halló la relación existente entre la resiliencia y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de la provincia de Huaura, que tuvo por muestra a 95 varones, se utilizó el Resilience Scale y el Cuestionario de riesgo de Recaída AWARE 3.0. Respecto a la variable de riesgo de recaída, se halló niveles promedio, con un 57.9% de la muestra, seguido de 23.2% en nivel bajo. Concluyendo que la mayor parte de evaluados se ubicó en un nivel promedio en el riesgo de recaída, haciendo que se encuentran vulnerables a la recaída.

Casaico (2023) en Lima–Perú, realizó un estudio con el objetivo de analizar el riesgo de recaída en personas con trastorno por consumo de sustancias atendidas en un contexto terapéutico, empleando un enfoque cuantitativo, con alcance

descriptivo–correlacional, diseño no experimental y transversal. La muestra fue de 120 usuarios (entre hombre y mujeres) en proceso de rehabilitación, a quienes se les aplicó instrumentos estandarizados para medir sus variables de estudio y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 para evaluar el riesgo de recaída. Los resultados evidenciaron que los participantes presentaron un 42,0% de nivel bajo de riesgo de recaída, el 37,0% estuvo en un nivel medio, mientras que el 21,0% alcanzó un nivel alto, indicando que, si bien una proporción importante mantiene condiciones favorables para la abstinencia, existe un grupo clínicamente relevante con elevada vulnerabilidad a recaer.

Arana (2022) en Trujillo, investigó los niveles de riesgo de recaída y variables psicológicas asociadas en personas con dependencia a sustancias en contexto de tratamiento. Su enfoque fue cuantitativo, de alcance descriptivo–correlacional, con diseño no experimental y transversal, aplicándose a una muestra clínica de 45 usuarios en proceso de rehabilitación de una comunidad terapéutica. Se empleó el Cuestionario de Riesgo de Recaída diseñado por Miller y Harris en el 2000 (AWARE 3.0) para evaluar el riesgo de recaída. El análisis arrojó que el 51,1% de los participantes presentó un nivel promedio de riesgo de recaída, el 31,1% un nivel bajo, el 15,6% un nivel muy bajo y solo el 2,2% un nivel alto, evidenciándose una mayor concentración de participantes en niveles intermedios de riesgo. El estudio de Arana sugiere que el riesgo de recaída se distribuye mayoritariamente en niveles bajos a moderados en poblaciones en tratamiento

III. MATERIALES Y MÉTODOS

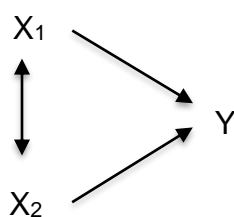
3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo básico, predictivo y correlacional, porque buscó identificar relaciones entre variables para predecir resultados futuros (Hernández et al., 2014). Además, al ser de enfoque cuantitativo, la investigación tuvo variables medibles y análisis estadísticos que permiten establecer patrones y tendencias (Creswell, 2014).

Además de ello, el diseño fue no experimental de corte transversal, porque los datos se recopilaron en un único momento, permitiendo analizar las variables en un punto específico en el tiempo; con un subtipo explicativo/predictivo, que busca analizar relaciones entre variables sin manipularlas, en un momento específico, y con el propósito de predecir comportamientos o resultados (Hernández et al., 2014).

Figura 1

Diagrama de predicción



X₁ = apoyo social

X₂ = impulsividad

Y = riesgo de recaída

3.2. Hipótesis de investigación

H_i: El apoyo social y la impulsividad predicen significativamente el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.

H₀: El apoyo social y la impulsividad no predicen significativamente el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.

3.3. Definición de variables

3.3.1. Variables independientes:

Variable 1: Apoyo social

Definición conceptual: se refiere a los recursos emocionales, instrumentales, informativos y de compañía que un individuo recibe o percibe de su red social, ya sea la familia, amigos o comunidad. Estos recursos pueden actuar como factores protectores que mejoran la salud mental y física (S. Cohen, 2004), reducen el estrés y promueven la resiliencia (House et al., 1988).

Definición operacional: Variable politómica, se midió mediante el Cuestionario de Apoyo Social MOS, desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), compuesto por 20 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, apoyo afectivo e interacción social positiva. Los ítems son de tipo cerrado con escala Likert, y la puntuación total refleja el nivel de apoyo social general y por dimensiones que el individuo percibe de su entorno. El ítem 1 va referido a la red de apoyo.

Variable 2: Impulsividad

Definición conceptual: Rasgo de personalidad caracterizado por la tendencia a actuar de manera rápida, no planificada y con minúscula consideración de las consecuencias a largo plazo. Además que está asociada con dificultades en el control inhibitorio y la regulación emocional (Moeller et al., 2001).

Definición operacional: Variable politómica, medida a través de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), adaptada para adultos en la provincia de

Huancayo (Effio, 2024). Consta de 30 ítems organizados en tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada. La puntuación total obtenida indica el nivel de impulsividad del individuo. Tiene una escala de Likert de “0” a “4”, siendo “0 = Nunca” y “4 = Casi siempre”.

3.3.2. Variable dependiente

Variable 3: Riesgo de recaída

Definición conceptual: Se refiere a la situación en la que una persona, al enfrentarse a circunstancias de riesgo, no logra implementar las estrategias de afrontamiento necesarias para mantener su abstinencia, lo que resulta en una recaída en el consumo (Marlatt & Gordon, 1985).

Definición operacional: Variable politómica, 28 ítems (23 directos y 5 inversos), del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0., diseñado por Miller y Harris (2000) y adaptado en población peruana por Ore (2019). Este instrumento está compuesto por que evalúan la probabilidad de recaída en conductas adictivas. La puntuación total refleja el nivel de riesgo de recaída del individuo. Con escala de Likert de 1 a 7; siendo “1 = Nunca” y “7 = Siempre”.

3.3.3. Variables de control

Adicionalmente a las variables independientes y la variable dependiente, se incluyeron cinco covariables en el modelo de regresión lineal, con el propósito de controlar estadísticamente factores que la literatura identifica como influyentes sobre los predictores y el criterio, permitiendo estimar con mayor precisión la contribución independiente del apoyo social y la impulsividad sobre el riesgo de recaída. Dichas variables son:

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación, expresado en años cumplidos. Registrada como variable continua mediante la ficha sociodemográfica de elaboración propia.

Droga de consumo más frecuente (o droga problema): variable ordinal que indica la sustancia de abuso primaria del participante. Registrada mediante la ficha sociodemográfica de elaboración propia con varias opciones de drogas (ver anexo

15). Para el análisis estadístico las categorías fueron reagrupadas en tres grupos: nivel 1, marihuana, tabaco y codeína. Nivel 2, cocaína, alcohol, inhalantes y anfetaminas, y el nivel 3, PBC y policonsumo.

Tiempo de internamiento: variable continua que indica la duración del tratamiento residencial actual en la comunidad terapéutica al momento de la evaluación, registrada mediante la ficha sociodemográfica de elaboración propia, expresada en unidad de meses.

Tiempo de abstinencia: variable ordinal que indica el período sin consumo desde el ingreso al tratamiento hasta el momento de la evaluación, registrada mediante la ficha sociodemográfica de elaboración propia en cinco categorías: hasta 2 meses, de 2 a 4 meses, de 4 a 6 meses, de 6 a 12 meses y más de 1 año.

Número de internamientos previos: variable continua que indica la cantidad de episodios de tratamiento residencial anteriores al actual, reportada por el propio participante mediante la ficha sociodemográfica de elaboración propia. Con un nivel de medición de escala.

3.4. Población, muestra y muestreo

3.4.1. Población

Estuvo conformada por 116 residentes de las comunidades terapéuticas de Tumbes, que presentaron problemas con el consumo de sustancias y se encontraban recibiendo tratamiento residencial. Dicha población fue mayor de 18 años, y contó con la disposición de participar voluntariamente en el estudio.

3.4.2. Muestra

Conformada por 89 participantes varones mayores de 18 años, quienes se encontraban recibiendo tratamiento residencial por uso y abuso de sustancias en las comunidades terapéuticas de San Isidro y Zarumilla. La restricción a varones obedece a las características del marco muestral: durante el período de recolección de datos, ambas comunidades alojaban exclusivamente residentes del sexo masculino, por lo que la muestra refleja la totalidad de la población accesible y

relevante para el estudio, representando aproximadamente el 77% de los residentes activos en ese período.

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo censal, incluyendo a la totalidad de residentes varones que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos durante el período de recolección de datos. Para verificar la suficiencia del tamaño muestral en relación con el modelo de regresión lineal planteado, se aplicó la regla de Green (1991), que recomienda $N \geq 50 + 8k$, donde k representa el número de predictores. Dado que el presente estudio incluyó 2 predictores (impulsividad y apoyo social), la recomendación mínima es: $N \geq 50 + 8(2) = 66$ participantes. El estudio tuvo una muestra de 89, que supera dicho umbral mínimo recomendado.

Adicionalmente, se realizó un análisis de potencia estadística post-hoc mediante el paquete pwr de R (Champely, 2020) para verificar la suficiencia del tamaño muestral en relación con los efectos observados, cuyos resultados se presentan en el Anexo 21. La potencia alcanzada superó el umbral convencional de $1 - \beta \geq .80$ recomendado por Cohen (1988) para todos los efectos sustantivos del estudio, confirmando que $n = 89$ fue estadísticamente suficiente para los análisis realizados.

Tabla 1

Institución, población y muestra de residentes de las comunidades terapéuticas

Comunidad terapéutica	Población	Muestra
Casa hogar Cristo tu oportunidad	52	41
Casa de reposo cristiana El rey Jesús	64	48
Total	116	89

3.4.3. Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo censal, dado que se incluyó a la totalidad de los residentes disponibles en las comunidades terapéuticas de San Isidro y Zarumilla durante el período de recolección de datos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y que consintieron participar en el estudio. Este tipo de muestreo es adecuado cuando la población accesible es reducida y se busca maximizar la representatividad de la muestra (Hernández et al., 2014).

3.5. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- a) Edad mayor o igual a 18 años
- b) Estar recibiendo tratamiento residencial por uso y abuso de sustancias en las comunidades terapéuticas de San Isidro o Zarumilla durante el período de recolección de datos
- c) Capacidad de lectoescritura suficiente para responder los instrumentos

Criterios de exclusión:

- a) Presentar diagnóstico de trastorno psicótico activo o trastorno orgánico cerebral diagnosticado
- b) Estar bajo los efectos de alguna sustancia o en abstinencia que impidiera la comprensión de los instrumentos
- c) Negativa a participar en el estudio

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se ha empleado la técnica de la encuesta, misma que permitió recopilar información de los participantes mediante cuestionarios estandarizados aplicados en un solo momento. Esta es una técnica de recolección de datos que favorece obtener información sobre las variables de interés en una población o muestra, a través de la aplicación de cuestionarios o entrevistas estructuradas (Hernández et al., 2014).

Para la recolección de datos, primero se recogió datos sociodemográficos básicos: la edad, la droga de consumo más frecuente, el tiempo del último internamiento, el número de internamientos y el tiempo de abstinencia. Estos datos fueron las covariables que luego se adicionaron en los análisis de regresión múltiple para analizar si suman valor predictivo a las variables independientes.

Se usó el Cuestionario de Apoyo Social MOS, creado por Cathy D. Sherbourne junto con Anita L. Stewart (1991). Los autores encontraron, a nivel de la escala general, un coeficiente alfa de Cronbach de 0.97, considerado muy adecuado. Por otro lado, en cuanto a la validez, detectaron correlaciones entre las dimensiones de .72 a .88, considerados niveles altos de correlación. Los diversos estudios citados determinaron, a través del análisis factorial exploratorio (AFE), niveles entre 59% y 69% de varianza explicada (Baca, 2016).

Dentro de la prueba piloto aplicada en este estudio, el cuestionario MOS tuvo un índice de Aiken de 0,869 y un alfa de Cronbach de 0,943. El cuestionario cuenta con 20 ítems, distribuidos en 4 dimensiones, que son de tipo cerrado de opción múltiple, en escala de Likert. Dura aproximadamente 15 minutos y se puede aplicar en adultos. Sus dimensiones son: Apoyo Emocional / Informativa, que comprende los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19; Apoyo instrumental, cuyos ítems son 2, 5, 12, 15; Apoyo afectivo (ítems 6, 10, 20) e Interacción social positiva; que abarca los ítems 7, 11, 14, 18.

También se empleó la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) que fue creada en 1950 por Ernest S. Barratt. Pero la versión más utilizada actualmente es la BIS-11, publicada en 1995 y elaborada por Barratt, Mark H. Patton y Stanley S. Stanford. Tuvo una adaptación peruana por Caroline Effio (2024) en hombres y mujeres adultos de Huancayo, Perú. Su índice de confiabilidad fue de 0,779, en el rango aceptable. A su vez, en el pilotaje realizado en este trabajo, arrojó un índice de Aiken de 0,998 y un índice de confiabilidad de 0,726.

La prueba consta de 30 ítems, los cuales se organizan en tres dimensiones principales: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada. Los ítems para la dimensión de impulsividad cognitiva son: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27); impulsividad motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29 y la

impulsividad no planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30. La aplicación es de aproximadamente 10 a 30 minutos.

Durante la prueba piloto ($n = 20$), los ítems 3, 13 y 20 presentaron correlaciones ítem-total corregidas negativas ($-.029$, $-.223$ y $-.044$, respectivamente). No obstante, se decidió conservar la totalidad de los 30 ítems por los siguientes fundamentos metodológicos:

Primero, el tamaño muestral del piloto ($n = 20$) es insuficiente para estimaciones estables de correlaciones ítem-total. Se requieren muestras considerablemente mayores ($n > 300$) para que las correlaciones ítem-total sean representativas del comportamiento real del ítem en la población (Kyriazos & Stalikas, 2018).

En segundo lugar, la conservación de los 30 ítems originales preserva la integridad estructural del instrumento. El BIS-11 fue desarrollado y validado como una escala de 30 ítems con estructura factorial trifactorial (impulsividad cognitiva, motora y no planificada) (J. H. Patton et al., 1995), siendo esta replicada en la adaptación peruana utilizada en este estudio (Effio, 2024). La eliminación de ítems alteraría esta estructura factorial y complicaría la comparabilidad de los resultados con otros estudios que emplean la misma versión (Chahín-Pinzón, 2015).

En tercer lugar, la eliminación de los ítems 3, 13 y 20 no generó un incremento sustancial de la consistencia interna (el α pasaría de 0.726 a 0.739, 0.748 y 0.737 respectivamente, variaciones de entre .011 y .022 puntos. Un alfa entre .70 y .80 es aceptable (DeVellis, 2017), por lo que la escala completa mantiene consistencia interna aceptable ($\alpha = .726$) y los análisis se basan en dicho puntaje total global, lo que reduce el peso relativo de la variabilidad observada en reactivos específicos.

Por otro lado, la versión original del BIS-11 incluye un índice de inconsistencia basado en pares de ítems semánticamente similares, a fin de detectar patrones de respuestas aleatorias o contradictorias. No obstante, la adaptación peruana utilizada en este estudio no incorpora dicho índice. Así, siguiendo las indicaciones de Effio (2024), el estudio no empleó el índice de inconsistencia y se trabajó exclusivamente con los puntajes directos de los 30 ítems, manteniendo la coherencia metodológica con la adaptación aplicada en investigaciones locales.

Finalmente, para evaluar el riesgo de recaída se utilizó el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0, originalmente desarrollado por Terence Gorski y Michael Miller (1982) como una medida orientada a identificar señales tempranas y signos de advertencia asociados al proceso de recaída. Posteriormente, en 1986, los autores estructuraron una primera versión del instrumento compuesta por 37 ítems. Más adelante, Miller y Harris (2000) refinaron la escala mediante la reducción y depuración de reactivos, estableciendo su versión definitiva de 28 ítems, centrada en la evaluación de indicadores psicológicos y conductuales relacionados con la probabilidad de recaída en consumidores de alcohol.

La versión empleada en el presente estudio corresponde a la adaptación peruana realizada por (Ore, 2019), la cual conserva la estructura general del instrumento y sus 28 ítems, pero amplía su aplicación al riesgo de recaída en consumidores de múltiples sustancias, y no únicamente al consumo de alcohol. Para ello, algunos reactivos y criterios interpretativos fueron contextualizados al consumo de drogas en general, sustituyendo referencias específicas al alcohol por expresiones más amplias relacionadas con el consumo de sustancias.

Asimismo, la versión de Miller y Harris (2000) contempla dos formas de interpretación (ver anexos): una cuantitativa, basada en el puntaje total obtenido, y otra cualitativa, orientada a estimar la probabilidad de recaída según el estatus de consumo reciente. En la presente investigación se consideraron ambas modalidades interpretativas para la evaluación del riesgo de recaída en población drogodependiente.

De los 28 ítems, 23 son directos y 5 son inversos, distribuidos en una escala global de riesgo de recaída, sin dimensiones. En el pilotaje, se obtuvo una V de Aiken de 0,997 y un Alfa de Cronbach de 0,837. La prueba se aplica en adultos, y su administración es colectiva e individual, con una duración aproximada de 10 a 30 minutos.

Las fichas técnicas de los instrumentos pueden visualizarse en anexos.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Este proceso se llevó a cabo en diferentes etapas, manteniendo los lineamientos éticos y metodológicos que proponen la investigación científica. En primer lugar, se

solicitó la autorización a las comunidades terapéuticas correspondientes para desarrollar la investigación, dando a conocer los objetivos y alcances del estudio. De igual manera, se informó a los participantes sobre la naturaleza del estudio, asegurando su confidencialidad, anonimato, confidencialidad y el uso exclusivo de los datos con fines académicos. Se les dio a conocer la libertad en cuanto a la voluntariedad de su participación. Aquellos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado.

Finalmente, se administraron los cuestionarios estandarizados. La aplicación se realizó de forma individual y presencial en un espacio físico adecuado, libre de distractores, con la supervisión de los investigadores y predisposición para atender preguntas relacionadas a la ejecución de los instrumentos. El tiempo promedio de aplicación fue de 30 a 50 minutos por participante.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Posterior a la recolección de datos, se procedió con el procesamiento y análisis estadístico. En primer lugar, los datos fueron revisados, codificados y registrados en una matriz elaborada en Microsoft Excel, verificando la consistencia y ausencia de errores u omisiones. Posteriormente, la matriz fue exportada al programa estadístico SPSS versión 27 y RStudio 4.6.0, donde se realizaron los análisis correspondientes.

En la primera fase, precedente a los análisis de regresión, se verificaron los supuestos del modelo de regresión lineal (linealidad, independencia, normalidad, homocedasticidad y multicolinealidad) para validar el uso de mínimos cuadrados ordinarios (OLS). La linealidad fue verificada mediante gráficos de dispersión y el test RESET de Ramsey (RESET=2.236, $p=.113$). La independencia de residuos fue confirmada mediante el estadístico Durbin-Watson (DW=1.907, $p=.652$). La normalidad de los residuos del modelo fue verificada mediante las pruebas de Shapiro-Wilk ($W=.990$, $p=.761$) y Kolmogorov-Smirnov ($D=.071$, $p=.200$), además del histograma de residuos. Respecto a la homocedasticidad, el test de Breusch-Pagan detectó heterocedasticidad moderada en el modelo base (BP=7.946, $df=2$, $p=.019$), por lo que se aplicaron errores estándar robustos HC3, confirmándose que las conclusiones del modelo se mantienen sin cambios. La ausencia de

multicolinealidad fue verificada mediante el Factor de Inflación de la Varianza (VIF=1.189) analizado en R, encontrándose dentro del rango aceptable. Los gráficos y tablas de verificación de supuestos se presentan en el anexo 18.

Otro punto relevante que se realizó en esta fase, es la forma en que se procesó la información obtenida de los covariables. La edad, el número de internamiento y el tiempo de internamiento (en meses) para el análisis se mantuvieron numéricas. En el caso de la covariable de tiempo de abstinencia, se trabajó en su categoría propuesta en la ficha sociodemográfica (ver anexo 15).

Para la covariable, droga de consumo más frecuente, fue recodificada como una variable ordinal de severidad de daño individual en tres niveles. La clasificación se basó en los puntajes de daño al usuario individual reportados por (Nutt et al., 2010), quienes mediante un análisis de decisión multicriterio (MCDA) evaluaron el daño de 20 sustancias psicoactivas en una escala de 0 a 100 puntos, considerando criterios como mortalidad específica, dependencia, daño físico y deterioro del funcionamiento mental. Dado que el presente estudio evalúa el riesgo de recaída como variable de impacto individual, se priorizó la dimensión de daño al usuario sobre el daño social. Bajo este criterio se establecieron tres niveles de severidad: el nivel 1 (menor daño individual) agrupa marihuana, tabaco y codeína (porque fue la única registrada en la ficha sociodemográfica como “otras”); el nivel 2 (daño individual moderado) agrupa cocaína, alcohol, inhalantes y anfetaminas, sustancias con puntajes intermedios; y el nivel 3 (mayor daño individual) agrupa la pasta básica de cocaína (PBC) y el policonsumo, por presentar los puntajes más elevados de dependencia y daño individual. La PBC específicamente fue ubicada en el nivel más alto debido a que genera dependencia física y psicológica severa en pocas semanas de uso, siendo considerada una de las sustancias de mayor potencial adictivo en el contexto latinoamericano (UNODC & DEVIDA, 2013).

Verificados los supuestos, se evaluó la capacidad predictiva de las variables apoyo social, impulsividad y covariables sobre el riesgo de recaída, mediante regresión lineal múltiple. El primer análisis incluyó a ambos predictores independientes. En el segundo análisis se añadieron las covariables, en el que se corrió un modelo ampliado con diseño de bloques: bloque 1, apoyo social e impulsividad; bloque 2, covariables clínicas (edad, droga de consumo más frecuente, tiempo de

abstinencia, tiempo de internamiento y número de internamientos previos) con el fin de evaluar el cambio en R^2 (ΔR^2) al incorporar las covariables y controlar posibles efectos de confusión. En todos los modelos se empleó el método de introducción simultánea (Enter), evitando los problemas de sobreajuste asociados a métodos automáticos como Stepwise (Olusegun et al., 2015; Smith, 2018). Y, por último, se realizaron regresiones simples para cada predictor por separado.

En la segunda fase, se examinaron las relaciones bivariadas entre apoyo social, impulsividad y riesgo de recaída. Previamente, se evaluó la normalidad de las variables originales mediante las pruebas de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors (ver anexo 17). Dado que ambas pruebas arrojaron resultados discrepantes para la impulsividad: KS ($D=.081$, $p=.200$) versus Shapiro-Wilk ($W=.956$, $p=.004$), se priorizó el estadístico de Shapiro-Wilk por su mayor potencia estadística con muestras menores a 2000 casos (Field, 2018) o cuando $n = 30$ a 100 (MetricGate, 2026). Bajo este criterio, la impulsividad ($W=.956$, $p=.004$) y el riesgo de recaída ($W=.936$, $p<.001$) no presentaron distribución normal, mientras que el apoyo social mostró una distribución aproximadamente normal ($W=.973$, $p=.057$). Ante la ausencia de normalidad en dos de las tres variables, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para los análisis de asociación bivariada.

En la tercera fase, se analizaron los niveles de apoyo social, impulsividad y riesgo de recaída mediante estadísticos descriptivos. Dado que el apoyo social y la impulsividad no cuentan con baremos normativos aplicables a la población estudiada, se establecieron terciles (bajo, medio y alto) a partir de la distribución de los propios datos. En el caso del riesgo de recaída, se utilizaron los criterios de clasificación del instrumento AWARE 3.0, considerando el estatus de consumo de los participantes registrado mediante la ficha sociodemográfica (ver anexo 15), obteniéndose categorías de muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto riesgo. Los puntajes fueron transformados a porcentajes de riesgo de recaída para facilitar la interpretación descriptiva.

Es preciso remarcar que los coeficientes Rho de Spearman reportados en las tablas de correlación y el coeficiente r de Pearson reportado en los modelos de regresión lineal simple no son estadísticamente equivalentes, por lo que no se espera que

coincidan (De Winter et al., 2016). El Rho de Spearman fue utilizado para estimar la asociación bivariada entre variables a partir de sus rangos, dado que las variables no cumplieron el supuesto de normalidad (Wisniewski & Brannan, 2024). Por su parte, el coeficiente r de la regresión lineal simple corresponde a la correlación múltiple del modelo estimado por mínimos cuadrados ordinarios, calculada sobre los puntajes originales de las variables. Las diferencias numéricas observadas entre ambos coeficientes son esperables debido a que cada uno se basa en transformaciones distintas de los datos y parte de supuestos estadísticos diferentes. En esa línea, ambos análisis responden a objetivos complementarios: el análisis correlacional pretende estimar la magnitud y dirección de la asociación entre variables sin requerir linealidad, mientras que el análisis de regresión tiene como finalidad determinar la capacidad predictiva de cada variable independiente sobre el riesgo de recaída.

Adicionalmente, con el propósito de identificar si la relación entre la impulsividad y el riesgo de recaída varía en función del nivel de apoyo social (o viceversa), se condujo un análisis de regresión jerárquica con término de interacción (impulsividad \times apoyo social). Ambas variables fueron centradas en su media previo al cálculo del término de interacción, con el fin de reducir la multicolinealidad (Aiken & West, 1991). Los resultados de este análisis se presentan en los Anexos 19 y 20.

3.9. Aspectos éticos

De acuerdo a las consideraciones éticas, la investigación se adhirió a los valores y buenas prácticas del Código Nacional de Integridad Científica del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) (2024), con la finalidad de promover la integridad científica y contribuir a la calidad y rigurosidad en el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (SINACYT).

El desarrollo del estudio se rige por los siguientes principios y obligaciones éticas en el marco de la investigación con seres humanos: primero, en relación a Principios Rectores de la Integridad Científica, donde todas las fases de la actividad científica de esta investigación se conducirán sobre la base de los siguientes principios, aplicables a la participación de los residentes de las comunidades

terapéuticas: respeto, honestidad, rigurosidad, imparcialidad y transparencia (CONCYTEC, 2024).

Segundo, en función a las Obligaciones para la Investigación con Seres Humanos, el estudio cumple rigurosamente con los protocolos y la normativa vigente respecto a los sujetos de la investigación científica, específicamente en lo que respecta al Consentimiento Informado (inciso i), entendido como acto voluntario de participar (CONCYTEC, 2024).

De acuerdo a la Gestión de Datos y Confidencialidad, los datos y los resultados de la investigación científica con fueron registrados con honestidad, rigurosidad e imparcialidad. Así también, se presentó todos los datos, métodos y resultados relevantes de manera transparente para justificar la publicación, cumpliendo siempre con los principios de la integridad científica. Se conservaron los registros de la investigación científica por un período no menor a cinco (05) años después de la publicación de los resultados (CONCYTEC, 2024).

De manera general se buscó mantener la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes, alineándose este estudio con el Código Nacional de Integridad Científica de CONCYTEC y con el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú.

Esta metodología buscó sentar las bases para futuras investigaciones más robustas y resaltar la importancia de los estudios predictivos en la intervención psicológica de las comunidades terapéuticas de Tumbes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

El presente apartado expone los resultados del procesamiento de datos y análisis estadísticos realizados en una muestra de 89 participantes pertenecientes a comunidades terapéuticas de Tumbes.

A continuación, se presentan las tablas organizadas según el orden lógico de análisis: predicción, correlación y descripción, correspondientes a las variables apoyo social, impulsividad y riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.

Tabla 2

La impulsividad, el apoyo social y covariables como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas

Resumen del modelo									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,792 ^a	0,627	0,619	15,462	0,627	72,361	2	86	0,000
2	,815 ^b	0,664	0,635	15,130	0,037	1,762	5	81	0,130

Nota. ^a. Predictores: (Constante), Impulsividad y Apoyo social, ^b. Predictores: (Constante), Impulsividad, Apoyo social, Tiempo de Internamiento, Droga problema, Edad, N° de internamientos y Tiempo de abstinencia, ^c. Variable dependiente: Riesgo de recaída.

La tabla 2 evidencia los resultados del bloque 1, donde el modelo es estadísticamente significativo para el apoyo social y la impulsividad, $F(2, 86) = 72.361$, $p < 0.001$, con un coeficiente de determinación ajustado de $R^2 = 0.619$. El modelo explica el 62.7% de la varianza del riesgo de recaída, lo que representa un ajuste excelente. La correlación múltiple ($R = 0.792$) indica una relación fuerte entre los predictores y la variable dependiente. El error estándar de estimación (15.46) sugiere que las predicciones del modelo tienen un margen de error moderado.

Por otro lado, al incorporar las covariables clínicas en el segundo bloque, el R^2 aumentó a .664, sin embargo, el cambio no resultó estadísticamente significativo ($\Delta R^2 = .037$, $p = .130$), indicando que las covariables no aportaron capacidad predictiva adicional significativa más allá de los predictores principales.

Tabla 3

Coefficientes de regresión para el modelo predictivo basado en la impulsividad, el apoyo social y covariables

Coeficientes ^a							
Modelo	CNO ^a		CE ^b	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
1	(Constante)	22,423	9,468		2,368	,020	
	Apoyo social	-,056	,094	-,043	-,597	,552	,841
	Impulsividad	1,130	,105	,774	10,781	,000	,841
2	(Constante)	24,511	12,419		1,974	,052	
	Apoyo social	-,044	,095	-,034	-,460	,647	,778
	Impulsividad	1,200	,107	,823	11,238	,000	,775
	Edad	,009	,196	,003	,046	,964	,910
	Droga problema	,252	2,216	,008	,114	,910	,880
	Tiempo de internamiento	-,439	,243	-,149	-1,810	,074	,612
	Tiempo de abstinencia	-,180	1,360	-,011	-,132	,895	,586
	Nº de internamientos	-1,091	,740	-,100	-1,475	,144	,898

Nota. Variable dependiente: Riesgo de recaída. ^aCoeficientes no estandarizados. ^bCoeficientes estandarizados.

La tabla 3 muestra el modelo de regresión múltiple, revelando que la impulsividad es el único predictor significativo del riesgo de recaída ($\beta = 0.774$, $t = 10.781$, $p < 0.001$), indicando una relación positiva y fuerte: por cada unidad de aumento en impulsividad, el riesgo de recaída incrementa 1.130 puntos. Por el contrario, el apoyo social no resultó ser un predictor significativo cuando se controla o añade el efecto de la impulsividad ($\beta = -0.043$, $t = 0.597$, $p = 0.552$). Lo que indicaría que la impulsividad es el factor predominante en la predicción del riesgo de recaída, explicando la mayor parte de la varianza de la misma.

En el modelo completo, la impulsividad mantuvo su capacidad predictiva ($B = 1.200$, $\beta = .823$, $t = 11.238$, $p < .001$) y el apoyo social continuó sin ser significativo ($B = -.044$, $\beta = -.034$, $t = -.460$, $p = .647$). Entre las covariables, ninguna alcanzó

significancia estadística al nivel $p < .05$, aunque el tiempo de internamiento mostró una tendencia marginal ($B = -.439$, $\beta = -.149$, $t = -1.810$, $p = .074$), sugiriendo que mayor permanencia en tratamiento se asocia con menor riesgo de recaída.

Los estadísticos de colinealidad ($VIF = 1.189$ para ambas variables) indican ausencia de multicolinealidad, confirmando que los predictores son independientes entre sí. Y, para el modelo completo indican ausencia de multicolinealidad entre todos los predictores y covariables (VIF entre 1.098 y 1.707; tolerancia entre .586 y .910), confirmando que cada variable aporta información independiente al modelo

La ecuación de regresión múltiple resultante para el modelo base podría ser:

$$\text{Riesgo de recaída} = 22.423 + 1.130 (\text{Impulsividad}) - 0.056 (\text{Apoyo social})$$

Pero como el Apoyo social no es significativo, el modelo parsimonioso queda:

$$\text{Riesgo de recaída} = 22.423 + 1.130 (\text{Impulsividad})$$

La ecuación de regresión múltiple resultante para el modelo completo (con covariables) podría ser:

$$\text{Riesgo de recaída} = 24.511 + 1.200 (\text{Impulsividad}) - 0.044 (\text{Apoyo social}) + 0.009 (\text{Edad}) + 0.252 (\text{Droga problema}) - 0.439 (\text{Tiempo de internamiento}) - 0.180 (\text{Tiempo de abstinencia}) - 1.091 (\text{N}^\circ \text{ de internamientos})$$

Como solo impulsividad es la única significativa, el modelo parsimonioso con covariables queda:

$$\text{Riesgo de recaída} = 24.511 + 1.200 (\text{Impulsividad})$$

Tabla 4

Apoyo social como predictor del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas

Resumen del modelo								
R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
,351 ^a	0,124	0,113	23,573	0,124	12,259	1	87	0,001

Nota. ^aPredictores: (Constante), Apoyo Social. Variable dependiente: Riesgo de recaída

La tabla 4 presenta el modelo de regresión lineal simple del apoyo social como predictor del riesgo de recaída. El modelo resultó estadísticamente significativo ($F(1, 87) = 12.259$, $p = .001$), con un coeficiente de determinación $R^2 = .124$, indicando que el apoyo social explica el 12.4% de la varianza del riesgo de recaída ($R^2_{aj} = .113$). La correlación entre ambas variables fue moderada ($R = .351$), con un error estándar de estimación de 23.57.

Estos hallazgos indican que el apoyo social constituye un predictor significativo, pero de magnitud limitada del riesgo de recaída, sugiriendo que otros factores no incluidos en este modelo explican la mayor proporción de su variabilidad.

Tabla 5

Coefficientes de regresión para el modelo predictivo basado en apoyo social y otros estadísticos importantes

Modelo	Coeficientes				Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	CNE ^a		CE ^b	t		Tolerancia	VIF
	B	Desv. Error	Beta				
(Constante)	100,940	9,223		10,944	,000		
Apoyo social	-,459	,131	-,351	-3,501	,001	1,000	1,000

Nota. variable dependiente: Riesgo de recaída. ^aCoefficientes no estandarizados.

^bCoefficientes estandarizados

Los resultados de la tabla 5 indican que el apoyo social es un predictor (con tamaño de efecto mediado) negativo significativo del riesgo de recaída ($\beta = -0.351$, $t = -3.501$, $p = 0.001$). Por cada unidad de incremento en el apoyo social, el riesgo de recaída disminuye 0.459 puntos.

En relación con la regresión lineal simple, se obtuvo un valor $t = -3.501$ con un nivel de significancia de $p = .001$, indicando que el apoyo social predice de manera significativa el riesgo de recaída. El coeficiente B negativo (-.459) evidencia que niveles elevados de apoyo social disminuyen el riesgo. Asimismo, las estadísticas de colinealidad (Tolerancia = 1.000; VIF = 1.000) descartan problemas de multicolinealidad en el modelo.

La ecuación de regresión lineal simple resultante es:

Riesgo de recaída = 100.940 - 0.459 (Apoyo social).

Tabla 6

La impulsividad como predictor del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas

Resumen del modelo								
R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
,791 ^a	0,626	0,621	15,404	0,626	145,442	1	87	0,000

Nota. ^aPredictores: (Constante), Impulsividad. Variable dependiente: Riesgo de recaída

En cuanto a la impulsividad y el riesgo de recaída (tabla 6). Los resultados evidencian que el modelo es estadísticamente significativo, lo cual indica que la impulsividad predice de manera significativa el nivel de recaída en consumidores.

En la tabla se observa un valor de $R = .791$, lo cual indica una correlación fuerte entre ambas variables. Asimismo, el coeficiente de determinación ($R^2 = .626$) indica que la impulsividad explica el 62.6% de la varianza total del riesgo de recaída. Este es un porcentaje considerablemente alto, lo que sugiere que esta variable psicológica es un factor determinante en la probabilidad de reincidir en el consumo.

El R^2 ajustado = .621 modifica el valor original tomando en cuenta el tamaño muestral y el número de predictores, conservando una proporción similar, lo que indica estabilidad del modelo. El Error estándar de la estimación (15.40) representa la magnitud promedio del error al predecir los valores de la variable dependiente.

Respecto a la significancia del cambio en el modelo, la prueba $F(1.87) = 145.442$, $p=.000$ evidencia que la incorporación de la impulsividad contribuye de manera significativa a la predicción, lo que descarta que los resultados obtenidos se deban al azar.

Tabla 7

Coefficientes de regresión para el modelo predictivo basado en la impulsividad y otros estadísticos importantes

Coeficientes							
Modelo	CNE ^a		CE ^b	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	17,502	4,638		3,774	,000		
Impulsividad	1,154	,096	,791	12,060	,000	1,000	1,000

Nota. variable dependiente: Riesgo de recaída. ^aCoefficientes no estandarizados.

^bCoefficientes estandarizados

La tabla 07 muestra el coeficiente B no estandarizado que corresponde a la variable impulsividad es de 1.154, lo cual indica que, al incremento de un punto en impulsividad, el riesgo de recaída incrementa 1.154 puntos en promedio, manteniendo constantes las demás variables del modelo. Dicho coeficiente pone de manifiesto una relación positiva y directamente proporcional. La ecuación de regresión resultante es:

$$\text{Riesgo de recaída} = 17.502 + 1.154 (\text{Impulsividad}).$$

El coeficiente Beta estandarizado = .791 sugiere una contribución muy fuerte en términos relativos, indicando que la impulsividad constituye un predictor sólido dentro del modelo.

El estadístico $t = 12.060$ y el nivel de significancia $p = .000$ confirman que el coeficiente asociado a la impulsividad es altamente significativo ($p < .05$), indicando que el efecto observado no se explica por azar.

En cuanto a la constante (intercepto), su valor es 17.502, lo cual representa el nivel esperado de riesgo de recaída cuando la impulsividad es igual a cero. Este valor permite construir el modelo predictivo.

Las estadísticas de colinealidad (Tolerancia = 1.000 y VIF = 1.000) descartan problemas de multicolinealidad, lo cual es esperable en un modelo con un solo predictor. Esto implica que el coeficiente es estable y confiable.

Tabla 8

Correlación entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)

		Apoyo social	Riesgo de recaída
Rho de Spearman	Apoyo social	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	89
Riesgo de recaída	Riesgo de recaída	Coeficiente de correlación	-,388 ^a
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	89

Nota. ^aLa correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como otro apartado, la tabla 8 muestra los hallazgos obtenidos mediante la prueba de correlación de Spearman. Se evidenció que existe una correlación negativa media y significativa entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes (Rho = -0.388, $p < 0.01$, N = 89).

Tabla 9

Correlación entre la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)

		Impulsividad	Riesgo de recaída
Rho de Spearman	Impulsividad	1,000	,760 ^a
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	89
Riesgo de recaída		,760 ^a	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	89

Nota. ^aLa correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Lo obtenido mediante la prueba de correlación de Spearman (tabla 9) indica la existencia de una correlación positiva muy fuerte y significativa entre la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes (Rho = 0.760, $p < 0.01$, N = 89).

Para la última fase, el fin fue determinar la capacidad predictiva de cada variable independiente sobre el riesgo de recaída. Se realizaron modelos de regresión simple de forma individual. Posteriormente, se ejecutó un modelo de regresión múltiple incluyendo simultáneamente las variables apoyo social e impulsividad, con el objetivo de evaluar su contribución conjunta y la variación explicada del constructo dependiente. Y como parte última, se añadieron las covariables.

Tabla 10

Niveles de apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)

		Frecuencia	Porcentaje
Niveles de Apoyo social	Bajo	29	32,6
	Medio	30	33,7
	Alto	30	33,7
	Total	89	100,0

En cuanto a los niveles de apoyo social de la tabla 10, se observa que del total de participantes (N = 89), el 32,6% (29 participantes) presenta un nivel bajo, el 33,7% (30 participantes) un nivel medio y el 33,7% (30 participantes) un nivel alto de apoyo social.

Tabla 11

Niveles de impulsividad en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)

		Frecuencia	Porcentaje %
Niveles de Impulsividad	Bajo	30	33,7
	Medio	31	34,8
	Alto	28	31,5
	Total	89	100,0

De acuerdo a la tabla 11, en los niveles de impulsividad, se observa que del total de participantes (N = 89), el 33,7% (30) presenta un nivel bajo, el 34,8% (31) un nivel medio y el 31,5% (28) un nivel alto de impulsividad.

Tabla 12

*Niveles de riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas
(n = 89)*

		Frecuencia	Porcentaje%
Niveles de Riesgo de recaída	Muy bajo	36	40,4
	Bajo	34	38,2
	Regular	9	10,1
	Alto	10	11,2
	Muy alto	0	,0
	Total	89	100,0

Respecto al riesgo de recaída en los participantes (tabla 12), se evidencia que el 40.4% presenta un nivel muy bajo, mientras que el 38.2% se encuentra en un nivel bajo. Asimismo, el 10.1% alcanza un nivel regular y el 11.2% se ubica en un nivel alto de riesgo de recaída. Ninguno presentó riesgo muy alto de recaída.

4.2. Discusión

Acorde con los resultados obtenidos en el presente estudio, se realizó una discusión detallada que acoge el contraste de los resultados propios con resultados obtenidos en otras investigaciones que aportan a las hipótesis y objetivos de estudio. La presentación de la discusión sigue el orden secuencial de los objetivos: objetivo general, seguido de los objetivos específicos del 1 al 8, vinculando cada uno con las tablas de resultados correspondientes.

El objetivo general buscó determinar si el apoyo social y la impulsividad son factores predictivos del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025. Los resultados del modelo de regresión múltiple (tablas 2 y 3) evidenciaron que el modelo explicó el 62.7% de la varianza del riesgo de recaída ($R^2 = .627$), aunque solo la impulsividad resultó ser un predictor estadísticamente significativo ($\beta = .774$; $p < .001$), mientras que el apoyo social no alcanzó significancia al controlar el efecto de la impulsividad ($\beta = -.043$; $p = .552$). La ausencia de multicolinealidad entre los predictores ($VIF = 1.189$; tolerancia = $.841$) descarta que este resultado se deba a solapamiento estadístico, confirmando que ambas variables aportan información independiente al modelo.

Este resultado es concordante con el modelo de prevención de recaídas planteado por Marlatt y Gordon, quienes proponen que recaída no debe comprenderse como un evento aislado, sino que debe ser atendido como la consecuencia de que factores disposicionales, cognitivos y situacionales interactúen entre sí (Carramiñana, 2016). Desde esta perspectiva, la impulsividad (entendida como un rasgo relativamente estable de la personalidad relacionado con la dificultad para inhibir respuestas inmediatas y retrasar gratificaciones (Moeller et al., 2001)), aumenta la susceptibilidad de un individuo ante situaciones de riesgo, aminorando su capacidad de hacer uso de estrategias de afrontamiento efectivas. Es consecuencia, aun cuando se cuenta con fuentes de apoyo social, niveles altos de impulsividad pueden obstaculizar el buen aprovechamiento de los recursos disponibles, favoreciendo la recaída.

Los resultados abren paso a la comprensión del por qué el apoyo social, a pesar de que evidenció relaciones significativas e inversas con el riesgo de recaída en los análisis correlacionales y de regresión simple, pierde fuerza predictiva en el modelo

conjunto. Una posible explicación podría deberse a que la impulsividad mantiene una mayor proximidad funcional afín al comportamiento de consumo y en relación de la toma de decisiones inmediatas, mientras que el apoyo social actuaría como un factor contextual de influencia más indirecta. En consecuencia, cuando ambas variables son analizadas de manera simultánea, la impulsividad se posiciona como el predictor predominante del riesgo de recaída, tal como se evidencia en el presente estudio. Teóricamente, el apoyo social se puede definir como un factor contextual o distal que favorece la adherencia al tratamiento y la regulación emocional (Lasmarías-Ugarte et al., 2023; Lozano-Hernández et al., 2020); sin embargo, su impacto puede verse comprometido cuando el usuario presenta altos niveles de impulsividad, una característica que actuaría de manera más directa e inmediata sobre la toma de decisiones asociadas al consumo.

Con el fin de explorar si dicha pérdida de significancia podría explicarse por un efecto de moderación (es decir, explorar el por qué el apoyo social deja de ser un predictor significativo al incluirse junto con la impulsividad en el modelo combinado), se condujo un análisis de regresión jerárquica incluyendo el término de interacción impulsividad \times apoyo social, con variables centradas en su media para reducir la multicolinealidad (Aiken & West, 1991) (ver Anexos 19 y 20). Los resultados mostraron que el término de interacción no fue estadísticamente significativo ($B = -.002$, $\beta = -.027$, $t = -.406$, $p = .686$), y que su inclusión prácticamente no mejoró la capacidad explicativa del modelo ($\Delta R^2 = .001$, $p = .686$), descartando un efecto de moderación entre ambas variables. La pérdida de significancia del apoyo social en el modelo combinado se explica, por tanto, por el fenómeno de varianza compartida entre predictores: cuando dos variables correlacionadas se incluyen simultáneamente en un modelo de regresión, el predictor con mayor poder explicativo absorbe la varianza que ambos comparten con la variable dependiente, reduciendo la contribución independiente del predictor más débil (J. Cohen et al., 2003; Field, 2018). Dado que la impulsividad explica por sí sola el 62.6% de la varianza del riesgo de recaída en esta muestra, al incluirse junto con el apoyo social capta la mayor parte de la varianza explicable, dejando a este último sin contribución estadísticamente significativa propia.

El análisis de potencia post-hoc (Anexo 21) confirmó que $n = 89$ fue estadísticamente suficiente para detectar los efectos sustantivos del estudio,

descartando que los resultados se vean comprometidos por insuficiencia muestral. No obstante, la potencia para detectar la contribución única del apoyo social en el modelo conjunto fue muy baja ($1 - \beta = .077$), lo cual no constituye una limitación del tamaño muestral sino una consecuencia directa de la magnitud prácticamente nula de dicha contribución ($\Delta R^2 = .001$): cuando el efecto real de un predictor es sustantivamente inexistente, ningún tamaño muestral convencional resultaría suficiente para detectarlo. En consecuencia, la no significancia del apoyo social en el modelo conjunto no se explica por falta de potencia estadística, sino por la absorción de su varianza por parte de la impulsividad al ser incluidas ambas variables de manera simultánea en el modelo.

Los hallazgos indicarían que la sola presencia de apoyo social no sería suficiente para la reducción del riesgo de recaída si no se tiene en cuenta, además, las características disposicionales del individuo. De esta manera, la impulsividad se perfila como un factor que puede limitar la eficacia de los recursos sociales disponibles al usuario, lo cual coincide con investigaciones que señalan que los rasgos de la personalidad influyen en la respuesta al tratamiento y en la capacidad de mantener la abstinencia (Fodstad et al., 2024; Papamalis, 2020).

La literatura encontrada refuerza la necesidad de abordar la impulsividad como un componente clave dentro de los programas de prevención de recaídas y tratamiento, con especial atención en poblaciones con consumo problemático de sustancias psicoactivas, como en las comunidades terapéuticas, cuyas intervenciones no deberían centralizarse tan solo en el fortalecimiento del apoyo social, sino también en priorizar el entrenamiento de habilidades relacionadas a la autorregulación, control de impulsos y la toma de decisiones para la prevención de recaídas. De esta forma, se podría favorecer la intervención integral, ajustada a los factores que, en conjunto, influyen en la recaída, coherente con los planteamientos teóricos desglosados de Marlatt y tomando en cuenta las propias características de cada variable.

El primer objetivo específico buscó identificar la capacidad predictiva conjunta del apoyo social y la impulsividad sobre el riesgo de recaída, controlando variables clínicas relevantes (edad, droga de consumo más frecuente, tiempo de internamiento, tiempo de abstinencia y número de internamientos previos), en

drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes en el año 2025. Los resultados presentados en las tablas 2 y 3 permiten dar respuesta a este objetivo mediante el análisis del segundo bloque del modelo de regresión jerárquica.

Al incorporar las cinco covariables clínicas en el bloque 2, el coeficiente de determinación aumentó de $R^2 = .627$ a $R^2 = .664$ ($\Delta R^2 = .037$, $F(5, 81) = 1.762$, $p = .130$), incremento que no resultó estadísticamente significativo. Este resultado evidencia que variables como la edad, el tipo de droga consumida, el tiempo de internamiento, el tiempo de abstinencia y el número de internamientos no ofrecieron fuerza predictiva significativa relevante más allá de la que ya es explicada por los predictores principales psicológicos. Ello sugiere que la impulsividad y el apoyo social logran explicar de manera suficiente la variabilidad del riesgo de recaída, de manera independiente de las características clínicas y sociodemográficas de los participantes.

En el análisis independiente del modelo completo (tabla 3), la impulsividad conservó su capacidad predictiva de manera estable ($B = 1.200$, $\beta = .823$, $t = 11.238$, $p < .001$), mientras que el apoyo social permaneció sin alcanzar significancia ($B = -.044$, $\beta = -.034$, $t = -.460$, $p = .647$). En cuanto a las covariables, ninguna logró niveles de significancia estadística $p < .05$; aunque el tiempo de internamiento mostró una tendencia marginal ($B = -.439$, $\beta = -.149$, $t = -1.810$, $p = .074$), esto sugiere la permanencia en tratamiento podría estar relacionado con un menor riesgo de recaída, aunque no se hayan alcanzado los criterios convencionales de significancia estadística.

Los resultados guardan concordancia con la literatura sobre predictores de recaída en trastornos por uso de sustancias (TUS). En cuanto al tiempo de internamiento, estudios como los de Naji et al. (2022) y Rabl et al. (2025) reportaron que una mayor duración del tratamiento residencial se vincula con menor riesgo de recaída, antecedente que el presente estudio reproduce de manera tendencial. No obstante, la ausencia de significancia estadística de las covariables en el modelo completo podría explicarse, en parte, por el tamaño de la muestra ($n = 89$), que puede resultar insuficiente para detectar efectos de variables que ejercen una influencia moderada o pequeña cuando se controla simultáneamente por múltiples predictores.

Asimismo, los estadísticos de colinealidad del modelo completo indican ausencia de multicolinealidad entre todos los predictores y covariables (VIF entre 1.098 y 1.707; tolerancia entre .586 y .910), confirmando que cada variable aportó información independiente al modelo y que los coeficientes obtenidos son estables y confiables.

En conjunto, los resultados respecto al primer objetivo específico permiten inferir que las variables clínicas evaluadas no añadieron fuerza predictiva adicional y significativa por encima de la que ya explicaban el apoyo social y la impulsividad ($\Delta R^2 = .037$, $p = .130$). Esto indica que el modelo psicológico base inicial explica de manera conveniente y parsimoniosa la variabilidad del riesgo de recaída sin necesidad de incorporar las covariables en su análisis de manera que las características clínicas y sociodemográficas de los participantes no actúan como factores de confusión relevantes en la relación entre impulsividad, apoyo social y riesgo de recaída en esta muestra. A su vez, la impulsividad conservó su posición como predictor principal en el modelo ampliado ($\beta = .823$, $p < .001$), reafirmando la relevancia central de este rasgo psicológico en la comprensión del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, independientemente de las variables clínicas controladas.

El segundo objetivo específico se orientó a identificar en qué medida el apoyo social predice el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes. Los resultados obtenidos a través del análisis de regresión lineal simple (tablas 4 y 5) muestran que el apoyo social constituye un predictor estadísticamente significativo con un tamaño de efecto mediano sobre el riesgo de recaída (Cohen, 1992). El modelo presentó significancia ($F(1, 87) = 12.259$, $p = 0.001$) y explicó en un 12.4 % de la varianza total del riesgo ($R^2 = 0.124$). Además, de acuerdo al coeficiente no estandarizado (B), por cada incremento de una unidad en apoyo social, el riesgo de recaída disminuye en 0.459 puntos en promedio. Aunque el apoyo social mostró una influencia significativa, su capacidad explicativa fue menor en comparación con otras variables como la impulsividad.

Arabshahi et al. (2023) realizó un análisis de regresión para evaluar si el apoyo social influye en la probabilidad de recaída en 320 personas que llevaron tratamiento por drogodependencia. Los resultados mostraron que el apoyo social

reduce significativamente en un 4.5% (OR= .955, p=.019) la probabilidad de recaídas repetidas (3 veces), aun cuando otros factores, como traumas infantiles, también ejercen efectos en la predicción. Aunque en recaídas menores, el apoyo social no predice significativamente (OR=1.001, p=.931).

Desde otros enfoques teóricos, revisiones recientes sobre capital social y procesos de recuperación en adicciones señalan que el apoyo social puede funcionar como un recurso protector para mantener la abstinencia y reducir conductas de consumo. En ese sentido, el apoyo social se desarrolla como un “capital de recuperación” que otorga recursos emocionales, instrumentales y de información que habilitan la adaptación conductual y reducen la probabilidad de recaída. Sin embargo, su efecto puede verse limitado cuando no trabaja de manera conjunta con otros factores individuales o ambientales (Tooley, 2023).

Desde los modelos conductuales de la recuperación, el apoyo social puede entenderse como un conjunto de contingencias ambientales que incrementan la probabilidad de conductas incompatibles con el consumo, tales como la adherencia al tratamiento, la participación en actividades prosociales y el establecimiento de redes de apoyo funcionales (Islam et al., 2023). Sin embargo, el tamaño del efecto encontrado en este estudio indica que el apoyo social, aunque mantiene influencia significativa, no actúa como un predictor único o principal sobre el riesgo de recaída. Su efecto parece combinarse con otros factores individuales y contextuales que, al juntarse, influyen en la probabilidad de recaída. Dentro de esos factores individuales podemos hallar a la motivación para el cambio, estilos de apego (Chaparro et al., 2022), y otros procesos psicológicos relacionados con la recuperación del consumo problemático (Lookatch et al., 2019). La influencia podría entenderse en el contexto de variables adicionales que modulan el impacto de la recaída (Al-Ziadat, 2024; Arabshahi et al., 2023).

En conjunto, los resultados orientan a concluir que el apoyo social predice significativamente el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes. Este hallazgo evidencia la relevancia de fortalecer las redes de apoyo social dentro del tratamiento residencial y también destaca la importancia de considerar de manera conjunta otros factores, tanto individuales como contextuales, para comprender de mejor manera el proceso de recaída.

El tercer objetivo específico buscó identificar en qué medida la impulsividad predice el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, los resultados presentados en las tablas 6 y 7 mostraron que la impulsividad constituye un predictor estadísticamente significativo y de gran magnitud. El modelo de regresión lineal simple explicó el 62.6 % de la varianza total del riesgo de recaída ($R^2 = .626$), mostrando un tamaño de efecto muy fuerte ($\beta = .791$) (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Debido a que el modelo incluyó un solo predictor, la regresión lineal simple es equivalente a la correlación, por lo que el tamaño del efecto se interpretó mediante el coeficiente estandarizado β , siguiendo los criterios establecidos por Cohen, (1988).

Conforme a los resultados de la tabla 7, la impulsividad ejerce un sólido efecto sobre la probabilidad de reincidir en el consumo. El coeficiente no estandarizado ($B = 1.154$) refiere que, por cada incremento en los niveles de impulsividad, el riesgo de recaída aumenta en promedio 1.154 puntos. La ecuación de regresión obtenida fue: Riesgo de recaída = $17.502 + 1.154$ (Impulsividad). Asimismo, el estadístico $F(1, 87) = 145.442$, $p < .001$ evidencia que incluir la impulsividad al modelo aporta significativamente a la predicción y descarta que los resultados sean producto del azar. Los estadísticos descartan problemas de multicolinealidad (Tolerancia = 1.000; VIF = 1.000) respaldando la confiabilidad y estabilidad del coeficiente.

Estos resultados son coherentes con investigaciones recientes que identifican a la impulsividad como uno de los principales predictores de recaída en personas con TUS. En un estudio longitudinal desarrollado en pacientes con problemas por uso de alcohol reportó que la impulsividad, medida a través de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), predice (OR 1.17, $p < .001$) tanto la recaída temprana como la recaída tardía a lo largo de un año de seguimiento (Pepe et al., 2022). Este hallazgo resulta especialmente relevante, dado que el instrumento utilizado en dicho estudio es el mismo empleado en la presente investigación, lo que refuerza la validez convergente de los resultados obtenidos.

De manera similar, Lozano-Rojas et al. (2023) encontraron que la desinhibición motora impulsada por las emociones predijo una recaída a los 3 y 12 meses en pacientes ambulatorios con TUS, incluso cuando se controlan otras variables clínicas. Los autores señalan que la dificultad para inhibir respuestas y anticipar

consecuencias negativas - características que se señalan para la impulsividad - incrementa la probabilidad de retomar el consumo tras periodos de abstinencia. Asimismo, Martín-Ríos & López-Torrecillas (2022) evidenciaron que la impulsividad constituye un predictor significativo del riesgo de recaída en fumadores en tratamiento para la cesación del consumo de nicotina; en dicho estudio longitudinal, los autores encontraron que niveles elevados de impulsividad no planificada, déficits atencionales y bajo control inhibitorio se asociaron con un mayor número de recaídas durante el seguimiento.

Integrando los resultados analizados, se evidencia que el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes se encuentra principalmente determinado por variables psicológicas de naturaleza individual, destacando la impulsividad como predictor más robusto. Si bien el apoyo social, en el modelo de regresión simple (tabla 4 y 5), explicó la varianza de riesgo de recaída en un 12.4%, su capacidad predictiva disminuyó al ser analizado de manera simultánea con la impulsividad en el modelo múltiple. Esto propone que, aunque el apoyo social cumple un papel protector relevante, su influencia procede a mostrarse como secundaria frente a la variable impulsividad que explica la varianza del riesgo de recaída en mayor proporción.

Desde una perspectiva conductual, estos hallazgos pueden explicarse considerando que la impulsividad implica déficits en procesos de autorregulación, evaluación de consecuencias, control, lo cual incrementa la probabilidad de respuestas orientadas a la gratificación inmediata (Sánchez-Sarmiento et al., 2013). En esa línea, la impulsividad actuaría como un factor que aumenta la vulnerabilidad del individuo ante situaciones de riesgo, cediendo paso a la recaída.

El cuarto objetivo específico buscó establecer la relación entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. Los resultados presentados en la tabla 8 permitieron establecer una relación negativa media (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) y estadísticamente significativa entre el apoyo social y el riesgo de recaída en la población estudiada. El coeficiente de Rho de Spearman ($\rho = -.388$; $p < .01$; $N = 89$) muestra que un mayor nivel de apoyo social se asocia con una disminución del riesgo de recaída, lo que

sugiere que el apoyo social desempeña un papel relevante en el sostenimiento de la abstinencia.

Cabe precisar que los análisis se realizaron considerando un nivel de significancia estadística de $\alpha = .05$, conforme a la convención propuesta por Fisher (1925) y ampliamente utilizada en investigaciones psicológicas; sin embargo, los resultados fueron interpretados conjuntamente con los tamaños del efecto, siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988, 1994). De igual manera para las demás correlaciones presentadas.

La correlación negativa entre el apoyo social y riesgo de recaída es consistente con evidencia empírica previa que indica que niveles altos de apoyo social se relacionan con menores probabilidades de recaída y una menor predisposición a reincidir en el consumo, actuando como un recurso que favorece el afrontamiento ante el consumo y reduce las probabilidades de conductas de riesgo (Dueñas, 2024). Tan et al. (2023) encontraron que el apoyo social de los usuarios consumidores de drogas se correlaciona negativa y medianamente con la tendencia a recaer (-.258.). De manera similar, Ibrahim et al. (2022) reportaron una relación negativa, media y estadísticamente significativa ($r = -.258$, $k < 0.00$) entre el apoyo social y las situaciones de recaída de alto riesgo en consumidores de drogas que llevaban una pena por delito en Malasia. Arabshahi et al. (2023) demostraron que el apoyo social percibido se correlaciona media y negativamente con el riesgo de recaída en personas con adicción ($r = -.350$, $p < .001$). Los estudios presentados resaltan la importancia del acompañamiento familiar, de pares y comunitario durante el proceso de recuperación, sugiriendo que una robusta red de apoyo reduce la probabilidad de reincidencia al consumo.

De manera similar, Yanuarti et al. (2025) evidenciaron que el apoyo social está relacionado media y negativamente con la tendencia a recaída en personas con TUS ($r = -.42$, $p < .01$), actuando, además, como un factor que fortalece recursos personales asociados a la permanencia en la abstinencia. En dicha investigación, los autores encontraron que un mayor apoyo social se asocia con menor riesgo de recaída, cuya relación se ve reforzada por el incremento de la autoeficacia y la resiliencia. Asimismo, Abdelaal et al. (2025) afirman que tanto la aceptación de experiencias aversivas como el apoyo social percibido se asocian de manera

negativa con la probabilidad de recaída en personas con TUS, encontrando que mayores niveles de aceptación psicológica y de apoyo social reducen el riesgo de recaída

De forma complementaria, Rokiyah et al. (2024), a partir de una revisión sistemática, concluyeron que el apoyo social desempeña un rol central en la recuperación de personas con adicción a sustancias y en la prevención de la recaída al favorecer la motivación para el cambio y el mantenimiento de la abstinencia. En la misma línea, Zaidi (2020), en un estudio de revisión, señaló que la disponibilidad de redes de apoyo familiar y comunitario favorece el afrontamiento de situaciones de riesgo y fortalece la motivación para mantener la abstinencia.

Por otro lado, se han encontrado estudios donde la relación negativa ha sido considerable. Por ejemplo, Razali et al. (2020) encontró una $r = -.722$ ($p < .05$) entre el apoyo de los amigos y la propensión a recaer en ex-drogodependientes que culminaron un programa de rehabilitación. Cabe resaltar que el estudio evaluó exclusivamente el apoyo de los amigos, sin considerar otras dimensiones de las que se han hablado en la revisión de literatura, razón por la cual se explicaría la diferencia en magnitud de la correlación observada en esta investigación.

Además, algunos estudios advierten que el efecto social puede no relacionarse de manera directa con la recaída. Al-Ziadat (2024) encontró que, si bien el apoyo social se relaciona con variables favorables del proceso de recuperación, su influencia puede verse mediada o moderada por otros factores individuales, como la autoeficacia o tiempo de consumo. Este estudio sugiere que el apoyo social podría operar no solo como un factor protector directo, sino, además, como un recurso que potencie o amortigüe el efecto de otros factores de riesgo, lo cual resulta coherente con el tamaño de efecto bajo observado en el presente estudio.

Desde una perspectiva teórica y práctica, la relación negativa media entre el apoyo social y el riesgo de recaída puede comprenderse a partir de que el apoyo social no actúa de manera directa ni homogénea sobre la conducta de consumo, sino mediante de diversos procesos psicológicos intermedios. Conforme al modelo propuesto por Sherbourne y Stewart (1991), el apoyo social opera como una variable amortiguadora del impacto del estrés que favorece el afrontamiento; sin embargo, su efectividad depende de la capacidad del individuo para dar uso a

dichos recursos en situaciones de riesgo. Es así que el apoyo social por sí solo no asegura la prevención de la recaída por sí misma por lo que requiere ser incorporado y transformado en conductas de autocontrol y toma de decisiones más adaptativas.

Los resultados obtenidos sugieren que el apoyo social tiene un rol relevante, pero con característica complementaria en la reducción del riesgo de recaída. Aunque presencia se asocia con menores niveles de riesgo, su efecto parece depender de la interacción con variables individuales propias del usuario en tratamiento. De esta manera, el apoyo social no solo debe considerarse como un recurso externo, sino como un componente que enriquece otros procesos psicológicos fundamentales para el mantenimiento de la abstinencia.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio, junto con la evidencia empírica analizada, indican que el apoyo social presenta una relación inversa, de magnitud media, pero estadísticamente significativa con el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, lo que respalda el cumplimiento del objetivo específico planteado y refuerza la importancia de fortalecer las redes de apoyo social como parte de los programas de prevención de recaídas.

El quinto objetivo específico correspondió a establecer la relación entre la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025. Los resultados de la tabla 9, obtenidos a través de una prueba de correlación de Spearman, mostraron la existencia de una correlación positiva muy fuerte (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) y estadísticamente significativa entre la impulsividad y el riesgo de recaída ($Rho = .760$; $p < .01$; $N = 89$), indicando que, a mayores niveles de impulsividad, mayor es el riesgo de recaída, mostrando un efecto robusto y consistente de esta variable sobre la vulnerabilidad del consumo en la población estudiada.

Los resultados obtenidos son congruentes con evidencia empírica previa, la cual identifica a la impulsividad como un factor que predispone a la recaída en personas con trastornos por usos de sustancias (TUS). Loree et al. (2014), en una revisión sistemática, determinaron que la impulsividad (evaluada con el BIS), se relaciona con resultados terapéuticos menos favorables, que incluyen una mayor

probabilidad de recaída y abandono terapéutico. En la misma línea, estudios longitudinales y clínicos han demostrado que niveles elevados de impulsividad se asocian con mayor probabilidad de recaída temprana y tardía (Arrondeau et al., 2023; Lozano-Rojas et al., 2023; Martín-Ríos & López-Torrecillas, 2022; Pepe et al., 2022). Particularmente, estas investigaciones señalan que las dificultades en la inhibición conductual, la escasa planificación y la preferencia por gratificaciones inmediatas incrementan hacen más susceptible al usuario al enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo. De igual forma, Abdelhamid et al. (2024) indicó que determinadas dimensiones de la impulsividad, como la búsqueda de sensaciones y control inhibitorio deficiente mantienen una asociación significativa con la recaída en usuarios con TUS

Asimismo, Sun et al. (2024) reportaron una asociación positiva media y estadísticamente significativa entre la impulsividad y el riesgo de recaída en personas con trastornos por uso de sustancias ($r = .42$; $p < .01$). En conjunto, los hallazgos sugieren que la impulsividad no solo aumenta la probabilidad de exposición a situaciones de alto riesgo, sino que también dificulta la puesta en práctica de estrategias de autocontrol y afrontamiento que han sido aprendidas durante el tratamiento.

Pumarrumi-Sinarahua (2022) evidenció que la impulsividad se incrementa en contextos en donde los recursos de autorregulación personal son limitados, como ocurre en poblaciones drogodependientes en procesos de desintoxicación. En el estudio, la impulsividad se relacionó de manera significativa con variables que reducen el control conductual, lo que favorece respuestas inmediatas orientadas a la gratificación y dificulta el mantenimiento de la abstinencia. En la misma línea, Rodríguez (2018) identificó que la impulsividad constituye un rasgo persistente en pacientes con TUS y que esta se asocia con mayor severidad clínica y dificultades durante el tratamiento, encontrando que niveles elevados de impulsividad se vincularon con conductas de riesgo y mayor complejidad terapéutica.

Desde una perspectiva teórica, la fuerte la relación encontrada entre la impulsividad y la recaída puede deberse a que la impulsividad constituye un rasgo relativamente estable de la personalidad, como lo propusieron Barratt y colaboradores, que se caracteriza por una tendencia a actuar sin una adecuada valoración de las

consecuencias. En poblaciones con TUS, esta característica limita el autocontrol conductual y la capacidad de postergar la gratificación, incrementando la vulnerabilidad al consumo. Conforme al modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), las deficiencias en habilidades de afrontamiento y control inhibitorio incrementan la susceptibilidad ante estímulos internos y externos asociados al consumo. Esto ayuda a explicar por qué la impulsividad muestra un efecto predominante sobre el riesgo de recaída por encima de otras variables de carácter contextual. En este marco, la impulsividad actúa como un factor de riesgo directo, disminuyendo la eficacia de las estrategias cognitivas y conductuales adquiridas durante el tratamiento residencial.

En conjunto, los resultados sugieren que, en el contexto de comunidades terapéuticas, la impulsividad emerge como factor central y determinante del riesgo de recaída, ya que compromete la capacidad del individuo para aplicar de manera consistente las normas, rutinas y estrategias de autocontrol aprendidas en el tratamiento. A diferencia del apoyo social, cuyo efecto puede depender de factores mediadores (Al-Ziadat, 2024), la impulsividad ejerce una influencia más inmediata sobre la conducta, lo que ayudaría a explicar el gran tamaño de efecto encontrado en el estudio. Estos hallazgos resaltan la importancia de que los programas terapéuticos incorporen intervenciones específicas que sean orientadas al manejo de la impulsividad y al fortalecimiento del control conductual, como componentes esenciales y clave para la prevención de recaídas.

El sexto objetivo específico tuvo como prioridad identificar los niveles de apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes. Los resultados de la tabla 10 mostraron una distribución heterogénea del apoyo social percibido. De los 89 participantes, el 32.6% presentó un nivel bajo de apoyo social, mientras que el 33.7% presentó un nivel medio y el 33.7%, un nivel alto. Estos hallazgos indican que, si bien aproximadamente dos tercios de la muestra perciben niveles moderados o altos de apoyo social, existe una proporción considerable de usuarios (más de un tercio) que experimenta un bajo respaldo social, lo cual constituye un factor potencial de vulnerabilidad en el proceso de recuperación y mantenimiento de la abstinencia.

Estos resultados son semejantes en su heterogeneidad con los de Dueñas (2024), en el que de una muestra de 206 usuarios drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Este, el 34% percibió bajo nivel de apoyo social, el 35.4% un nivel medio y un 30.6% obtuvieron un nivel alto de apoyo social que se obtuvieron con el Cuestionario de Apoyo Social percibido MOS. Estos resultados sugieren una tendencia similar en poblaciones peruanas en usuarios con TUS, caracterizada por una percepción diversa del apoyo social. En contraste, Ibrahim et al. (2022), a través del cuestionario de Apoyo Social de Fauziah (2016), de un total de 407 presos vinculados a casos con drogas y en rehabilitación en Malasia, un 2.7% presenta un bajo nivel de apoyo social; un 50.6% nivel moderato y un 46.7% un nivel alto.

La proporción con bajo apoyo social puede comprenderse debido a las características particulares de la población de estudio. Diferentes estudios han señalado que las personas con trastornos por consumo de sustancias suelen presentar redes sociales deterioradas, relaciones familiares conflictivas y vínculos interpersonales frágiles como consecuencia de trayectoria prolongadas de consumo, estigmatización social y experiencias reiteradas de fracaso terapéutico (Rokiyah et al., 2024). Estas condiciones características se consideran una limitante al acceso de apoyo social por parte de los usuarios.

Por otro lado, la presencia de niveles medios y altos de apoyo social puede explicarse por la dinámica propia de las comunidades terapéuticas, las cuales promueven la ayuda mutua y el establecimiento progresivo de vínculos personales. Estudios como el de Herrera-López et al. (2024) señalan que el tiempo de pertenencia a grupos de ayuda, sin importar si estos grupos son grupos relacionados a las adicciones o no, favorece el fortalecimiento del sentido de pertenencia, la cohesión grupal y la percepción de apoyo emocional e instrumental entre los usuarios, incrementando gradualmente la percepción de apoyo social durante el tratamiento.

La diferencia de apoyo social percibido puede, además, deberse a las diferentes características de la población. El presente estudio y el estudio de Dueñas et al. (2024) son realizados con población peruana, mientras que el estudio de Ibrahim et al. (2022) es realizado en Malasia. A su vez, en los estudios peruanos, en donde

se reconocen resultados porcentuales homogéneos, se usa el instrumento MOS para apoyo social, mientras que en Malasia se hace uso del cuestionario de Apoyo Social de Fauziah. Por consiguiente, esta diferencia en respuesta también puede deberse a características contextuales de la población y muestra.

De la misma forma, es pertinente considerar que las comunidades terapéuticas incluidas en el estudio poseen una orientación religiosa cristiana, misma que puede influir en la manera en que los participantes comprenden y reportan el apoyo social, pudiendo constituir un sesgo en la medición del apoyo social percibido. Este aspecto característico de la población estudiada debe ser considerada en la interpretación de los resultados. El instrumento usado para la medición del apoyo social, el MOS, evalúa principalmente la percepción de apoyo proveniente de redes interpersonales concretas como la familia, amigos, personas significativas o cercanas, pero no contempla explícitamente el apoyo espiritual o religioso (Sherbourne & Stewart, 1991). En este contexto, algunos participantes tienden a identificar a una figura divina como principal fuente de apoyo, incrementando la percepción subjetiva de apoyo aun cuando este no provenga directamente de redes interpersonales concretas de su entorno inmediato, reinterpretando los ítems del cuestionario de apoyo social desde una dimensión espiritual más que interpersonal como tal.

Estudios previos han señalado que la religiosidad puede funcionar como un recurso psicológico de afrontamiento que modula la percepción de apoyo (Amisshah & Nyarko, 2020; Fatima et al., 2018; Mahfoud et al., 2023) y ha sido ampliamente documentada como un recurso de afrontamiento psicológico (*religious coping*) que influye en la regulación emocional, el sentido de vida y la autoeficacia frente a situaciones estresantes (Chatters et al., 2015; Park et al., 2018). Las creencias religiosas también se han relacionado de manera positiva con la protección contra abuso de sustancias en otras poblaciones (Karaka & Emre, 2025). En poblaciones con dependencia a sustancias, los pacientes internos reportaron que consideran a Dios como el principal medio para superar su adicción, atribuyendo a la fe la adquisición de nuevas cualidades personales, cambios en su forma de pensar y estrategias de afrontamiento orientadas a la mejora de su estilo de vida (Caballero et al., 2023). En base a esta literatura, la relación encontrada entre apoyo social y el riesgo de recaída podría estar parcialmente mediada o sobreestimada por la

influencia de creencias religiosas, más que por la presencia efectiva de redes de apoyo interpersonal. Por ende, lo encontrado debe interpretarse con cautela, por motivo que en este tipo de contextos el apoyo percibido podría reflejar tanto interacciones sociales concretas como recursos simbólicos y espirituales, limitando la generalización de los hallazgos a poblaciones no religiosas o con diferentes características socioculturales.

En conjunto, los niveles de apoyo social pueden responder a la interacción entre variables contextuales, históricas y personales. En consecuencia, lo hallado permite afirmar que una proporción significativa de usuarios requiere intervenciones focalizadas orientadas al fortalecimiento de redes de apoyo social reales y funcionales, tanto dentro como fuera de la comunidad terapéutica. Esto intensifica la necesidad de diseñar estrategias terapéuticas diferenciadas que integren el abordaje clínico tradicional y promuevan la reconstrucción de vínculos sociales como componente clave del proceso de rehabilitación.

El séptimo objetivo específico tuvo como fin identificar los niveles de impulsividad en los participantes drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. Se obtuvo una distribución relativamente equilibrada de los niveles de impulsividad en los participantes: el 33.7% de los participantes ostentó un nivel bajo de impulsividad, el 34.8% un nivel medio y el 31.5% un nivel alto; donde aproximadamente una tercera parte presenta altos niveles de impulsividad.

A pesar de que los niveles específicos pueden variar en diversos estudios debido a diferencias en muestras, instrumentos y contextos culturales, la evidencia empírica de poblaciones clínicas con TUS respalda la prevalencia significativa de impulsividad elevada. Wagner et al. (2022) realizó un estudio en personas con trastorno por consumo de cannabis, evaluadas con la BIS-11, encontrando que un 26% de la muestra presentó un nivel bajo de impulsividad; el 41%, un nivel medio y el 33%, un nivel alto. Existe similitud en cuanto a los niveles porcentuales de los niveles altos en ambas investigaciones, en donde prevalece casi un tercio con alto nivel de impulsividad, lo cual resulta notablemente similar a las proporciones observadas en este estudio, reforzando la validez externa de estos resultados.

Asimismo, investigaciones comparativas recientes han confirmado que la impulsividad es un rasgo común y distintivo en personas con dependencia de

sustancias (Guo et al., 2024). Nganbaren et al. (2025) compararon impulsividad entre usuarios con dependencia al alcohol y de cannabis mediante el BIS-11, reportando una media de 64.9 para el grupo con dependencia al alcohol y de 59.25 para el grupo con dependencia al cannabis ($p < 0.01$); estos valores sugieren que ambos grupos presentan impulsividad moderada según la literatura e interpretación de dicho instrumento. Resultados concordantes fueron reportados por O'Donnell et al. (2021), quienes realizaron un estudio comparativo entre consumidores de cannabis (33 usuarios) y un grupo control (35 usuarios). quienes encontraron que los consumidores de cannabis obtuvieron un puntaje total promedio en el BIS-11 de 62.3 (DE = 9.2), significativamente mayor que el grupo control (M = 56.7, DE = 9.9; $p < .05$). Aunque estos puntajes no representan porcentajes, los valores medios se ubican dentro de rangos orientativos de impulsividad moderada según la literatura sobre BIS-11, lo que indica que los consumidores de cannabis muestran mayores tendencias impulsivas en comparación con controles sin consumo.

Desde el punto de vista conductual, lo encontrado indica que las personas con niveles altos o moderados de impulsividad podrían enfrentar más problemas para frenar reacciones automáticas relacionadas con el consumo, algo que podría deberse a su tendencia a preferir recompensas instantáneas en lugar de beneficios futuros (Verdého-García & Albein-Urios, 2020). Este patrón se contrasta con los estudios de O'Donnell et al. (2021), donde consumidores crónicos mostraron respuestas más impulsivas en tareas de tomas de decisiones y en la escala autor-reportada del cuestionario de Barratt.

La diferencia en los niveles podría además sugerir que la impulsividad es algo característico de los consumidores de sustancias psicoactivas (Palma et al., 2021), aunque no se presentaría de manera homogénea entre todos. Esta variabilidad de respuesta puede estar relacionada, entre otros factores, a factores individuales como la edad, educación, tipo de consumo, historia y tiempo de consumo, comorbilidades u otros recursos que interactúan con la impulsividad (Guo et al., 2024b).

En general, los resultados no solo ayudan a reconocer los niveles de impulsividad en personas con adicción a drogas, sino que también permiten considerar la impulsividad como una característica común e importante en los trastornos

relacionados con el consumo de sustancias. Se puede concluir que la impulsividad es una característica frecuente y clínicamente significativa en drogodependientes de comunidades terapéuticas, donde una parte considerable de los usuarios muestra niveles altos. Estos descubrimientos apoyan la necesidad de evaluar la impulsividad de manera regular e incluir intervenciones específicas enfocadas en mejorar el autocontrol y la autorregulación del comportamiento como elementos fundamentales en los programas de tratamiento y prevención de recaídas.

El octavo objetivo específico tuvo como propósito identificar los porcentajes de riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. Los datos de la tabla 12 mostraron una distribución variada del riesgo: el 40.4% tiene un riesgo muy bajo, el 38.2% un riesgo bajo, el 10.1% un riesgo medio y el 11.2% un riesgo alto. Ningún participante presentó un riesgo muy alto de recaída.

Los resultados presentados son congruentes con estudios nacionales. Arana (2022), mediante la aplicación del AWARE 3.0, encontró una distribución heterogénea en usuarios con TUS: la mayor parte de los pacientes se ubicó en un nivel de riesgo promedio (51,1 %), proseguido del nivel bajo (31,1 %) y muy bajo (15,6 %). Solo un paciente presentó riesgo alto (2,2 %) y no se registraron casos con riesgo muy alto. Conjuntamente, dichos resultados indican que, aunque la mayoría de la muestra no presenta un riesgo elevado de recaída, existe una proporción considerable de pacientes con vulnerabilidad moderada que requiere seguimiento y estrategias preventivas para mantener la abstinencia.

De manera similar, el estudio realizado por Dueñas (2024) en 206 drogodependientes de Lima, halló que un 20.9% se ubicó en un nivel de riesgo de recaída muy bajo; un 18.9%, un nivel bajo; un 22.8%, en un nivel promedio; un 18.4%, en un nivel alto; y un 18.9, un nivel muy alto. Los resultados obtenidos no se asemejan en cuanto a heterogeneidad; sin embargo, contrastan con los del presente estudio, en el que no se observaron niveles muy altos de riesgo, lo que podría estar relacionado con diferencias en el contexto terapéutico, el momento de evaluación o las características de la muestra.

Resultados comparables fueron reportados por Casaico (2023), quien halló una dispersión relativamente homogénea en la muestra evaluada. El 25% de los

participantes se ubicó en niveles de riesgo bajo; un 28.3%, en un medio bajo; mientras que el 22.5% presentó niveles de riesgo medio alto y un 24.2%, un medio alto. Destaca que cerca de una cuarta parte de los pacientes se encuentra en un nivel de riesgo alto, ello pone en evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de recaídas implementadas en las comunidades terapéuticas.

En el estudio realizado por Ware et al. (2025) se destaca que el riesgo de recaída puede oscilar entre 0% a 95% en población con trastorno por consumo de sustancias con rasgos reportados que van desde lo moderado a elevado en diferentes etapas del post-tratamiento, resaltando que aun cuando el riesgo general es bajo o moderado, la recaída sigue siendo un evento relevante para los usuarios con TUS.

Los porcentajes de riesgo de recaída pueden distribuirse de manera heterogénea con proporciones considerables de sujetos en niveles bajos y moderados de riesgo, pero también una presencia notable de casos con riesgo alto o muy alto. Este patrón irregular de distribución se puede explicar mediante un enfoque de múltiples factores: los procesos de recaída no suelen ser uniformes ni lineales, sino que surgen de la interacción entre elementos personales, del entorno y de salud, lo que crea diferentes probabilidades de riesgo en cada persona (Husiny, 2025). De esta forma, la recaída no es un suceso simple ni idéntico para todos, sino un proceso cambiante que difiere según la persona y la fase de tratamiento, como propone el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982).

Además, el que un grupo de participantes muestre niveles elevados de riesgo, aunque sean pocos, podría indicar que este grupo necesitaría métodos de seguimiento más detallados y frecuentes, programas de ayuda posterior al tratamiento o acciones dirigidas a reducir la posibilidad de recaída. Como se mencionó antes, los estudios confirman que la salida del entorno residencial terapéutico es una etapa crucial donde el riesgo de recaída puede aumentar considerablemente sin una ayuda organizada y permanente (Ware et al., 2025).

En síntesis, resultados porcentuales del riesgo de recaída no solo permiten describir la distribución de este riesgo en la muestra de drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, sino que también permiten situar estos hallazgos en un contexto más amplio de investigación que reconoce la diversidad

de perfiles de riesgo y la necesidad de respuestas diferenciales en las estrategias de intervención y seguimiento.

En suma, ante todo lo presentado, los resultados permiten concluir que la impulsividad predice estadísticamente el riesgo de recaída de drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes de manera sustancial, destacándose como el principal factor explicativo dentro del modelo predictivo que se ha planteado. Estos hallazgos ponen en evidencia la necesidad de priorizar el abordaje del control de impulsos y la autorregulación conductual como componentes centrales en los programas de tratamiento y prevención de recaídas, complementando el fortalecimiento del apoyo social.

Los resultados de la investigación rechazan parcialmente la hipótesis general planteada (H_i) y la hipótesis nula (H_0), debido a que, en el modelo de regresión lineal múltiple, la impulsividad es significativa, pero el apoyo social no, en la predicción del riesgo de recaída en individuos con adicción a drogas que se encuentran en comunidades terapéuticas en Tumbes, durante el año 2025.

El apoyo social, aunque mostró una relación negativa media en los análisis correlacionales y una capacidad predictiva media en el modelo de regresión simple, no ejerce un efecto independiente cuando se analiza simultáneamente con la impulsividad. Por tanto, la hipótesis de investigación se acepta en cuanto a la capacidad explicativa de la impulsividad en el modelo, matizándose al evidenciar que el peso predictivo recae principalmente en la dicha variable.

La confirmación de la hipótesis principal respalda la idea de que es importante considerar ambos conceptos en modelos que buscan predecir el comportamiento adictivo, especialmente en contextos de tratamiento residencial. En conclusión, la confirmación de la hipótesis de investigación permite afirmar que el modelo propuesto cumple de manera adecuada con el objetivo general del estudio, aportando evidencia empírica relevante para el desarrollo de intervenciones diseñadas para disminuir el riesgo de recaída, con énfasis tanto en el fortalecimiento del apoyo social como en el entrenamiento de habilidades para el control de impulsos y la autorregulación del comportamiento.

Desde un enfoque teórico, estos hallazgos validan los modelos teóricos de Sherbourne y Stewart, Barratt, y Marlatt y Gordon que explican la relación entre el

apoyo social, la impulsividad y el riesgo de recaída en personas con drogodependencia y cómo estas variables interactúan en los procesos de recuperación y vulnerabilidad a la recaída, permitiendo ver el riesgo de recaída como un proceso multifactorial en el que interactúan diversas variables.

En el ámbito práctico, los hallazgos plantean implicancias importantes para el diseño e implementación de programas de tratamiento y prevención de recaídas en comunidades terapéuticas, especialmente en las comunidades terapéuticas de Tumbes, considerando su contexto. El hecho de que la impulsividad sea un predictor del riesgo de recaída sugiere la necesidad de dar prioridad a intervenciones orientadas a reforzar el autocontrol, la regulación emocional y la toma de decisiones. Se necesita que, si bien el apoyo social sigue siendo un recurso relevante a considerar, los resultados apuntan a que su importancia estaría cuando ésta se trabaja en conjunto con otras variables. Desde este punto de vista, los programas de rehabilitación deberían contemplar un entrenamiento que aborde la impulsividad como un factor de riesgo clave para la recaída.

V. CONCLUSIONES

- I. El modelo de regresión lineal múltiple que incluye el apoyo social y la impulsividad como predictores explica el 62.7% de la varianza del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025 ($R^2 = .627$; $F(2, 86) = 72.361$; $p < .001$), lo que constituye un ajuste predictivo de alta magnitud. Sin embargo, al analizar la contribución de cada predictor individualmente en el modelo conjunto, sólo la impulsividad resultó ser un predictor estadísticamente significativo ($\beta = .774$; $p < .001$), mientras que el apoyo social no fue significativo cuando se controló por efecto de impulsividad ($\beta = -.043$; $p = .552$), lo cual indica que la impulsividad es la variable más relevante predictivamente en el modelo analizado.
- II. Se concluye que la inclusión de covariables clínicas —como la edad, la sustancia de consumo predominante, el tiempo de internamiento, el periodo de abstinencia y el número de internamientos previos— no generó un incremento estadísticamente significativo en la capacidad explicativa del modelo predictivo, más allá de lo ya explicado por el apoyo social y la impulsividad ($\Delta R^2 = .037$; $F(5, 81) = 1.762$; $p = .130$). En conjunto, el modelo completo explicó el 66.4% de la varianza total ($R^2 = .664$). Asimismo, la impulsividad se mantuvo como el único predictor con significancia estadística ($B = 1.200$; $\beta = .823$; $p < .001$), lo que evidencia la solidez de su efecto incluso al controlar de manera simultánea las variables clínicas consideradas relevantes.
- III. Tanto el apoyo social y la impulsividad (en sus modelos de regresión lineal simple) fueron significativos en predecir el riesgo de recaída en personas con drogodependencia pertenecientes a comunidades terapéuticas de Tumbes, siendo la impulsividad la que tuvo mayor magnitud predictiva, explicando el 62.6% de la variabilidad del riesgo de recaída ($R^2 = .626$; $F(1, 87) = 145.442$; $p < .001$; $\beta = .791$). Además, el coeficiente no estandarizado obtenido ($B = 1.154$) indica que, por cada incremento de un punto en impulsividad, el riesgo de

recaída aumenta en promedio 1.154 puntos. Por otro lado, el apoyo social, explicó el 12.4% de la varianza ($R^2 = .124$; $F(1, 87) = 12.259$; $p = .001$; $\beta = -.351$), con un efecto inverso ($B = -.459$), lo que indica que mayores niveles de apoyo social se asocian con menor riesgo de recaída. Si bien ambas variables cumplen un rol predictivo independiente, la impulsividad emerge como el factor de mayor magnitud explicativa, mientras que el apoyo social opera como un factor protector de influencia más limitada cuyo efecto independiente se ve atenuado en presencia de otras variables psicológicas.

- IV. Se concluye que existe una correlación negativa, de magnitud media y estadísticamente significativa entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes ($Rho = -.388$; $p < .001$; $N = 89$). Este hallazgo evidencia que mayores niveles de apoyo social percibido se asocian con una menor probabilidad de recaída en el consumo de sustancias, remarcando el rol del apoyo social como factor protector dentro del proceso de recuperación en contextos de tratamiento residencial, particularmente en el contexto de Tumbes.
- V. Se concluye que la impulsividad presenta una correlación positiva muy fuerte y estadísticamente significativa con el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes ($Rho = .760$; $p < .001$; $N = 89$). Este hallazgo evidencia que los participantes con mayores niveles de impulsividad presentan mayor vulnerabilidad a la recaída, mostrando un efecto robusto y consistente de este rasgo de personalidad sobre la probabilidad de reincidir en el consumo de sustancias.
- VI. Se concluye que el apoyo social en la población estudiada se distribuye de manera relativamente homogénea entre los niveles bajo (32.6%), medio (33.7%) y alto (33.7%). La distribución evidencia la coexistencia de distintos grados de soporte social percibido y sugiere que una proporción significativa de usuarios (más de un tercio) experimenta un bajo respaldo social, lo cual constituye un factor de vulnerabilidad potencial en el proceso de recuperación. Estos hallazgos reafirman la necesidad de tener en cuenta el apoyo social como un factor relevante y complementario en el análisis del riesgo de recaída, en línea con los objetivos propuestos en la investigación.
- VII. Se concluye que la impulsividad en la población estudiada se distribuye de manera relativamente equilibrada entre los niveles bajo (33.7%), medio (34.8%)

y alto (31.5%). Esta distribución pone de manifiesto la coexistencia de varios niveles de impulsividad como rasgo de personalidad en la muestra. Este hecho respalda la importancia clínica de evaluar sistemáticamente este rasgo e incorporar intervenciones específicas orientadas al fortalecimiento del autocontrol y la autorregulación conductual como componentes esenciales en los programas de tratamiento y prevención de recaídas.

- VIII. Se concluye que el riesgo de recaída se distribuye de forma heterogénea en la población estudiada: el 40,4% tiene un nivel muy bajo, el 38,2% un nivel bajo, el 10,1% un nivel regular, y el 11,2% un nivel alto; ningún participante presentó un nivel muy alto. Aunque la mayoría de los participantes muestra un perfil globalmente bajo de riesgo de recaída, lo que señala la existencia de factores protectores que restringen la recaída, el hecho de que haya un grupo con niveles moderados y altos pone de relieve la necesidad de realizar evaluaciones diferenciadas que permitan identificar y dar prioridad a la atención de los casos con mayor vulnerabilidad.
- IX. Finalmente, se concluye que los resultados alcanzados entregan evidencia empírica relevante para el diseño de programas de prevención de recaídas en comunidades terapéuticas y modelos predictivos. Se confirma que la impulsividad es el factor predictivo principal del riesgo de recaída, lo que señala la necesidad prioritaria de incorporar estrategias específicas orientadas al control de impulsos y la autorregulación conductual. El apoyo social, aunque no resultó significativo en el modelo conjunto, sí mostró una relación protectora significativa en los análisis de correlación y regresión simple, por lo que su fortalecimiento debería ser considerado un componente complementario y relevante de los programas de intervención.

VI. RECOMENDACIONES

- I. Se sugiere a los profesionales de la psicología adscritos a comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación que incorporen, desde las primeras etapas del tratamiento, la evaluación de la impulsividad como parte del protocolo inicial. Dicha medida resulta fundamental para identificar oportunamente aquellos casos que demanden una intervención de carácter especializado e incorporar intervenciones específicas orientadas al fortalecimiento del autocontrol conductual, la toma de decisiones y la tolerancia a la demora, tales como programas de entrenamiento de autorregulación, manejo de impulsos y habilidades de afrontamiento. Estas intervenciones deberían complementarse con un continuo monitoreo del riesgo de recaída, especialmente en aquellos que indiquen altos niveles de impulsividad. Esta recomendación basada en los resultados del presente estudio y de los demás expuestos que reconocen la relevancia de la variable impulsividad en las poblaciones con trastorno por consumo de sustancias.
- II. A los directores y coordinadores de centros de rehabilitación y comunidades terapéuticas en Tumbes, tanto de la Casa hogar “Cristo tu oportunidad”, como de la Casa de reposo cristiana “El rey Jesús”, se recomienda fortalecer los programas terapéuticos incorporando componentes estructurados y dirigidos al manejo de la impulsividad como eje central de la prevención de recaídas. A su vez, se recomienda implementar protocolos de seguimiento post-egreso, especialmente para usuarios con altos niveles de impulsividad, dado que la transición fuera del entorno residencial constituye un periodo crítico para la recaída, mismo que ha quedado evidenciado en la literatura hallada respecto a la variable impulsividad.
- III. A los responsables de políticas públicas en salud mental y adicciones, de la región como del país, se recomienda que los programas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos por consumo de sustancias

incluyan lineamientos específicos para la evaluación y abordaje de variables psicológicas individuales, como la impulsividad, que ha demostrado una alta capacidad predictiva del riesgo de recaída. De la misma manera, se sugiere promover políticas que favorezcan la formación continua de los profesionales en modelos de prevención de recaídas basados en evidencia, así como el financiamiento de programas de seguimiento comunitario que refuercen tanto el autocontrol conductual como el apoyo social después del alta terapéutica en usuarios.

- IV. A las instituciones que forman profesionales en psicología, como lo es la Universidad Nacional de Tumbes, se recomienda incorporar con mayor énfasis en la formación académica contenidos vinculados a la psicología basada en evidencia, la evaluación del riesgo de recaída y el análisis de variables conductuales predictoras, como la impulsividad y portar de herramientas que permitan, a los futuros profesionales, intervenir de manera más eficaz en poblaciones con trastorno por uso de sustancias.
- V. A las redes de apoyo comunitario y encargados de las comunidades terapéuticas se recomienda fomentar estrategias que fortalezcan el apoyo social funcional y efectivo que prioricen la calidad de las interacciones y el acompañamiento continuo durante y después del tratamiento. Dado que los resultados sugieren que el apoyo social puede actuar como un factor complementario que potencia otros recursos individuales, se sugiere capacitar a familiares, pares y agentes comunitarios en estrategias básicas de acompañamiento, prevención de recaídas y detección temprana de señales de riesgo, contribuyendo así a la sostenibilidad del proceso de recuperación.
- VI. A los investigadores locales y nacionales, se recomienda realizar mayor número de estudios con diseño longitudinal de alcance predictivo y replicar el análisis de la interacción entre el apoyo social y la impulsividad sobre el riesgo de recaída dado que en el contexto local no se identificaron antecedentes previos. A su vez, si bien este estudio ha incluido 2 variables independientes, en futuras investigaciones pueden incluirse otras variables predictivas. En base a la literatura encontrada, se plantean las siguientes: autocontrol, autoeficacia, resiliencia, motivación para el cambio y descuento por demora (*delay discounting*). Asimismo, esta investigación tuvo exclusivamente una muestra de varones debido a la disponibilidad en las comunidades terapéuticas (CT) de

Tumbes. No obstante, se recomienda que futuras investigaciones incluyan población femenina para generalizar los resultados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelaal, H. M., El-Ashry, A., & Abdelrazek, M. N. (2025). The Role of Acceptance of Aversive Experiences and Perceived Social Support on the Probability of Relapse Among Patients With Substance Use Disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.13170>
- Abdelhamid, E. A., Hammad, H. A.-H., & Morsy, O. M. I. (2024). The Interplay of Cognitive Distortions, Impulsive Sensation Seeking, and Relapse Probability among Clients with Substance Use Disorders. *Tanta Scientific Nursing Journal*. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2024.375867>
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Sage Publications Ltd.
- Alonso, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*, 19(2), 118-123.
- Al-Ziadat, M. A. (2024). Do social support and self- efficacy play a significant role in substance use relapse? *Health Psychology Research*, 12, 94576. <https://doi.org/10.52965/001c.94576>
- Amissah, C. M., & Nyarko, K. (2020). Facing the Ills of Unemployment: The Role of Religiosity and Social Support. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2577-2594. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00977-6>
- Arabshahi, A., Mohammad-Beigi, A., Mohebi, S., & Gharlipour, Z. (2023). Prediction of Addiction Relapse Based on Perceived Social Support and Childhood Trauma. *Addiction & Health*, 15, 253-259. <https://doi.org/10.34172/ahj.2023.1434>

- Arana, D. (2022). *Programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una comunidad terapéutica de Trujillo, 2021: Estudio descriptivo - propositivo.*
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245.
- Arcela, L. (2024). *Estadios de cambio y estrategias de afrontamiento en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de la región Tumbes, 2023* [Universidad Nacional de Tumbes]. <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/65506/TESSIS%20-%20ARCELA%20OLAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Argyriou, E., Bakoyannis, G., Wu, W., Rattermann, M. J., & Cyders, M. A. (2023). Individual factors predict substance use treatment course patterns among patients in community-based substance use disorder treatment. *PLOS ONE*, 18(1), e0280407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280407>
- Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., Torres, M. O., Sañudo, J. E. P., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Arrondeau, C., Urueña-Méndez, G., Bellés, L., Marchessaux, F., Goutaudier, R., & Ginovart, N. (2023). Motor impulsivity but not risk-related impulsive choice is associated to drug intake and drug-primed relapse. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 17, 1200392. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1200392>
- Baca, D. (2016). *Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo*. 19(1), 177-190.
- Baculima, P. (2024). *Asociación entre el Craving por Alcohol y el Control de Impulsos en Adultos que pertenecen a Comunidades Terapéuticas para Problemas de Adicción, en Cuenca-Ecuador 2023-2024* [Universidad de Cuenca]. <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5239ed64-3b48-476e-8c2f-0461f12e2ee9/content>

- Bankston, S. M., Carroll, D. D., Cron, S. G., Granmayeh, L. K., Marcus, M. T., Moeller, F. G., Schmitz, J. M., Swank, P., & Liehr, P. R. (2009). Substance Abuser Impulsivity Decreases with a Nine-Month Stay in a Therapeutic Community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(6), 417-420. <https://doi.org/10.3109/00952990903410707>
- Bertin, L., Benca-Bachman, C., Kogan, S., & Palmer, R. (2021). Examining the differential effects of latent impulsivity factors on substance use outcomes in African American men. *Addictive behaviors*, 117. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106847>
- Böckmann, V., Lay, B., Seifritz, E., Kawohl, W., Roser, P., & Habermeyer, B. (2019). Patient-Level Predictors of Psychiatric Readmission in Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00828>
- Bresin, K. (2019). *Impulsivity and Aggression: A Meta-analysis Using the UPPS Model of Impulsivity* (Q2dh5_v1). PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/q2dh5>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Brower, K., & Perron, B. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Medical hypotheses*, 74 5, 928-933. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.10.020>
- Burga, M. (2020). *Apoyo social percibido y resiliencia en internos drogodependientes en rehabilitación de la ciudad de Chiclayo*. Universidad Señor de Sipan.
- Caballero, J., Somarriba, A., & Rios, D. (2023). Estrategias de afrontamiento e impacto personal del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en pacientes internos en rehabilitación. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 3(2), 88-99. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.2.1724>

- Carramiñana, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social [The prevention of relapses in the Marlatt model. Contributions from the field of social work]. *Trabajo Social Hoy*, 78, 109-134. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0006>
- Casaico, G. P. M. (2023). *Búsqueda de sensaciones y riesgo de recaída en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Este*. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6893>
- Caso, T., & Ostos, S. (2021). *Comunidad terapéutica y la reinserción social de drogodependientes en el distrito de Comas -Lima 2018—Comunidad terapéutica renacer en el distrito de Comas 2019* [Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65149>
- Castaldelli-Maia, J., & Bhugra, D. (2022). Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: Focus on sociodemographic characteristics and income levels. *International Review of Psychiatry*, 34, 6-15. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2040450>
- Chaparro, C. E., González, R. P., Contreras, R. S., Rodríguez, A. F., Vélez, G. P., & Soto, S. C. (2022). Apego y apoyo social percibido en adultos con consumo problemático de sustancias. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 56(1). <https://www.redalyc.org/journal/284/28471295001/?utm>
- Chatters, L. M., Taylor, R. J., Woodward, A. T., & Nicklett, E. J. (2015). Social Support from Church and Family Members and Depressive Symptoms among Older African Americans. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(6), 559-567. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.04.008>
- Cheng, F., Shi, L., Wang, S., Jin, Q., Xie, H., Wang, B., & Zhang, W. (2023). The relationship between childhood traumatic experience and suicidal tendency in non-suicidal self-injury behavior patients. *BMC Psychiatry*, 23(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04863-0>

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2^a ed.)*. Routledge.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3.^a ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Collins, A. B., Boyd, J., Cooper, H. L. F., & McNeil, R. (2019). The intersectional risk environment of people who use drugs. *Social Science & Medicine*, 234, 112384. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112384>
- CONCYTEC. (2024). *Código Nacional de Integridad Científica*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6008024/5323788-r-p-028-2024-concytec-p-codigo-nacional-de-integridad.pdf?v=1710774037>
- Creswell, J. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4.^a ed.)*. Sage Publications.
- Cribari-Neto, F., Ferrari, S., & Cordeiro, G. (2000). Improved heteroscedasticity-consistent covariance matrix estimators. *Biometrika*, 87. <https://doi.org/10.1093/biomet/87.4.907>

- Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2017). Fractionating impulsivity: Neuropsychiatric implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(3), 158-171. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.8>
- De Winter, J. C. F., Gosling, S. D., & Potter, J. (2016). Comparing the Pearson and Spearman correlation coefficients across distributions and sample sizes: A tutorial using simulations and empirical data. *Psychological Methods*, 21(3), 273-290. <https://doi.org/10.1037/met0000079>
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>
- Dolbier, C. L., & Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 25(4), 169-179. <https://doi.org/10.1080/08964280009595746>
- Dueñas, R. (2024). *Apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes Drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este* [Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8780>
- Effio, C. (2024). *Adaptación y baremación del Test de Impulsividad de Barrat y Plutchik en adultos de la provincia de Huancayo* [Universidad Continental]. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/15115/1/IV_FH_U_501_TE_Effio_Marquez_2024.pdf
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and Environmental Contributions to Individual Differences: The Three Major Dimensions of Personality. *Journal of Personality*, 58(1), 245-261. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00915.x>

- Fatima, S., Sharif, S., & Khalid, I. (2018). How does religiosity enhance psychological well-being? Roles of self-efficacy and perceived social support. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(2), 119-127. <https://doi.org/10.1037/rel0000168>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5.^a ed.).
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). Efficacy of the therapeutic community model in the treatment of drug use-related problems: A systematic review. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica*, 29(1), 12-20. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342012000100003>
- Fineberg, N. A., Potenza, M. N., Chamberlain, S. R., Berlin, H. A., Menzies, L., Bechara, A., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Bullmore, E. T., & Hollander, E. (2010). Probing Compulsive and Impulsive Behaviors, from Animal Models to Endophenotypes: A Narrative Review. *Neuropsychopharmacology*, 35(3), 591-604. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.185>
- Fodstad, E. C., Erga, A. H., Pallesen, S., Ushakova, A., & Erevik, E. K. (2024). Personality traits as predictors of recovery among patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, 162. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209360>
- Ganster, D. C., & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 17-36. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02763.x>
- Garcés, J., & Durá, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicología Social*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>

- Gray, J. (1987). *The psychology of fear and stress* (2.^a ed.). Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1988-97887-000>
- Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
- Guo, L., Chen, T., Zheng, H., Zhong, N., Wu, Q., Su, H., Jiang, H., Du, J., Dong, G., Yuan, T.-F., & Zhao, M. (2024a). The Structure and Individual Patterns of Trait Impulsivity Across Addiction Disorders: A Network Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(5), 2844-2860. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01022-0>
- Guo, L., Chen, T., Zheng, H., Zhong, N., Wu, Q., Su, H., Jiang, H., Du, J., Dong, G., Yuan, T.-F., & Zhao, M. (2024b). The Structure and Individual Patterns of Trait Impulsivity Across Addiction Disorders: A Network Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(5), 2844-2860. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01022-0>
- Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., & Anderson R.E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th Edition). Cengage Learning.
- Herman, A. M., & Duka, T. (2019). Facets of impulsivity and alcohol use: What role do emotions play? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 106, 202-216. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.08.011>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología Investigación Científica* (6ta ed). Mc Graw Hill Education. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill. <https://bellasartes.upn.edu.co/wp-content/uploads/2024/11/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-Sampieri-Mendoza-2018.pdf>

- Herrera-López, V. E., Molina-Quiñones, H., Haro, J. V., Sánchez, N. P., Díaz, N. A., Herrera-López, V. E., Molina-Quiñones, H., Haro, J. V., Sánchez, N. P., & Díaz, N. A. (2024). Apoyo social, calidad de vida, habilidades de vida diaria y restrictividad en personas con trastornos mentales residentes de hogares protegidos en el Perú*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 87(4), 354-367. <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5690>
- Hobfoll, S., & Stokes, J. (1988). The process and mechanics of social support. En *Handbook of Personal Relationships: Theory, Research and Interventions*. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-process-and-mechanics-of-social-support.-Hobfoll-Stokes/86276cd13f6cff28ecbdafed35e88aff62d3280d>
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley Publishing Company.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Husiny, T. M. A. (2025). A Scoping Review of Factors Contributing to Relapse in Substance Use Disorders. *Modern Journal of Health and Applied Sciences*. <https://doi.org/10.70411/mjhas.2.1.2025181>
- Ibrahim, F., Zakaria, E., Hassan, N., Kamaluddin, M. R., Wan Sulaiman, W. S., & Yunus, N. A. (2022). Relationship Between Social Support and High-Risk Relapse Situation among Drug Offenders. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(1), Pages 1438-1444. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v12-i1/12176>
- Islam, M. F., Guerrero, M., Nguyen, R. L., Porcaro, A., Cummings, C., Stevens, E., Kang, A., & Jason, L. A. (2023). The Importance of Social Support in Recovery Populations: Toward a Multilevel Understanding. *Alcoholism treatment quarterly*, 41(2), 222-236. <https://doi.org/10.1080/07347324.2023.2181119>
- Jentsch, J., Ashenurst, J. R., Cervantes, M., Groman, S., James, A., & Pennington, Z. T. (2014). Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions.

Annals of the New York Academy of Sciences, 1327.
<https://doi.org/10.1111/nyas.12388>

Jongenelis, M., Pettigrew, S., Lawrence, D., & Ridders, W. (2019). Factors Associated with Poly Drug Use in Adolescents. *Prevention Science*, 20(5), 695-704. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-00993-8>

Karaka, H., & Emre, O. (2025). *La relación entre las creencias religiosas y la autoeficacia en la protección contra el abuso de sustancias en estudiantes de secundaria*. 15(13332). <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-025-97541-y>

Kelly, J. F., Stout, R. L., Greene, M. C., & Slaymaker, V. (2014). Young Adults, Social Networks, and Addiction Recovery: Post Treatment Changes in Social Ties and Their Role as a Mediator of 12-Step Participation. *PLOS ONE*, 9(6), e100121. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100121>

Kenézliői, E., Balogh, L., Somogyi, S., Lévy, E., Bajzát, B., Halmai, Z., Soltész, P., Nemoda, Z., Unoka, Z., Tóth, R., & Réthelyi, J. (2022). Comparative analysis of impulsivity profiles in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder. *European Psychiatry*, 65(S1), S867-S868. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2249>

Komarovskaya, I., Loper, A., & Warren, J. (2007). *The Role of Impulsivity in Antisocial and Violent Behavior and Personality Disorders Among Incarcerated Women—Irina Komarovskaya, Ann Booker Loper, Janet Warren, 2007*. 34(11), 1499-1515.

Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Balodis, I., Mackillop, J., & George, T. (2018). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: Implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451. <https://doi.org/10.1111/nyas.13977>

Lasmarías-Ugarte, M.-C., Rubio-Garrido, P., Jiménez-Herrera, M., Bazo-Hernández, L., Martorell-Poveda, M.-A., Lasmarías-Ugarte, M.-C., Rubio-Garrido, P., Jiménez-Herrera, M., Bazo-Hernández, L., & Martorell-Poveda, M.-A. (2023). Percepción de las fuentes de apoyo que facilitan la adherencia

a los tratamientos. *Enfermería Global*, 22(72), 147-170.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.567751>

LeCocq, M., Randall, P., Besheer, J., & Chaudhri, N. (2020). *Considering Drug-Associated Contexts in Substance Use Disorders and Treatment Development—Neurotherapeutics*. 17(1), 43-54.

Lizarazo, M. A. B., Osorno, B. I. lee, Martínez-Torres, J., & Malpica, P. A. C. (2023). Validez de constructo y la confiabilidad del cuestionario MOS de apoyo social en estudiantes universitarios. *Revista Salud Uninorte*, 39(1), 109-123.

Lookatch, S., Wimberly, A., & McKay, J. (2019). Effects of Social Support and 12-Step Involvement on Recovery among People in Continuing Care for Cocaine Dependence. *Substance use & misuse*, 54(13).
<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1638406>

López, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), Article 1.

Lopez-Fernandez, O., Román-Jiménez, E., Castello-Cullell, N., & García-Claver, M. (2013). *Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: Una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo*. 4(14), 118-125.

Loree, A. M., Lundahl, L., & Ledgerwood, D. M. (2014). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and alcohol review*, 34(2), 119-134. <https://doi.org/10.1111/dar.12132>

Lozano-Hernández, C. M., López-Rodríguez, J. A., Leiva-Fernández, F., Calderón-Larrañaga, A., Barrio-Cortes, J., Gimeno-Feliu, L. A., Poblador-Plou, B., & del Cura-González, I. (2020). Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. MULTIPAP Study. *PLoS ONE*, 15(6), e0235148.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235148>

Lozano-Rojas, Ó., Gómez-Bujedo, J., Pérez-Moreno, P. J., Lorca-Marín, J. A., Vera, B., & Moraleda-Barreno, E. (2023). Impulsivity Predicts Relapse—but Not

Dropout—in Outpatients with SUD: A Longitudinal Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 2874-2892. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01024-y>

Mackinnon, J. G., & White, H. (1985). Some heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimators with improved finite sample properties. *Journal of Econometrics*, 29(3), 305-325. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(85\)90158-7](https://doi.org/10.1016/0304-4076(85)90158-7)

Mahfoud, D., Fawaz, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2023). The co-moderating effect of social support and religiosity in the association between psychological distress and coping strategies in a sample of lebanese adults. *BMC Psychology*, 11(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01102-9>

Marlatt, A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En *Recaída y prevención de recaídas*. Neurociencias.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, 2nd ed* (pp. xiv, 416). The Guilford Press.

Marlatt, A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (Primera). Guilford Press.

Martín-Ríos, R., & López-Torrecillas, F. (2022). Potential predictors of smoking relapse in treatment-seeking smokers. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(3), 773-785. <https://doi.org/10.51668/bp.8322311n>

MetricGate. (2026). *Shapiro-Wilk vs Kolmogorov-Smirnov Test*. MetricGate. https://metricgate.com/blogs/shapiro-wilk-vs-kolmogorov-smirnov-normality/?utm_source=

Miller, W. R., & Harris, R. J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 759-765. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.759>

- Milton, A., & Everitt, B. (2012). The persistence of maladaptive memory: Addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36, 1119-1139. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.01.002>
- Ministerio de Salud. (2024). *Minsa atendió más de 80 000 casos de personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas*. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/954270-minsa-atendio-mas-de-80-000-casos-de-personas-con-trastornos-mentales-y-del-comportamiento-debido-al->
- 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>
- Moon, S., & Lee, H. (2020). Relapse to substance use: A concept analysis. *Nursing forum*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12458>
- Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2007). *El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes*. 32(3), 370-380.
- Naji, L., Rosic, T., Sanger, N., Dennis, B., Hillmer, A., Hudson, J., Worster, A., Paul, J., Marsh, D. C., Thabane, L., & Samaan, Z. (2022). Cannabis use and opioid relapse: An exploratory survival analysis of prospectively collected data. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1046649>
- Navabi, N., Asadi, A., & Nakhaee, N. (2017). Impact of Drug Abuse on Family Quality of Life. *Addiction & Health*, 9, 118-119. <https://doi.org/10.22122/AHJ.V9I2.467>
- Nganbaren, S., Patel, C., Chaubey, V., & Singh, M. (2025). Impulsivity And Dependency: A Comparative Look at Alcohol and Cannabis. *Journal of Contemporary Clinical Practice*, 11, 64-67. <https://doi.org/10.61336/jccp/25-04.12>

- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- O'Donnell, B. F., Skosnik, P. D., Hetrick, W. P., & Fridberg, D. J. (2021). Decision Making and Impulsivity in Young Adult Cannabis Users. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.679904>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2023). *Informe mundial sobre las drogas, 2023* (Naciones Unidas). UNODC Research. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- Olusegun, A. M., Dikko, H. G., & Gulumbe, S. U. (2015). Identifying the Limitation of Stepwise Selection for Variable Selection in Regression Analysis. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 4(5), 414-419. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20150405.22>
- Ore, L. (2019). *Aspectos generales del consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la recaída en usuarias diagnosticadas como consumidoras en el Centro de Salud Mental Comunitario "Musuq Rikchay" de Ayacucho – 2019* [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14842/Aspectos_OreMichue_Liz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palacio-Gonzalez, A. del, Thylstrup, B., & Thomsen, K. R. (2024). Psychological factors predicting patients' risk of relapse after enrollment in drug use treatment: A systematic review. *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, 161. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209354>
- Palma, D., Continente, X., López, M. J., Vázquez, N., Serral, G., Ariza, C., Bartroli, M., Continente, X., Juárez, O., García Lamberechts, J., López, M. J., Muñoz, L., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Vázquez, N., Ramon Villalbí, J., Palma, D., Continente, X., López, M. J., ... Ramon Villalbí, J. (2021). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de

vulnerabilidad. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 542-550.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.004>

Papamalis, F. E. (2020). Examining the Relationship of Personality Functioning and Treatment Completion in Substance Misuse Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1178221820951777.
<https://doi.org/10.1177/1178221820951777>

Park, C. L., Holt, C. L., Le, D., Christie, J., & Williams, B. R. (2018). Positive and Negative Religious Coping Styles as Prospective Predictors of Well-Being in African Americans. *Psychology of religion and spirituality*, 10(4), 318-326.
<https://doi.org/10.1037/rel0000124>

Parvaz, M. A., Rabin, R. A., Adams, F., & Goldstein, R. Z. (2022). Structural and functional brain recovery in individuals with substance use disorders during abstinence: A review of longitudinal neuroimaging studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109319. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109319>

Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51 6, 768-774.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)

Pelloux, Y., Giorla, E., Montanari, C., & Baunez, C. (2019). Social modulation of drug use and drug addiction. *Neuropharmacology, The Neuropharmacology of Social Behavior: From Bench to Bedside*, 159, 107545.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.02.027>

Pepe, M., Nicola, M. D., Panaccione, I., Franza, R., Berardis, D. de, Cibin, M., Janiri, L., & Sani, G. (2022). Impulsivity and alexithymia predict early versus subsequent relapse in patients with alcohol use disorder: A 1-year longitudinal study. *Drug and alcohol review*, 42(2), 67-372.
<https://doi.org/10.1111/dar.13568>

Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez, J. J., Molero, M. del M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán Martín, A. B., Garzón Fernández, A., Carrión Martínez, J. J., & Mercader Rubio, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en

adolescentes. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.

Pinheiro, C., Baptista, C., Nogueira, J., Mendes, S., & Gamito, A. (2024). The Impulsivity-Compulsivity Spectrum: Understanding Brain Mechanisms and Clinical Implications. *European Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1303>

Powell, A., Sumnall, H., Smith, J., Kuiper, R., & Montgomery, C. (2024). Recovery of neuropsychological function following abstinence from alcohol in adults diagnosed with an alcohol use disorder: Systematic review of longitudinal studies. *PLOS ONE*, 19(1), e0296043.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296043>

Pueyo, A. A. i. (2004). Evaluación de la impulsividad y el riesgo en el uso de armas de fuego en las policías y fuerzas de seguridad. *Revista Catalana de Seguretat Pública*, 63-77.

Pumarrumi-Sinarahua, F. E. (2022). *Resiliencia como predictor de la impulsividad en pacientes peruanos drogodependientes durante la desintoxicación aislada*. Universidad Peruana Unión.

Rabl, J., Geyer, D., Steiner, K., Schifano, F., & Scherbaum, N. (2025). Psychological and Clinical Parameters as Predictors of Relapse in Alcohol-Dependent Patients During and After Extensive Inpatient Rehabilitation Treatment. *Brain Sciences*, 15(4), 374. <https://doi.org/10.3390/brainsci15040374>

Rathinam, B., & Ezhumalai, S. (2022). Perceived Social Support Among Abstinent Individuals with Substance Use Disorder. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(1), 81-87. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00237-5>

Razali, A., Ani, F., & Tohar, S. N. A. M. (2020). *The Relationship between Social Support and Relapse among Former Drug Addict Hubungan di antara Sokongan Sosial dan Relaps dalam*. <https://consensus.app/papers/the-relationship-between-social-support-and-relapse-among-razali-ani/822f56d7b5d95bf6a76f15f1e6d852a3/>

- Revilla, L., & Bailón, E. (2014). *El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social*. SemFYC. <https://comunidad.semfyce.es/article/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social>
- Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: Sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 317-327.
- Rodríguez, L. (2018). *El papel de la impulsividad en pacientes en tratamiento por trastorno por uso de sustancias* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=229556>
- Rokiyah, R., Zuanda, N., Alrefi, A., & Akbari, A. (2024a). The Role of Social Support in Substance Addiction Recovery: A Systematic Review. *Edusoshum : Journal of Islamic Education and Social Humanities*, 4(2), 213-222. <https://doi.org/10.52366/edusoshum.v4i2.112>
- Rokiyah, R., Zuanda, N., Alrefi, A., & Akbari, A. (2024b). The Role of Social Support in Substance Addiction Recovery: A Systematic Review. *Edusoshum : Journal of Islamic Education and Social Humanities*. <https://doi.org/10.52366/edusoshum.v4i2.112>
- Rueda, F. J. M., Pinto, L. P., & Ávila-Batista, A. C. (2016). IMPULSIVIDAD Y FACETAS DE LA PERSONALIDAD: RELACIÓN ENTRE INSTRUMENTOS DE MEDIDA. *Ciencias Psicológicas*, 7-16. <https://doi.org/10.22235/cp.v10i2.1149>
- Sánchez, E. (2004). Collectivize social support? Elements for reconsidering the social dimension in the study of social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(2), 124-134. <https://doi.org/10.1017/s1138741600004820>
- Sanchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., & Morales, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació Psicológica*, (80), 51-59.

- Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J. J., & Quiroz-Padilla, M. F. (2013). Impulsividad: Una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251.
- Sari, A., Wahyuni, C., & Wibowo, A. (2018). *Social Support and Substance Abuse Relapse*. 2, 65-69. <https://doi.org/10.33846/HN.V211.96>
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. E. D. C., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. D., & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(02), 1-21. <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63>
- Sensua, B., & Baruah, A. (2023). A Comparative Study to Assess the Resilience and Perceived Social Support among Patients with Substance Use Disorder in Relapse and Abstinence in a Tertiary Care Hospital of Sonitpur (Assam). *Nursing Journal of India*. <https://doi.org/10.48029/nji.2023.cxiv306>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1982), 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Silva, A. S. (2023). *RESILIENCIA Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE LA PROVINCIA DE HUAURA, 2023* [Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/38566/Silva%20Lazaro%2c%20Alejandro%20Steven.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Smith, G. (2018). *Step away from stepwise*. 5(32). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40537-018-0143-6>
- Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18.
- Stevens, L., Verdéjo-García, A., Goudriaan, A., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor

addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 47 1, 58-72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>

Su, H., Li, Z., Du, J., Jiang, H., Chen, Z., Sun, H., & Zhao, M. (2015). Predictors of heroin relapse: Personality traits, impulsivity, COMT gene Val158met polymorphism in a 5-year prospective study in Shanghai, China. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(8), 712-719. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32376>

Sun, C., Li, H., Wang, X., Shao, Y., Huang, X., Qi, H., Zhang, Z., & Su, G. (2024). Self-control as mediator and social support as moderator in stress-relapse dynamics of substance dependency. *Scientific Reports*, 14(1), 19852. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70884-8>

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), 209-224. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00017-4)

Tan, H., Chen, Y., Jia, L., Zhang, B., Chen, Y., & Feng, Z. (2023). Effect of Social Support on Relapse Tendency of Drug Abusers: Mediating Role of Psychological Control Sources. *Proceedings of the 3rd International Conference on Public Management and Big Data Analysis, PMBDA 2023, December 15–17, 2023, Nanjing, China*. Proceedings of the 3rd International Conference on Public Management and Big Data Analysis, PMBDA 2023, December 15–17, 2023, Nanjing, China. <https://doi.org/10.4108/eai.15-12-2023.2345316>

Tomei, A., Studer, J., & Gmel, G. (2025). Perceived social support according to the type and number of addictions. *PLOS ONE*, 20(8), e0329256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329256>

Tooley, D. (2023). The role of social support in developing recovery capital. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 11(1), 26-34.

- Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>
- UNODC & DEVIDA. (2013). *Pasta Básica de cocaína Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO_PBC.pdf
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013(1), 427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Vassileva, J., & Conrod, P. (2018). Impulsivities and addictions: A multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374. <https://doi.org/10.1098/rstb.2018.0137>
- Vázquez-Moreno, A. (2022). Impulsividad, funciones ejecutivas y aprendizaje: Una relación para reflexionar. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), Article 17. <https://doi.org/10.29057/esat.v9i17.8157>
- Verdejo-Garcia, A., & Albein-Urios, N. (2020). Impulsivity traits and neurocognitive mechanisms conferring vulnerability to substance use disorders. *Neuropharmacology*, 183. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108402>
- Vila, J., Gómez-Bobassi, L., & Pérez, M. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicol. conduct*, 5-8.
- Wagner, M. F., Oliveira, C. R. de, & Paloski, L. H. (2022). Levels of impulsivity in individuals with cannabis use disorder. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44(suppl 1), e20210449. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0449>

- Wang, G., Shi, J., Chen, N., Xu, L., Li, J., Li, P., Sun, Y., & Lu, L. (2013). Effects of Length of Abstinence on Decision-Making and Craving in Methamphetamine Abusers. *PLOS ONE*, 8(7), e68791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068791>
- Ware, O. D., Geiger, G. R., Rivas, V. D., Macias Burgos, M. A., Nehme-Kotocavage, L., & Bautista, T. G. (2025). Risk of Relapse Following Discharge from Non-Hospital Residential Opioid Use Disorder Treatment: A Systematic Review of Studies Published from 2018 to 2022. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 16, 105-118. <https://doi.org/10.2147/SAR.S440214>
- Wisniewski, S., & Brannan, G. (2024). *Análisis de correlación (coeficiente, parcial y de rango de Spearman) y regresión—StatPearls—Biblioteca del NCBI*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606101/>
- Yang, F., & Jiang, Y. (2020). Heterogeneous Influences of Social Support on Physical and Mental Health: Evidence from China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186838>
- Yanuarti, T., Mohd-Duad, M., Mohamed, N., Atil, A., & Triaswati, R. (2025). (PDF) The Relationship between Self-efficacy, Resilience and Social Support with Relapse Tendency in Substance Use Disorder in Indonesia. *ResearchGate*, 11(2), 234-243. <https://doi.org/10.33755/jkk.v11i2.851>
- Yazıcı, A. B., & Bardakçı, M. R. (2023). Factors Associated with Relapses in Alcohol and Substance Use Disorder. *The Eurasian Journal of Medicine*, 55(1), 75-81. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2023.23335>
- Young, S. Y., Brocker, E., Broodryk, M., & Seedat, S. (2018). Prognostic value of impulsivity in treatment outcomes in patients with alcohol use and/or cocaine use disorder in a rehabilitation programme. *South African Journal of Psychiatry*, 24(0), 1. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1297>
- Zaidi, U. (2020). Role of Social Support in Relapse Prevention for Drug Addicts. *Revista Internacional de Innovación, Creatividad y Cambio*, 13(1), 915-923.

Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4(3), 285-292. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(83\)90150-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(83)90150-2)

Zuckerman, M. (2007). The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1303-1305. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.03.021>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿El apoyo social y la impulsividad predicen significativamente el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025?	<p>Objetivo general: Determinar si el apoyo social y la impulsividad son factores predictivos del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la capacidad predictiva conjunta del apoyo social y la impulsividad sobre el riesgo de recaída, controlando variables clínicas relevantes, en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025. 2. Identificar en qué medida el apoyo social predice el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 3. Identificar en qué medida la impulsividad predice el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 4. Establecer la relación entre el apoyo social y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 5. Establecer la relación entre la impulsividad y el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 6. Identificar los niveles de apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 7. Identificar los niveles de impulsividad en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 8. Identificar los porcentajes de riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas en Tumbes, 2025. 	<p>Hi: El apoyo social y la impulsividad predicen significativamente e el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.</p> <p>H0: El apoyo social y la impulsividad no predicen significativamente e el riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.</p>	<p>Independiente: 1. Apoyo social 2. Impulsividad</p> <p>Dependiente: Riesgo de recaída.</p>	<p>Apoyo social: Cuestionario de Apoyo Social (MOS).</p> <p>Impulsividad: Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).</p> <p>Riesgo de recaída: Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0.</p>	<p>Tipo y Diseño: Estudio cuantitativo, predictivo, correlacional y de corte transversal.</p> <p>Muestreo: No probabilístico de tipo censal</p> <p>Análisis estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Regresión lineal simple y múltiple para identificar qué variable predice el riesgo de recaída. ● Pruebas de correlación (Spearman). ● Estadísticos descriptivos (frecuencias, medias, desviaciones estándar, asimetría y curtosis). 	<p>Población: 116 drogodependientes en tratamiento en comunidades terapéuticas de Tumbes.</p> <p>Muestra: 89 hombres en tratamiento en comunidades terapéuticas de Tumbes.</p>

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025									
VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	BAREMOS (EXPRESIÓN FINAL)		INSTRUMENTOS		
<i>Apoyo social</i>	Se refiere a los recursos emocionales, instrumentales, informativos y de compañía que un individuo recibe o percibe de su red social, ya sea la familia, amigos o comunidad. Estos recursos pueden actuar como factores protectores que mejoran la salud mental y física (Cohen, 2004), reducen el estrés y promueven la resiliencia (House et al., 1988).	Variable politómica de 20 ítems con una escala de Likert de 1 a 5. Grado en el que usuario percibe el apoyo social.	Apoyo Emocional / Informativa	8 ítems: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19	PUNTAJE GENERAL	CATEGORÍA	Cuestionario de Apoyo Social MOS		
			Apoyo instrumental	4 ítems: 2, 5, 12, 15.				22 – 58	Bajo
			Apoyo afectivo	3 ítems: 6, 10, 20.				59 – 77	Medio
			Interacción social positiva	4 ítems: 7, 11, 14, 18.				78 – 95	Alto
<i>Impulsividad</i>	Rasgo de personalidad caracterizado por la tendencia a actuar de manera rápida, no planificada y con minúscula consideración de las consecuencias a largo plazo. Además, que está asociada con dificultades en el control inhibitorio y la regulación emocional (Moeller et al., 2001).	Variable politómica de 30 ítems con una escala de Likert de 0, 1, 3 y 4. Grado en que la persona toma decisiones impulsivas o actúa sin reflexión.	Impulsividad Cognitiva	8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27 Ítems inversos: 7, 10, 13 y 19	PUNTAJE GENERAL	CATEGORÍA	Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)		
			Impulsividad Motora	10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29 Ítems inversos: 6				14 – 35	Bajo
			Impulsividad No Planeada	12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30 Ítems inversos: 1, 5, 8, 11, 17, 22 y 30				36 – 51	Medio
					52 – 97	Alto			

Riesgo de recaída	Se refiere a la situación en la que una persona, al enfrentarse a circunstancias de riesgo, no logra implementar las estrategias de afrontamiento necesarias para mantener su abstinencia, lo que resulta en una recaída en el consumo (Marlatt & Gordon, 1985).	Variable politómica de 28 ítems con una escala de Likert del 1 al 7. Que mide el grado en que factores emocionales, sociales y cognitivos aumentan el riesgo de recaída.	Riesgo global de recaída	Tiene 28 ítems, de los cuales, tiene 5 ítems inversos: 8, 14, 20, 24 y 26.	Puntuación AWARE	Si ya consume hace dos meses	Si no consume hace dos meses	Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0
					28-55	37 %	11 %	
					56-69	62 %	21 %	
					70-83	72 %	24 %	
					84-97	82 %	25 %	
98-111	86 %	28 %						
112-125	87 %	37 %						
125-168	90 %	43 %						
169-196	>95 %	53 %						
					Interpretación para una puntuación cualitativa			
					Muy bajo	0 – 21 %		
					Bajo	22 – 37%		
					Promedio	38 – 62%		
					Alto	63 – 87%		
					Muy alto	88 – 100%		

Anexo 3: Cuestionario de Apoyo Social MOS

Cuestionario de Apoyo Social de MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tienen Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre):

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con una X en el cuadro que mejor se acerque a su respuesta)

Nº	Cuestiones: ¿cuenta con alguien...	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3	Con quien pueda hablar cuando lo necesita					
4	Que le aconseje cuando tenga problemas					
5	Que le lleve al médico cuando lo necesite					
6	Que le muestre amor y afecto					
7	Con quien pasar un buen rato					
8	Que le informe y ayude a entender la situación					
9	En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10	Que le abrace					
11	Con quien pueda relajarse					
12	Que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13	Cuyo consejo realmente desee					
14	Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15	Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17	Que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18	Con quien divertirse					
19	Que comprenda sus problemas					
20	A quien amar y hacerle sentirse querido					

Gracias por su participación.

Anexo 4: Ficha técnica del Cuestionario de Apoyo Social MOS

FICHA TÉCNICA: Cuestionario de Apoyo Social MOS

Autor	Sherbourne y Stewart
Fecha	1991
Forma de administración	Individual y Colectiva.
Ámbito de aplicación	El cuestionario es aplicable para adultos.
Duración	15 minutos (aprox.).
Ítems del cuestionario	El cuestionario cuenta con 20 ítems, distribuidos en 4 áreas o dimensiones.
Descripción de la prueba	Constituido por 20 ítems que son de tipo cerrado de opción múltiple, en escala de Likert. Permite conocer el nivel de apoyo social, a través de la evaluación de cuatro dimensiones.
Confiabilidad y validez	En la versión original tiene un alfa de Cronbach de 0.97 y una validez entre dimensiones de .72 a .88, considerados niveles altos de correlación. Por otro lado, en este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0.943 y el índice de Aiken de 0.869.
Calificación	Las respuestas se califican en escala de Likert, que van desde los valores 1 al 5, que se detalla a continuación.

Anexo 5: *Proceso de validez y/o confiabilidad del Cuestionario de apoyo social MOS*

Estadísticas de fiabilidad del MOS (n=20)

Estadísticas de fiabilidad del MOS	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,943	19

El análisis de consistencia interna del instrumento MOS evidenció un coeficiente Alfa de Cronbach de ,943 para un total de 20 ítems (sin contar el ítem 1), lo cual indica una fiabilidad excelente.

Anexo 6: *Interpretación de los puntajes del Cuestionario de Apoyo Social*

	PUNTAJE	CATEGORÍA
MOS	22 – 58	Bajo
	59 – 77	Medio
	78 – 95	Alto

Anexo 7: Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.

- 0 = Casi nunca o nunca
1 = A veces
3 = A menudo
4 = Casi siempre o siempre

N°	ÍTEMS	0	1	3	4
1	Planifico mis tareas				
2	Hago las cosas sin pensarlas				
3	Casi nunca dejo que las cosas me afecten				
4	Tengo pensamientos muy acelerados				
5	Planifico mis actividades con tiempo				
6	Tengo control de mis actos				
7	Me concentro con facilidad				
8	Ahorro con regularidad				
9	Se me hace difícil estar quieto por largos periodos de tiempo				
10	Pienso las cosas cuidadosamente				
11	Planifico para tener un trabajo/estudio fijo				
12	Digo las cosas sin pensarlas				
13	Me gusta pensar sobre problemas complicados				
14	Cambio de trabajo (colegio) frecuentemente				
15	Actúo impulsivamente				
16	Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17	Realizo mis chequeos médicos con frecuencia				
18	Tomo decisiones rápidamente				
19	Soy una persona que piensa sin distraerse				
20	Cambio de vivienda a menudo				
21	Compro cosas impulsivamente				
22	Yo termino lo que empiezo				
23	Camino y me muevo con rapidez				
24	Resuelvo los problemas experimentando				
25	Gasto más dinero de lo que tengo				
26	Hablo rápido				
27	Tengo pensamientos extraños (irrelevantes)				
28	Me interesa más el presente que el futuro				
29	No puedo estar tranquilo/a en un lugar				
30	Planifico para el futuro				

Anexo 8: Ficha técnica de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)

FICHA TÉCNICA: Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)	
Autor	Barratt ES.
Fecha	1959
Forma de administración	Individual y Colectiva.
Ámbito de aplicación	El cuestionario es aplicable para adultos.
Duración	20 minutos (aprox.).
Adaptado por	Caroline Vanessa Effio Marquez (2024).
Ítems del cuestionario	El cuestionario cuenta con 30 ítems organizados en tres dimensiones o áreas.
Descripción de la prueba	Tienes tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa.
Confiabilidad y validez	En la adaptación de Effio (2024) la confiabilidad fue del 0.779. En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0.998 y el índice de Aiken de 0.726.
Calificación	Tiene una escala de Likert de "0" a "4", siendo "0 = Nunca"; "1 = A veces"; "3 = A menudo" y "4 = Siempre".

Anexo 9: *Proceso de validez y/o confiabilidad de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)*

Estadísticas de fiabilidad del BIS-11	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,726	30

El análisis de consistencia interna del instrumento BIS-11 evidenció un coeficiente Alfa de Cronbach de ,726 para los 30 ítems, valor que indica una fiabilidad aceptable.

Anexo 10: *Interpretación de los puntajes de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS -11)*

	PUNTAJE	CATEGORÍA
	14 – 35	Bajo
IMPULSIVIDAD	36 – 51	Medio
	52 – 97	Alto

Anexo 11: Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAIDA AWARE 3.0

Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 a 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor, encierre un sólo un número por cada enunciado.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(s) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 12: Ficha técnica del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

FICHA TÉCNICA: Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0	
Autor	Gorski y Miller
Fecha	1986
Adaptado por	Miller y Harris (2000).
Adaptación peruana	Ore Liz (2019).
Forma de administración	Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	Salud, clínica.
Duración	10 a 15 minutos.
Descripción del cuestionario	<p>Este es un cuestionario de autoinforme que puede ser completado por el usuario. Estar seguro que el usuario entienda la escala de calificación 1-7. Cuando el cliente haya terminado, asegúrese de que todos los ítems han sido respondidos y ninguna se ha omitido.</p>
Confiabilidad y validez	<p>La confiabilidad original de la Escala fue de 0.93. En este estudio, el alfa de Cronbach fue de 0.837 y el índice de Aiken de 0.997.</p>
Ítems del cuestionario	<p>Consta de 28 ítems, 23 ítems directos y 5 inversos (8, 14, 20, 24 y 26).</p>
Calificación	<p>Las puntuaciones más altas indican una mayor presencia de señales de alerta y, por ende, un mayor riesgo de recaída.</p>

Anexo 13: *Proceso de validez y/o confiabilidad del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0*

Estadísticas de fiabilidad del AWARE 3.0	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,837	28

El análisis de confiabilidad del instrumento AWARE 3.0 evidenció una adecuada consistencia interna, obteniéndose un coeficiente Alfa de Cronbach de ,837 para los 28 ítems, indicando una confiabilidad alta y aceptable.

Anexo 14: Interpretación cuantitativa y cualitativa del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Puntuación AWARE	Si ya consume hace dos meses	Si no consume hace dos meses
28-55	37 %	11 %
56-69	62 %	21 %
70-83	72 %	24 %
84-97	82 %	25 %
98-111	86 %	28 %
112-125	87 %	37 %
125-168	90 %	43 %
169-196	>95 %	53 %

Para la interpretación cualitativa hay 5 niveles del puntaje total (muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto):

Interpretación para una puntuación cualitativa	
Muy bajo	0 – 21 %
Bajo	22 – 37%
Promedio	38 – 62%
Alto	63 – 87%
Muy alto	88 – 100%

En el presente estudio se utilizó la interpretación cualitativa.

Anexo 15: Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: ()
2. Droga de consumo más frecuente antes del internamiento (droga problema):

Alcohol	()	Tabaco	()
Marihuana	()	Anfetaminas	()
Inhalantes	()	Alucinógenos	()
Cocaína	()	PBC	()
Éxtasis	()	Otra droga	()
3. Tiempo del último internamiento:

4. Número de internamientos:

5. Hace cuánto que no consume:

Hace 2 meses	()
De 2 a 4 meses	()
De 4 a 6 meses	()
De 6 a 12 meses	()
Más de 1 año	()

Ahora continúe con los siguientes cuestionarios:



Anexo 16: *Frecuencia y categorización de la covariable Droga de consumo más frecuente*

Droga problema	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	14	15,7
Marihuana	14	15,7
Cocaína	9	10,1
Tabaco	1	1,1
PBC	43	48,3
Codeína	1	1,1
2 drogas a la vez	2	2,2
> de 2 drogas a la vez	5	5,6
Total	89	100,0

Categorización de la covariable:

Nivel	Droga	Frecuencia	%
3	PBC + Policonsumo	50	56.2%
2	Cocaína + Alcohol	23	25.8%
1	Marihuana + Tabaco + Codeína	16	18.0%
	Total	89	100%

Anexo 17: Pruebas de normalidad para los análisis correlacionales

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Impulsividad	,081	89	,200*	,956	89	,004
Apoyo social	,078	89	,200*	,973	89	,057
Riesgo de recaída	,130	89	,001	,936	89	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

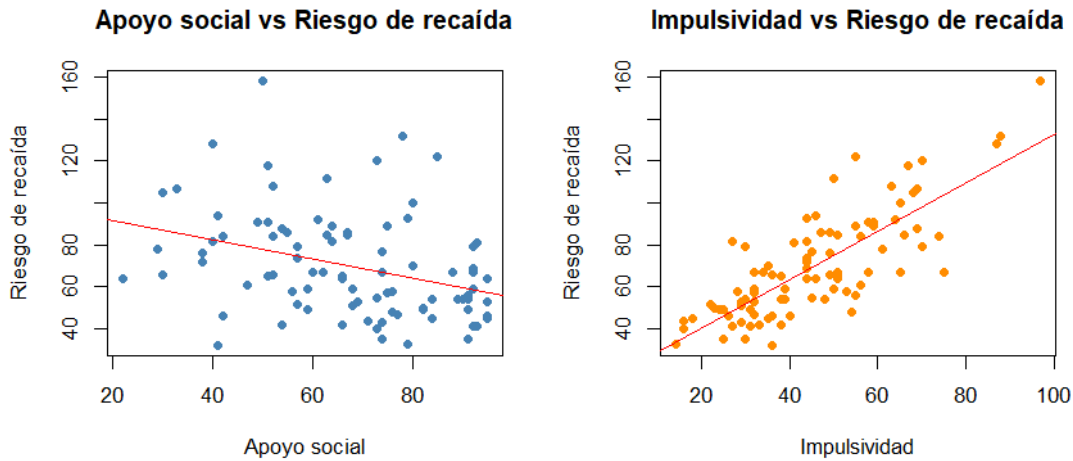
Los resultados indican que la variable Impulsividad presenta una significación estadística de $p = .004$ en la prueba de Shapiro-Wilk, teniendo una distribución no normal. Asimismo, la variable Riesgo de recaída obtuvo valores de significación de $p = .001$ en Kolmogórov-Smirnov y $p < .001$ en Shapiro-Wilk, confirmando también la violación del supuesto de normalidad.

En contraste, la variable Apoyo social mostró un valor de significación de $p = .057$ en la prueba de Shapiro-Wilk, superior al nivel crítico de $.05$, por lo que no se rechaza la hipótesis de normalidad, considerándose que presenta una distribución aproximadamente normal.

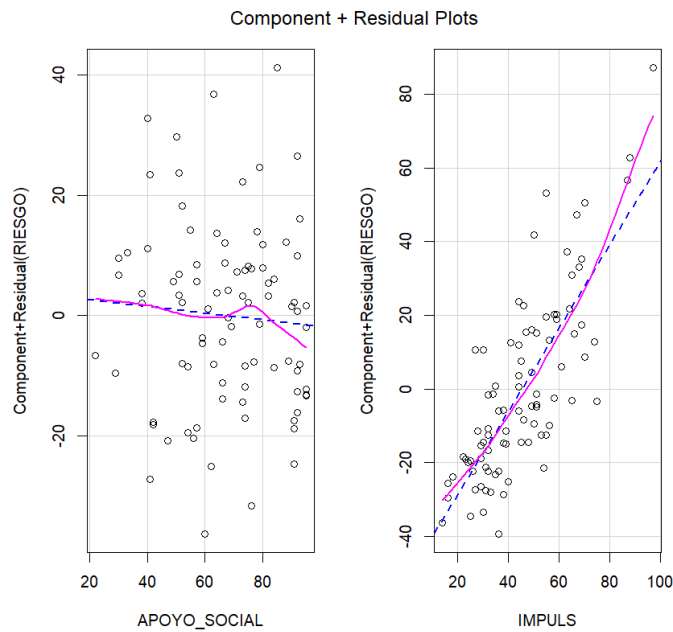
En consecuencia, dado que no todas las variables cumplen con el supuesto de normalidad, se optó por el uso de estadísticos no paramétricos, específicamente la correlación de Spearman Rho, para el análisis inferencial correspondiente.

Anexo 18: Supuestos del modelo de regresión lineal

a) Linealidad



Se verificó el supuesto de linealidad mediante gráficos de dispersión individuales entre cada predictor y la variable criterio. El gráfico de apoyo social versus riesgo de recaída mostró una tendencia lineal negativa de magnitud moderada. El gráfico de impulsividad versus riesgo de recaída mostró una tendencia lineal positiva fuerte y bien definida. En ninguno de los dos casos se observaron patrones curvilíneos. Complementariamente, el test RESET de Ramsey confirmó formalmente la adecuación del modelo lineal (RESET = 2.236, $df_1 = 2$, $df_2 = 84$, $p = .113$), descartando la presencia de no linealidad en el modelo conjunto.



Adicionalmente, se obtuvieron gráficos de residuos parciales (Component + Residual Plots) para cada predictor, los cuales permiten evaluar la linealidad controlando el efecto de las demás variables en el modelo. En el caso del apoyo social, la línea de tendencia suavizada (LOESS) mostró un trayecto aproximadamente horizontal, consistente con una relación lineal débil. Para la impulsividad, la línea LOESS siguió de cerca la tendencia lineal, con una leve curvatura en los valores extremos que no resultó estadísticamente significativa según el test RESET de Ramsey (RESET = 2.236, $p = .113$). En conjunto, ambos gráficos respaldan el cumplimiento del supuesto de linealidad.

b) Independencia

Resumen del modelo ^b					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,792 ^a	,627	,619	15,46167	1,907

a. Predictores: (Constante), IMPULSIVIDAD, APOYO SOCIAL

b. Variable dependiente: RIESGO DE RECAÍDA

La independencia de los residuos fue evaluada mediante el estadístico Durbin-Watson. El valor obtenido fue DW = 1.907 (SPSS) confirmado con $p = .652$ (R, `durbinWatsonTest`), con una autocorrelación de lag 1 = .043, prácticamente nula. El valor se encuentra dentro del rango aceptable ($1.5 \leq DW \leq 2.5$) y próximo al valor ideal de 2, descartando autocorrelación positiva o negativa entre los residuos. El p-valor (ejecutado en R) resultó no significativo ($p = .646$) confirma formalmente el cumplimiento del supuesto de independencia.

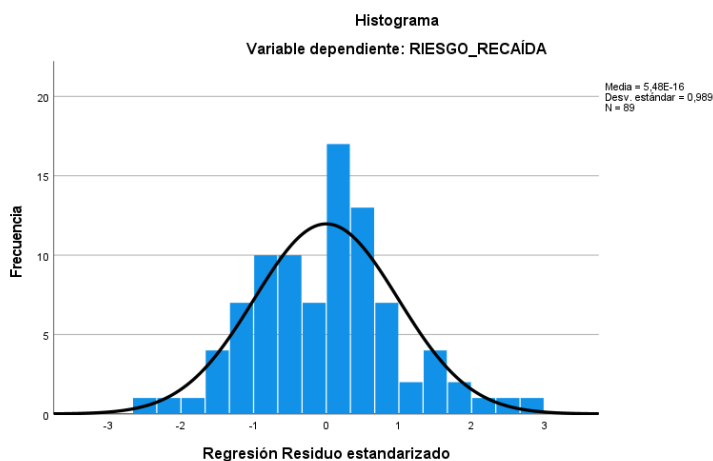
c) Normalidad

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Residuos no estandarizados	,071	89	,200*	,990	89	,761

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

La normalidad fue evaluada mediante Shapiro-Wilk ($W = .990$, $p = .761$), prueba recomendada para muestras menores a 2000 casos, confirmándose distribución normal de los residuos. Este resultado fue corroborado mediante Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors ($D = .071$, $p = .200$).



La figura es del Histograma de residuos estandarizados del modelo con curva normal superpuesta. Media = $5.48E-16 \approx 0$, Desv. estándar = $0.989 \approx 1$, $n = 89$. La distribución es consistente con normalidad confirmada mediante Shapiro-Wilk ($W = .990$, $p = .761$) y Kolmogorov-Smirnov ($D = .071$, $p = .200$).

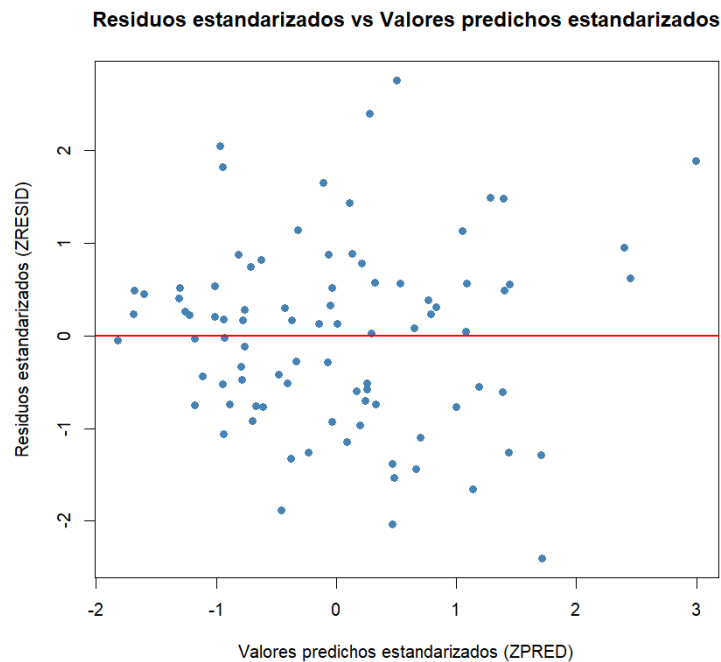
d) Homocedasticidad

El supuesto de homocedasticidad fue evaluado mediante el test de Breusch-Pagan ($BP = 7.946$, $df = 2$, $p = .019$), detectándose heterocedasticidad moderada en el modelo base (apoyo social e impulsividad sobre riesgo de recaída). Dado que $p < .05$, la varianza de los residuos no es constante a lo largo de todos los valores predichos.

Para corregir esta violación, se aplicaron errores estándar robustos HC3 (Cribari-Neto et al., 2000; MacKinnon & White, 1985), los cuales recalculan los errores estándar de forma consistente ante heterocedasticidad sin modificar los coeficientes de regresión. Los resultados bajo esta corrección se presentan en la siguiente tabla:

	B	SE robusto HC3	t	p
Intercepto	22.423	11.018	2.035	.045
Apoyo social	-0.056	0.101	-0.553	.582
Impulsividad	1.130	0.130	8.659	<.001

Bajo la corrección HC3, la impulsividad mantuvo su capacidad predictiva altamente significativa ($B = 1.130$, $SE = 0.130$, $t = 8.659$, $p < .001$), mientras que el apoyo social continuó siendo no significativo ($B = -0.056$, $SE = 0.101$, $t = -0.553$, $p = .582$), confirmando que las conclusiones del modelo se mantienen sin cambios ante la violación del supuesto.



Adicionalmente, el gráfico de dispersión de residuos estandarizados contra valores predichos estandarizados (ZRESID vs. ZPRED) mostró una distribución aleatoria de los puntos alrededor de cero sin patrones sistemáticos ni estructura de embudo.

e) Multicolinealidad

Variable	Tolerancia	VIF
Apoyo social	.841	1.189
Impulsividad	.841	1.189

El supuesto de ausencia de multicolinealidad fue verificado mediante el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) y el índice de tolerancia. Los resultados indican que tanto el apoyo social ($VIF = 1.189$, $\text{tolerancia} = .841$) como la impulsividad

(VIF = 1.189, tolerancia = .841) presentan valores dentro de los rangos aceptables establecidos en la literatura (VIF < 5; tolerancia > 0.2), confirmando que ambos predictores son estadísticamente independientes entre sí y que no existe multicolinealidad problemática en el modelo.

Nota. VIF = Factor de Inflación de la Varianza. Valores VIF < 5 y tolerancia > 0.2 indican ausencia de multicolinealidad (Hair. et al., 2019).

Anexo 19: Resumen del modelo de regresión jerárquica con término de interacción entre impulsividad y apoyo social

Resumen del modelo					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Cambio en R ²	Sig. Cambio en F
1 (sin interacción)	.792	.627	.619	.627	<.001
2 (con interacción)	.792	.628	.615	.001	.686

Nota. Variable dependiente: Riesgo de recaída. Modelo 1: predictores = impulsividad y apoyo social (variables centradas). Modelo 2: predictores = impulsividad, apoyo social e interacción impulsividad × apoyo social. ΔR^2 = cambio en R cuadrado al añadir el término de interacción.

Anexo 20: Coeficientes de regresión del modelo con término de interacción entre impulsividad y apoyo social en drogodependientes de comunidades terapéuticas (n = 89)

Coeficientes del modelo de regresión jerárquica					
Variable	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
Constante	69.541	1.818		38.244	<.001
Impulsividad	1.122	.107	.769	10.490	<.001
Apoyo Social	-.056	.094	-.043	-.597	.552
Interacción Impulsividad x Apoyo Social	-.002	.006	-.027	-.406	.686

Nota. Variable dependiente: Riesgo de recaída. Las variables impulsividad y apoyo social fueron centradas en su media para reducir la multicolinealidad. El término de interacción se calculó como el producto de ambas variables centradas. *p < .05. **p < .001.

Anexo 21: *Análisis de potencia estadística post-hoc para los modelos de regresión*

Modelo evaluado	R² / ΔR²	f².	u	v	1 - β.
Impulsividad – Regresión simple	R ² = .626	1.674	1	87	1.000
Apoyo Social – Regresión simple	R ² = .124	0.142	1	87	.939
Modelo conjunto (Apoyo social + impulsividad)	R ² = .627	1.681	2	86	1.000
Contribución única del AS en modelo conjunto	ΔR ² = .001	0.003	1	86	.077

Nota. f² = tamaño del efecto de Cohen para regresión lineal calculado como R²/(1 - R²) para modelos simples y conjuntos, y como ΔR²/(1 - R²modelo completo) para la contribución única. u = grados de libertad del numerador. v = grados de libertad del denominador (n - k - 1). 1 - β = potencia estadística alcanzada con α = .05. El umbral convencional de potencia adecuada es 1 - β ≥ .80 (Cohen, 1988).

Los resultados del análisis de potencia post-hoc indican que n = 89 fue estadísticamente suficiente para detectar los efectos sustantivos del estudio. La potencia alcanzada superó el umbral convencional de 1 - β ≥ .80 en todos los modelos principales, a excepción de la contribución única del apoyo social en el modelo conjunto, cuya baja potencia refleja la magnitud prácticamente nula de dicha contribución (ΔR² = .001) y no una limitación del tamaño muestral.

Anexo 22: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025.

Investigadores:

Marlon Valladolid y Diana Salinas.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES.

1. Propósito del estudio: El objetivo de este estudio es analizar cómo el apoyo social y la impulsividad influyen en el riesgo de recaída en personas que se encuentran en tratamiento en comunidades terapéuticas de Tumbes. Los resultados contribuirán a mejorar las estrategias de prevención y tratamiento.

2. Procedimientos: Si decide participar, se le pedirá que responda a una serie de cuestionarios relacionados con el apoyo social, la impulsividad y el riesgo de recaída. La participación tomará aproximadamente 70 minutos y se realizará en un ambiente confidencial.

3. Confidencialidad: Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial. Los datos serán utilizados únicamente con fines de investigación y se almacenarán de manera segura, sin revelar su identidad en ningún momento.

4. Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa para usted o su tratamiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. Acepto participar voluntariamente y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 23: Cartas de aceptación de las comunidades terapéuticas para aplicación de investigación



**CASA DE REPOSO CRISTIANA
"EL REY JESÚS"**

RUC: 20600263466

AV. Panamericana Norte Km 24 1 San Isidro - Conales - Tumbes
Celular 991257231

"Las drogas y el alcohol sí te ayudan de lo grande que puedes llegar a ser y el gran camino que te queda por recorrer"



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

FECHA: TUMBES 10 DE MARZO DE 2025

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE TESIS

Estimados Marlon Arnold Valladolid Jiménez y Diana Karolina Salinas Yupton

Por medio de la presente, nos complace informarle que su solicitud para la aplicación de su tesis titulada "APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025" ha sido aceptada por nuestra institución. Apreciamos su interés en desarrollar su investigación en nuestra casa de reposo cristiana "El Rey Jesús" y reconocemos la importancia de su trabajo académico.

Les instamos a mantener una comunicación constante con su tutor asignado y a cumplir con los plazos establecidos para garantizar el éxito de su investigación. En caso de dudas o inquietudes, puede comunicarse con el departamento de psicología de nuestra institución.

Le deseamos mucho éxito en el desarrollo de su tesis y esperamos que su investigación aporte significativamente al conocimiento en su área de estudio.

Se expide la presente solicitud, para los fines que estime pertinente.

DIOS LE BENDIGA,

ATENTAMENTE

CASA DE REPOSO CRISTIANA "EL REY JESÚS"

LUIS A. RIVERA VIERA
PRESIDENTE


Lic. Janina Ramos Triun
PSICÓLOGA
C.P.S.P. (° 5537)

**“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA
PERUANA”**

Tumbes, 14 de marzo del 2025

**CARTA DE ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN
PARA APLICACIÓN DE TESIS**

Estimada Srta. Diana Karolina Salinas Yupton y Sr. Marlon Arnold Valladolid Jimenez

Mediante la presente, comunicamos que la propuesta de investigación titulada **“Apoyo social e impulsividad como predictores del riesgo de recaída en drogodependientes de comunidades terapéuticas de Tumbes, 2025”** ha sido autorizada para su aplicación en nuestra institución. Agradecemos que hayan considerado a la **“Casa Hogar Cristo tu Oportunidad”** como espacio para el desarrollo de su estudio y reconocemos el aporte que este proyecto representa para el ámbito académico y social.

Se recuerda a los tesisistas la importancia de mantener coordinación permanente con su asesor y de respetar los tiempos establecidos para cada etapa del proceso investigativo. Ante cualquier requerimiento adicional o situación que amerite apoyo, pueden escribirnos a nuestra institución.

Expresamos nuestros mejores deseos para el desarrollo de su trabajo de tesis y confiamos en que los resultados contribuirán positivamente al conocimiento y a la labor profesional en este campo.

Se expide la presente carta, para los fines que estime pertinente.



Edilberto Franco Molina
PASTOR EVANGELISTA
CASA HOGAR CRISTO TU OPORTUNIDAD
CEL.: 972600738 / 972898145

Anexo 24: Resolución de designación de jurado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Tumbes - Perú



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

RESOLUCIÓN N° 259-2025/UNTUMBES-FACSO-D.

Tumbes, 16 de julio de 2025.

VISTO: El expediente virtual N° 1605, del 16 de julio de 2025, correspondiente al OFICIO N° 106-2025/UNTUMBES-FACSO.U.INV-MPZ, mediante el cual la directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, alcanza, para su reconocimiento y designación de jurado, el proyecto de tesis titulado “**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**”, presentado por los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología, **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMENEZ y DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, para optar el título profesional de Licenciados en Psicología; y

CONSIDERANDO:

Que en conformidad con lo establecido en el numeral 45.2 del artículo 45° de la Ley Universitaria N°30220 y en el artículo 90° del Estatuto de esta Universidad, para optar el título profesional se requiere la presentación y sustentación de una tesis;

Que, en conformidad con lo expuesto, deviene procedente el reconocimiento del proyecto de tesis titulado “**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**”, para efectos de su evaluación, como tal, por el jurado calificador que también se constituye con esta Resolución, en virtud de la propuesta formulada con el informe señalado en la referencia;

Que complementariamente a lo señalado en el considerando precedente, se impone la necesidad de efectuar, como corresponde, la designación del docente asesor de dicho documento académico;

Que, en razón de lo anterior, es conveniente disponer lo pertinente en relación con lo aquí expuesto, en los términos que se consignan en la parte resolutive;

En uso de las atribuciones conferidas a la señora Decana de la Facultad de Ciencias Sociales;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: RECONOCER a los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología, **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMENEZ y DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, como autores del proyecto de tesis titulado “**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**”, presentado por dichos estudiantes.



RESOLUCIÓN N° 259-2025/UNTUMBES-FACSO-D.

ARTÍCULO SEGUNDO: CONSTITUIR el Jurado Calificador del proyecto de tesis titulado “APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025” con la siguiente conformación:

Presidente : Dra. Eva Matilde Rhor Garcia Godos.
Secretario : Dr. Ludwing Dario Alfaro Garcia.
Vocal : Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez.
Accesitario : Dra. Wendy Jesus Catherin Cedillo Lozada.

ARTÍCULO TERCERO: DESIGNAR al Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez como **asesor** del proyecto de tesis titulado “APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025”, lo que se dispone en razón de lo señalado en la parte considerativa.

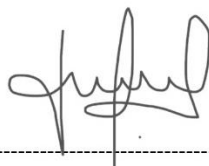
ARTÍCULO CUARTO: DEJAR expresamente indicado que, en conformidad con el artículo 59° del Reglamento de tesis para pregrado y posgrado de esta Universidad, el incumplimiento de las funciones del jurado, el asesor o tesista, pueden solicitar el cambio del jurado.

ARTÍCULO QUINTO: DEJAR expresamente indicado que, en conformidad con el artículo 56°, el tesista puede cambiar de asesor y/o coasesor (es) si no cumplen sus funciones, según el ítem a) del artículo 52° del presente reglamento.

Dada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes, el dieciséis de julio del dos mil veinticinco.

REGÍSTRASE Y COMUNÍCASE: (Fdo.) Dra. DIANA MILAGRO MIRANDA YNGA, Decana de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes; (Fdo.) Dr. Cristhiam Jacob Hidalgo Sandoval, Secretario Académico de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes.

C. c.
-RECTOR-VRACAD-OGCDA
-FACSO-DDH-DDT-DET-DDED
-DEED-DDPS-DEPS-DECC
-REG.TEC-Interesado-Archivo
DMMY/D.
CJHS/Sec. Acad



Dr. Cristhiam Jacob Hidalgo Sandoval
SECRETARIO ACADÉMICO



Anexo 25: Resolución de aprobación de proyecto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Tumbes - Perú



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

RESOLUCIÓN N° 004-2026/UNTUMBES-FACSO-D.

Tumbes, 05 de enero de 2026.

VISTO: El expediente virtual N° 005, del 5 de enero de 2026, correspondiente al OFICIO N° 003-2026/UNTUMBES-FACSO-DIR-Dpto-EMRGG, mediante el cual, el presidente del Jurado constituido con la RESOLUCIÓN N° 259-2025/UNTUMBES-FACSO-D, del 16 de julio de 2025, alcanza el acta de aprobación del proyecto de tesis titulado "**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**", presentado por los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología, **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ** y **DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, para optar el título profesional de Licenciados en Psicología; y

CONSIDERANDO:

Que con la RESOLUCIÓN N° 259-2025/UNTUMBES-FACSO-D, del 16 de julio de 2025, se reconoce a los estudiantes **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ** y **DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, como autores del proyecto de tesis titulado "**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**", se constituye el Jurado Calificador y se designa al asesor de dicho documento académico;

Que, de lo consignado en el acta suscrita por los integrantes del indicado jurado, del 15 de diciembre de 2025, y que obra en el expediente señalado en la referencia, se desprende que el mencionado proyecto de tesis ha sido debidamente corregido por los mencionados estudiantes y favorablemente evaluado para efectos de su correspondiente aprobación como proyecto de tesis;

Que teniendo en cuenta lo expuesto, deviene procedente la aprobación del indicado documento, con el carácter de proyecto de tesis y cuya evaluación debe continuar a cargo de los docentes miembros de ese mismo jurado calificador;

Que, en razón de lo anterior, es conveniente disponer lo pertinente, en relación con lo aquí expuesto, en los términos que se consignan en la parte Resolutiva;

En uso de las atribuciones conferidas a la señora Decana de la Facultad de Ciencias Sociales;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el proyecto de tesis titulado: "**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES**



RESOLUCIÓN N° 004-2026/UNTUMBES-FACSO-D.

DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025", presentado por los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología, **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ y DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, para optar el título profesional de Licenciados en Psicología.

ARTÍCULO SEGUNDO: AUTORIZAR, la ejecución del proyecto de tesis denominado: "**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**", presentado por los estudiantes de la escuela profesional de Psicología, **MARLON ARNOLD VALLADOLID JIMÉNEZ y DIANA KAROLINA SALINAS YUPTON**, para optar el título profesional de Licenciados en Psicología.

ARTÍCULO TERCERO: RATIFICAR al Dr. Miguel Angel Saavedra Lopez como **asesor** del proyecto de tesis titulado "**APOYO SOCIAL E IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DEL RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE TUMBES, 2025**".

ARTÍCULO CUARTO: DEJAR expresamente indicado que, en conformidad con el artículo 59° del Reglamento de Tesis la Universidad Nacional de Tumbes, el incumplimiento de las funciones del jurado, el asesor o tesista, pueden solicitar el cambio del jurado.

ARTÍCULO QUINTO: DEJAR expresamente indicado que, en conformidad con el artículo 56° del Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes, el tesista puede cambiar de asesor y/o coasesor (es) si no cumplen sus funciones, según el ítem a) del artículo 52° del presente reglamento.

ARTÍCULO SEXTO: COMUNICAR la presente Resolución a los docentes aquí nominados, al vicerrectorado académico y al instituto de investigación, lo dispuesto en la presente resolución para su conocimiento y las acciones que son de su propia competencia.

Dada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes, el cinco de enero del dos mil veintiséis.

REGÍSTRASE Y COMUNÍCASE: (Fdo.) Dra. ARMINA ISABEL MORAN BACA, Decana de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes; (Fdo.) Dr. Cristhiam Jacob Hidalgo Sandoval, Secretario Académico de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes.

C. c.
-RECTOR-VRACAD-OGCDA
-FACSO-DDH-DDT-DET-DDED
-DEED-DDPS-DEPS-DECC
-REG.TEC-Interesado-Archivo
AIMB/D.
CJHS/Sec. Acad.



Dr. Cristhiam Jacob Hidalgo Sandoval
SECRETARIO ACADÉMICO