

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
FACULTAD DE POSGRADO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

INFORME DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS Y  
DESASTRES

**TEMA:**

FACTORES PSICOLÓGICOS DE RECAÍDA EN PACIENTES DE REHABILITACIÓN  
POR ADICCIÓN A DROGAS TRAS LA EMERGENCIA SANITARIA (COVID-19) EN  
CETAD "FORTALEZA DE VIDA" UBICADO EN EL RECINTO COCHANCAY

**AUTORES:**

PARRALES LUCIN NOHELIA MICHELLE  
PEREZ MORAN MADELINE ESTEPHANIE

**DIRECTORA:**

MSc. NOEMÍ ALCHUNDIA MENDOZA

MILAGRO, 2025

## Derechos de autor

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Nohelia Michelle Parrales Lucin y Madeline Esthephanie Pérez Moran** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Psicología Clínica con mención en emergencias y desastres**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Publica y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 5 de Diciembre del 2025

NOHELIA  
MICHELLE  
PARRALES  
LUCIN

Firmado digitalmente porNOHELIA  
MICHELLE PARRALES LUCIN  
DN: cn=NOHELIA MICHELLE  
PARRALES LUCIN c=EC  
e=Luzzate Cia. Ltda., ou=Ente de  
Certificacion  
c=nichelem-palu@gmail.com  
Motivo: Soy el autor de este  
documento  
Ubicacion:  
Fecha: 2025-12-05 18:54:10:00

**Nohelia Michelle Parrales Lucin**

**2450297045**

MADLINE ESTEPHANIE  
PEREZ MORAN

Firmado digitalmente porMADLINE ESTEPHANIE PEREZ MORAN  
DN: cn=MADLINE ESTEPHANIE PEREZ MORAN c=EC ou=Luzzate  
Cia. Ltda., ou=Ente de Certificacion emadlineperez@gmail.com  
Motivo: Soy el autor de este documento  
Ubicacion:  
Fecha: 2025-12-05 18:45:10:00

**Madeline Esthephanie Pérez Moran**

**0918947821**

## **Aprobación del tutor del Trabajo de Titulación**

Yo, Psi. Maria Noemi Alchundia Mendoza en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Nohelia Michelle Parrales Lucin y Madeline Esthephanie Pérez Moran** cuyo tema es **Factores Psicológicos de Recaída en Pacientes de Rehabilitación Por Adicción A Drogas Tras La Emergenica Sanitaria (Covid-19) En CETAD “FORTALEZA DE VIDA” ubicado en el Recinto Cochancay**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Publica y Bienestar Humano Integral** , previo a la obtención del Grado **Magíster en Psicología Clínica con mención en emergencias y desastres**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, **5 de Diciembre del 2025**



firmado electrónicamente por:  
**MARIA NOEMI  
ALCHUNDIA MENDOZA**  
Validar únicamente con Firm@BC

**C.I.: 0927878785**

## VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

### FACULTAD DE POSGRADO

### ACTA DE SUSTENTACIÓN

### MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de diciembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. PEREZ MORAN MADELINE ESTEPHANIE, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **FACTORES PSICOLÓGICOS DE RECAIDA EN PACIENTES DE REHABILITACIÓN POR ADICCIÓN A DROGAS TRAS EMERGENCIA SANITARIA (COVID-19) EN PACIENTES DE CETAD "FORTALEZA DE UNA NUEVA VIDA" DEL RECINTO COCHANCAY**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Master FLORES ORTIZ WILSON ALEJANDRO, Presidente(a), CARDENAS HINOJOSA RUBEN DARIO en calidad de Vocal; y, Psi. GOMEZ GAONA CRISTHIAN ISMAEL que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.17
DEFENSA ORAL	39.98
<b>PROMEDIO</b>	<b>99.14</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>EXCELENTE</b>

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



WILSON ALEJANDRO  
FLORES ORTIZ

Validar únicamente con FIRMADO

Master FLORES ORTIZ WILSON ALEJANDRO  
**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



RUBEN DARIO  
CARDENAS HINOJOSA

Validar únicamente con FIRMADO

CARDENAS HINOJOSA RUBEN DARIO  
**VOCAL**



CRISTHIAN ISMAEL  
GOMEZ GAONA

Validar únicamente con FIRMADO

Psi. GOMEZ GAONA CRISTHIAN ISMAEL  
**SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

MADELINE ESTEPHANIE  
PEREZ MORAN

Firmado digitalmente por MADELINE ESTEPHANIE PEREZ MORAN  
DN: cn=MADELINE ESTEPHANIE PEREZ MORAN, o=EC, ou=Escuela  
Cia. L.Mia, ou=Oficina de Certificación eFirmaPerizon@gmail.com  
Módulo Sny el autor de este documento  
Ubicación:  
Fecha: 2025-12-30 11:43:10:00

LIC. PEREZ MORAN MADELINE ESTEPHANIE  
**MAGISTER**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE POSGRADO**  
**ACTA DE SUSTENTACIÓN**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticinco días del mes de diciembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. PARRALES LUCIN NOHELIA MICHELLE, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **FACTORES PSICOLÓGICOS DE RECAIDA EN PACIENTES DE REHABILITACIÓN POR ADICCIÓN A DROGAS TRAS EMERGENCIA SANITARIA (COVID-19) EN PACIENTES DE CETAD "FORTALEZA DE UNA NUEVA VIDA" DEL RECINTO COCHANCAY**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Master FLORES ORTIZ WILSON ALEJANDRO, Presidente(a), CARDENAS HINOJOSA RUBEN DARIO en calidad de Vocal; y, Psi. GOMEZ GAONA CRISTHIAN ISMAEL que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.17
DEFENSA ORAL	38.81
<b>PROMEDIO</b>	<b>97.98</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>EXCELENTE</b>

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



Firmado electrónicamente por:  
WILSON ALEJANDRO  
FLORES ORTIZ  
Validar únicamente con FirmaEC

---

Master FLORES ORTIZ WILSON ALEJANDRO  
**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:  
ANGELICA MARIA  
SOLIS MANZANO  
Validar únicamente con FirmaEC

---

CARDENAS HINOJOSA RUBEN DARIO  
**VOCAL**



Firmado electrónicamente por:  
CRISTHIAN ISMAEL  
GOMEZ GAONA  
Validar únicamente con FirmaEC

---

Psi. GOMEZ GAONA CRISTHIAN ISMAEL  
**SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:  
NOHELIA MICHELLE  
PARRALES LUCIN  
Validar únicamente con FirmaEC

---

LIC. PARRALES LUCIN NOHELIA MICHELLE  
**MAGÍSTER**

## **Dedicatoria**

Dedicamos este trabajo de titulación, ante todo, a Dios, quien ha sido nuestra fuente de fortaleza, guía y esperanza en cada etapa de este camino académico. A él entregamos nuestras dudas, nuestras metas y nuestros esfuerzos, confiando en su sabiduría para dirigir cada paso. En los momentos de cansancio nos dio descanso, en los momentos de incertidumbre nos dio claridad, y en los momentos de presión nos otorgó la serenidad necesaria para continuar. Reconocemos este logro solo por la gracia de Dios, la cual es profunda y permanente.

Dedicamos también este trabajo a nuestros padres, quienes con su amor incondicional han sido el fundamento de todo lo que hoy somos. Gracias por su ejemplo de sacrificio, responsabilidad y perseverancia; por inculcarnos desde pequeñas el valor del estudio, la disciplina y la honestidad; por acompañarnos incluso en silencio en los días más exigentes. Gracias por sostenernos con sus palabras de ánimo, por creer en nuestras capacidades aun cuando nosotras mismas dudábamos, y por brindarnos un hogar lleno de valores, respeto y fe. Cada página de este trabajo es fruto de su entrega, de su esfuerzo y de los innumerables actos de amor que han marcado nuestras vidas. Este logro es tan nuestro como suyo.

A los hijos de Madeline, que muchas veces tenían que compartir su tiempo con mamá y colaborar en lo que sea necesario para que este logro se haga realidad, demostrando como madre que la disciplina y la constancia los podrá llevar lejos, que son capaces de lograr todo lo que se propongan, que hay una diferencia entre los que solo sueñan y aquellos que convierten esos sueños en realidad, gracias por ser motor en todas las adversidades que pasaron como familia para que su madre alcance esta meta.

Extendemos esta dedicatoria a nuestros docentes, quienes con dedicación, profesionalismo y vocación formaron parte esencial de nuestro crecimiento académico y personal. Gracias por cada clase que nos desafió a pensar más allá de lo evidente, por cada orientación que fortaleció nuestro criterio, por cada exigencia que elevó nuestro

compromiso y por cada consejo que dejó huellas permanentes en nuestro desarrollo profesional. Su labor educativa no solo nos transmitió conocimiento, sino también la responsabilidad ética que implica ejercer nuestra profesión. Su impacto permanecerá en nuestra práctica y en nuestro servicio a la comunidad.

Dedicamos este trabajo a nuestras familias en general, a quienes nos acompañaron con paciencia y cariño en cada etapa. A los hermanos que celebraron cada avance, a los familiares que ofrecieron apoyo cuando lo necesitábamos, a quienes nos regalaron palabras de calma en momentos de estrés académico, y a quienes hicieron posible que pudiéramos concentrarnos en este proyecto con tranquilidad. Su comprensión y afecto fueron un sostén emocional invaluable.

También lo dedicamos a nuestros amigos y compañeros de estudio, quienes compartieron con nosotras jornadas de lectura, análisis, desvelo y trabajo colaborativo. Agradecemos las conversaciones que aclararon ideas, las bromas que aliviaron tensiones, el compañerismo que nos recordó que este camino no lo recorrimos solas, y la solidaridad que nos dio impulso en los días más complejos. La presencia de cada uno de ustedes hizo este proceso más humano, más llevadero y más significativo.

Dedicamos este trabajo, además, a todas las personas que, de alguna manera, formaron parte silenciosa de este proceso: quienes nos brindaron una palabra de aliento, una oración, un gesto amable, una ayuda espontánea o simplemente un espacio para desahogarnos. Aunque sus nombres no se encuentren escritos en estas páginas, su apoyo fue fundamental para llegar hasta aquí.

Finalmente, nos dedicamos este trabajo a nosotras mismas, Nohelia Parrales Lucín y Madeline Pérez Morán, por la valentía de iniciar este camino y la determinación de culminarlo. Por cada noche de estudio, por cada esfuerzo que no siempre fue visto, por cada momento en que elegimos avanzar a pesar del cansancio, por cada reto superado y por cada meta alcanzada. Por no rendirnos, por creer, por aprender y crecer. Este logro también es un reconocimiento a nuestra disciplina, a nuestra resiliencia y a la confianza que fuimos construyendo en nosotras mismas a lo largo de este proceso.

Con profunda gratitud, respeto y emoción, presentamos esta dedicatoria como reflejo de un camino compartido, de un sueño cumplido y de una etapa que marca nuestras vidas para siempre.

### **Agradecimientos**

Agradecemos profundamente a Dios, por concedernos la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar este trabajo de titulación. Durante este recorrido, Su presencia fue guía indispensable en los momentos de duda, refugio en el cansancio y luz en cada desafío. Reconocemos que cada avance logrado ha sido posible gracias a Su voluntad y a la paz que él depositó en nuestros corazones para enfrentar las exigencias académicas y personales propias de este proceso.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestras familias, especialmente a nuestros padres, cuyo apoyo incondicional fue una base firme que nos sostuvo desde el inicio. Gracias por su paciencia, su comprensión ante nuestras ausencias, su compañía silenciosa en las noches de estudio, sus palabras de ánimo en los momentos de agotamiento, y por creer en nuestra capacidad incluso cuando los retos parecían superarnos. Su amor, sacrificio y dedicación hicieron posible que este sueño se concretara. A cada uno de ustedes, gracias por caminar a nuestro lado con entrega, cariño y fe.

Agradecemos también a nuestros docentes, quienes aportaron significativamente a nuestra formación profesional y humana. A cada maestro que compartió su conocimiento con responsabilidad y compromiso, que nos orientó con claridad, que nos exigió con criterio y nos acompañó con su experiencia, les extendemos nuestra gratitud. Su dedicación fortaleció nuestras competencias y permitió que este trabajo se desarrollara con rigor académico. A nuestro tutor y a todos quienes participaron en la revisión, retroalimentación o guía metodológica, les agradecemos la paciencia, la orientación y el apoyo continuo que contribuyeron a la calidad de esta investigación.

Extendemos nuestro agradecimiento a las autoridades académicas y administrativas de la universidad, por facilitar los espacios, recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo este proyecto. Reconocemos su labor en la gestión educativa y su compromiso con la formación de profesionales íntegros y capacitados.

A los participantes y colaboradores del proceso investigativo, les expresamos un agradecimiento especial. Gracias por su disposición, su tiempo y su apertura para compartir información relevante que enriqueció nuestros análisis y permitió la construcción de resultados significativos. Su colaboración fue fundamental para dar sentido y validez al propósito de este estudio.

No olvidamos a nuestros compañeros y amigos, quienes estuvieron presentes con solidaridad, apoyo emocional, palabras oportunas y compañía en las diversas etapas de este camino. Gracias por brindar ánimo, comprensión y motivación en los momentos más exigentes; por compartir recursos, opiniones, experiencias y aprendizajes; y por recordarnos que este proceso, aunque demandante, también podía vivirse con humanismo, compañerismo y humor.

A todas las personas que, de manera directa o indirecta, aportaron un gesto, un consejo, una oración o una muestra de buena voluntad, les expresamos nuestro sincero agradecimiento. Aunque sus nombres no estén mencionados uno por uno, su apoyo ha dejado una huella significativa en nosotras.

Finalmente, agradecemos a nosotras mismas por la determinación, la disciplina y la fuerza interior que mantuvimos para culminar este proyecto. Reconocemos el esfuerzo invertido, las horas dedicadas, los sacrificios realizados y la constancia que nos permitió transformar este desafío en una meta cumplida.

A todos ustedes, gracias por ser parte esencial de este logro académico y personal.

## Resumen

La pandemia de COVID-19 representó un escenario crítico para los pacientes en rehabilitación por consumo de sustancias, el aislamiento social y la interrupción de terapias presenciales afectaron directamente la continuidad de sus procesos de recuperación (Gordon, 2020). Este estudio tuvo como objetivo analizar los factores psicológicos asociados a la reincidencia al consumo de drogas de los pacientes en tratamiento tras la emergencia sanitaria en Ecuador.

Los resultados mostraron que niveles elevados de ansiedad y depresión, baja percepción de autoeficacia y estrategias de afrontamiento disfuncionales incrementaron significativamente el riesgo de recaída. Adicional, la discontinuidad de programas terapéuticos y la fragilidad de redes de apoyo social acentuaron la vulnerabilidad emocional y conductual de los participantes (Bergman & Kelly, 2021). Se concluye que el fortalecimiento del autocuidado y de estrategias adaptativas resulta esencial para reducir la probabilidad de recaídas en contextos de crisis sanitarias (OPS, 2021).

**Palabras clave:** Adicciones; Recaída; COVID-19; Factores psicológicos; Salud mental.

## Abstract

The COVID-19 pandemic represented a critical scenario for patients undergoing rehabilitation for substance use, as social isolation and the interruption of in-person therapies directly affected the continuity of their recovery processes (Gordon, 2020). This study aimed to analyze the psychological factors associated with drug use relapse among patients in treatment after the health emergency in Ecuador.

The results showed that high levels of anxiety and depression, low self-efficacy perception, and dysfunctional coping strategies significantly increased the risk of relapse. Furthermore, the discontinuity of therapeutic programs and the fragility of social support networks heightened the emotional and behavioral vulnerability of participants (Bergman & Kelly, 2021). It is concluded that strengthening self-care and adaptive strategies is essential to reduce the likelihood of relapse in health crisis contexts (PAHO, 2021).

**Keywords:** Addictions; Relapse; COVID-19; Psychological factors; Mental health.

## Lista de Siglas

**APA** – American Psychological Association

**BAI** – Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)

**BDI-II** – Beck Depression Inventory – II (Inventario de Depresión de Beck-II)

**CDC** – Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.)

**CETAD** – Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones

**COVID-19** – Coronavirus Disease 2019 (Enfermedad por Coronavirus 2019)

**EMCDDA** – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)

**mhGAP** – Mental Health Gap Action Programme (Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental)

**MSP** – Ministerio de Salud Pública (Ecuador)

**NIDA** – National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, EE. UU.)

**OMS** – Organización Mundial de la Salud

**OPS** – Organización Panamericana de la Salud

**UNODC** – United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)

## Lista de Abreviaturas

**cap.** – capítulo

**et al.** – y otros

**p.** – página

**pp.** – páginas

**ed.** – edición

**vol.** – volumen

**núm. / n.º** – número

**etc.** – etcétera

**Ej.** – ejemplo

**año s./s.** – sin año (cuando aplica en referencias)

## Contenido

Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Lista de Siglas.....	XI
Lista de Abreviaturas.....	XII
Capítulo 1.....	1
Problema de investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Delimitación del problema.....	2
1.3 Formulación del problema.....	3
1.4. Preguntas de investigación.....	4
1.5 Objetivos.....	4
1.5.1 Objetivo general.....	4
1.5.2 Objetivos específicos.....	5
1.6 Hipótesis.....	5
1.7 Justificación.....	5
1.8 Declaración de las variables.....	7
Variable dependiente.....	7
Variable independiente.....	7
Capítulo 2.....	8
2.1 Antecedentes referenciales.....	8

2.3 Marco teórico.....	16
La comprensión del proceso de rehabilitación en personas con adicciones.....	16
Capítulo 3.....	19
3.1 Diseño Metodológico.....	19
3.1.1 Tipos y diseño de investigación.....	19
3.2. Población y Muestra.....	19
3.2.1. Tipo de Muestra.....	20
Criterio de Inclusión.....	20
3.2.3. Criterio de Exclusión.....	20
3.3 Métodos y Técnicas.....	21
3.3.1. Inventario de Ansiedad de Beck.....	22
3.3.3. Escala de Autoeficacia General.....	25
3.3.4. Escala COPE Inventory (Escala de Afrontamiento).....	26
Capítulo 4.....	28
4. Análisis e interpretación de resultados.....	28
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	28
Capítulo 5.....	37
5. Conclusiones, discusión y recomendaciones.....	37
5.1 Discusión.....	37
Referencias.....	41

## Capítulo 1

### Problema de investigación

#### 1.1 Planteamiento del problema

En el 2020 debido a la pandemia por COVID-19 que sacudió al mundo, se pudo evidenciar un impacto significativo en la humanidad debido a la emergencia sanitaria personal y colectiva, con el paso de la misma hubo repercusiones y cambios en la sociedad, los sistemas de salud, la tecnología, la economía; etc. Las alteraciones físicas, emocionales y sociales evidencian el incremento del riesgo a recaída en pacientes en procesos de rehabilitación de drogas o consumo de sustancias.

Si bien en este período el centro de atención era la prevención del contagio del virus mencionado, por otro lado se generaba la preocupación por las personas vulnerables a situaciones críticas como aquellos que se encontraban en procesos de desintoxicación y rehabilitación por drogas, la recaída en este entorno se refiere al retorno de patrones de consumo después de un período de abstinencia, lo que significa un retroceso en el tratamiento y expone a la persona a riesgos, lo que compromete su calidad de vida (Fabelo et al., 2021).

De acuerdo a la emergencia que se presentaba y la falta de recursos para atenderla, otros factores se fueron presentando y obstaculizando los procesos de estos pacientes, la falta de redes de apoyo, el desborde emocional, la falta de habilidades de autocuidado, las creencias disfuncionales, el afrontamiento inadecuado ante la crisis, la ansiedad y el miedo parecen tener protagonismo en este fenómeno.

En la actualidad existe literatura que explica la adicción, orígenes, desde diferentes teorías, así también existen trabajos bibliográficos que se centran en la recaída o reincidencia en el consumo de drogas, así como del craving, la influencia específica de una emergencia sanitaria en esta población ha sido poco explorada, especialmente en el contexto ecuatoriano, la comprensión de estos factores permitirá diseñar y proponer intervenciones preventivas así como estrategias que disminuyan el impacto de riesgo ante una recaída frente a las diferentes situaciones sanitarias adversas.

Para el presente trabajo se considera la población del CETAD “Fortaleza de Vida” ubicado en Cochancay, Ecuador. Esta institución se dedica a la atención integral de personas con trastornos de consumo de sustancias, con varios años de experiencia, la elección de este centro se justifica debido a la atención de pacientes con alta vulnerabilidad a recaídas, los cuales asisten al centro desde distintas ciudades del país, cabe recalcar es un centro masculino que cuenta con un registro histórico de casos en los que la emergencias sanitarias personales y colectivas han afectado la continuidad de sus procesos o al menos han sido un factor de riesgo.

## **1.2 Delimitación del problema**

La presente investigación se delimita temporalmente al período comprendido entre los años 2020 y 2025, abarcando tanto los efectos inmediatos de la pandemia de COVID-19 como sus repercusiones posteriores en los procesos de rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. El estudio se circunscribe al Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones (CETAD) “Fortaleza de Vida”, ubicado en el recinto Cochancay, provincia del Cañar, Ecuador. La población de análisis está conformada por pacientes de género masculino, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, que se encuentran o se encontraron en proceso de rehabilitación dentro de la mencionada institución. En cuanto al alcance temático, la investigación se enfoca en la identificación y análisis de los factores psicológicos y emocionales como la ansiedad, el desbordamiento emocional, el aislamiento social, la falta de habilidades de autocuidado y afrontamiento, la interrupción de tratamientos y las creencias disfuncionales que inciden en la probabilidad de recaída durante o después del tratamiento de rehabilitación.

### 1.3 Formulación del problema

En el 2020 debido a la pandemia por COVID-19 que sacudió al mundo, se pudo evidenciar un impacto significativo en la humanidad debido a la emergencia sanitaria personal y colectiva, con el paso de la misma hubo repercusiones y cambios en la sociedad, los sistemas de salud, la tecnología, la economía; (D'Agostino y otros, 2021).

Las alteraciones físicas, emocionales y sociales evidencian el incremento del riesgo a recaída en pacientes en procesos de rehabilitación de drogas o consumo de sustancias. Si bien en este período el centro de atención era la prevención del contagio del virus mencionado, por otro lado se generaba la preocupación por las personas vulnerables a situaciones críticas como aquellos que se encontraban en procesos de desintoxicación y rehabilitación por drogas, la recaída en este entorno se refiere al retorno de patrones de consumo después de un período de abstinencia, lo que significa un retroceso en el tratamiento y expone a la persona a riesgos, lo que compromete su calidad de vida (Fabelo et al., 2021).

De acuerdo a la emergencia que se presentaba y la falta de recursos para atenderla, otros factores se fueron presentando y obstaculizando los procesos de estos pacientes, la falta de redes de apoyo, el desborde emocional, la falta de habilidades de autocuidado, las creencias disfuncionales, el afrontamiento inadecuado ante la crisis, la ansiedad y el miedo parecen tener protagonismo en este fenómeno.

En la actualidad existe literatura que explica la adicción, orígenes, desde diferentes teorías, así también existen trabajos bibliográficos que se centran en la recaída o reincidencia en el consumo de drogas, así como del craving, la influencia específica de una emergencia sanitaria en esta población ha sido poco explorada, especialmente en el contexto ecuatoriano, la comprensión de estos factores permitirá diseñar y proponer intervenciones preventivas así como estrategias que disminuyan el impacto de riesgo ante una recaída frente a las diferentes situaciones sanitarias adversas.

Se considera como objeto de estudio la población del CETAD “Fortaleza de Vida” ubicado en Cochancay, Ecuador. Esta institución se dedica a la atención integral de personas con trastornos de consumo de sustancias, con varios años de experiencia, la elección de este centro se justifica debido a la atención de pacientes con alta vulnerabilidad a recaídas, los cuales asisten al centro desde distintas ciudades del país, cabe recalcar es un centro masculino que cuenta con un registro histórico de casos en los que la emergencias sanitarias personales y colectivas han afectado la continuidad de sus procesos o al menos han sido un factor de riesgo.

#### **1.4. Preguntas de investigación**

Para el desarrollo de este trabajo se considera valorar los riesgos psicológicos de recaída en pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias. En este marco, se formulan las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo los factores psicológicos influyen para mantenerse en proceso de rehabilitación tras la emergencia sanitaria en pacientes con historial de adicción?

¿Cómo inciden las creencias disfuncionales y la percepción negativa de autoeficacia en la continuidad del tratamiento y la prevención de recaídas?

¿En qué medida las deficiencias en las habilidades de autocuidado y afrontamiento incrementan la vulnerabilidad psicológica y el riesgo de recaída durante la rehabilitación?

#### **1.5 Objetivos**

##### **1.5.1 Objetivo general**

Identificar y analizar los factores de riesgo psicológicos que influyen en la permanencia y continuidad del proceso de rehabilitación en pacientes con historial de adicción atendidos en el CETAD “Fortaleza de Vida”, considerando los efectos derivados de la emergencia sanitaria por COVID-19.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Determinar cómo los factores psicológicos influyen en la capacidad de los pacientes para mantenerse en proceso de rehabilitación tras la emergencia sanitaria.
- Examinar la incidencia de las creencias disfuncionales y la percepción negativa de autoeficacia en la continuidad del tratamiento y la prevención de recaídas en pacientes en rehabilitación.
- Evaluar en qué medida las deficiencias en las habilidades de autocuidado y afrontamiento incrementan la vulnerabilidad psicológica y el riesgo de recaída durante el proceso de rehabilitación.

### **1.6 Hipótesis**

Se plantea como hipótesis que la presencia de factores de riesgo psicológicos, tales como la ansiedad, la depresión, el desbordamiento emocional, las creencias disfuncionales y las deficiencias en las habilidades de autocuidado y afrontamiento, influye significativamente en la probabilidad de recaída de los pacientes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias en el CETAD “Fortaleza de Vida”. Se considera que niveles elevados de ansiedad y depresión, junto con una baja percepción de autoeficacia y estrategias de afrontamiento inadecuadas, afectan la estabilidad emocional, reducen la adherencia terapéutica y aumentan la vulnerabilidad psicológica, dificultando la permanencia en el tratamiento y favoreciendo la recaída posterior a situaciones de crisis, como las emergencias sanitarias.

### **1.7 Justificación**

Se fundamenta ante la necesidad de como profesionales de la salud mental con énfasis en el ámbito de las adicciones comprender aquellos factores psicológicos que pueden llegar a influir en la recaída de un paciente que se encuentra en un proceso de rehabilitación, en diversos escenarios de emergencias, dentro del CETAD Fortaleza de Vida, esta se dedica a la atención integral de personas de género masculino que tengas

algún tipo de adicciones, se ha evidenciado la existencia de acontecimientos críticos y estos han generado repercusiones de carácter emocional y comportamental, que influyen no solo en la adherencia al tratamiento, sino que también favorecen a que el paciente tenga una recaída como lo menciona (OPS, 2021) al indicar que cerca del 60% de los países en la región de las Américas llegaron a experimentar interrupciones en la atención de su trastorno por uso de sustancias durante la emergencia sanitaria experimentada en el año 2020.

Este estudio podrá contribuir al desarrollo del conocimiento científico frente a la interacción de las emergencias y las recaídas en las adicciones, dado que muy pocos datos existen sobre este fenómeno en el país y su región. Se indagará dentro de las variables como autoeficacia, habilidades de afrontamiento, los mismos que han demostrado una eficacia en la prevención de recaídas (UNODC & OMS, 2023), esto permitirá que exista un marco conceptual que se pueda aplicar en otros contextos del país y Latinoamérica en general como lo menciona (Minda, 2021) sobre el fortalecimiento de estas variables reduce significativamente el riesgo de recaída.

Al aplicarlo en un entorno clínico real permite asegurar que los hallazgos recabados tengan un alto valor en la praxis al realizar la propuesta de futuras estrategias de intervención ante crisis, brindando así un fortalecimiento de continuidad terapéutica y minimizando el riesgo de recaídas, beneficiando no solo a los procedimientos y protocolos internos del CETAD si no 6 también la actuación y actualización de guías de salud mental en este contexto. Mantenido una relevancia al mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las personas de su entorno, generando nuevos conocimientos sobre la adherencia al tratamiento en contextos de emergencia. Este estudio contiene una viabilidad debido al acceso directo con la población objetivo, ya que se posee con el respaldo institucional, teniendo una amplia experiencia en el abordaje de conducta adictiva y la disponibilidad de recursos metodológicos y humanos, facilitando su ejecución.

En su novedad científica reside en que en la actualidad no se realizados estudios sistémicos sobre la influencia de las emergencias en pacientes ecuatorianos en proceso de

rehabilitación. Al realizar una combinación de las variables psicológicas y las condiciones contextuales permitirá tener evidencia científica útil para la prevención y manejo de recaídas en escenarios críticos, teniendo así un fortalecimiento en la atención integral y beneficios directos para la sociedad, En este contexto, dentro del abordaje ecuatoriano se han resaltado la importancia de que existan modalidades de teleasistencia para garantizar así la continuidad del proceso terapéutico en poblaciones vulnerables (Valcárcel et al., 2022).

### **1.8 Declaración de las variables**

#### **Variable dependiente**

**Pacientes con adicciones en proceso de rehabilitación en el CETAD “Fortaleza de Vida”**

Esta variable hace referencia a los individuos que se encuentran en una fase activa de tratamiento y recuperación por consumo problemático de sustancias dentro del Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones (CETAD) “Fortaleza de Vida”, ubicado en el recinto Cochancay, provincia del Cañar. Su análisis se orienta a la estabilidad emocional, la adherencia terapéutica y la probabilidad de recaída posterior al proceso de intervención. De acuerdo con las *Directrices sobre el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias* (OMS, 2024), el abordaje efectivo de la rehabilitación requiere un enfoque biopsicosocial, que integre la salud mental, la atención centrada en la persona y estrategias terapéuticas basadas en la evidencia. Este marco permite comprender de manera integral los procesos psicológicos, conductuales y sociales implicados en la recuperación de los pacientes.

#### **Variable independiente**

**Dificultades en la rehabilitación tras la emergencia sanitaria por COVID-19**

Esta variable comprende el conjunto de factores psicológicos y contextuales que afectaron la continuidad y efectividad del proceso terapéutico de los pacientes en rehabilitación a raíz de la pandemia de COVID-19. La emergencia sanitaria se concibe como un estresor global que produjo un impacto abrupto en la estructura social, económica y emocional de las

personas, intensificando situaciones como el aislamiento social, el miedo al contagio, la incertidumbre y la interrupción de tratamientos presenciales. Dichas condiciones generaron un entorno de alta vulnerabilidad psicológica, donde la ansiedad, la depresión, el desbordamiento emocional y las deficiencias en las habilidades de autocuidado y afrontamiento se potenciaron, dificultando la adherencia al tratamiento y aumentando la probabilidad de recaída

## **Capítulo 2.**

### **2.1 Antecedentes referenciales**

Según Javier et al., (2003). El fenómeno de la recaída en la adicción ha sido ampliamente estudiado desde un enfoque biopsicosocial, en los años ochenta, los psicólogos G. Alan Marlatt y Judith Gordon desarrollaron el Modelo Cognitivo-Conductual de Prevención de Recaídas, que constituyó un punto de inflexión en la comprensión de este fenómeno. Para estos autores, la recaída no debía interpretarse como un fracaso moral, sino como un proceso predecible que surge de la interacción entre factores situacionales, cognitivos y emocionales, de acuerdo a su planteamiento, las situaciones de alto riesgo, como el estrés interpersonal, la presión social o los estados emocionales negativos, demandan del individuo la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento (Becoña et al., 1989). La insuficiencia de la práctica de habilidades genera una disminución en la percepción de autoeficacia y un incremento en las expectativas positivas hacia el consumo, lo que facilita la ocurrencia de un lapsus, el cual acompañado de sentimientos de culpa y vergüenza, puede desembocar en una recaída total, un mecanismo que Marlatt definió como efecto de violación de la abstinencia, décadas después, la pandemia por COVID-19 se configuró como una situación de alto riesgo a escala global, confirmando la vigencia de lo expuesto por Marlatt y Gordon (Costoya et al., 2021).

En Europa, La Organización Mundial de la Salud (2020), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) documentaron que durante la emergencia sanitaria se produjeron aumentos en el consumo de sustancias y se interrumpieron los servicios de tratamiento en

gran parte de Europa y otras regiones. El aislamiento, el distanciamiento físico y las restricciones de movilidad limitaron el acceso a la terapia presencial y a las redes de apoyo, pilares fundamentales para la rehabilitación, investigaciones realizadas en Europa evidenciaron que el miedo a la COVID-19 se relacionó con una mayor dificultad en la regulación emocional, la desregulación, a su vez, incrementó los niveles de ansiedad-estado y favoreció la aparición de síntomas de abstinencia, lo que derivó en un mayor riesgo de recaída; estableciendo como un detonante que amplificó la vulnerabilidad emocional de las personas en proceso de recuperación (Gualimba, 2021). En Estados Unidos, el impacto de la crisis sanitaria sobre la salud mental y las adicciones fue igualmente devastador, pero con características particulares, para los autores Bilal et al.,(2021) los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) registraron un alarmante incremento en las muertes por sobredosis durante los meses más críticos de la pandemia.

Factores como el desempleo, la interrupción de la economía y la incertidumbre social se convirtieron en situaciones de alto riesgo que alimentaron el consumo problemático de opioides, alcohol y estimulantes, la imposibilidad de asistir a grupos de apoyo presenciales o de acceder a servicios de desintoxicación redujo drásticamente las posibilidades de mantener la rehabilitación, la adicción como enfermedad crónica se enfrentó a un ambiente que incapacitó las habilidades de afrontamiento y facilitó la recaída.

La situación en Latinoamérica se agravó por condiciones estructurales de desigualdad y precariedad laboral ya existentes, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió sobre un incremento en la demanda de servicios de salud mental y atención a las adicciones durante la pandemia, en un escenario en el que la mayoría de los sistemas sanitarios de la región carecían de los recursos suficientes para dar respuesta. Las restricciones por confinamiento dificultaron aún más la continuidad de los programas de rehabilitación, especialmente en comunidades con bajos ingresos, en países latinoamericanos, la crisis económica y la falta de redes formales de apoyo empujaron a muchas personas a enfrentar sus procesos de recuperación en soledad, lo que se tradujo

en un repunte de recaídas. La OPS subrayó que estas circunstancias revelaron la fragilidad de los sistemas de atención a las adicciones en la región. De acuerdo a Zumárraga (2020) en Ecuador, esta problemática global encontró un lugar, investigaciones locales señalaron un incremento en los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre la población general durante el confinamiento, siendo más marcado en personas en proceso de rehabilitación, lo síntomas se vincularon directamente con un mayor riesgo de recaída, por lo general el consumo de sustancias se utilizó como estrategia de afrontamiento frente al malestar emocional. El aislamiento social, la suspensión de terapias presenciales y la debilitación de las redes de apoyo afectivas y comunitarias se tradujeron en la pérdida de los recursos más valiosos para sostener la abstinencia, la ausencia de acompañamiento profesional y familiar generó, además, un deterioro significativo en el bienestar emocional de los pacientes.

De acuerdo a lo expuesto en párrafos anteriores los Centros Especializados en el Tratamiento de las Adicciones (CETAD), como “Fortaleza de una Nueva Vida”, tuvieron que operar en condiciones de alta vulnerabilidad, lo que evidenció la necesidad urgente de estudiar los factores que influyeron en la permanencia de los pacientes en los programas. En Europa como en Estados Unidos, Latinoamérica y particularmente Ecuador, la emergencia sanitaria por COVID-19 no solo actuó como un factor de riesgo externo, sino que también amplificó las vulnerabilidades internas de los pacientes en rehabilitación, la desregulación emocional, el déficit de habilidades de autocuidado y la presencia de creencias desadaptativas se consolidaron como variables determinantes en la probabilidad de recaída.

## **2.2 Marco conceptual**

### **Acceso limitado a recursos**

El acceso limitado a recursos implica la dificultad para utilizar servicios, herramientas o apoyos necesarios para mantener el proceso de recuperación. La ausencia de recursos adecuados puede obstaculizar el seguimiento de terapias, la participación en programas de rehabilitación el fortalecimiento del autocontrol.

## **Adicción**

La adicción es un trastorno crónico y complejo que involucra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Según Volkow, et al., (2016) se caracteriza por la dependencia física y psicológica a sustancias o comportamientos, generando alteraciones en los circuitos cerebrales de recompensa, motivación y memoria.

## **Ansiedad**

Beck y Clark (1997) explican que la ansiedad surge de interpretaciones exageradas del peligro y una subestimación de los propios recursos. En pacientes en rehabilitación, los estados ansiosos aumentan la impulsividad y la susceptibilidad a recaer.

La APA (2023) destaca que los trastornos de ansiedad son comórbidos en más del 60 % de los casos de adicción. La evaluación mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) permite identificar la severidad de los síntomas y su impacto en la permanencia terapéutica (Sanz & Navarro, 2003).

## **Depresión**

Beck (1979) plantea que la depresión se sostiene por un patrón de pensamiento negativo conocido como la “tríada cognitiva”. La OMS (2024) reconoce la depresión como uno de los principales factores que contribuyen al abandono del tratamiento y la recaída. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un instrumento ampliamente validado que permite medir la severidad y frecuencia de los síntomas (González et al., 2015).

## **Autoeficacia**

La autoeficacia, definida por Bandura (1977) como la creencia en la capacidad personal para enfrentar situaciones difíciles, es un predictor directo del éxito terapéutico. Los pacientes con mayor autoeficacia muestran mayor adherencia al tratamiento y menor riesgo de recaída (Baessler & Schwarzer, 1996). Esta variable también se asocia con un mayor sentido de autocuidado y control emocional (Torrecillas et al., 2002).

## **Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el afrontamiento como el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que permiten manejar las demandas estresantes. Los estilos adaptativos (afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva) favorecen la estabilidad emocional, mientras que los desadaptativos (evitación, negación) se relacionan con recaídas. El Brief-COPE (Carver, 1997) es la herramienta más utilizada para evaluar dichos estilos.

## **Autocuidado**

El autocuidado se define como la capacidad del individuo para mantener conductas orientadas al bienestar físico y emocional. Según Orem (1991), es un proceso de responsabilidad personal frente a la salud. En pacientes con adicciones, el autocuidado incluye mantener rutinas saludables, adherirse al tratamiento, regular el sueño y prevenir recaídas. La OMS (2024) lo considera un pilar fundamental de la salud mental post-COVID-19.

Esta dependencia conduce a comportamientos compulsivos que persisten a pesar de las consecuencias negativas en la vida del individuo, como problemas de salud, deterioro en las relaciones interpersonales y dificultades sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la adicción como un síndrome que incluye incapacidad de controlar el consumo, aparición de tolerancia, síntomas de abstinencia y efectos adversos sobre la salud.

## **Aislamiento social**

Se entiende como la reducción o ausencia de interacción significativa con otras personas, lo cual limita el acceso a apoyo emocional, guía social y oportunidades de comunicación positiva, esta condición puede afectar negativamente el bienestar psicológico y disminuir la capacidad de los individuos para mantener conductas saludables, aumentando la probabilidad de recaída en pacientes en rehabilitación. Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional caracterizada por preocupación, tensión o inquietud ante estímulos anticipatorios que se perciben como peligrosos o difíciles de controlar, puede generar respuestas fisiológicas y cognitivas que afectan la capacidad de autocontrol y la resistencia frente a la tentación de consumir sustancias.

### **Emergencia Sanitaria (COVID -19)**

La pandemia de COVID-19 se define para este estudio como un estresor contextual masivo de carácter global, se conceptualiza como un evento que alteró de manera significativa y abrupta las estructuras sociales, económicas y personales, generando situaciones de alto riesgo como el aislamiento social forzado, la incertidumbre económica, el miedo al contagio y la interrupción de las rutinas.

Emergencias sanitarias personales Las emergencias sanitarias personales son situaciones críticas de salud que afectan la integridad física o psicológica del individuo y requieren atención inmediata, afectan la capacidad de los pacientes para mantener la abstinencia, ya que interrumpen la continuidad de los tratamientos, reducen el soporte social y limitan el acceso a recursos terapéuticos.

### **Estrés**

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica del individuo ante situaciones percibidas como desafiantes o amenazantes, que requieren adaptación o manejo de demandas internas o externas. Esta respuesta puede afectar la regulación emocional, la concentración y la toma de decisiones, incrementando la vulnerabilidad a conductas de riesgo.

### **Habilidades de autocuidado y afrontamiento**

Las habilidades de autocuidado son estrategias conscientes y autodirigidas que un individuo utiliza para preservar su bienestar físico y psicológico (ej. ejercicio, nutrición, higiene del sueño, meditación). Las habilidades de afrontamiento, según el modelo de Lazarus y Folkman, son los recursos cognitivos y conductuales que se emplean para manejar situaciones estresantes y percibir control sobre ellas, ambas son consideradas

factores protectores esenciales, cuya deficiencia en el contexto de la adicción puede llevar al paciente a utilizar el consumo como una estrategia disfuncional para regular su estado emocional y evitar el malestar.

El afrontamiento se puede clasificar en afrontamiento centrado en el problema (dirigido a modificar la situación estresante) y afrontamiento centrado en la emoción (dirigido a reducir el malestar emocional), la incapacidad para emplear estas habilidades de manera efectiva durante una crisis aumenta significativamente la vulnerabilidad a la recaída (Sis Martínez, 2020).

### **Interrupción de tratamientos**

La interrupción de tratamientos se refiere a la suspensión o discontinuidad en la participación de programas terapéuticos destinados a la rehabilitación de pacientes, esta interrupción puede debilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento y disminuir la adherencia a estrategias de recuperación.

### **Rehabilitación**

La rehabilitación se concibe como un proceso dinámico y multifacético que va más allá de la simple abstinencia física, su objetivo es la recuperación integral del individuo, abarcando su salud física, psicológica y social, implica una reestructuración profunda de los patrones de pensamiento y comportamiento, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento y de regulación emocional para facilitar la reintegración en la sociedad (Acosta et al., 2010)

La adherencia al tratamiento es la variable clave que sostiene este proceso, siendo a su vez susceptible a la influencia de factores externos e internos, la rehabilitación no es un evento único, sino un camino de crecimiento continuo que busca restaurar el bienestar, la funcionalidad y la calidad de vida en todas las áreas del individuo.

## **Recaída**

La recaída se entiende como el retorno al consumo de sustancias tras un periodo de abstinencia. Para Marlatt y Gordon (1985), no constituye un fracaso, sino un proceso natural dentro de la recuperación que permite analizar los factores de riesgo y reforzar estrategias de afrontamiento, la recaída puede manifestarse de manera progresiva: desde pensamientos y deseos de consumir, hasta episodios aislados o retorno al patrón de consumo anterior.

Blanco et al., (2003) diferencia del “lapsus” (un episodio de uso único), la recaída representa la reactivación completa del ciclo adictivo. Autores influyentes como G. Alan Marlatt y Judith Gordon transformaron la visión de la recaída, conceptualizándola no como un fracaso moral o un error irrecuperable, sino como un evento predecible y prevenible, resultado de una interacción compleja entre factores internos (emocionales y cognitivos) y externos (contextuales y sociales).

## **Soledad**

La soledad es la experiencia subjetiva de sentirse desconectado o carente de apoyo emocional y compañía, más allá del aislamiento físico, la soledad genera malestar psicológico, reduce la motivación y debilita los recursos internos de afrontamiento, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a la recaída.

## **Vulnerabilidad individual**

La vulnerabilidad individual se refiere a la predisposición de una persona a experimentar recaídas o dificultades ante situaciones estresantes, derivada de factores biológicos, psicológicos y sociales, se incluyen la predisposición genética, antecedentes de trauma, comorbilidades psicológicas y limitaciones en habilidades de afrontamiento, los cuales elevan el riesgo de retorno al consumo y afectan la capacidad de mantener la abstinencia.

## **2.3 Marco teórico**

### **La comprensión del proceso de rehabilitación en personas con adicciones**

La comprensión del proceso de rehabilitación en personas con adicciones requiere analizar los múltiples factores psicológicos que intervienen en la vulnerabilidad a la recaída, especialmente después de experiencias de crisis globales como la emergencia sanitaria por COVID-19. La evidencia científica contemporánea sostiene que la recaída no es un evento aislado ni fortuito, sino el resultado de una interacción compleja entre procesos cognitivos, emocionales y conductuales (Hendershot et al., 2011; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

### **Contexto psicológico postpandemia**

Durante los últimos años, los programas de rehabilitación han tenido que adaptarse a nuevas realidades psicológicas derivadas de la pandemia: el aislamiento, la incertidumbre económica y la pérdida de vínculos afectivos incrementaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión, lo cual afectó significativamente la adherencia terapéutica (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Estas alteraciones no solo comprometen la estabilidad emocional, sino que también debilitan la autoeficacia percibida, entendida como la confianza del paciente en su capacidad para resistir impulsos o mantenerse abstinentes (Bandura, 1977; Baessler & Schwarzer, 1996).

### **Procesos psicológicos asociados a la recaída**

La literatura sobre psicología de las adicciones indica que la recaída puede entenderse como una manifestación del desequilibrio entre las emociones negativas y los recursos de afrontamiento disponibles. Desde la teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), se reconoce que los individuos evalúan cognitivamente las demandas del entorno y los recursos personales para responder a ellas. Cuando el individuo percibe que no posee herramientas suficientes para hacer frente a los estresores —como la soledad, la culpa o el temor a fracasar—, su sistema psicológico entra en un estado de vulnerabilidad emocional, aumentando el riesgo de retorno al consumo. Este patrón se intensificó durante el confinamiento, donde las estrategias de afrontamiento

desadaptativas (evitación, negación, aislamiento) se hicieron más frecuentes (García et al., 2023).

### **El modelo cognitivo-conductual de la adicción**

El modelo cognitivo-conductual de la adicción (Beck et al., 1993) sostiene que el consumo y la recaída se mantienen por distorsiones cognitivas, como la sobregeneralización, la catastrofización y el pensamiento dicotómico. Estas cogniciones actúan como disparadores de emociones negativas que, en ausencia de estrategias de autocontrol, se canalizan mediante el uso de sustancias. Beck (2013) propone que la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento son claves para sostener el cambio conductual. La evidencia muestra que las intervenciones basadas en este modelo mejoran la adherencia y reducen las recaídas (McHugh et al., 2010).

### **El modelo de prevención de recaída**

El modelo de prevención de recaída de Marlatt y Gordon (1985) amplía esta comprensión al considerar la recaída como un proceso de aprendizaje. Este enfoque identifica las situaciones de alto riesgo y las respuestas ineficaces como elementos determinantes del retorno al consumo. Cuando la persona percibe baja autoeficacia, experimenta el denominado efecto de violación de la abstinencia, que desencadena culpa y frustración (Donovan & Marlatt, 2005). Los programas contemporáneos retoman estos principios e integran técnicas cognitivo-conductuales para fortalecer la autoeficacia y el manejo emocional (Hendershot et al., 2011).

### **La autoeficacia como factor protector**

La autoeficacia desempeña un papel mediador fundamental entre las emociones negativas y la conducta adictiva. Bandura (1977) señaló que la creencia en la propia capacidad influye directamente en la persistencia y autorregulación del comportamiento. Diversos estudios confirman que los pacientes con alta autoeficacia presentan mayor adherencia al tratamiento y menor reactividad emocional (Torrecillas et al., 2002;

Luszczynska et al., 2005). Este constructo se vincula estrechamente con el autocuidado, la resiliencia y la capacidad para manejar situaciones de alto riesgo sin recurrir al consumo.

### **La ansiedad y la depresión en la vulnerabilidad psicológica**

Desde el modelo cognitivo de Beck (1979) y Beck y Clark (1997), la ansiedad y la depresión derivan de esquemas disfuncionales que distorsionan la percepción de la realidad. En la ansiedad, el paciente sobrestima el peligro; en la depresión, predomina la visión negativa del yo, el entorno y el futuro. Ambas condiciones reducen la motivación y la esperanza, afectando la adherencia terapéutica. La literatura reciente asocia la comorbilidad entre ansiedad, depresión y adicción con mayores tasas de recaída (APA, 2023; OPS, 2021).

### **El afrontamiento como mediador del cambio conductual**

Las estrategias de afrontamiento determinan cómo el individuo enfrenta las emociones y el estrés. El uso de estrategias activas como la planificación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo promueve la estabilidad emocional, mientras que las pasivas como la negación y la desconexión incrementan el riesgo de recaída (Carver, 1997). El afrontamiento eficaz no solo implica resistir impulsos, sino reconstruir una manera funcional de gestionar el malestar emocional y la vida cotidiana.

El proceso de rehabilitación de adicciones debe abordarse desde una perspectiva biopsicosocial. La integración de los modelos cognitivo-conductual, de afrontamiento, autoeficacia y prevención de recaídas permite comprender la dinámica psicológica de la recaída como un fenómeno multidimensional. El fortalecimiento de la autoeficacia, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento adaptativas se consolida como eje central para mantener la abstinencia y promover la sostenibilidad del proceso de recuperación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

## **Capítulo 3**

### **3.1 Diseño Metodológico**

#### **3.1.1 Tipos y diseño de investigación**

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto no experimental y de tipo transversal, diseñado para analizar la recaída en pacientes en rehabilitación por consumo de drogas tras la pandemia. La integración de datos cuantitativos y cualitativos permitió comprender tanto la relación de variables de riesgo como las experiencias subjetivas de los participantes (Zúñiga et al., 2023).

La fase cuantitativa tuvo un alcance correlacional-explicativo, orientado a identificar y medir asociaciones entre factores psicológicos y la probabilidad de recaída (Arias, 2024).

De forma complementaria, la fase cualitativa adoptó un enfoque fenomenológico, centrado en explorar percepciones y vivencias de los pacientes en torno a su proceso terapéutico (Creswell & Poth, 2018).

El diseño mixto fue de carácter concurrente, lo que permitió la recolección y el análisis simultáneo de datos, facilitando la triangulación de resultados y asegurando una interpretación más sólida del fenómeno estudiado (Tashakkori & Teddlie, 2010)

#### **3.2. Población y Muestra**

La población inicial estuvo conformada por 100 hombres en rehabilitación por adicción a las drogas en el CETAD Fortaleza de una Nueva Vida, ubicado en la provincia de Cañar. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando criterios de inclusión y exclusión propios de este tipo de estudios.

Tras la aplicación de dichos criterios, edad mayor a 18 años, diagnóstico de adicción, haber concluido el proceso de rehabilitación, encontrarse en fase de reincorporación social y familiar, y haber firmado consentimiento informado. La muestra final quedó constituida por 33 hombres entre 18 y 65 años, con un tiempo mínimo de tratamiento de seis meses a un año.

Para la recolección de datos se utilizó un diseño mixto. La fase cuantitativa incluyó cuestionarios estructurados, mientras que la fase cualitativa contempló entrevistas en profundidad y revisión de historiales clínicos. La integración de ambas técnicas favoreció la triangulación metodológica y una comprensión más amplia del fenómeno de la recaída.

### **3.2.1. Tipo de Muestra**

La muestra será de tipo no probabilística por conveniencia, debido a que la selección dependerá de los pacientes disponibles durante el periodo de recolección de información y que cumplan con los criterios establecidos. Este tipo de muestreo es frecuente en investigaciones 31 clínicas, donde el acceso a la población depende de la autorización institucional y la disposición de los participantes (Sixto-Costoya et al., 2021).

### **Criterio de Inclusión**

- Ser paciente activo del CETAD al momento de la recolección de datos.
- Tener 18 años o más.
- Haber iniciado o continuado su proceso de rehabilitación durante o después de la pandemia de COVID-19.
- Aceptar participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

### **3.2.3. Criterio de Exclusión**

- Pacientes con trastornos psiquiátricos graves (ej. psicosis, esquizofrenia) que limiten la comprensión del cuestionario.
- Personas en fases iniciales de desintoxicación, debido a la inestabilidad física y emocional propia de ese momento.
- Sujetos que se nieguen a participar de manera voluntaria.

La delimitación de estos criterios busca garantizar la homogeneidad de la muestra y la obtención de datos confiables y pertinentes (OPS, 2021)

### **3.3 Métodos y Técnicas**

La variable desbordamiento emocional se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), diseñado para identificar síntomas de ansiedad clínica y manifestaciones somáticas relacionadas con el estrés (Beck et al., 1988). Su validez en población ecuatoriana ha sido confirmada en adolescentes kichwa-hablantes, con adecuados niveles de consistencia interna (Cañaricela & Guamán, 2022). Además, se ratificó su validez de constructo en población intercultural del Ecuador, lo que respalda su uso en este contexto (Cárdenas & Yánez, 2023).

La variable sintomatología depresiva y desesperanza se midió con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación clínica de la depresión (Beck et al., 1996). En población ecuatoriana adolescente, este inventario demostró confiabilidad adecuada y una estructura bidimensional adaptada al contexto local (Andrade, 2020).

La variable autocuidado se evaluó con la Escala de Autoeficacia General, orientada a medir la percepción de capacidad personal para enfrentar situaciones estresantes y mantener conductas de autocuidado (Baessler & Schwarzer, 1996). En Ecuador, su validez ha sido confirmada, evidenciando pertinencia para el análisis de la adherencia terapéutica en pacientes con adicciones (Ortega & Ramos, 2019).

La variable estrategias de afrontamiento se midió a través de la Escala COPE, la cual permite identificar estilos de afrontamiento funcionales e desadaptativos en situaciones de crisis (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Su adaptación en población ecuatoriana facilitó la evaluación de conductas como la búsqueda de apoyo o la evitación, vinculadas directamente con la probabilidad de recaída (Cedeño & Carpio, 2016).

### 3.3.1. Inventario de Ansiedad de Beck

Este instrumento ha demostrado alta sensibilidad para identificar síntomas ansiosos vinculados al estrés y la tensión emocional, siendo ampliamente empleado en contextos clínicos y de investigación, su validez en población ecuatoriana respalda su aplicación en contextos interculturales, permitiendo obtener mediciones fiables y culturalmente pertinentes del impacto emocional en la rehabilitación (Beck et al., 1988).

**Tabla 1**

*Ficha técnica*

---

**Nombre completo:**

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).

**Autores:**

Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer (1988).

**Objetivo:**

Evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad, tanto cognitivos como somáticos, en población clínica y no clínica.

**Descripción:**

El BAI es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems que describen síntomas comunes de la ansiedad (tensión, miedo, sensación de ahogo, palpitaciones, temblores, entre otros).

**Formato de respuesta:**

Escala tipo Likert de 4 puntos (0 = nada en absoluto, 3 = severamente).

---

---

**Puntuación e interpretación:**

La suma total indica el nivel de ansiedad:

0–7: Ansiedad mínima

8–15: Ansiedad leve

16–25: Ansiedad moderada

26–63: Ansiedad severa

**Confiabilidad:**

$\alpha$  de Cronbach entre .90 y .94 en estudios internacionales (Beck et al., 1988). En validaciones ecuatorianas recientes, se reporta  $\alpha = .87$  en población adolescente kichwa-hablante (Cañaricela & Guamán, 2022).

**Validez:**

Confirmada mediante análisis factorial y correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), mostrando adecuada discriminación entre ansiedad y depresión (Cárdenas & Yáñez, 2023).

**Población de aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Tiempo estimado de aplicación:** 10–15 minutos.

**Uso en esta investigación:** Medir el desbordamiento emocional y las manifestaciones somáticas de ansiedad en pacientes en proceso de rehabilitación.

---

**3.3.2. Inventario de Depresión de Beck**

La depresión constituye uno de los factores emocionales más influyentes en el riesgo de recaída, debido a su impacto en la motivación, la autopercepción y la adherencia terapéutica. El BDI-II ofrece una evaluación precisa de los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos asociados a los estados depresivos. Su amplia validación internacional y su adaptación al contexto ecuatoriano lo convierten en un instrumento sólido para la evaluación clínica de la depresión en población con antecedentes de consumo (Beck et al., 1996; Andrade, 2020).

## Tabla 2

### Ficha técnica

---

**Nombre completo:** Beck Depression Inventory-II (Inventario de Depresión de Beck).

**Autores:** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996).

**Objetivo:** Medir la intensidad de la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos.

**Descripción:** Compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión.

**Formato de respuesta:** Escala tipo Likert de 4 opciones (0 a 3), donde las puntuaciones más altas indican mayor severidad.

**Puntuación e interpretación:**

0–13: Depresión mínima

14–19: Depresión leve

20–28: Depresión moderada

29–63: Depresión severa.

**Confiabilidad:**  $\alpha$  de Cronbach entre .86 y .93. En población ecuatoriana adolescente se ha reportado  $\alpha = .88$  (Andrade, 2020).

**Validez:** Confirmada mediante análisis factorial bidimensional (afectivo-somático y cognitivo-emocional), adaptado al contexto ecuatoriano (Andrade, 2020).

**Población de aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Tiempo estimado de aplicación:** 10–15 minutos.

**Uso en esta investigación:** Evaluar la *sintomatología depresiva* y la *desesperanza* como factores asociados a la recaída.

---

### 3.3.3. Escala de Autoeficacia General

La autoeficacia constituye un predictor clave del mantenimiento de la abstinencia, ya que refleja el grado de seguridad que el paciente tiene respecto a su control conductual y emocional. En el contexto ecuatoriano, su aplicación ha mostrado resultados consistentes en pacientes con adicciones, validando su pertinencia cultural y psicométrica (Baessler & Schwarzer, 1996)

#### **Tabla 3**

##### *Ficha técnica*

---

**Nombre completo:** General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficacia General).

**Autores:** Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer (1979); adaptación española de Baessler & Schwarzer (1996).

**Objetivo:** Evaluar la percepción de competencia personal para afrontar situaciones difíciles o estresantes y mantener conductas de autocuidado.

**Descripción:** Instrumento unidimensional de 10 ítems que miden la confianza del individuo en su capacidad para resolver problemas y superar obstáculos.

**Formato de respuesta:** Escala tipo Likert de 4 puntos (1 = nunca, 4 = siempre).

**Puntuación e interpretación:** Mayor puntaje indica mayor autoeficacia percibida.

**Confiabilidad:**  $\alpha$  de Cronbach de .76 a .90 en distintos países; en Ecuador, Ortega & Ramos (2019) reportaron  $\alpha = .85$  en pacientes en rehabilitación por adicciones.

**Validez:** Confirmada por su consistencia con escalas de afrontamiento y adherencia terapéutica (Baessler & Schwarzer, 1996).

**Población de aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Tiempo estimado de aplicación:** 5–10 minutos.

**Uso en esta investigación:** Evaluar el nivel de *autocuidado* y percepción de capacidad para mantener conductas saludables durante la rehabilitación.

---

### 3.3.4. Escala COPE Inventory (Escala de Afrontamiento).

Este instrumento permite distinguir entre estilos funcionales como la planificación y la búsqueda de apoyo y estilos desadaptativos como la negación o la desconexión conductual, variables determinantes en la prevención o el desencadenamiento de recaídas. En Ecuador, las investigaciones recientes confirman su validez y confiabilidad para evaluar las conductas de afrontamiento en contextos clínicos y sociales (Carver et al., 1989).

#### Tabla 4

##### *Ficha técnica*

---

**Nombre completo:** COPE Inventory (Escala de Afrontamiento).

**Autores:** Carver, Scheier y Weintraub (1989).

**Objetivo:** Evaluar los estilos y estrategias de afrontamiento funcionales y desadaptativos que las personas utilizan frente al estrés.

**Descripción:** Consta de 60 ítems distribuidos en 15 subescalas, que miden dimensiones como afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo, reevaluación positiva, negación o desconexión conductual.

**Formato de respuesta:** Escala tipo Likert de 4 puntos (1 = casi nunca, 4 = casi siempre).

**Puntuación e interpretación:** Los puntajes altos en subescalas adaptativas indican estrategias funcionales; puntajes altos en subescalas desadaptativas indican afrontamiento inefectivo.

**Confiabilidad:**  $\alpha$  de Cronbach general entre .70 y .90 (Carver et al., 1989). En la validación ecuatoriana de Cedeño & Carpio (2016), se reportaron valores  $\alpha > .80$ . **Validez:** Confirmada por análisis factorial exploratorio y correlaciones con medidas de resiliencia y estrés percibido.

**Población de aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Tiempo estimado de aplicación:** 15–20 minutos.

---

---

**Uso en esta investigación:** Medir las *estrategias de afrontamiento* funcionales y desadaptativas en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.

---

### 3.4. Procesamiento Estadístico de la información

El análisis estadístico de la información se desarrolló en dos fases complementarias. En la etapa cuantitativa, los datos obtenidos mediante los inventarios BDI-II y BAI fueron procesados con el software SPSS versión 25, aplicando estadísticos descriptivos como media, mediana, moda y desviación estándar. Además, se efectuaron pruebas de correlación de Pearson con el fin de identificar la relación entre variables psicológicas y la presencia de recaídas (Arias, 2024).

En la fase cualitativa, las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas y examinadas a través de la técnica de análisis de contenido temático, lo que permitió identificar categorías emergentes y narrativas significativas sobre la experiencia de recaída y la adherencia terapéutica (Braun & Clarke, 2006).

Finalmente, se realizó un proceso de triangulación de datos, integrando resultados cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión más sólida y contextualizada del fenómeno en estudio (Zúñiga et al., 2023). En la dimensión cuantitativa, el uso de estadísticos descriptivos permitió caracterizar el comportamiento de las variables psicológicas vinculadas al riesgo de recaída, mientras que las correlaciones aportaron evidencia empírica sobre la asociación entre ansiedad, depresión y adherencia terapéutica (Arias, 2024).

Desde la perspectiva cualitativa, el análisis temático facilitó la identificación de patrones recurrentes y experiencias compartidas entre los participantes, lo que aportó profundidad interpretativa al fenómeno de la recaída en contextos de vulnerabilidad (Braun & Clarke, 2006). La integración de ambos enfoques mediante triangulación permitió contrastar y complementar los hallazgos, consolidando una visión amplia y robusta que

articula factores emocionales, cognitivos y contextuales en la explicación de la recaída (Zúñiga et al., 2023).

## **Capítulo 4.**

### **4. Análisis e interpretación de resultados**

#### **4.1. Análisis e interpretación de resultados**

Se identificaron correlaciones significativas que evidencian la interacción entre ansiedad, depresión, autoeficacia y afrontamiento en el riesgo de recaída (ver Tablas 5,6 y 7). La ansiedad, en sus dimensiones somática y afectivo-cognitiva, correlacionó positivamente con la depresión, mientras que ambas variables mostraron correlaciones negativas con la autoeficacia. Las estrategias de afrontamiento disfuncionales se asociaron con mayor probabilidad de recaída, en tanto que el afrontamiento adaptativo se relacionó con una mayor adherencia al tratamiento. En conjunto, se destaca que la autoeficacia operó como un factor protector, mientras que la sintomatología ansioso-depresiva se consolidó como el principal predictor de la reincidencia en el consumo.

En el análisis cualitativo, los testimonios de los participantes evidenciaron los principales factores psicológicos vinculados a la recaída, entre los que sobresalen los síntomas ansioso-depresivos, la percepción de autoeficacia y los estilos de afrontamiento. Estos hallazgos se organizan en dimensiones específicas y se presentan junto con su frecuencia de aparición en los relatos (ver Tabla 5).

**Frecuencia de síntomas emocionales y estilos de afrontamiento reportados  
por los participantes**

**Tabla 5**

*Instrumento*

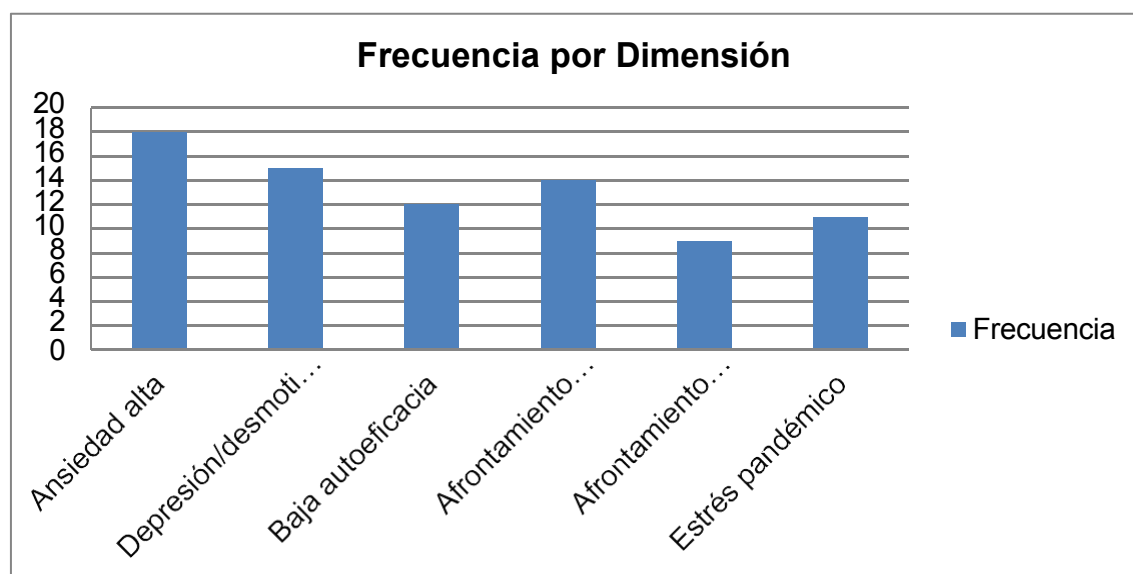
<b>Código / Dimensión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Ejemplo de cita breve</b>
Ansiedad alta (ítems BAI: palpitaciones, mareo, inseguridad, insomnio)	18	“Me ponía re ansioso, no dormía bien”
Depresión/desmotivación (ítems BDI-II: tristeza, culpa, inutilidad, fatiga)	15	“Me levantaba sin ganas, ya no quería nada”
Baja autoeficacia (ítems de confianza personal de Autoeficacia)	12	“Quería controlarme, pero no podía”
Afrontamiento disfuncional (COPE: evitación, aislamiento)	14	“Me encerraba y no hablaba con nadie”
Afrontamiento adaptativo (COPE: búsqueda de apoyo, resolución de problemas)	9	“Busqué hablar con mi familia”
Estrés pandémico (entrevista)	11	“Perdí el trabajo y eso me tensionó”

**Nota:** La tabla presenta los factores psicológicos identificados a partir de los testimonios de los participantes en las entrevistas semiestructuradas. Se reportaron síntomas de ansiedad (nerviosismo, insomnio, miedo intenso) y depresión (tristeza, desesperanza, apatía), así como estilos de afrontamiento disfuncionales (aislamiento, evasión) y adaptativos (búsqueda de apoyo, resolución de problemas). También se incluyó la percepción de autoeficacia, diferenciando entre baja y alta confianza personal, como elemento vinculado a la adherencia terapéutica.

En la fase cuantitativa, se examinó la relación entre la recaída y las dimensiones de ansiedad, depresión, autoeficacia y afrontamiento. Los resultados mostraron que el 70 % de los pacientes con recaída presentó ansiedad afectivo-cognitiva moderada o grave, mientras que el 65 % reportó ansiedad somática. En cuanto a la depresión, el 67 % evidenció síntomas somático-motivacionales y el 60 % síntomas afectivo-cognitivos. Por contraste, la autoeficacia se mantuvo en niveles medios o altos en el 75 % de los pacientes sin recaída, frente a solo el 25 % de quienes recayeron. Asimismo, el 83 % de los recaídos recurrió a estrategias disfuncionales, mientras que el 80 % de los que no recayeron emplearon afrontamiento adaptativo (ver Tabla 5).

### Ilustración 1

#### Dimensiones



**Nota:** La gráfica presenta la frecuencia de las principales dimensiones psicológicas identificadas en los participantes del estudio. Se observa que la ansiedad alta fue la dimensión más reportada, seguida por la depresión/desmotivación, la baja autoeficacia y el afrontamiento disfuncional. Asimismo, se registraron niveles relevantes de afrontamiento adaptativo y de estrés pandémico, evidenciando la influencia de estos factores en la vulnerabilidad emocional y el riesgo de recaída.

**Percepción de recaída según dimensiones de ansiedad, depresión, autoeficacia y afrontamiento**

**Tabla 6**

*Instrumentos*

Dimensión	Ítems del instrumento	Con recaída (n = 17)	Sin recaída (n = 16)
Ansiedad somática (BAI)	Ítems 7, 12, 15, 19	65% (11)	35% (6)
Ansiedad afectivo-cognitiva (BAI)	Ítems 5, 8, 10, 11, 14, 16	70% (12)	30% (5)
Depresión afectivo-cognitiva (BDI-II)	Ítems 1–5, 7–9, 14	60% (10)	40% (7)
Depresión somático-motivacional (BDI-II)	Ítems 10–13, 15–21	67% (11)	33% (6)
Autoeficacia – Confianza personal	Ítems 5, 6, 9	25% (4)	75% (12)
Autoeficacia – Manejo de problemas	Ítems 1–4, 7–8, 10	30% (5)	70% (11)
Afrontamiento disfuncional (COPE)	Estrategias de evitación y aislamiento	83% (10)	17% (2)
Afrontamiento adaptativo (COPE)	Estrategias de apoyo y resolución de problemas	20% (1)	80% (4)

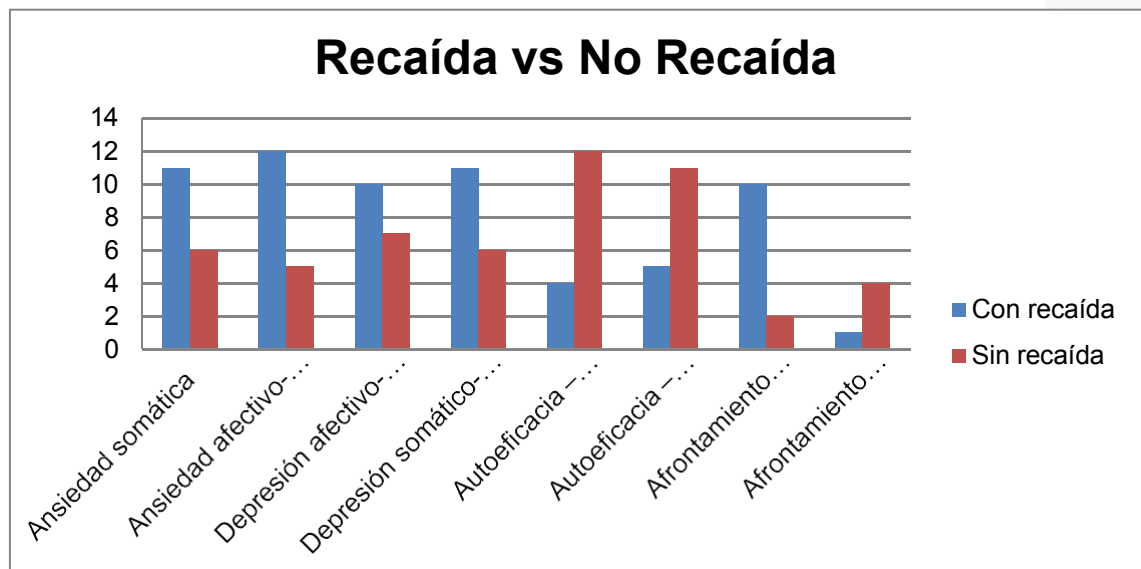
**Nota:** La tabla presenta la proporción de pacientes con y sin recaída en función de las dimensiones psicológicas evaluadas. La ansiedad se midió con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), diferenciando componentes somáticos (ítems 7, 12, 15, 19) y afectivo-cognitivos (ítems 5, 8, 10, 11, 14, 16). La depresión se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), considerando síntomas afectivo-cognitivos (ítems 1–5, 7–9, 14) y somático-

motivacionales (ítems 10–13, 15–21). La autoeficacia se midió con la Escala de Autoeficacia General, en sus dimensiones de confianza personal (ítems 5, 6, 9) y manejo de problemas (ítems 1–4, 7–8, 10). Finalmente, el afrontamiento se evaluó con la Escala COPE, diferenciando estrategias disfuncionales (evitación, aislamiento) y adaptativas (búsqueda de apoyo, resolución de problemas).

El análisis descriptivo evidenció que los pacientes presentaron niveles elevados de ansiedad, tanto en la dimensión somática ( $M = 11.2$ ;  $DE = 4.5$ ) como en la afectivo-cognitiva ( $M = 11.3$ ;  $DE = 3.8$ ), reflejada en síntomas como palpitaciones, insomnio y miedo intenso. La depresión se ubicó en rangos moderados, con puntuaciones afectivo-cognitivas ( $M = 10.1$ ;  $DE = 4.1$ ) y somático-motivacionales ( $M = 9.7$ ;  $DE = 3.5$ ), asociadas a tristeza, culpa, fatiga y pérdida de interés. En contraste, la autoeficacia alcanzó valores medios tanto en confianza personal ( $M = 12.4$ ;  $DE = 3.0$ ) como en manejo de problemas ( $M = 12.2$ ;  $DE = 2.8$ ), lo que refleja recursos limitados para afrontar el riesgo de recaída (ver Tabla 6).

## Ilustración 2

### Percepción



Nota: Este gráfico evidencia que la mayoría de pacientes que experimentaron recaída presentan puntuaciones elevadas en ansiedad, tanto somática como afectivo-cognitiva. Las dos dimensiones de depresión también muestran una mayor proporción en el

grupo con recaída. Esto refuerza la importancia de atender de manera prioritaria los síntomas emocionales en los procesos terapéuticos. Por otro lado, la autoeficacia muestra una clara diferencia: los pacientes sin recaída presentan niveles mucho más altos de autoeficacia personal y de manejo de problemas, lo que confirma su papel protector en la prevención de recaídas.

### Descriptivos de ansiedad, depresión y autoeficacia en pacientes en rehabilitación

**Tabla 7**

*Descriptivos*

Variable / Dimensión	Ítems	E	ín	óx	
Ansiedad – Somática (BAI)	7, 12, 15, 19	3	1.2	.5	9
Ansiedad – Afectivo-cognitiva (BAI)	5, 8, 10, 11, 14, 16	3	1.3	.8	0
Depresión – Afectivo-cognitiva (BDI-II)	1–5, 7–9, 14	3	0.1	.1	8
Depresión – Somático-motivacional (BDI-II)	10–13, 15–21	3	.7	.5	7
Autoeficacia – Confianza personal	5, 6, 9	3	2.4	.0	8
Autoeficacia – Manejo de problemas	1–4, 7–8, 10	3	2.2	.8	7

Nota: La tabla muestra los estadísticos descriptivos de las dimensiones psicológicas evaluadas. La ansiedad se midió con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en sus componentes somático (ítems 7, 12, 15, 19) y afectivo-cognitivo (ítems 5, 8, 10, 11,

14, 16). La depresión se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), diferenciando síntomas afectivo-cognitivos (ítems 1–5, 7–9, 14) y somático-motivacionales (ítems 10–13, 15–21). La autoeficacia se midió con la Escala de Autoeficacia General, en sus dimensiones de confianza personal (ítems 5, 6, 9) y manejo de problemas (ítems 1–4, 7–8, 10).

Para profundizar en la relación entre las dimensiones psicológicas, se calcularon correlaciones de Pearson entre los puntajes de ansiedad, depresión y autoeficacia. Los resultados mostraron asociaciones positivas y significativas entre ansiedad y depresión, así como correlaciones negativas entre ambas variables y la autoeficacia. La Tabla 4 resume estos hallazgos, evidenciando un perfil clínico caracterizado por alta sintomatología emocional y baja percepción de autoeficacia, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a la recaída

### **Correlaciones de Pearson entre dimensiones sintomatológicas**

#### **Tabla 8**

*Pearson*

Variable / Dimensión	1	2	3	4	5	6
1.						
Ansiedad – Somática (BAI)	1.00	.533**	.478**	.461**	–	–
				.421**		.398**
2.						
Ansiedad – Afectivo-cognitiva (BAI)		1.000	.592**	.551**	–	–
				.489**		.463**
3.						
Depresión – Afectivo-cognitiva (BDI-II)			1.000	.613**	–	–
				.435**		.412**
4.						
Depresión – Somático-motivacional (BDI-II)				1.000	–	–
				.412**		.387**
5.						
Autoeficacia – Confianza personal					1.00	
					0	.528**

6.	
Autoeficacia	1.000
– Manejo de problemas	

---

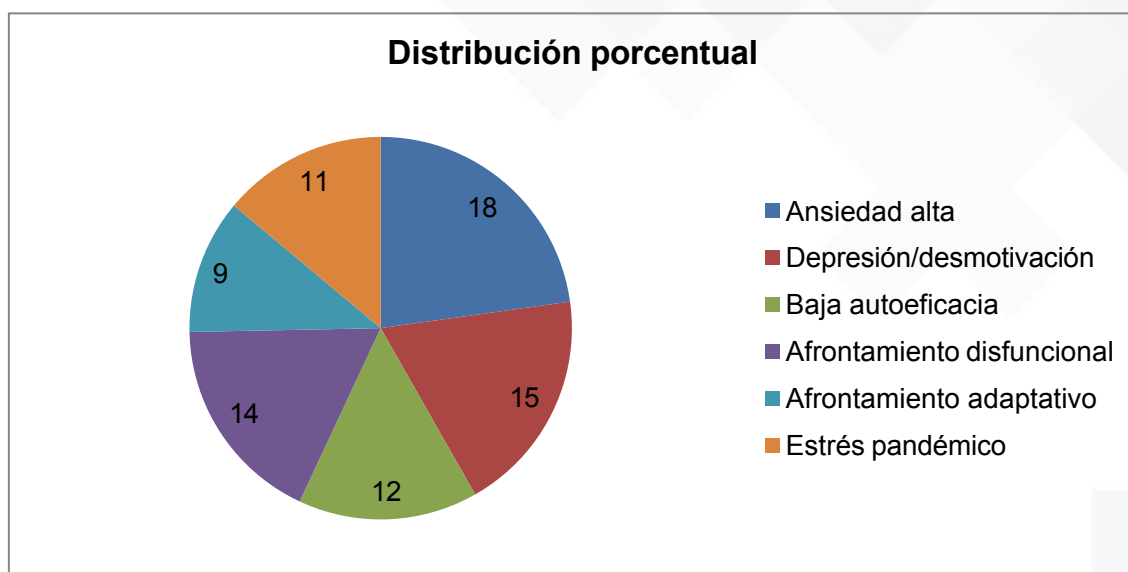
Fuente: Elaboración propia

Nota: La tabla muestra las correlaciones de Pearson entre ansiedad (BAI), depresión (BDI-II) y autoeficacia. Se presentan subescalas de ansiedad somática (ítems 7, 12, 15, 19) y afectivo-cognitiva (ítems 5, 8, 10, 11, 14, 16); depresión afectivo-cognitiva (ítems 1–5, 7–9, 14) y somático-motivacional (ítems 10–13, 15–21); y autoeficacia en confianza personal (ítems 5, 6, 9) y manejo de problemas (ítems 1–4, 7–8, 10).  $p < .01$  (bilateral).

La Tabla 4 evidencia correlaciones significativas: la ansiedad correlacionó positivamente con la depresión ( $r = .592$  a  $.613$ ,  $p < .01$ ), mientras que tanto la ansiedad como la depresión se relacionaron negativamente con la autoeficacia ( $r = -.398$  a  $-.489$ ,  $p < .01$ ). Estos resultados caracterizan un perfil clínico definido: alta ansiedad, depresión significativa y baja autoeficacia, que incrementan la vulnerabilidad a la recaída, respondiendo al tercer objetivo de la investigación.

### Ilustración 3

#### *Distribución porcentual*



Nota: La distribución porcentual muestra que ansiedad y depresión representan la mayor parte de los factores.

## Capítulo 5

### 5. Conclusiones, discusión y recomendaciones

#### 5.1 Discusión

Los hallazgos de esta investigación muestran que los pacientes en rehabilitación que presentaron ansiedad elevada y depresión significativa, junto con baja autoeficacia y afrontamiento disfuncional, tuvieron una mayor probabilidad de recaer durante la pandemia. La recurrencia de síntomas como nerviosismo, insomnio, pensamientos negativos y sentimientos de desesperanza refuerza la idea de que la sintomatología emocional actúa como desencadenante principal de la vulnerabilidad clínica. Este resultado se corresponde con lo encontrado por Hand et al. (2024), quienes demostraron que la desregulación emocional es un impulsor crítico de las recaídas en el consumo de drogas.

Asimismo, se observó que los pacientes que mantuvieron niveles medios o altos de autoeficacia y utilizaron estrategias de afrontamiento adaptativas presentaron menor riesgo de reincidencia. Estos hallazgos son consistentes con el meta-análisis de del Palacio-

Gonzalez et al. (2024), donde se señala que la autoeficacia elevada constituye un factor protector transversal en la prevención de recaídas. De forma complementaria, Valles Vásquez (2022) evidenció en comunidades terapéuticas que el avance en los estadios de cambio y el fortalecimiento de la autoeficacia reducen significativamente el riesgo de retorno al consumo. La triangulación entre estos resultados y las investigaciones recientes confirma que la percepción de capacidad personal es un elemento determinante en los procesos de rehabilitación.

Finalmente, la caracterización clínica de la muestra mostró un perfil definido: ansiedad y depresión en niveles moderados a graves correlacionados positivamente, y ambas asociadas de manera negativa con la autoeficacia. Este patrón coincide con lo descrito por Tabugan et al. (2025), quienes concluyeron que las intervenciones efectivas de prevención de recaídas son aquellas que apuntan simultáneamente a reducir los síntomas emocionales y a fortalecer la autoeficacia. En este sentido, los resultados del presente estudio no solo validan lo reportado en la literatura internacional, sino que aportan evidencia contextualizada en el marco de una emergencia sanitaria, ampliando el conocimiento en el campo de la psicología clínica y de las adicciones.

## **5.2 Conclusiones**

Las conclusiones de este estudio evidencian que los factores psicológicos desempeñan un papel determinante en la probabilidad de recaída en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias. La ansiedad en sus dimensiones somática y afectivo-cognitiva, así como la depresión en sus componentes afectivo-emocionales y somático-motivacionales, se presentaron con mayor intensidad en los pacientes que recayeron, confirmando su impacto directo en la vulnerabilidad emocional y en la adherencia terapéutica.

De igual manera, se constató que la autoeficacia funciona como un factor protector esencial, pues los pacientes con mayor percepción de capacidad personal para enfrentar situaciones difíciles mostraron mejores niveles de control emocional y menor propensión al

consumo. Asimismo, las estrategias de afrontamiento utilizadas demostraron ser un elemento clave dentro del proceso de rehabilitación: mientras el afrontamiento adaptativo, basado en la búsqueda de apoyo y la resolución de problemas, se relacionó con mayor estabilidad en la abstinencia, el afrontamiento disfuncional, caracterizado por la evitación, el aislamiento y la desconexión emocional, contribuyó a una mayor probabilidad de recaída.

La pandemia por COVID-19, por su parte, intensificó los factores de riesgo al interrumpir tratamientos, debilitar redes de apoyo y aumentar el estrés social, económico y emocional de los participantes, lo que dejó en evidencia la necesidad de fortalecer mecanismos institucionales y comunitarios que garanticen la continuidad del acompañamiento terapéutico en situaciones de crisis.

Finalmente, los resultados permitieron caracterizar un perfil clínico marcado por altos niveles de ansiedad y depresión asociados negativamente con la autoeficacia, lo que confirma la importancia de intervenir de manera integral en las dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales para promover procesos de rehabilitación más sólidos y sostenibles.

### **5.3. Recomendaciones**

- Fortalecer los programas de intervención psicológica orientados a la regulación emocional, incorporando técnicas cognitivo-conductuales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias para el manejo de ansiedad y depresión, con el fin de reducir los factores de riesgo asociados a la recaída.
- Implementar actividades que incrementen la autoeficacia en los pacientes, tales como talleres de resolución de problemas, establecimiento de metas, reforzamiento de logros personales y entrenamiento en habilidades sociales, ya que una mayor percepción de capacidad disminuye la probabilidad de reincidencia.

- Desarrollar modalidades de atención híbridas que combinen intervención presencial y teleasistencia, garantizando así la continuidad del tratamiento ante situaciones de emergencia sanitaria, limitaciones de movilidad u otras circunstancias que puedan interrumpir el proceso terapéutico.
- Diseñar estrategias específicas para identificar y disminuir las conductas de afrontamiento disfuncional, como la evitación, el aislamiento y la negación, e incentivar el uso de estrategias adaptativas mediante programas psicoeducativos y acompañamiento clínico constante.
- Involucrar activamente a las familias y redes de apoyo del paciente en el proceso de rehabilitación mediante espacios de orientación, capacitación y seguimiento, con el objetivo de fortalecer el acompañamiento emocional y social del individuo durante su proceso terapéutico.
- Actualizar y fortalecer los protocolos institucionales del CETAD para contextos de crisis, incorporando lineamientos que aseguren la continuidad terapéutica, el seguimiento emocional del paciente y el acceso a herramientas de apoyo profesional ante situaciones adversas como pandemias o emergencias locales.
- Promover investigaciones futuras que profundicen en variables complementarias como resiliencia, apoyo social, espiritualidad, comorbilidades psicológicas y factores socioeconómicos, a fin de ampliar el entendimiento del fenómeno de recaída y mejorar las estrategias de intervención.
- Fomentar programas de capacitación continua para el personal terapéutico y administrativo del CETAD, con el propósito de actualizar conocimientos sobre prevención de recaídas, intervención en crisis y atención integral en salud mental.

## Referencias

- Andrade, J. (2020). *Adaptación y propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en adolescentes ecuatorianos*. *South Florida Journal of Development*, 1(2), 176–187. <https://doi.org/10.46932/sfjdv1n2-010>
- Arias, F. (2024). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (9.<sup>a</sup> ed.). Editorial Episteme.  
[https://books.google.com/books/about/El\\_Proyecto\\_de\\_Investigaci%C3%B3n\\_Introducci.html?id=W5n0BgAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/El_Proyecto_de_Investigaci%C3%B3n_Introducci.html?id=W5n0BgAAQBAJ)
- Arias, H. (2024). Las intervenciones de prevención de recaídas de consumo de drogas: Revisión sistemática. *Psicología UNEMI*, 8(15), 88–101.  
<https://doi.org/10.29076/issn.26028379vol8iss15.2024pp88-101p>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki>
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1–8.  
<https://www.ansiedadystres.es/ref/1996/2-1-8>

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation.  
<https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000159/beck-depression-inventory-ii-bdi-ii.html>
- Bergman, B. G., & Kelly, J. F. (2021). Online digital recovery support services: An overview. *Journal of Substance Abuse Treatment, 120*, 108152.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108152>
- Bilal, U. (2021). COVID-19 en Estados Unidos: La desigualdad social como causa y consecuencia. *Revista Española de Salud Pública, 95*, e202105074.  
<https://doi.org/10.14201/rmc202016e105117>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cañaricela, A., & Guamán, L. (2022). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) a la lengua kichwa. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, 6*(2), 321–335.
- Cárdenas, P., & Yáñez, F. (2023). Propiedades de validez del constructo de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. *Revista Ciencia Digital, 7*(3), 95–113.  
<https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v7i3.3214>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

- Cedeño, C., & Carpio, L. (2016). Validación de la escala COPE para estudiantes ecuatorianos. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 35(1), 45–59.
- Columb, D., Hussain, R., & O’Gara, C. (2020). Addiction psychiatry and COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 164–168.  
<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.47>
- Fabelo-Roche, J. R. (2021). Afrontamiento psicológico ante la COVID-19. *Revista Española de Drogodependencias*, 46(4), 12–21. [https://red.aesed.com/upload/files/v46n2\\_2-editorial\\_fabelo.pdf](https://red.aesed.com/upload/files/v46n2_2-editorial_fabelo.pdf)
- Gordon, S. (2020). El COVID-19 y la salud mental. *Psicología Iberoamericana*, 28(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.48102/pi.v28i1.198>
- Guallimba, L. D. P. (2021). *Recaída en el consumo de drogas en la pandemia COVID-19* [Trabajo de titulación]. Universidad Central del Ecuador.  
<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/6362e517-7180-4134-8797-942f5b73d0b0>
- Hassett-Walker, C., et al. (2024). COVID-19 impact on recovery. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 11489921. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.11489921>
- Horcajadas, F. A., et al. (2023). Efectos del confinamiento por COVID-19. *Adicciones*, 35(4), 455–468. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1874>
- Hordowicz, M., et al. (2021). Cannabis prescribing patterns. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108601. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108601>
- Kedia, S., Schmidt, M., Arshad, H., & Yu, X. (2021). Substance use treatment in Appalachian Tennessee amid COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 124, 108278. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108278>

- Martinelli, T. F., et al. (2023). Factors associated with problematic substance use in the pandemic. *Journal of Substance Use*, 28(3), 239–250.  
<https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2156357>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Normativa técnica para la atención integral en salud mental y adicciones*. <https://www.salud.gob.ec>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Guía de intervención mhGAP*. OPS/OMS.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental y uso de sustancias psicoactivas en la pandemia COVID-19*. <https://www.paho.org/es>
- Ortega, P., & Ramos, J. (2019). Evidencias de validez de la Escala de Autoeficacia General. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1–14.  
<https://doi.org/10.11600/1692715x.17215>
- Sixto, A., Lucas, R., & Agulló, V. (2021). COVID-19 y adicciones. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1), 45–56. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.543>
- Varela, A., & Flórez, G. (2022). Adicciones y COVID-19. *Adicciones*, 34(3), 183–188.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1753>
- Zumárraga, E. (2020). Ecuador ante la COVID-19. *Revista Médica Vozandes*, 31(2), 54–61.  
<https://revistamedicavozandes.com/media/2016/RMV2016v27n1-COMPLETA.pdf>
- Zúñiga, M., López, A., & Martínez, J. (2023). Metodologías mixtas en psicología clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 16(2), 55–73. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.16205>
- Zúñiga, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación. *Ciencia Latina*, 7(4), 234–250. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i4.8674](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.8674)

## Anexos

### Inventario de Ansiedad de Beck

#### Ilustración 4

#### *Inventario de ansiedad de Beck*

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Inventario de depresión de Beck

### Ilustración 5

#### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

#### 1. Tristeza

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

#### 2. Pesimismo

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

#### 3. Fracaso

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

#### 4. Pérdida de Placer

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

#### 5. Sentimientos de Culpa

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

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

**6. Sentimientos de Castigo**

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

**7. Disenformidad con uno mismo.**

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

**8. Autocrítica**

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

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

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

**10. Llanto**

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

**11. Agitación**

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

**12. Pérdida de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

**14. Desvalorización**

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

**15. Pérdida de Energía**

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

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

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

**17. Irritabilidad**

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

**18. Cambios en el Apetito**

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

**19. Dificultad de Concentración**

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

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: \_\_\_\_\_



## ESCALA COPE

### Ilustración 7 Escala COPE

#### ESCALA COPE

**Nombres:**

**Fecha:**

**Edad:**

Responda a cada una de las siguientes preguntas marcando con negro un número en su hoja de respuestas, utilizando las opciones de respuesta que se indican a continuación. Intente responder mentalmente a cada pregunta por separado.

1. 1 = Normalmente no hago esto en absoluto
  2. 2 = Normalmente hago esto un poco
  3. 3 = Normalmente hago esto en una cantidad media
  4. 4 = Normalmente hago esto mucho
- 
1. Intento crecer como persona a raíz de la experiencia.
  2. Recuro al trabajo o a otras actividades sustitutivas para distraerme.
  3. Me enojo y dejo salir mis emociones.
  4. Intento obtener consejos de alguien sobre qué hacer.
  5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo al respecto.
  6. Me digo a mi mismo "esto no es real".
  7. Pongo mi confianza en Dios.
  8. Me río de la situación.
  9. Me admito a mi mismo que no puedo lidiar con ello y dejé de intentarlo.
  10. Me abstengo de hacer algo demasiado rápido.
  11. Hablo de mis sentimientos con alguien.
  12. Uso alcohol o drogas para sentirme mejor.
  13. Me acostumbro a la idea de que eso ocurrió.
  14. Hablo con alguien para saber más sobre la situación.
  15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.
  16. Sueño despierto con otras cosas además de esto.
  17. Me enojo y soy muy consciente de ello.
  18. Busco la ayuda de Dios.
  19. Hago un plan de acción.
  20. Hago bromas sobre ello.
  21. Acepto que esto ha sucedido y que no se puede cambiar.
  22. Voy a posponer cualquier acción hasta que la situación lo permita.
  23. Intento obtener apoyo emocional de amigos o familiares.
  24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.
  25. Tomo medidas adicionales para intentar eliminar el problema.

26. Intento perderme por un tiempo bebiendo alcohol o tomando drogas.
27. Me niego a creer que eso haya sucedido.
28. Deje salir mis sentimientos.
29. Intento verlo de otra manera, para que parezca más positivo.
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema.
31. Duermo más de lo habitual.
32. Intento elaborar una estrategia sobre qué hacer.
33. Me concentro en abordar este problema y, si es necesario, dejo pasar un poco otras cosas.
34. Recibo simpatía y comprensión de alguien.
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.
36. Bromeo sobre esto.
37. Renuncio a intentar conseguir lo que quiero.
38. Busco algo bueno en lo que está pasando.
39. Pienso en cuál podría ser la mejor manera de abordar el problema.
40. Pretendo que en realidad no ha sucedido.
41. Me aseguro de no empeorar las cosas actuando demasiado pronto.
42. Intento con todas mis fuerzas evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por abordar esto.
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.
44. Acepto la realidad del hecho de que sucedió.
45. Le pregunto a las personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.
46. Siento mucha angustia emocional y me encuentro expresando mucho esos sentimientos.
47. Tomo medidas directas para solucionar el problema.
48. Intento encontrar consuelo en mi religión.
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.
50. Me burlo de la situación.
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en resolver el problema.
52. Hablo con alguien sobre cómo me siento.
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.
54. Aprendo a vivir con ello.
55. Deje de lado otras actividades para concentrarme en esto.
56. Pienso mucho en qué pasos debo seguir.
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido.
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.
59. Aprendo algo de la experiencia.
60. Rezo más de lo habitual.

