



# GUÍA INFORMATIVA UPC

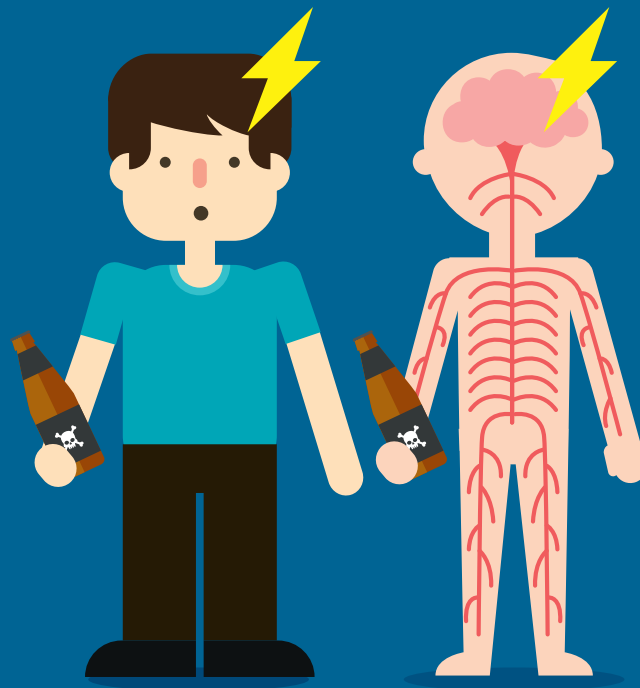
---

**Adicción a sustancias  
psicoactivas**

*exígete, innova*



**LAUREATE**  
INTERNATIONAL  
UNIVERSITIES



## ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

La adicción se puede definir como una preocupación constante del sujeto por consumir una sustancia psicoactiva, que influye notablemente en su estilo de vida. Esto causa un consumo compulsivo de las sustancias a pesar de las consecuencias adversas del mismo, y un patrón de recaída recurrente después de una consecución de la abstinencia o incapacidad para dejarla, aunque ello pueda suponer consecuencias muy negativas para la persona. Asimismo, La adicción es un problema que tiende a volverse crónico si no es tratado. Indistintamente de la edad en que se consume la droga por primera vez, y antes de quedar definitivamente atrapado por la sustancia o sustancias de consumo, a adicción se va desarrollando progresivamente a lo largo del tiempo a través de una serie de etapas o estadios (Becoña & Vázquez, 2002)

# ¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

De las diferentes clasificaciones existentes, destacamos la clasificación de las sustancias según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central (SNC).

## DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Sustancias que lentifican el funcionamiento del sistema nervioso central. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño, y, en dosis altas, pueden llevar al coma e incluso a la muerte.

**Las más importantes de este grupo son:**



Alcohol



Ansiolíticos o tranquilizantes



Hipnóticos: inductores del sueño



Opiáceos: heroína, morfina, metadona

## ESTIMULANTES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, entre las que podemos destacar:



Estimulantes mayores: Anfetamina y cocaína



Estimulantes menores: Nicotina y xantinas

## SUSTANCIAS PSICODÉLICAS (PSICODISLÉPTICAS O ALUCINÓGENOS):

Sustancias que distorsionan la percepción. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles:



Alucinógenos: LSD, mescalina, etc.



Derivados del cannabis: Hachís, marihuana, etc.



Disolventes y sustancias volátiles: Acetato, benceno, cetonas, éter, etc.



Drogas de síntesis: MDMA o éxtasis, ketamina, GHB, etc.

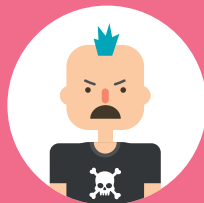
# ¿QUÉ VARIABLES PUEDEN SER UN RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

GARCÍA, POVEDA & LLORET, (2005) MANIFIESTAN QUE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ESTÁ ASOCIADO A DETERMINADAS VARIABLES DE RIESGO QUE SE PUEDEN AGRUPAR EN CINCO BLOQUES:



## VARIABLES INDIVIDUALES DE CORTE PSICOLÓGICO:

Baja autoestima, bajo rendimiento académico y/o laboral y búsqueda de sensaciones, etc.



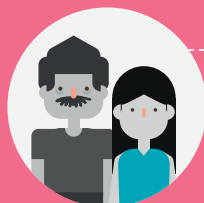
## VARIABLES INDIVIDUALES DESDE CORTE ACTITUDINAL:

Rebelía frente a la autoridad, bajo compromiso con la escuela o el trabajo, adquisición de actitudes adultas desde la infancia, etc.



## VARIABLES INDIVIDUALES RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO Y EL ESTILO DE VIDA:

Fracaso académico o laboral, comportamiento de tipo antisocial, experimentación, contacto precoz con las sustancias, escasas habilidades sociales, etc.



## VARIABLES FAMILIARES:

Historia familiar de consumo abusivo de sustancias, comportamiento social atípico, padres con pocas habilidades sociales y comunicación, padres excesivamente tolerantes, nula organización familiar, etc.

# CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS DSM, IV-R (2000)

UN PATRÓN DESADAPTATIVO DE CONSUMO DE LA SUSTANCIA QUE CONLLEVA UN DETERIORO O MALESTAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS, EXPRESADO POR TRES (O MÁS) DE LOS ÍTEMS SIGUIENTES EN ALGÚN MOMENTO DE UN PERÍODO CONTINUADO DE 12 MESES:



## TOLERANCIA

Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo constante.



## ABSTINENCIA

Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.



## FRECUENCIA

La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.



## DESEO O ESFUERZO INFRUCTUOSO

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.



## EMPLEO DE TIEMPO

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.



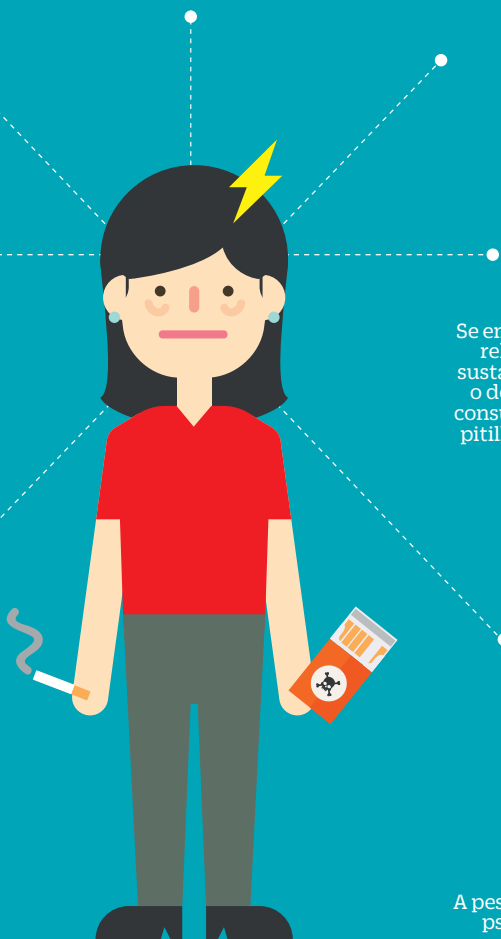
## REDUCCIÓN DE ACTIVIDADES

Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.



## SE CONTINÚA TOMANDO LA SUSTANCIA

A pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos reincidentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continua ingesta de alcohol a pesar de que empeora la úlcera).



# IDENTIFICANDO LOS ESTADOS DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

PROCHASKA & DICLEMENTE (1985; VEA BECOÑA & CORTES, 2007) PRESENTA UN MODELO DE ESTADOS MOTIVACIONALES QUE PERMITE IDENTIFICAR DIFERENTES NIVELES DE PREDISPOSICIÓN QUE PUEDE MOSTRAR UNA PERSONA CUANDO SE PLANTEA MODIFICAR SU CONDUCTA ADICTIVA.



## PRECONTEMPLACIÓN

**Etapa en la que no se tiene intención de cambiar.**

Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta.

Los pros de consumir superan a los contras.

## CONTEMPLACIÓN

**Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio.**

Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.

## PREPARACIÓN O DETERMINACIÓN

**En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva.**

Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se refleja en un mes.

Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

---

# ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CONTRARESTAR ESTE PROBLEMA?

## ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS

BECK, WRIGHT, NEWMAN & LIESE (1999) MANIFIESTAN QUE LA PERSONA QUE CONSUME DROGAS CREE QUE MINIMIZAN LAS DESVENTAJAS Y MAXIMIZA LAS VENTAJAS DE TOMAR DICHAS SUSTANCIAS. POR ESTO, EL ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS ES UNA TÉCNICA DE TERAPIA EXTREMADAMENTE ÚTIL

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



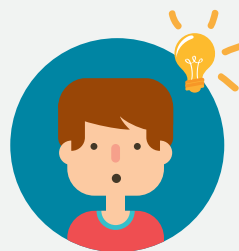
**EN EL ENTRENAMIENTO DE LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA, SE PRETENDE ENSEÑAR AL SUJETO UN MÉTODO SISTEMÁTICO PARA LA RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS.**

Con esta técnica, no se eliminan los problemas, sino que proporciona métodos, para que el cliente analice y evalúe posibles indicaciones y se le ofrece un modo de enfocar (Olivares, Méndez & Abásolo, 2005).



**EL OBJETIVO DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ES FACILITAR UNA CONDUCTA EFICAZ, PRODUCIR CONSECUENCIAS POSITIVAS, REFUERZO POSITIVO Y EVITAR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.**

El sujeto debe aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria, y se les puede hacer frente de forma eficaz siempre que se les reconozca, y se inhiba a responder de forma impulsiva o sin hacer nada, para ello hay que distraer la atención de los pensamientos negativos (Gálvez, 2009).



FASES	OBJETIVOS	EJEMPLOS
ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA	Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema.	<b>¿Qué actitud he de tener ante los problemas?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Soy capaz de resolverlos eficazmente.</li><li>- Tengo que reconocerlos y no evitarlos.</li><li>- No me voy a precipitar al dar una respuesta.</li></ul>
FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	Definir el problema operativamente y plantear metas realistas.	<b>¿Cuál es el problema?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Discuto mucho con mi pareja.</li><li>- Quisiera pasarlo bien con ella y disfrutar conjuntamente del tiempo libre.</li></ul>
GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS	Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar problemas.	<b>¿Qué puede hacer para solucionarlo?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasar más tiempo juntos.</li><li>- No alzar la voz.</li><li>- Planear salidas de fin de semana.</li></ul>
TOMA DE DECISIONES	Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar las que pueden resolver mejor la situación.	<b>¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa? ¿Cuales voy a elegir?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasar más tiempo juntos.</li><li>- No gritar.</li><li>- Planear actividades de ocio.</li></ul>
EJECUCIÓN Y VERIFICACIÓN DE RESULTADOS	Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados.	<b>Llevar a cabo estas alternativas y observar si solucionamos realmente el problema, si no se revisará el proceso.</b>

**NOTA:** pasos, objetivos y ejemplos de la técnica de resolución de problemas D'Zurrilla y Goldfried (1971; cit. por Méndez, Olivares & Abásolo; 2005).



## PROGRAMAR ACTIVIDADES



### LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ES UNA TÉCNICA MUY USADA EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL CONTRA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Beck (2005; citado en Aguado, Silberman & Manrique, 2007) manifiesta que esta técnica tiene como objetivo elevar los niveles de activación y disminuir los pensamientos o experiencias negativas que podrían traer algún malestar psicológico. Asimismo, esta técnica consiste en la programación de actividades positivas y gratificantes para el sujeto, con el fin de actuar como un distractor y contrarrestar el exceso de atención en sí mismo y en los problemas que puede estar suscitándose en ese momento (Bas & Navia, 1994).



### CREAR UN CUADRO O TARJETA EN QUE SE ENCUENTREN CONSIGNADOS LOS DÍAS DE LA SEMANA EN LA PARTE SUPERIOR Y, EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA, DE ARRIBA HACIA ABAJO, APARECEN LAS HORAS DEL DÍA.

Este diseño se utiliza para planificar y escribir las actividades para la semana siguiente incluyendo algunas muy placenteras, tareas para realizar, eventos sociales, etc.

## REESTRUCTURACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS

Beriso et al. (2002; cit. por Bas & Andrés, 1986) proponen una alternativa para cuestionar pensamientos desadaptativos llamada debate de pensamientos o reestructuración cognitiva.

Los pasos de esta técnica son los siguientes:

### “LA DROGA SOLO ME RELAJA”



- 1** Comenzamos definiendo con claridad el pensamiento no razonable que queremos modificar (puntuamos el valor de credibilidad que le damos a esta creencia de 0 a 100).
- 2** **Debate:** nos preguntamos qué distorsión está en la base de este pensamiento (a esta fase se le llama contraste lógico). A continuación nos planteamos la validez del pensamiento, si es realista o no, buscando hechos de nuestra experiencia a favor o en contra del mismo hecho (a esta fase se le llama contraste empírico). Después, se cuestiona la utilidad del pensamiento, qué ventajas o consecuencias positivas o negativas nos ocasiona (a esta fase se le llama contraste adaptativo).
- 3** A la vista de hechos a favor y en contra, se elabora un pensamiento alternativo o adaptativo y anotamos el valor de credibilidad que le damos a esta creencia de 0 a 100).
- 4** **Análisis de consecuencias:** Al terminar el debate, observamos si ha disminuido el grado de creencia del pensamiento negativo inicial y revisamos qué efecto produce el nuevo pensamiento en las emociones y en las conductas.

---

# BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV-TR). (4ta Ed.). Washington: American Psychological Association

Aguado, A., Silberman, R. & Manrique, E. (2007a). Mecanismos y estrategias en la terapia cognitivo – conductual de grupo para la ansiedad social. Revista de psiquiatría y salud mental “Hermilio Valdizán”, 8 (2), 73-102.

Bas, F. & Navia, V. (1994). Terapia cognitivo – conductual de la depresión. Madrid: Fundación universidad empresa

Beck, A.; Wright, F.; Newman, C. & Liese, B. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós

Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Editorial Gedisa

Becoña, E. & Cortes, M. (2007). Guía Clínica de intervención psicológica en adicción. Barcelona: Socidrogalcohol

Becoña, E. & Vazquez, F. (2005). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes. En Caballo, V. & Simón, M. (Eds.). Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. (pp. 213 – 236). Madrid: Ediciones pirámide

Beriso, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. & Sánchez, D. (2002). Cuadernos de terapia cognitivo-conductual: Una orientación pedagógica e integradora. Madrid: Editorial EOC.

Gálvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitiva conductual. Medicina natural, 3 (1) 10-16. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=36511935&lang=es&site=ehost-live>

García, J.; Poveda, M. & Lloret, D. (2005). Tabaquismo: descripción de un caso clínico. En Espada, J.; Olivares, J. & Méndez, F. (Eds.) Terapia Psicológica. (pp. 481 – 509). Madrid: Ediciones pirámide

Olivares, J., Méndez, F. & Abásolo, F. (2005) Técnicas de resolución de problemas. En Olivares, J. & Méndez, F. (Eds.). Técnicas de Modificación de Conducta. (pp. 485 – 533). Madrid: Biblioteca Nueva.



## **UPC**

Universidad Peruana  
de Ciencias Aplicadas

Informes

T. 610 5030

T. 313 3333

Anexos: 2935, 2936  
y 2937

Campus Monterrico  
Campus San Isidro  
Campus San Miguel  
Campus Villa

[www.upc.edu.pe](http://www.upc.edu.pe)

