



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 4 - N.º 4 - 2002



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 6,8 créditos
Psicólogos Clínicos: 4,5 créditos

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada*. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en este área.

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. Ediciones Doyma, S.L. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid.

PERSONALIDADES IMPULSIVAS Y TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS: ALGO MÁS QUE UN DIAGNÓSTICO DUAL

79. Los trastornos de la personalidad se caracterizan por:
- ☐ A. Ponerse de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.
 - ☐ B. Son patrones circunstanciales de formas de pensar, relacionarse y percibir el entorno.
 - ☐ C. Son patrones persistentes de comportamiento que se manifiestan en al menos una de las áreas siguientes: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.
 - ☐ D. A, B y C son correctas.
 - ☐ E. A, B y C son erróneas.
80. El diagnóstico dual en Eje II del grupo B del DSM-IV-TR:
- ☐ A. Son diagnósticos que se dan en toxicómanos en tratamiento, pero también en aquellos que no acuden.
 - ☐ B. Están basados estos diagnósticos duales en la impulsividad como posible causa común.
 - ☐ C. Puede haber un solapamiento de criterios diagnósticos entre los TP del grupo B y algún trastorno en Eje I, entre ellos el consumo de sustancias.
 - ☐ D. A, B y C son correctas.
 - ☐ E. A, B y C son erróneas.
81. El conocido como trastornos límite de la personalidad subtipo impulsivo:
- ☐ A. Se caracteriza por presentar déficit cognitivo o dificultades intermitentes con la vivencia de realidad.
 - ☐ B. Presenta impulsividad en dos áreas, con riesgo de lesiones.
 - ☐ C. Tienen tendencia a la inhibición y a llegar al límite en su relación con los otros.
 - ☐ D. A y B son ciertas.
 - ☐ E. B y E son ciertas.
82. ¿En cuál de los siguientes trastornos existe base genética?:
- ☐ A. Depresión mayor monopolar.
 - ☐ B. Neurosis de angustia.
 - ☐ C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 - ☐ D. En todos ellos.
 - ☐ E. En ninguno de ellos.

83. El sistema serotoninérgico:
- ☐ A. No tiene relación con la corteza frontal.
 - ☐ B. No tiene relación con el lóbulo temporal.
 - ☐ C. No tiene relación con la impulsividad.
 - ☐ D. A, B y C son ciertas.
 - ☐ E. A, B y C son falsas.

84. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con los trastornos de la personalidad de tipo impulsivo y su relación con los trastornos por uso de sustancias es correcta?:
- ☐ A. En una reciente revisión se encuentra que el porcentaje de trastorno límite de la personalidad (TLP) en población normal es 1,7 y en adictos tratados sube a 17,7.
 - ☐ B. Por el contrario el contrario el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) pasa de 22,9% en población general a 2,2% en toxicómanos en tratamiento.
 - ☐ C. El porcentaje del trastorno límite de la personalidad (TLP) en población normal es 17,7% y en adictos tratados baja a 1,7%.
 - ☐ D. B y C son correctas.
 - ☐ E. Todas son falsas.

EL DESARROLLO PERSONAL DEL JOVEN Y EL ALCOHOL

85. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las llamadas embriagueces atípicas o idiosincráticas, no es correcta:
- ☐ A. Es producida incluso por cantidades pequeñas de alcohol y relacionada con una vulnerabilidad individual previa.
 - ☐ B. Cursa con síntomas de angustia, incluso de crisis de pánico.
 - ☐ C. Puede incluso desencadenar estados convulsivos generalizados.
 - ☐ D. La experiencia de la angustia o el pánico, puede determinar la evitación de ulteriores estados de embriaguez.
 - ☐ E. Todas las respuestas anteriores son correctas.

86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los efectos físicos de la intoxicación en el adolescente no es correcta?:
- ☐ A. Cursa con frecuencia con vómitos.
 - ☐ B. Es relativamente frecuente la pérdida de conciencia.
 - ☐ C. De cursar con coma, este se produce con concentraciones de alcohol en sangre más bajas que en el adulto y se desarrolla más rápidamente.
 - ☐ D. Los riesgos de hipoglucemia y de hipotermia en ambientes fríos son también mayores en el adolescente.
 - ☐ E. La intoxicación juvenil, es una causa muy infrecuente de urgencias e incluso de hospitalizaciones en ocasiones de evolución fatal.

87. En relación con la coexistencia de conductas adictivas según el género, se ha observado que el hombre tiende a presentar menos frecuentemente que la mujer conductas relacionadas con él:
- ☐ A. Alcohol.
 - ☐ B. El tabaco.
 - ☐ C. El juego.
 - ☐ D. La cafeína.
 - ☐ E. La red de internet.

88. Como predictores de dependencia, se consideran:
- ☐ A. Un patrón inespecífico de consumo intenso y regular, con embriagueces, uso de licores y de drogas.
 - ☐ B. Un uso psicotrópico, «farmacológico, de la bebida».
 - ☐ C. Una personalidad frágil, con conducta antisocial y dificultades adaptativas, escolares y laborales.
 - ☐ D. Problemas de alcohol en familia, como alcoholismo parental; problemas psiquiátricos familiares y situación socio-económica baja.
 - ☐ E. Todos los anteriores.

89. Es frecuente en el abuso de alcohol.
- ☐ A. La comorbilidad con trastornos depresivos (depresión mayor, distimia).
 - ☐ B. Trastornos de ansiedad, más frecuente en mujeres (fobia social, crisis de angustia, etc.).
 - ☐ C. Trastornos de alimentación (bulimia, más frecuente en mujeres).
 - ☐ D. Trastornos de conducta (más frecuente en varones) y de personalidad.
 - ☐ E. Todas las respuestas anteriores son correctas.

90. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las actividades preventivas a realizar en relación a los jóvenes y alcohol no es correcta?:
- ☐ A. Es necesaria la información para jóvenes, familias y educadores, que tiendan a aumentar los conocimientos sobre los riesgos y daños y a variar las actitudes sobre el consumo.
 - ☐ B. Es conveniente el retraso de la iniciación del uso del alcohol hacia los 17-18 años, para ambos géneros.
 - ☐ C. Es necesario la reducción mediante actuaciones educativas en los niños y adolescentes de la incidencia de intoxicaciones agudas esporádicas.
 - ☐ D. Es necesario la reducción a través de medidas educativas de los adolescentes, familias, y otros agentes sociales, de la bebida habitual de alcohol por el adolescente.
 - ☐ E. Es necesaria la promoción de estilos de vida saludables, que integren alimentación adecuada y actividades físicas, escolares, laborales y de ocio positivas.

ALCOHOL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS: POLÍTICAS INSTITUCIONALES

91. En relación con el consumo de alcohol en España, señale la respuesta incorrecta:
- ☐ A. España es un importante consumidor mundial de alcohol.
 - ☐ B. El consumo de alcohol se ha elevado en la última década.
 - ☐ C. Más del 60% de la población adulta española consume habitualmente alcohol.
 - ☐ D. El porcentaje de jóvenes abstemios se viene incrementando en los últimos años.
 - ☐ E. Los episodios de consumo abusivo de alcohol son relativamente frecuentes en los escolares.
92. En relación con las estrategias de reducción de daños, señale la respuesta incorrecta:
- ☐ A. El concepto de disminución de daños y riesgos comenzó a utilizarse ampliamente, en el mundo de las adicciones, a finales de los años 80, sobre todo como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral.
 - ☐ B. La gravedad del SIDA hizo que su control fuese muy importante, aunque siempre relegado a un segundo término dado que era prioritario el control de la enfermedad adictiva.
 - ☐ C. Las estrategias de reducción de daños involucran una gran variedad de tácticas.
 - ☐ D. la intervención sobre bebedores excesivos también podría ser concebida como reducción de daños.
 - ☐ E. Los programas de entrenamiento para las personas que sirven alcohol se incluyen entre estas.
93. En relación con las actuaciones de la Organización Mundial de la Salud señale la respuesta correcta:
- ☐ A. El Primer Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol fue aprobado en 1992.
 - ☐ B. La primera Conferencia Ministerial sobre Alcohol tuvo lugar en Estocolmo, en febrero de 2001.
 - ☐ C. Está pendiente la aprobación de un Segundo Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol.
 - ☐ D. La Carta Europea sobre alcohol fue aprobada durante la Conferencia de Estocolmo.
 - ☐ E. Los Planes Europeos de Actuación sobre Alcohol no han conseguido dinamizar políticas preventivas en los distintos Estados Miembros.
94. En relación con una Estrategia Comunitaria sobre Alcohol, señale la respuesta incorrecta:
- ☐ A. Con fecha 24 de noviembre de 1993, la Comisión de las Comunidades Europeas emitió una Comunicación de vital importancia sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública.
 - ☐ B. En dicha Comunicación ella se definían ocho áreas prioritarias de intervención, que dieron lugar a ocho programas de intervención, entre los cuáles se incluía el alcohol.
 - ☐ C. En junio de 2001 fue aprobada una «Recomendación del Consejo sobre consumo de alcohol por parte de niños y adolescentes».
 - ☐ D. Esta recomendación constituye un modesto pero importante avance en la construcción de una política comunitaria en esta materia.
 - ☐ E. En junio de 2001 se aprobó el documento «Conclusiones del Consejo sobre una Estrategia Comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas de alcohol».
95. Señale la respuesta incorrecta:
- ☐ A. De acuerdo con la Constitución española y en materia sanitaria, el Estado tiene competencia exclusiva en «Bases y coordinación general de la sanidad».
 - ☐ B. La descentralización producida en materia de Sanidad de Higiene (art. 148.21 de la Constitución española), ha conllevado en todo momento la necesidad de cooperación y coordinación entre las distintas Administraciones Sanitarias.
 - ☐ C. El Estado tiene pendiente la creación de un consejo u organismo encargado de la coordinación.
 - ☐ D. La intervención en el campo de alcohol es importante en España.
 - ☐ E. El alcohol es un área específica de intervención en los 17 planes autonómicos de salud.

96. Las principales actuaciones preventivas desarrolladas en España hacen referencia a los siguientes objetivos:
- ☐ A. Limitaciones a la venta y consumo de alcohol.
 - ☐ B. Promover hábitos saludables de vida.
 - ☐ C. Informar y educar a la población en general y a grupos poblacionales específicos (niños, adolescentes, embarazadas) acerca de los riesgos derivados del consumo de alcohol.
 - ☐ D. Educar para la Salud en medio escolar.
 - ☐ E. Todas las anteriores son ciertas.

ALCOHOL Y ACCIDENTES LABORALES EN ESPAÑA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, 1995-2001

97. ¿Dónde se analizan con detalle las pautas de consumo de alcohol en la población española?:
- ☐ A. En las Encuestas Nacionales de Salud.
 - ☐ B. En el programa de Encuestas Domiciliarias sobre Drogas.
 - ☐ C. En las encuestas sobre consumo de Alcohol y Drogas en la población laboral.
 - ☐ D. Son ciertas a y b.
 - ☐ E. En las encuestas realizadas en los centros de atención a dependientes alcohólicos.

98. En la población trabajadora la prevalencia de consumos abusivos de alcohol (altos, excesivos, gran riesgo) es:
- ☐ A. Inferior a la observada en la población general.
 - ☐ B. Igual a la observada en la población general.
 - ☐ C. Superior a la observada en la población general.
 - ☐ D. No se han estudiado las diferencias entre los dos tipos de poblaciones.
 - ☐ E. Ninguna es cierta.

99. Los estudios que analizan la relación entre el consumo de alcohol y los accidentes laborales:
- ☐ A. Son muy abundantes.
 - ☐ B. Todos se elaboran con metodologías semejantes.
 - ☐ C. En la mayoría de los estudios no se encuentra relación entre el consumo de alcohol y los accidentes laborales.
 - ☐ D. Son limitados.
 - ☐ E. La mayor parte de ellos están realizados por Organismos Oficiales (Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo).

100. En la mayoría de los estudios que relacionan el consumo de alcohol con los accidentes laborales, la valoración del consumo de alcohol se realiza:
- ☐ A. Se pasan test específicos para detectar consumidores excesivos de alcohol.
 - ☐ B. Con pruebas bioquímicas.
 - ☐ C. Alcohol en aire espirado.
 - ☐ D. Prueba de la diferencia osmolar en sangre para detectar intoxicación etílica.
 - ☐ E. El propio trabajador ante la anamnesis del médico de empresa.

101. Los trabajos que tratan de la relación entre la problemática laboral y el consumo de alcohol y drogas:
- ☐ A. Tratan sobre todo de la incidencia del consumo y abuso de esa sustancia en el trabajo.
 - ☐ B. Tratan de las repercusiones a nivel laboral del consumo de alcohol.
 - ☐ C. Tratan de los planes preventivos para evitar el consumo de alcohol en el medio laboral.
 - ☐ D. Todas son ciertas.
 - ☐ E. Ninguna es cierta.

102. Para minimizar los problemas del consumo de alcohol en el medio laboral, sería recomendable:
- ☐ A. Registro de consumo con encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia en los exámenes de salud realizados por los servicios médicos de empresa.
 - ☐ B. Realizar consejo antialcohólico dentro del examen de salud de empresa.
 - ☐ C. Investigar la causa primaria de los accidentes de trabajo.
 - ☐ D. Poner medios en las empresas para tratar a consumidores abusivos o dependientes de alcohol.
 - ☐ E. Todas las anteriores.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 4 - N.º 3 - 2002

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SUJETOS DROGODEPENDIENTES QUE SOLICITAN TRATAMIENTO MEDIANTE EL BIG-FIVE QUESTIONNAIRE

- 49.** El paradigma de los Big-Five o Cinco Grandes dimensiones de la personalidad:
 Respuesta: e) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
 Empirismo, análisis léxico, uso del análisis factorial y la consideración dimensional de los rasgos de la personalidad normal son las principales características del modelo de los cinco grandes factores.
- 50.** ¿Cuál de los siguientes autores no ha adoptado el análisis factorial como paradigma de investigación?
 Respuesta: c) Millon.
 Eysenck elaboró su modelo PEN a partir del análisis factorial, técnica que también fue utilizada por Catell para elaborar su cuestionario 16-PF. Costa et al, lo utilizaron para proponer su modelo de los Cinco Grandes Factores, y Caprara lo aplicó en un entorno europeo. Theodore Millon utilizó un método a medio camino entre lo racional y lo empírico.
- 51.** Cuando nos referimos a la personalidad estamos utilizando un constructo que se refiere:
 Respuesta: e) A la conjunción de factores biológicos (genéticos y metabólicos) y el proceso de aprendizaje, que proporcionan un patrón de actividad peculiar e idiosincrásico, estable y consistente.
 Aunque son múltiples los enfoques teóricos en el estudio de la personalidad, en la actualidad se admite que este término se refiere a las características estables del comportamiento de los sujetos, que tienen cierto grado de determinación genética pero se desarrollan en un ámbito interaccional.
- 52.** ¿Cuáles de estos cuestionarios estudian la personalidad desde el paradigma de los Big-Five?:
 Respuesta: b) El grupo alcohol.
 En los resultados obtenidos en nuestro estudio el grupo de pacientes que presenta un mayor número de asociaciones entre las variables del historial adictivo y el resto de variables es el grupo alcohol. Este resultado debe de interpretarse como una relación obtenida entre las variables estudiadas y la muestra concreta de pacientes con la que se ha realizado el estudio.
- 53.** El proceso de matching hace referencia:
 Respuesta: d) El BFQ de Caprara y el NEO-PI-R de McCrae y Costa.
 El BFQ es un cuestionario que parte de las mismas argumentaciones teóricas que llevaron a Costa y McCrae a elaborar su NEO-PI, pero pretende mejorarlo en algunos aspectos; su aplicación en el ámbito europeo ha permitido comparar los hallazgos en función de diferencias interculturales.
- 54.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 Respuesta: b) La dimensión de Estabilidad Emocional es la más relacionada con la predisposición a desarrollar conductas de riesgo para la salud.
 Son múltiples los estudios que encuentran una relación entre la dimensión de Neuroticismo o Inestabilidad Emocional y el incremento de sintomatología, manifestaciones psicopatológicas y enfermedades médicas, así como la frecuencia de emisión de conductas capaces de poner en peligro la salud de los sujetos que la presentan.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOSIS CANNÁBICA

- 55.** ¿En qué década han sido publicados la mayoría de los estudios llevados a cabo acerca de la existencia de la psicosis cannábica?
 Respuesta: c) Década de los años 70.
 Si se revisa la bibliografía fue durante esa década cuando mayor auge tuvo el estudio de la psicosis cannábica, probablemente debido al aumento de consumo de cannabis entre la población general.
- 56.** A partir de la publicación del estudio ECA ha aumentado el interés hacia cierto fenómeno existente en la patología psiquiátrica. ¿Cómo se conoce a dicho fenómeno?
 Respuesta: d) Comorbilidad.
 Comorbilidad o fenómeno que describe la copresencia en el mismo sujeto de dos trastornos psiquiátricos, por ejemplo, esquizofrenia y consumo de sustancias.
- 57.** ¿Cuál de las siguientes respuestas NO describe una de las críticas empleadas para negar la existencia de la psicosis cannábica?
 Respuesta: e) Buena metodología en los estudios.
 Se las ha achacado a los estudios que sostiene esta hipótesis una mala selección de muestras, ausencia de criterios diagnósticos ajustados, ausencia de detección fiable de consumo de cannabis,... como ejemplos de mala metodología.
- 58.** ¿En cuál de las versiones de los manuales diagnósticos empleados con mayor asiduidad (DSM y CIE) aparece por primera vez el término ¿Trastorno psicótico por consumo de cannabis?
 Respuesta: e) CIE-10.
 Ya que aunque también aparece dicho término en la DSM-IV, la publicación de la décima versión de la CIE es anterior (1992).
- 59.** ¿Cuál de los siguientes síntomas NO suele aparecer en los trastornos psicóticos tras consumo de cannabis?
 Respuesta: e) Síntomas depresivos.
 En los trastornos psicóticos por consumo de cannabis suelen aparecer trastornos de ánimo de índole maníforme, siendo mucho menos frecuentes los síntomas depresivos.
- 60.** ¿Cuál de los aspectos relacionados con las críticas a los estudios acerca de las psicosis por cannabis continúa sin haberse mejorado?
 Respuesta: a) Estudios de seguimiento.
 No se han llevado a cabo estudios de seguimiento en sujetos con psicosis cannábica para verificar si es un proceso autolimitado o si los pacientes que la presentan pueden evolucionar hacia otro tipo de psicosis.

MALESTAR PSICOLÓGICO Y DESCONTROL ALIMENTARIO EN DROGODEPENDENCIAS

- 61.** En relación a la patología dual, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
 Respuesta: e) Todas las anteriores son ciertas.
 En drogodependientes las tasas de patología psiquiátrica son muy altas, fundamentalmente trastornos de la personalidad, afectivos, ansiedad y psicóticos.
- 62.** ¿Cuál de los siguientes trastornos presenta más riesgo de presentar una drogodependencia?:
 Respuesta: b) Bulimia nerviosa.
 La bulimia nerviosa es el trastorno alimentario que más se asocia a una drogodependencia.
- 63.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:
 Respuesta: e) La sobreingesta alimentaria aumenta la probabilidad de reforzar el uso de sustancias como el alcohol, heroína y cocaína.
 La restricción dietética se ha demostrado que aumenta la probabilidad de padecer un trastorno alimentario.

64.	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:</p> <p>Respuesta: e) Todas las respuestas anteriores son falsas.</p> <p>La cocaína es un supresor del apetito, el consumo de tabaco se asocia a una disminución de la ingesta alimentaria. La naltrexona disminuye el deseo de consumo de alcohol, el consumo de cocaína favorece la aparición de un trastorno alimentario.</p>
65.	<p>¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:</p> <p>Respuesta: e) Todas las anteriores respuestas son correctas.</p> <p>La relación entre los neurotransmisores cerebrales, neuroreguladores y receptores opioides es muy importante en las oscilaciones de la conducta alimentaria.</p>
66.	<p>Cuando nos referimos a la teoría de la Automedicación, nos estamos refiriendo:</p> <p>Respuesta: c) La utilización de una sustancia psicótropa para aliviar el malestar psicológico que provoca un trastorno psiquiátrico.</p> <p>La teoría de la automedicación se refiere a la utilización de una droga para disminuir sintomatología psiquiátrica que provoca una enfermedad mental o el tratamiento para la misma.</p>

DROGODEPENDENCIAS JUVENILES: REVISIÓN SOBRE LA UTILIDAD DE LOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS BASADOS EN LA FAMILIA

67.	<p>Uno de los siguientes es un principio teórico-básico de los abordajes familiares de orientación sistémica:</p> <p>Respuesta: b) Las conductas humanas son unidades de información y comunicación cuyo significado solo puede ser entendido conociendo el contexto donde se producen.</p> <p>Gregory Bateson, Biólogo, antropólogo y epistemólogo norteamericano. Propuso la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce (Bateson, G.: pasos para una ecología de la mente. Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohl, 1976. p.449 y 65).</p>
68.	<p>En qué aspectos ha demostrado ser beneficiosa la terapia familiar en la esquizofrenia:</p> <p>Respuesta: b) Aumenta las tasas de cumplimiento de tratamiento psicofarmacológico, disminuyen el tiempo de hospitalización en las recaídas y disminuyen las tasas de recaídas post-hospitalización.</p> <p>Diferentes estudios de revisión y meta-análisis han mostrado que añadir TF en la esquizofrenia ayuda a aumentar las tasa de cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, disminuir el tiempo de hospitalización en las recaídas y las tasa de recaídas post-hospitalización [Left J (2000); Mari JJ, Streiner DL (1994), Pitschel-Walz G et al. (2001)].</p>
69.	<p>Añadir terapia familiar al tratamiento de los drogodependientes ayuda a</p> <p>Respuesta: c) Reducir el nivel de consumo de sustancias post-tratamiento y aumentar la adherencia y permanencia de los pacientes en los programas de tratamiento.</p> <p>Diversos ensayos clínicos han mostrado que añadir terapia familiar en los tratamientos de drogodependientes reduce el nivel de consumo post-tratamiento y aumenta la adherencia y la permanencia de los pacientes en los mismos [Liddle y Dakoff (1995), Henggeler et al. (1991), Ozechowski y Liddle (2000)].</p>
70.	<p>Indicar ¿cuáles de los siguientes criterios utiliza la Asociación de Psicólogos Americana para considerar que una técnica de intervención psicoterapéutica está empíricamente sustentada y puede clasificarse en la Categoría I:</p> <p>Respuesta: c) Al menos dos ensayos clínicos randomizados, realizados por grupos de investigación diferentes y en los que se establezca su superioridad frente a condiciones de placebo u otro tratamiento genuino.</p> <p>El informe del Grupo Operativo de la APA clasifica los tratamientos en tres grandes categorías. Los tratamientos evaluados que se encuadran en la categoría I deben estar basados en al menos dos rigurosos ensayos clínicos randomizados, realizados por grupos de investigación diferentes y en los que se demuestra su superioridad en la comparación a condiciones de placebo u otro tratamiento genuino. Los tratamientos que se encuadran en la categoría II deben basarse en al menos un ensayo clínico controlado y randomizado en el cual el tratamiento realizado debe ser superior al grupo control (placebo u otro tratamiento genuino). La categoría III es completamente heterogénea y abarca tratamientos que aceptan un bajo nivel de evidencia en los estudios realizados aunque sus resultados pueden considerarse prometedores (estudios de series de casos, seguimientos, etc.) (Chambless DL 2001).</p>

71. En qué patologías ha demostrado la terapia familiar ser más eficaz que otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas.
 Respuesta: d) Esquizofrenia, trastornos de conducta y drogodependencias.

El meta-análisis realizado por Diamond et al en 1996 y que abarcaba una selección de trabajos realizados sobre esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, otros trastornos de conducta y drogodependencias, concluye que, especialmente, las terapias que cuentan con la familia como uno de los pilares de la intervención han resultado eficaces en el abordaje de la esquizofrenia, los trastornos de conducta y las drogodependencias.

72. ¿Qué hipótesis parece más plausible para explicar los buenos resultados obtenidos al aplicar terapia familiar en adolescentes con trastornos de conducta y drogodependencias?

Respuesta: c) Las conductas antisociales se sustentan en déficit en la disciplina y en las relaciones afectivas dentro de la familia y la terapia familiar dirige su objetivo sobre estos aspectos.

El autor arguye que la ventaja de utilizar este tipo de abordaje terapéutico está relacionada con que la intervención sistémica a diferentes niveles se enfoca sobre las causas que, al menos de forma empírica, se han correlacionado con las conductas antisociales (déficit en la disciplina y en las relaciones afectivas dentro de la familia, en el grupo de pares y en el funcionamiento social –incluyendo el escolar y el laboral–), además de utilizar estrategias flexibles en el ambiente natural donde aparece el problema [Borduin CM (1999)].

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN EL PAÍS VASCO: DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS Y OFICINAS DE FARMACIA

73. ¿Cuándo se difundieron con mayor rapidez los programas de mantenimiento con metadona?

Respuesta: b) En la década de los años 90 tras la epidemia del SIDA.

Integrados en las políticas de reducción de riesgos los PMM se han desarrollado y difundido rápidamente en la década de los años 90 siendo la epidemia de SIDA y la violencia asociada a la ilegalidad de la heroína causa de la rápida aceptación tanto entre autoridades sanitarias como entre la ciudadanía.

74. ¿Qué son los *niveles de retención* en los programas de mantenimiento con metadona?

Respuesta: a). Son la capacidad y disposición del usuario para permanecer en el programa de tratamiento.

La importante difusión de los programas de mantenimiento con metadona ha mostrado como grandes ventajas su accesibilidad y los elevados niveles de retención. Siendo estos programas los más utilizados, la permanencia en ellos es un éxito del tratamiento en sí mismo ya que se ve acompañado del aumento de la frecuentación de los servicios sanitarios, los menores consumos de opiáceos y de otras sustancias y la reducción de las conductas delictivas.

75. ¿Cuál puede ser el perfil más frecuente entre los usuarios de los PMM?

Respuesta: a) Personas de larga trayectoria de consumo con múltiples fracasos terapéuticos, con importante deterioro en su salud.

Desde el punto de vista teórico y terapéutico, clásicamente se propone como candidato a un PMM: casos de larga trayectoria de consumo, con inicio anterior a los 20 años, uso de vía endovenosa y utilización simultánea de varias sustancias, con tratamientos múltiples fallidos, con gran deterioro de su situación orgánica, psicológica y social. El usuario es prioritariamente hombre, soltero, con una edad en torno a los 30-35 años, dominando la convivencia con la familia de origen y con escasa actividad laboral.

76. ¿Cuál de las siguientes iniciativas fueron precursoras de los programas y políticas de reducción de riesgos?

Respuesta: e) Todas son ciertas.

Las estrategias terapéuticas basadas en la sustitución farmacológica, incluso junto a políticas basadas en medidas prohibicionistas, tienen ya un siglo pues la heroína fue sintetizada en 1898 para ser comercializada como analgésico y terapia substitutiva frente a la morfomanía. Las Narcotic Clinics, el British System y las investigaciones y desarrollos de programas con metadona desde los años 60, siendo precursores de las políticas de reducción de riesgos. No obstante, es una confusión extendida la identificación entre el uso clínico de la metadona y los programas de disminución de riesgos pues, si bien forman parte de este tipo de programas, no son los únicos.

77. La reducción de consumos de opiáceos es uno de los objetivos de los PMM, pero también se han constatado prevalencias considerables de sustancias ilícitas. Se han sugerido diversos mecanismos de acción para su explicación:

Respuesta: e) Todas son ciertas.

Las personas con toxicomanía, además de consumir para evitar el síndrome de abstinencia, también buscan los efectos psicoactivos de algunas drogas, y la Metadona no los proporciona. La importante prevalencia de uso de otras sustancias ha de llevar a la reflexión sobre los objetivos de los PPM y a la búsqueda de estrategias para su reducción al objeto de evitar interferencias en los procesos terapéuticos.

78. De los programas de mantenimiento con Metadona derivan una serie de resultados:

Respuesta: d) Son ciertas A y C.

La permanencia en un PMM, además de las consecuencias derivadas de sus tasas de retención, ofrece resultados contrastados en múltiples estudios: índices de seroconversión a VIH inferiores a quienes no están en tratamiento o están en otros programas terapéuticos; reducen los episodios de sobredosis con tasas de mortalidad muy inferiores a los no tratados; reducción de delictividad con descenso en comportamientos delictivos, detenciones y estancias en prisión; eficacia en ciertos sectores como ocurre en crónicos de larga evolución y en embarazadas adictas; mejores condiciones de consumo, con cambios en la vía de administración además de reducción elevada en los consumos de heroína. Todo ello siendo un fármaco seguro, sin efectos adversos notorios y cuyos costes de tratamiento son muy bajos.